

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001            AGÊNCIA: 1769-8            CONTA: 000000611000-2

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 12/02/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSEFA ALINE DA SILVA BARBOSA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04806

CONTA: 000000017383-0

---

Nr. da Autenticação 7CEAEF3BCFA42512

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190094330 **Cidade:** Arapiraca **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSEFA ALINE DA SILVA BARBOSA **Data do acidente:** 15/07/2018 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 07/02/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DIAFISÁRIA DE FÊMUR DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS).  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos complementares:**  
**Observações:**

## DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS                           | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|---|--|--|-----------|-----------------------|
| Perda funcional completa de um dos membros inferiores | 70 %   | Em grau leve - 25 %                                  | 17,5%     | R\$ 2.362,50          |
| Total   |  |  | 17,5 %    | R\$ 2.362,50          |

**Rio de Janeiro, 19 de Fevereiro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190094330**

**Vítima: JOSEFA ALINE DA SILVA BARBOSA**

**Data do Acidente: 15/07/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ROBERTO JOSE DOS SANTOS**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), JOSEFA ALINE DA SILVA BARBOSA**

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

|                  |              |
|------------------|--------------|
| Multa:           | R\$ 0,00     |
| Juros:           | R\$ 0,00     |
| Total creditado: | R\$ 2.362,50 |

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **JOSEFA ALINE DA SILVA BARBOSA**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **104**

Agência: **000004806**

Conta: **0000017383-0**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:

[www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: CPF da vítima: Nome completo da vítima:

093.190.264-39 *Josefa Aline da Silva Barbosa*

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: *Josefa Aline da Silva Barbosa* CPF: *093.190.264-39*

Profissão: *recusou* Endereço: *R. Daniel Malachias* Número: *512* Complemento: *casa*

Bairro: *Folha miúda* Cidade: *Cratias* Estado: *AL* CEP: *57.390-000*

E-mail: Tel. (DDD): *82 98103-9939*

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

## REDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: *2806* CONTA: *37383*  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor devido.

## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou  
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter a avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: *Cratias - AL 14.05.2019*  
Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

*X Josefa Aline da Silva Barbosa*  
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

## TESTEMUNHAS

1ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.





|                               |  |   |            |
|-------------------------------|--|---|------------|
| ESTADO DE ALAGOAS             | BOLETIM DE OCORRÊNCIA  | NUMERO 05554/18-0233                    | Pág. 2 / 2 |
| GRUPO ARIA                    | DELEGACIA Del. Acidentes e Crimes de Trânsito 4ª DRP/DPJ42         |   |            |
| DEPARTAMENTO DE DEFESA SOCIAL | POMF. 34216000   | DATA/HORA COMUNICAÇÃO: 16/10/2018 19:41 |            |
| POLICIA CIVIL                 | DELEGACIA DESTINO Del. Acidentes e Crimes de Trânsito 4ª DRP/DPJ42 |   |            |
| NOTIADO                       | ASS. <i>[Signature]</i>  | RG / MAT.: 830580                       |            |
| ASS. <i>[Signature]</i>       | ASS. <i>[Signature]</i>  | RG / MAT.: 256554                       |            |
| ASS. <i>[Signature]</i>       | ASS. <i>[Signature]</i>  | RG / MAT.: 650060                       |            |
| ASS. <i>[Signature]</i>       | ASS. <i>[Signature]</i>  |   |            |



DEPARTAMENTO DE SEGURANÇA  
 DPVAT  
 CONTEUDO NÃO-RENTABILIZADO  
 04 FEV 2019  
 GENTE SEGURADORA S/A  
 Av. Pa. 1850, Loja 17-MACEDONAL

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ RÁPIDO (DESPEJAS DA ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

CPF do segurado:

CPF do vítima:

Nome completo do vítima:

033.390.264-38 JORDA ALINE DA SILVA BARBOSA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS DA VÍTIMA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSP. Nº 12/2012

Nome do segurado:

JORDA ALINE DA SILVA BARBOSA

Profissão:

recusou

CPF:

033.390.264-38

Estado:

Recusou

CPF:

033.390.264-38

CPF:

Recusou

CPF:

033.390.264-38

CPF:

Recusou

CPF:

033.390.264-38

CPF:

Recusou

CPF:

033.390.264-38

Declarar, sob todos os fins de direito, a validade do endereço acima informado, conforme o comprovante anexo (ANEXAR COPIA).

RENDAS MENSUAIS:

☒ R\$ 0,00 (SEM RENDA)

☐ ATÉ R\$ 1.000,00

☐ R\$ 1.000,00 ATÉ R\$ 5.000,00

☐ R\$ 5.000,00 ATÉ R\$ 10.000,00

☐ R\$ 1.000,00 ATÉ R\$ 5.000,00

☐ R\$ 5.000,00 ATÉ R\$ 10.000,00

☐ R\$ 10.000,00 ATÉ R\$ 15.000,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☐ R\$ 1.000,00 ATÉ R\$ 5.000,00

☐ R\$ 5.000,00 ATÉ R\$ 10.000,00

☐ R\$ 10.000,00 ATÉ R\$ 15.000,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☐ R\$ 1.000,00 ATÉ R\$ 5.000,00

☐ R\$ 5.000,00 ATÉ R\$ 10.000,00

☐ R\$ 10.000,00 ATÉ R\$ 15.000,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☐ R\$ 1.000,00 ATÉ R\$ 5.000,00

☐ R\$ 5.000,00 ATÉ R\$ 10.000,00

☐ R\$ 10.000,00 ATÉ R\$ 15.000,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☐ R\$ 1.000,00 ATÉ R\$ 5.000,00

☐ R\$ 5.000,00 ATÉ R\$ 10.000,00

☐ R\$ 10.000,00 ATÉ R\$ 15.000,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☐ R\$ 1.000,00 ATÉ R\$ 5.000,00

☐ R\$ 5.000,00 ATÉ R\$ 10.000,00

☐ R\$ 10.000,00 ATÉ R\$ 15.000,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☐ R\$ 1.000,00 ATÉ R\$ 5.000,00

☐ R\$ 5.000,00 ATÉ R\$ 10.000,00

☐ R\$ 10.000,00 ATÉ R\$ 15.000,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☐ R\$ 1.000,00 ATÉ R\$ 5.000,00

☐ R\$ 5.000,00 ATÉ R\$ 10.000,00

☐ R\$ 10.000,00 ATÉ R\$ 15.000,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☐ R\$ 1.000,00 ATÉ R\$ 5.000,00

☐ R\$ 5.000,00 ATÉ R\$ 10.000,00

☐ R\$ 10.000,00 ATÉ R\$ 15.000,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☐ R\$ 1.000,00 ATÉ R\$ 5.000,00

☐ R\$ 5.000,00 ATÉ R\$ 10.000,00

☐ R\$ 10.000,00 ATÉ R\$ 15.000,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☐ R\$ 1.000,00 ATÉ R\$ 5.000,00

☐ R\$ 5.000,00 ATÉ R\$ 10.000,00

☐ R\$ 10.000,00 ATÉ R\$ 15.000,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☐ R\$ 1.000,00 ATÉ R\$ 5.000,00

☐ R\$ 5.000,00 ATÉ R\$ 10.000,00

☐ R\$ 10.000,00 ATÉ R\$ 15.000,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☐ R\$ 1.000,00 ATÉ R\$ 5.000,00

☐ R\$ 5.000,00 ATÉ R\$ 10.000,00

☐ R\$ 10.000,00 ATÉ R\$ 15.000,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☐ R\$ 1.000,00 ATÉ R\$ 5.000,00

☐ R\$ 5.000,00 ATÉ R\$ 10.000,00

☐ R\$ 10.000,00 ATÉ R\$ 15.000,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☐ R\$ 1.000,00 ATÉ R\$ 5.000,00

☐ R\$ 5.000,00 ATÉ R\$ 10.000,00

☐ R\$ 10.000,00 ATÉ R\$ 15.000,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☐ R\$ 1.000,00 ATÉ R\$ 5.000,00

☐ R\$ 5.000,00 ATÉ R\$ 10.000,00

☐ R\$ 10.000,00 ATÉ R\$ 15.000,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☐ R\$ 1.000,00 ATÉ R\$ 5.000,00

☐ R\$ 5.000,00 ATÉ R\$ 10.000,00

☐ R\$ 10.000,00 ATÉ R\$ 15.000,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☐ R\$ 1.000,00 ATÉ R\$ 5.000,00

☐ R\$ 5.000,00 ATÉ R\$ 10.000,00

☐ R\$ 10.000,00 ATÉ R\$ 15.000,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☐ R\$ 1.000,00 ATÉ R\$ 5.000,00

☐ R\$ 5.000,00 ATÉ R\$ 10.000,00

☐ R\$ 10.000,00 ATÉ R\$ 15.000,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☐ R\$ 1.000,00 ATÉ R\$ 5.000,00

☐ R\$ 5.000,00 ATÉ R\$ 10.000,00

☐ R\$ 10.000,00 ATÉ R\$ 15.000,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☐ R\$ 1.000,00 ATÉ R\$ 5.000,00

☐ R\$ 5.000,00 ATÉ R\$ 10.000,00

☐ R\$ 10.000,00 ATÉ R\$ 15.000,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☐ R\$ 1.000,00 ATÉ R\$ 5.000,00

☐ R\$ 5.000,00 ATÉ R\$ 10.000,00

☐ R\$ 10.000,00 ATÉ R\$ 15.000,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☐ R\$ 1.000,00 ATÉ R\$ 5.000,00

☐ R\$ 5.000,00 ATÉ R\$ 10.000,00

☐ R\$ 10.000,00 ATÉ R\$ 15.000,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☐ R\$ 1.000,00 ATÉ R\$ 5.000,00

☐ R\$ 5.000,00 ATÉ R\$ 10.000,00

☐ R\$ 10.000,00 ATÉ R\$ 15.000,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☐ R\$ 1.000,00 ATÉ R\$ 5.000,00

☐ R\$ 5.000,00 ATÉ R\$ 10.000,00

☐ R\$ 10.000,00 ATÉ R\$ 15.000,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☐ R\$ 1.000,00 ATÉ R\$ 5.000,00

☐ R\$ 5.000,00 ATÉ R\$ 10.000,00

☐ R\$ 10.000,00 ATÉ R\$ 15.000,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☐ R\$ 1.000,00 ATÉ R\$ 5.000,00

☐ R\$ 5.000,00 ATÉ R\$ 10.000,00

☐ R\$ 10.000,00 ATÉ R\$ 15.000,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☐ R\$ 1.000,00 ATÉ R\$ 5.000,00

☐ R\$ 5.000,00 ATÉ R\$ 10.000,00

☐ R\$ 10.000,00 ATÉ R\$ 15.000,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☐ R\$ 1.000,00 ATÉ R\$ 5.000,00

☐ R\$ 5.000,00 ATÉ R\$ 10.000,00

☐ R\$ 10.000,00 ATÉ R\$ 15.000,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☐ R\$ 1.000,00 ATÉ R\$ 5.000,00

☐ R\$ 5.000,00 ATÉ R\$ 10.000,00

☐ R\$ 10.000,00 ATÉ R\$ 15.000,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☐ R\$ 1.000,00 ATÉ R\$ 5.000,00

☐ R\$ 5.000,00 ATÉ R\$ 10.000,00

☐ R\$ 10.000,00 ATÉ R\$ 15.000,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☐ R\$ 1.000,00 ATÉ R\$ 5.000,00

☐ R\$ 5.000,00 ATÉ R\$ 10.000,00

☐ R\$ 10.000,00 ATÉ R\$ 15.000,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☐ R\$ 1.000,00 ATÉ R\$ 5.000,00

☐ R\$ 5.000,00 ATÉ R\$ 10.000,00

☐ R\$ 10.000,00 ATÉ R\$ 15.000,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☐ R\$ 1.000,00 ATÉ R\$ 5.000,00

☐ R\$ 5.000,00 ATÉ R\$ 10.000,00

☐ R\$ 10.000,00 ATÉ R\$ 15.000,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☐ R\$ 1.000,00 ATÉ R\$ 5.000,00

☐ R\$ 5.000,00 ATÉ R\$ 10.000,00

☐ R\$ 10.000,00 ATÉ R\$ 15.000,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☐ R\$ 1.000,00 ATÉ R\$ 5.000,00

☐ R\$ 5.000,00 ATÉ R\$ 10.000,00

☐ R\$ 10.000,00 ATÉ R\$ 15.000,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☐ R\$ 1.000,00 ATÉ R\$ 5.000,00

☐ R\$ 5.000,00 ATÉ R\$ 10.000,00

☐ R\$ 10.000,00 ATÉ R\$ 15.000,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☐ R\$ 1.000,00 ATÉ R\$ 5.000,00

☐ R\$ 5.000,00 ATÉ R\$ 10.000,00

☐ R\$ 10.000,00 ATÉ R\$ 15.000,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☐ R\$ 1.000,00 ATÉ R\$ 5.000,00

☐ R\$ 5.000,00 ATÉ R\$ 10.000,00

☐ R\$ 10.000,00 ATÉ R\$ 15.000,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☐ R\$ 1.000,00 ATÉ R\$ 5.000,00

☐ R\$ 5.000,00 ATÉ R\$ 10.000,00

☐ R\$ 10.000,00 ATÉ R\$ 15.000,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☐ R\$ 1.000,00 ATÉ R\$ 5.000,00

☐ R\$ 5.000,00 ATÉ R\$ 10.000,00

☐ R\$ 10.000,00 ATÉ R\$ 15.000,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00



ESTADO DE ALAGOAS  
SECRETARIA DA SAÚDE

SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO À SAÚDE - SUAS  
SE - VICE DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU REGIONAL ARAPIRACA  
R. Sebastião Pinheiro, 192 - Centro Novo - CEP: 57.000-000 - Arapiraca/AL  
- Fone: (32) 3530-0066 - FAX: (32) 3530-0066

**DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO**

Arapiraca, 28 de Agosto de 2018.

Conforme solicitado por Josefa Aline da Silva Barbosa, portador(a) da CDF nº 091.190.064-18 e Identidade nº 3240806-4, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - Samu 192 Arapiraca, certifica, que efetivou o atendimento da ocorrência abaixo:

Dados da Ocorrência:

- 1 - DATA: 15.07.18 às 21h14.
- 2 - LOCAL: AL 220.
- 3 - OCORRÊNCIA: Causa súbita morte.
- 4 - VÍTIMA: Josefa Aline.
- 5 - DESTINO: Hospital de Emergência do Agreste.
- 6 - UNIDADE SOCORRISTA: USB 06.
- 7 - MÉDICO (a) REGULADOR (a): Dr. Wladimirarias Novais dos Santos.

Declaro a veracidade dos dados acima apresentados.



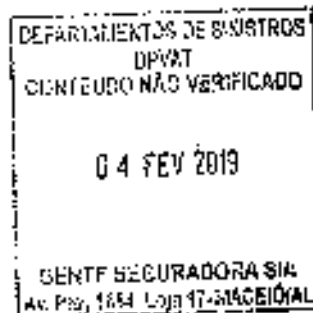
Lucas de Oliveira Amaral  
Coordenador Técnico  
Operacional  
Regional Arapiraca

Lucas de Oliveira Amaral

Celso Médico

CRM 86004/AL

Samu 192 Regional Arapiraca







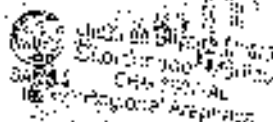
ESTADO DE ALAGOAS  
SECRETARIA DA SAÚDE

SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO À SAÚDE - SUAS  
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU REGIONAL ARAPIRACA  
R. Sílvio Pereira n. 1085 - Jardim Nacional - CEP: 57.600-080 - Arapiraca,  
Alagoas (32) 3532-0085 - Fax: 17.308.259/0001-55

Arapiraca, 28 de Agosto de 2018.

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - Samu 192 Arapiraca atende o precatório nº da fone número 001 de 16.07.18 às 21h14, onde foi realizado o atendimento ao paciente Joséfa Alina da Silva Barbosa sendo preenchido com nome de Joséfa Alina. Vale salientar que por priorizar o atendimento à vítima não foi possível a verificação dos dados na consulta, sendo esta o motivo do equívoco do preenchimento.

Atenciosamente,



*Lucas de Oliveira Amaral*

Coord. Médico

CRM 6607/A1

Samu 192 - Regional Arapiraca

|  |
|--|
| DEPARTAMENTO DE SINISTROS<br>DECAT<br>CONTEÚDO NÃO VERIFICADO<br><br>04 FEV 2019<br><br>GENTE SEGURADORA S/A<br>124 FLS 1334, 1335, 1336, 1337, 1338, 1339, 1340, 1341, 1342, 1343, 1344, 1345, 1346, 1347, 1348, 1349, 1350, 1351, 1352, 1353, 1354, 1355, 1356, 1357, 1358, 1359, 1360, 1361, 1362, 1363, 1364, 1365, 1366, 1367, 1368, 1369, 1370, 1371, 1372, 1373, 1374, 1375, 1376, 1377, 1378, 1379, 1380, 1381, 1382, 1383, 1384, 1385, 1386, 1387, 1388, 1389, 1390, 1391, 1392, 1393, 1394, 1395, 1396, 1397, 1398, 1399, 1400, 1401, 1402, 1403, 1404, 1405, 1406, 1407, 1408, 1409, 1410, 1411, 1412, 1413, 1414, 1415, 1416, 1417, 1418, 1419, 1420, 1421, 1422, 1423, 1424, 1425, 1426, 1427, 1428, 1429, 1430, 1431, 1432, 1433, 1434, 1435, 1436, 1437, 1438, 1439, 1440, 1441, 1442, 1443, 1444, 1445, 1446, 1447, 1448, 1449, 1450, 1451, 1452, 1453, 1454, 1455, 1456, 1457, 1458, 1459, 1460, 1461, 1462, 1463, 1464, 1465, 1466, 1467, 1468, 1469, 1470, 1471, 1472, 1473, 1474, 1475, 1476, 1477, 1478, 1479, 1480, 1481, 1482, 1483, 1484, 1485, 1486, 1487, 1488, 1489, 1490, 1491, 1492, 1493, 1494, 1495, 1496, 1497, 1498, 1499, 1500, 1501, 1502, 1503, 1504, 1505, 1506, 1507, 1508, 1509, 1510, 1511, 1512, 1513, 1514, 1515, 1516, 1517, 1518, 1519, 1520, 1521, 1522, 1523, 1524, 1525, 1526, 1527, 1528, 1529, 1530, 1531, 1532, 1533, 1534, 1535, 1536, 1537, 1538, 1539, 1540, 1541, 1542, 1543, 1544, 1545, 1546, 1547, 1548, 1549, 1550, 1551, 1552, 1553, 1554, 1555, 1556, 1557, 1558, 1559, 1560, 1561, 1562, 1563, 1564, 1565, 1566, 1567, 1568, 1569, 1570, 1571, 1572, 1573, 1574, 1575, 1576, 1577, 1578, 1579, 1580, 1581, 1582, 1583, 1584, 1585, 1586, 1587, 1588, 1589, 1590, 1591, 1592, 1593, 1594, 1595, 1596, 1597, 1598, 1599, 1600, 1601, 1602, 1603, 1604, 1605, 1606, 1607, 1608, 1609, 1610, 1611, 1612, 1613, 1614, 1615, 1616, 1617, 1618, 1619, 1620, 1621, 1622, 1623, 1624, 1625, 1626, 1627, 1628, 1629, 1630, 1631, 1632, 1633, 1634, 1635, 1636, 1637, 1638, 1639, 1640, 1641, 1642, 1643, 1644, 1645, 1646, 1647, 1648, 1649, 1650, 1651, 1652, 1653, 1654, 1655, 1656, 1657, 1658, 1659, 1660, 1661, 1662, 1663, 1664, 1665, 1666, 1667, 1668, 1669, 1670, 1671, 1672, 1673, 1674, 1675, 1676, 1677, 1678, 1679, 1680, 1681, 1682, 1683, 1684, 1685, 1686, 1687, 1688, 1689, 1690, 1691, 1692, 1693, 1694, 1695, 1696, 1697, 1698, 1699, 1700, 1701, 1702, 1703, 1704, 1705, 1706, 1707, 1708, 1709, 1710, 1711, 1712, 1713, 1714, 1715, 1716, 1717, 1718, 1719, 1720, 1721, 1722, 1723, 1724, 1725, 1726, 1727, 1728, 1729, 1730, 1731, 1732, 1733, 1734, 1735, 1736, 1737, 1738, 1739, 1740, 1741, 1742, 1743, 1744, 1745, 1746, 1747, 1748, 1749, 1750, 1751, 1752, 1753, 1754, 1755, 1756, 1757, 1758, 1759, 1760, 1761, 1762, 1763, 1764, 1765, 1766, 1767, 1768, 1769, 1770, 1771, 1772, 1773, 1774, 1775, 1776, 1777, 1778, 1779, 1780, 1781, 1782, 1783, 1784, 1785, 1786, 1787, 1788, 1789, 1790, 1791, 1792, 1793, 1794, 1795, 1796, 1797, 1798, 1799, 1800, 1801, 1802, 1803, 1804, 1805, 1806, 1807, 1808, 1809, 1810, 1811, 1812, 1813, 1814, 1815, 1816, 1817, 1818, 1819, 1820, 1821, 1822, 1823, 1824, 1825, 1826, 1827, 1828, 1829, 1830, 1831, 1832, 1833, 1834, 1835, 1836, 1837, 1838, 1839, 1840, 1841, 1842, 1843, 1844, 1845, 1846, 1847, 1848, 1849, 1850, 1851, 1852, 1853, 1854, 1855, 1856, 1857, 1858, 1859, 1860, 1861, 1862, 1863, 1864, 1865, 1866, 1867, 1868, 1869, 1870, 1871, 1872, 1873, 1874, 1875, 1876, 1877, 1878, 1879, 1880, 1881, 1882, 1883, 1884, 1885, 1886, 1887, 1888, 1889, 1890, 1891, 1892, 1893, 1894, 1895, 1896, 1897, 1898, 1899, 1900, 1901, 1902, 1903, 1904, 1905, 1906, 1907, 1908, 1909, 1910, 1911, 1912, 1913, 1914, 1915, 1916, 1917, 1918, 1919, 1920, 1921, 1922, 1923, 1924, 1925, 1926, 1927, 1928, 1929, 1930, 1931, 1932, 1933, 1934, 1935, 1936, 1937, 1938, 1939, 1940, 1941, 1942, 1943, 1944, 1945, 1946, 1947, 1948, 1949, 1950, 1951, 1952, 1953, 1954, 1955, 1956, 1957, 1958, 1959, 1960, 1961, 1962, 1963, 1964, 1965, 1966, 1967, 1968, 1969, 1970, 1971, 1972, 1973, 1974, 1975, 1976, 1977, 1978, 1979, 1980, 1981, 1982, 1983, 1984, 1985, 1986, 1987, 1988, 1989, 1990, 1991, 1992, 1993, 1994, 1995, 1996, 1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2654, 2655, 2656, 2657, 2658, 2659, 2660, 2661, 2662, 2663, 2664, 2665, 2666, 2667, 2668, 2669, 2670, 2671, 2672, 2673, 2674, 2675, 2676, 2677, 2678, 2679, 2680, 2681, 2682, 2683, 2684, 2685, 2686, 2687, 2688, 2689, 2690, 2691, 2692, 2693, 2694, 2695, 2696, 2697, 2698, 2699, 2700, 2701, 2702, 2703, 2704, 2705, 2706, 2707, 2708, 2709, 2710, 2711, 2712, 2713, 2714, 2715, 2716, 2717, 2718, 2719, 2720, 2721, 2722, 2723, 2724, 2725, 2726, 2727, 2728, 2729, 2730, 2731, 2732, 2733, 2734, 2735, 2736, 2737, 2738, 2739, 2740, 2741, 2742, 2743, 2744, 2745, 2746, 2747, 2748, 2749, 2750, 2751, 2752, 2753, 2754, 2755, 2756, 2757, 2758, 2759, 2760, 2761, 2762, 2763, 2764, 2765, 2766, 2767, 2768, 2769, 2770, 2771, 2772, 2773, 2774, 2775, 2776, 2777, 2778, 2779, 2780, 2781, 2782, 2783, 2784, 2785, 2786, 2787, 2788, 2789, 2790, 2791, 2792, 2793, 2794, 2795, 2796, 2797, 2798, 2799, 2800, 2801, 2802, 2803, 2804, 2805, 2806, 2807, 2808, 2809, 2810, 2811, 2812, 2813, 2814, 2815, 2816, 2817, 2818, 2819, 2820, 2821, 2822, 2823, 2824, 2825, 2826, 2827, 2828, 2829, 2830, 2831, 2832, 2833, 2834, 2835, 2836, 2837, 2838, 2839, 2840, 2841, 2842, 2843, 2844, 2845, 2846, 2847, 2848, 2849, 2850, 2851, 2852, 2853, 2854, 2855, 2856, 2857, 2858, 2859, 2860, 2861, 2862, 2863, 2864, 2865, 2866, 2867, 2868, 2869, 2870, 2871, 2872, 2873, 2874, 2875, 2876, 2877, 2878, 2879, 2880, 2881, 2882, 2883, 2884, 2885, 2886, 2887, 2888, 2889, 2890, 2891, 2892, 2893, 2894, 2895, 2896, 2897, 2898, 2899, 2900, 2901, 2902, 2903, 2904, 2905, 2906, 2907, 2908, 2909, 2910, 2911, 2912, 2913, 2914, 2915, 2916, 2917, 2918, 2919, 2920, 2921, 2922, 2923, 2924, 2925, 2926, 2927, 2928, 2929, 2930, 2931, 2932, 2933, 2934, 2935, 2936, 2937, 2938, 2939, 2940, 2941, 2942, 2943, 2944, 2945, 2946, 2947, 2948, 2949, 2950, 2951, 2952, 2953, 2954, 2955, 2956, 2957, 2958, 2959, 2960, 2961, 2962, 2963, 2964, 2965, 2966, 2967, 2968, 2969, 2970, 2971, 2972, 2973, 2974, 2975, 2976, 2977, 2978, 2979, 2980, 2981, 2982, 2983, 2984, 2985, 2986, 2987, 2988, 2989, 2990, 2991, 2992, 2993, 2994, 2995, 2996, 2997, 2998, 2999, 3000, 3001, 3002, 3003, 3004, 3005, 3006, 3007, 3008, 3009, 3010, 3011, 3012, 3013, 3014, 3015, 3016, 3017, 3018, 3019, 3020, 3021, 3022, 3023, 3024, 3025, 3026, 3027, 3028, 3029, 3030, 3031, 3032, 3033, 3034, 3035, 3036, 3037, 3038, 3039, 3040, 3041, 3042, 3043, 3044, 3045, 3046, 3047, 3048, 3049, 3050, 3051, 3052, 3053, 3054, 3055, 3056, 3057, 3058, 3059, 3060, 3061, 3062, 3063, 3064, 3065, 3066, 3067, 3068, 3069, 3070, 3071, 3072, 3073, 3074, 3075, 3076, 3077, 3078, 3079, 3080, 3081, 3082, 3083, 3084, 3085, 3086, 3087, 3088, 3089, 3090, 3091, 3092, 3093, 3094, 3095, 3096, 3097, 3098, 3099, 3100, 3101, 3102, 3103, 3104, 3105, 3106, 3107, 3108, 3109, 3110, 3111, 3112, 3113, 3114, 3115, 3116, 3117, 3118, 3119, 3120, 3121, 3122, 3123, 3124, 3125, 3126, 3127, 3128, 3129, 3130, 3131, 3132, 3133, 3134, 3135, 3136, 3137, 3138, 3139, 3140, 3141, 3142, 3143, 3144, 3145, 3146, 3147, 3148, 3149, 3150, 3151, 3152, 3153, 3154, 3155, 3156, 3157, 3158, 3159, 3160, 3161, 3162, 3163, 3164, 3165, 3166, 3167, 3168, 3169, 3170, 3171, 3172, 3173, 3174, 3175, 3176, 3177, 3178, 3179, 3180, 3181, 3182, 3183, 3184, 3185, 3186, 3187, 3188, 3189, 3190, 3191, 3192, 3193, 3194, 3195, 3196, 3197, 3198, 3199, 3200, 3201, 3202, 3203, 3204, 3205, 3206, 3207, 3208, 3209, 3210, 3211, 3212, 3213, 3214, 3215, 3216, 3217, 3218, 3219, 3220, 3221, 3222, 3223, 3224, 3225, 3226, 3227, 3228, 3229, 3230, 3231, 3232, 3233, 3234, 3235, 3236, 3237, 3238, 3239, 3240, 3241, 3242, 3243, 3244, 3245, 3246, 3247, 3248, 3249, 3250, 3251, 3252, 32 |
|--|

**CLIPPER**

Para mais informações, visite o site <http://www.inquiridoresiliden.com.br>, ou ligue para o SAC DP/AR 0800 027 204 ou 0800 031266.

### 3.1. JOURNAL OF THE BOARD OF DIRECTORS

El presente primer Informe Formulario se integra al proceso de liquidación de su sueldo, conforme establece la Circular número 24912, denominada "elecciones electorales".

• <http://www.fda.gov/cder/rdmt/OTECASER/DOCDORIGINAL.ASPX?V.P=18&CD=10025636>

1. O Cálculo do IGP-FI de 50% da diferença a ser paga de dinheiro no mercado segurador, determina-se, em todas as Seguradoras, sob a égide da Lei nº 1.024/50, a cada 30 dias, a partir do pagamento de indenizações. Este cálculo deve considerar todos os aumentos de indenização pagos. A informação acerca da profissão e da taxa de renda mensal, além de resposta a questionários de probabilidade.

Às vezes, em decorrência das ações de prevenção e repressão, neste formulário, não impede o pagamento da indenização ao segurado, desde que o mesmo seja realizado em favor da referida CDM, ou, essa recusa é passível de comunicação ao COAP<sup>2</sup>.

Fonte: Elaborado pelo autor a partir dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. Os dados foram coletados no âmbito do Sistema de Vigilância de Doenças e Agravos de Notificação Obrigatória, sob a coordenação da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde.

[illegible]

Expediente em ROBERTO JOSÉ DOS SANTOS ..... Inscrição (a) no CPF sob o Nº 029.378.514 / SO .....  
 Propriedade ou possuidor(a) / Intermediário(a) do Financiamento José Aline da Silva Barbosa  
 CPF nº 093.350.264 / 39 do âmbito de DPVAT cobertura avaliada ..... da última  
José Aline da Silva Barbosa inscrita(a) no CPF sob o Nº 093.350.264 / 39 ..... conforme  
 declaração circular Supracitada.

[illegible]

FPCLSDU

2. **Prüfung:** 6. Juni

Declino para a assinatura de 15% para a seguradora de responsabilidade junto a seguradora LULA – DPVAT, resultando no endereço abaixo, para o envio de e-mail e comparecimento para a audiência de conciliação e julgamento.

Estabelece-se, a partir da análise, a presente decisão judicial na aplicação penal prevista no art. 290 do Código Penal.

|                          |        |               |                        |
|--------------------------|--------|---------------|------------------------|
| RUA MANOEL ANDRÉ         |        | Cidade        | Complemento            |
| CENTRO                   | Classe | ALACOA A.F.R. | 1º ANDAR               |
| ARARUÁ                   |        | Cidade        | CEP                    |
|                          |        | ALACOA        | 57 300-005             |
| Telefone comercial (030) |        |               | Telefone celular (030) |
| 82 80102-55/3            |        |               | 82 98133 4919          |

Attestado en 029 : Janeiro de 2019

77-78

Robert Jozia Sampa

### 3.2. VERIFICATION

— 470 —

04 FEB 2019



ESTADO DE ALAGOAS  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE - SESAU  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA DR. DANIEL HOULY  
Rodovia AL 220 km 05 S/N, Senador Arnon de Melo,  
CEP: 57.315-745, Tel. (82) 3539-8634  
Arapiraca-AL



## DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que JOSEFA ALINE DA SILVA BARBOSA, nascida no dia 02/02/1990, filha de Maria Bezerra da Silva, deu entrada nesta unidade hospitalar no dia 15/07/2018, vítima de colisão carro x carro, conforme P:34799.

Declaramos ainda que, no momento da emissão do boletim de emergência, o nome do paciente, nome da mãe, data de nascimento foram grafados incorretamente, isto aconteceu devido às informações imprecisas fornecidas no momento da sua entrada.

Arapiraca, 14 de agosto de 2018.

*Josefa Aline da Silva Barbosa*  
Assinatura do paciente ou responsável







**CHAMA – Centro Hospitalar Manoel André**  
**CNPJ: 04.710.210.0001-24**

Rod. AL 220 Km 02 Bairro Senador Arnon de Melo  
Arapiraca-AL fone: 3521-4782

## DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que de acordo com o prontuário de nº 51287, deu entrada nesta unidade Hospitalar a paciente JOSEFA ALINE DA SILVA BARBOSA, interna no dia 16/07/2018, para tratamento cirúrgico e recebeu alta dia 20/07/2018.

Sem mais para o momento desde já nos colocamos a inteira disposição, para qualquer esclarecimento.

Arapiraca, 27 de Setembro de 2018.

Valéria Farias  
Faturamento e Contabilidade  
Hospital Chama

Setor Faturamento  
Hospital Chama

RECEBUE SINISTROS  
DNVAT  
DOCUMENTO VERIFICADO

04 FEV 2019

SEGUROADORA S/A  
L. 17-MACEIÓAL



**RELATÓRIO MÉDICO**

Nome do paciente: José Luiz de Jesus Barbosa  
Endereço: \_\_\_\_\_

Número do prontuário (ou Boletim de Emergência): 34799  
Data de Entrada: 11/7/18 Data de Saída: 16/07/18

Ref: 5 atores da Diferença

Ref: Lx + Fx

CONTROLE DE SINOS  
DE VOT  
CONTROLE NÃO VERIFICADO

04-FEV-2019

SEGUROSELA  
17-MACE

Arapiraca-AL, 23 de Julho de 20 18.

  
Dr. Marcos José G. dos Reis  
Resp. Relatório Médico CPMAL-SES  
Unidade de Emergência Dr. Daniel Houly  
Arapiraca - Alagoas



A2

L 07

MS/DATASUS

UNIDADE DE EMERGENCIA DO AGRESTE

No. DO BE: 609205

DATA: 15/07/2018

HORA: 21:45

SETOR: 11 - SALA CURATIVOS E SUTURAS

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME: JOSEFA ALINE

DOC: GERSON

IDADE: 29 ANOS NASC: 00/00/0000

SEXO: FEMININO

ENDereco: POV FOLHA MIUDA

NUMERO:

COMPLEMENTO:

BAIRRO: ZU

MUNICIPIO: CRAIBAS

UF: AL

NOME DA MAE:

RESPONSAVEL: SAMU

LOCAL DE PROCEDENCIA: ARAPIRACA

MOTIVO DO ATENDIMENTO: COLISAO - CARROS

CASO POLICIAL.....: NAO

PLANO DE SAUDE: NAO

TRAUMA.....: S

ACID. TRABALHO....: NAO

VEIO DE AMBULANCIA: SIM

PA: [ 160 x 100 mmHg ]

PULSO: [ ]

TEMP.: [ ]

SpO2: 98

EXAMES COMPLEMENTARES:

[ ] RAIO X

[ ] SANGUE

[ ] URINA

[ ] TC

[ ] LIQUOR

[ ] ECG

[ ] ULTRASSONOGRAFIA

DADOS CLINICOS:

Paciente vítima de colisão de carro. Hipotermia, vômito, sangramento de abdome em fêmur direito. Vaginas OK 03 anos. EF: como exame indolente, fêmur direito com lesão na região do fêmur, e fratura de fêmur direito, com fratura de fêmur direito.

DIAGNOSTICO:

fratura de fêmur direito

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICAO

2x de Fentanil 0 + Bexiga + fentanil + fentanil

3. F. 0,9500 ml EV

500

Filabril 40 mg EV

2x

Dipiridano 1 g EV

2x

Tramadol 100 mg 2 EV

2x

DATA DA SAIDA:

HORA DA SAIDA:

ALTA: [ ] DECISAO MEDICA [ ] A PEDIDO [ ] A REVELIA [ ] DESISTENCIA

[ ] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

GENTE SEGURADORA S/A

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

Av. Par. 1834, Lote 17 - RACIOAL

OBITO: [ ] ATE 48HS [ ] APOS 48HS

FAMILIA

IML

ANAT. PA

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO



MS/DATASUS

UNIDADE DE EMERGENCIA DO AGRESTE

No. DO BE: 609205

DATA: 15/07/2018

HORA: 21:45

SETOR: 11 - SALA CURATIVOS E SUTURAS

## IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME: JOSEFA ALINE

IDADE: 29 ANOS

SEXO: FEMININO

## PROCEDIMENTOS REALIZADOS

| Codigo   | Descricao  | Profissional |
|----------|--|--------------|
| 15/07/18 | Paciente deu entrada na área vermelha, vítima de capotamento, acordada, responsiva, em bom humor, em face e USC, tórax simétrico, PVP funcional, abdome indolor, fratura em H.D. medular e encaminhada para realizar exames. |              |
|          | # ORT -  |              |
|          | Pac. vítima de capotamento - evidenciando fratura do diafragma de fratura ①  |              |
|          | Neurovascular: OK  |              |
|          | H.D. Teste do Diafragma de Fratura ①   |              |
|          | Ch. ① Inten. em Hospital   |              |
|          | ② Trauma Esquelético   |              |
|          | BMF - Acidente automobilístico   |              |
| 15/07/18 | Apresenta PCC em pálpebra superior ①.  |              |
| 21:50h   | Sem sinal de fratura dos ossos da per.   |              |

- ① AL
- ② Sutura
- ③ Alta BMF

Dr. Thiago Mesquita  
Ortopedia e Traumatologia  
CPOAL 2974

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

04 FEV 2019

GENTE SEGURADORA S/A

CNPJ 07.011.148-17-MACEIÓ



## FICHA DE INTERNAÇÃO

### 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Data / Hora: 05/07/2019 14:37

Atendimento: 136210

Prontuário: 00051287

Nome: JOSÉFA RILNE DA SILVA BARBOSA

Data de Nascimento: 02/02/1990

Idade: 28 Anos 5 Meses 10 Dias

Sexo: FEMININO

Cor: Parda

Religião:

CPF:

RG: 37408068

CNS:

Endereço: RUA POLIANA NEUDA

Nº: 0

Bairro: ZONA RURAL

Cidade: CRAIBAS

Estado: AL

CEP: 57326530

Fone: 82. 909166320 | Celular: 82.

Profissão

Nome da Mãe: MARIA BEZERRA DA SILVA

Convênio: UNIVEM

Nº da Carteira: 8650000278323002

Unidade de Internação: APARTAMENTO COLETIVO - RR

Leito: APT 316

Médico: GUSTAVO FRANCISCO VASCONCELOS NASCIMENTO

Origem do Atendimento: RECEPCAO PA-

### ...ANAMNESE DO PACIENTE:...

#### História da Doença Atual:

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO CAUSANDO FRATURA DE DIAFISE DE FÊMUR DIREITA COM NECESSIDADE DE TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA CORREÇÃO DA FRATURA.

#### Antecedentes Pessoais:

#### Exame Físico:

DOE DEFORMIDADE E INTOLERÂNCIA FUNCIONAL EM MIO

#### Diagnóstico Provisório:

FRATURA DE DIAFISE DO FÊMUR DIREITO

Tratamento Proposto: ☐ Clínico ☒ Cirúrgico

Usuário do Atendimento

04/07/2019

Dr. Daniel Dias Esteve

Ortopedia e Traumatologia

CRM-AL 6101 RQE 2889

DPVAT DANIEL DIAS ESTEVE 9000028890296

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO Médico Responsável

04 FEV 2019

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Paz, 1351, Lj 117-MACEIÓAL



# Hospital da Restauração



Atendimento: 136210

Prontuário: 51287

Paciente: JOSEFA ALIST CA SILVA BARBOSA

Sexo: FEMININO

Idade: 28 Anos 5 Meses 16 Dias

Mãe: MARIA BEATRIZ DA SILVA

Data de Nasc.: 02/02/1990

CNS:

## BOLETIM OPERATÓRIO

DATA: 04/02/2019

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

### DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO

FRATURA DE DIÁFISE DE FÊMUR DIREITO

### OPERAÇÃO REALIZADA

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIÁFISÁRIA DE FÊMUR DIREITO

CIRURGIÃO: DANIEL DIAS ESTEVES

CRM: 6101

1.ª AJUDANTE: JULIANA DIAS ESTEVES

CRM: 6200

2.ª AJUDANTE:

CRM:

INSTRUMENTADOR

ANESTESIA

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

ANESTESISTA: HUDSON EVERSON DE OLIVEIRA MELO

CRM:

### DESCRIÇÃO OPERATÓRIA

PACIENTE EM SUPINO SOB ANESTESIA  
ACESSOS: ARTROSCOPIA  
INCISÃO LATERAL AO FÊMUR DIREITO  
DISSECÇÃO POR PLANO DE FOCO DE FRATURA  
REDUÇÃO CRUZETA E FIXAÇÃO COM PLACA BLOQUEADA E PARAFUSOS BLOQUEADOS  
ENC. COM SÉRIE 9/11  
REVISÃO DA HEMOSTASE  
SUTURA POR PUNTO  
CURATIVO ASSEPTICO

Dr. Daniel Dias Esteves  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-AL 6101 RQE 2889  
CNS 98001629663296

DANIEL DIAS CRM: Nº 6101

Médico(a)

DESCRIÇÃO DE SINISTROS  
DESVAT  
NÃO VERIFICADO

04 FEV 2019

GENTE SEGURADORA S/A  
R. S. 1111 - 17. MACEIÓ

CHAMA

Paciente:  
JOSELA ALINE DA SILVA BARBOSA

Data de Nascimento:  
02/02/1990

Idade:  
28 Anos 5 Meses 16

Prontuário:

51287

## BOLETIM ANESTÉSICO

UNIDADE CIRÚRGICA:

SALA

ATENDIMENTO: 136210

TIPO SANGÜÍNEO:

AVISO CIRURGIA:

CIRURGIAS: OCS DE FÊMUR

TIPO DE ANESTESIA: RAJUI ANESTESIA

INÍCIO:

TÉRMINO:

DURAÇÃO

### SEGURANÇA DO PACIENTE

### PRÉ-INDUÇÃO

☒ Paciente identificado e avaliado antes da indução

☒ Termo de Consentimento informado assinado

☒ Antibiótico profilático ☐ Não ☒ Sim Qual: CEFAZOLINA

☒ Sítio de punção: Dose: 2G Via: EV

☒ Equipamentos de Anestesia e acessórios checados

Medicação pré-anestésica: ☐ Sim ☐ Não

Hora: \_\_\_\_\_

Fármaco: \_\_\_\_\_

Via: ☐ VO ☐ IM ☐ IV ☐ IV ☐ Out

Efeito Satisfatório ☐ Sim ☐ Não

### DADOS VITAIS E ANTROPOMÉTRICOS ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

PA: 139x15

P: 120

SPO: 98

ASA: 2

PESO: 65

### DIAGNÓSTICO

Pré-Operatório:

### CIRURGIA/PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO COM OU SEM INTERVENÇÃO TERAPÊUTICA

Início da Anestesia: \_\_\_\_\_

Início Cirurgia: \_\_\_\_\_

Posição Operatória: ☐ Cefalocaudal ☐ Cefalocranial ☐ Ginecológica ☒ DD ☐ DV ☐ DLD ☐ DLE ☐ Sentado

Uso de coxins: ☐ Sim ☒ Não Local: \_\_\_\_\_

### TÉCNICA ANESTÉSICA

Acesso Venoso: ☒ Periférico ☐ Central Localização: \_\_\_\_\_

Dificuldade da punção ☐ Sim ☐ Não

### ANESTESIA GERAL ☐ Sim ☒ Não

Tipo: ☐ Intubado  
☐ Ventilação  
☐ Outra

Respiração:

\* Assistida: ☐ Espontânea ☐ Manual

\* Controlada: ☐ Volume ☐ Pressão

Dispositivo para via aérea: ☐ Guedel/Nasofaríngea

☐ M. Laringea nº \_\_\_\_\_ ☐ Máscara Facial

Tubo nº \_\_\_\_\_ ☐ Cuff ☐ Oral ☐ Fácil ☐ Difícil

Tipo: ☐ Simples ☐ Aramado ☐ Endobrônquico ☐ Outro

Técnicas: ☐ Laringoscopia direta ☐ Retrograda ☐ Outra

☐ Broncofibroscopia ☐ Traqueostomia

Circuito: Circular com absorvedor CO2 ☐ Sim ☐ Não

Ventilação / Sistema: ☐ Datex ☐ Dräger ☐ Taema ☐ Duplo 1 ☐ Mapleson / Bain ☐ Outro

Bloqueio espinais: ☒ Sim ☐ Não

Posição: ☒ Sentado ☐ Decúbito lateral

Cateter: ☐ Sim ☒ Não

Tipo: ☒ Caudal ☐ Peridural ☐ Duplo bloqueio

Opióide: ☒ Sim ☐ Não

Nível de punção: ☐ L1-L2 ☐ L2-L3 ☒ L3-L4 ☐ L4-L5 ☐ Nervo Sacro

Nº punções: 01

CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

04 FEV 2019

REVISÃO EQUIPAMENTOS

|                    |            |
|--------------------|------------|
| Idade:             | Prontuário |
| 28 Anos 5 Meses 16 | 51287      |

☒ Leve ☐ Moderada ☐ Profunda

|   |                                       |
|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Femoral          | <input type="checkbox"/> Ciático      |
| <input type="checkbox"/> Iliohipopástrico | <input type="checkbox"/> Ilioinguinal |
| <input type="checkbox"/> Retrobulbar      | <input type="checkbox"/> Peritibular  |

Destino: ☐ Quarta ☒ Alta ☐ Unidade de Intensiva ☐ Day Clinic ☐ Alta Hospitalar

|              |  |  |   |
|--------------|--|--|---|
| Consciência: | 2 <input checked="" type="checkbox"/> Totalmente                           | 1 <input type="checkbox"/> Desperta quando chamado                                     | 0 <input type="checkbox"/> Não responde                               |
| Atividades:  | 2 <input type="checkbox"/> Movimento de todas as extremidades              | 1 <input checked="" type="checkbox"/> Movimento de duas extremidades                   | 0 <input type="checkbox"/> Incapaz de se mover                        |
| Circulação:  | 2 <input type="checkbox"/> PA +/- 20% de valores pré-anestésicos           | 1 <input type="checkbox"/> PA de 20 a 50% do valor pré-anestésico                      | 0 <input type="checkbox"/> PA +/- 50% do pré-anestésico               |
| Respiração:  | 2 <input checked="" type="checkbox"/> Respira profundamente e tosse        | 1 <input type="checkbox"/> Dispnéia, hipoventilação                                    | 0 <input type="checkbox"/> Apnéia                                     |
| SP02:        | 2 <input checked="" type="checkbox"/> $\text{SpO}_2 > 90\%$ em ar ambiente | 1 <input type="checkbox"/> Necessita de $\text{O}_2$ para manter $\text{SpO}_2 > 90\%$ | 0 <input type="checkbox"/> $\text{SpO}_2 < 90$ mesmo com $\text{O}_2$ |

### Horários

|                     | Kxx | xxx | Kxx | xx |
|---------------------|-----|-----|-----|----|
| Oxígeno             |     |     |     |    |
| N2O                 |     |     |     |    |
| Air comprimido      |     |     |     |    |
| Sevo - Iso          |     |     |     |    |
| Propofol            |     |     |     |    |
| Fenta - Sulfentanil |     |     |     |    |
| Sungoc/Dermados     |     |     |     |    |
| Glicusag            |     |     |     |    |
| Crystaloides        |     |     |     |    |
| Crystaloides        |     |     |     |    |
| Diurese             |     |     |     |    |
| Sangramento         |     |     |     |    |
| Coloides            |     |     |     |    |

DOCUMENTOS DE SINISTROS  
 DECAT  
 CONTEUDO NAO VERIFICADO

04 FEB 2019

[illegible]

SENTESEGURODORA S/A







JOSEFA ALINE DA SILVA DR. DANIEL  
Sex: Masc.  
Data de nascimento: 18/07/2018

Data de aquis: 18/07/2018  
Hora de aquis: 17:59:01  
Índice de exp: 2250

JOSEFA ALINE DA SILVA DR. DANIEL  
Sex: Masc.  
Data de nascimento: 18/07/2018

Data de aquis: 18/07/2018  
Hora de aquis: 17:59:51  
Índice de exp: 193

Dir.

DEPA. PACIENTES DE SINISTRO  
DPVAT  
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

04 SET 2019

GEN. DE SEGURADORA SIA  
Ar. Piv. 1834, Lota 17, MACEIÓ

ID PAT013994  
ID de Médico Jairo

Escala: 0.68  
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

ID PAT013994  
ID de Médico Jairo

Escala  
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

RESUMO DE ALTA

DATA DA ALTA - 22/03/2019 07:46:00

IDENTIFICAÇÃO

NOME: JOSEFA ALINE DA SILVA  
BARBOSA

RG: 32408064

PESO:

IDADE: 29 Anos

SEXO: FEMININO

ALTURA:

Data de Nascimento:

02/02/1990

PRESTADOR ASSISTENTE:

- DANIEL DIAS ESTEVES

DATA DE ATENDIMENTO: 20/03/2019 08:04:52

ATENDIMENTO: 187596

TEMPO DE PERMANÊNCIA: 2 Dia(s)

CONVÊNIO: AMIL

PLANO: ENFERMARIA

DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:

S723 - FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR

DIAGNÓSTICO(S) SECUNDÁRIO(S):

DIAGNÓSTICO INICIAL:

S723 - FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR

DIAGNÓSTICO DE ALTA:

S723 - FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR

EXAMES

DATA DO PEDIDO EXAMES

20/03/2019 HEMOGRAMA

20/03/2019 COAGULOGRAMA

20/03/2019 GLICOSE

INFECÇÕES

ANTIBIÓTICO

DATA INICIAL

DATA FINAL

CEFALOTINA SODICA 1G INJETAVEL

21/03/2019

21/03/2019

CONDUTA DE ALTA

MOTIVO DA ALTA: ALTA COM PREVISAO DE RETORNO PARA ACOMPANHAMENTO DO PACIENTE

PROCEDIMENTO DE ALTA: FRATURAS DE FEMUR - TRATAMENTO CIRURGICO

OBSERVAÇÃO DE ALTA: ORTOFEDIA E TRAUMATOLOGIA

2º DPO FIXAÇÃO DE REFRATURA DE DIAFISE DE FEMUR DIREITO  
PROCEDIMENTO SEM INTERCORRENCIAS

PACIENTE SEM QUEIXAS, BOA PERFUSÃO TECIDUAL, FO DE BOM ASPECTO

CD: ALTA HOSPITALAR

AGUINALDO SEGUNDO GURGEL DA N PEREIRA  
CRM-7658





Complexo Hospitalar Marvôl André

Prontuário: 51287

Atendimento: 00187596

Nome do Paciente: JOSEFA ALINE DA SILVA BARBOSA

Data do Atendimento: 20/03/2019

Data de Nascimento: 02/02/1990

Idade: 29a 1m 17d

Sexo: FEMININO

Convênio: AMIL

Plano: PLANO UNICO

Unidade de Internação: APARTAMENTO COLETIVO - HR

Leito: APT 316

## EVOLUÇÃO MÉDICA

### EVOLUÇÃO

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

2º DPO FIXAÇÃO DE REFRATURA DE DIAFISE DE FEMUR DIREITO  
PROCEDIMENTO SEM INTERCORRENCIAS

PACIENTE SEM QUEIXAS, BOA PERFUSÃO TECIDUAL, FO DE BOM ASPECTO

CD: ALTA HOSPITALAR

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

14 MAI 2019

AGENTE SEGURADORA S/A  
AV. PAULISTA, 1.311-17 - MACEIOAL

rapiraca, 22 DE MARÇO DE 2019

AGUINALDO SEGUNDO GURGEL DA N PEREIRA  
- CRM: Nº. 7658

**RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE, TOTAL OU PARCIAL**  
Atenção: A finalidade deste relatório é avaliar a avaliação de invalidez permanente, não sendo obrigatório a sua apresentação.

NOME COMPLETO DA VÍTIMA:

Josefa Maria da Silva Escobar

NÚMERO DO SINISTRO

**DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)**

DATA DO ACIDENTE: 15/07/2018 DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO: 15/07/2018

LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE:

fratura do úmero do membro direito

DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS)

tracção esquelética com membro inferior direito - 15/07/2018

proteção com placa e parafusos - 18/07/2018

EXISTE ALGUM DEFEITO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? ( ) SIM ☒ NÃO

CASO POSITIVO DESCREVER:

COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE:

( ) A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO.

☒ A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

14 MAI 2019

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Pôr. 1654, LOJ 17 - JACÉIAL

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o segmento ou órgão atingido)

SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO

Perda de 70% de função do membro inferior direito

AFIRMO QUE ASSISTI E / OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE 07/2018 A 07/2018  
RESPOSTAS ACIMA SÃO CUMPLIDAS E VERDADEIRAS.

Assinatura

LOCAL

DATA

ANEXAR CÓPIAS DE PRONTUÁRIOS RELATIVOS AO ACIDENTE

LOCAL

DATA

ASSINATURA

ASSINATURA E CARIMBO

Dr. Osvaldo Henrique Esteves  
CRM 8101 RQE 24595  
CNS 1428665296





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - AL Nº 013856272355  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

UF: 01 COO: 00167264548 RUA: 02018

NOME: MARCOS FERREIRA DA SILVA

CPF / CNPJ: 37724721840 PLACA: EGN3188

PLACA ANT: UF: EGN3188 AL: 9BGRJ6940AG190112

TIPO: PAS/AUTOMOT/EL/NEUTRAL COMBUSTÍVEL: ALCO/CASOL

MARKA: MODELO: GM/PRISMA JOY ANO FAB: 2009 ANO MOD: 2010

CAP: POT / CL: 5P/97CV CATEGORIA: PARTIC PRETA

1 PAGO COTA ÚNICA: 41,40 2 PARCELAMENTO / COTAS: 45,72 3 VENC: COTAS: 10/05/18

PREMIO TARIÁRIO: 20,70 CUSTO DO SEGURO: 45,72

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

CRABAS - AL Nº 013856272355

LOCAL: DATA: 10/05/2018

61AB ANTONIO CARLOS GONCALVES

B7C1

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

AL Nº 013856272355 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br  
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO: 2018 DATA EMISSÃO: 10/05/2018

UF: 01 CPF / CNPJ: 37724721840 PLACA: EGN3188

RENAVAM: 00157264548 MARCA: MODELO: GM/PRISMA JOY

ANO FAB: 2009 ANO MOD: 2010 Nº CHASSI: 9BGRJ6940AG190112

PRÊMIO TARIÁRIO: 20,70 CUSTO DO SEGURO: 45,72

18,63 2,07 0,17 45,72

10/05/18

SEGURODPVAT

SEGURODPVAT

SEGURODPVAT

SEGURODPVAT

SEGURODPVAT

SEGURODPVAT

SEGURODPVAT

04 FEV 2019

VEÍCULO NÃO VERIFICADO



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos  
Condições do Seguro DUT

ASL-0040561/19

Vítima: JOSEFA ALINE DA SILVA BARBOSA

CPF: 091.190.264-39

Data do acidente: 15/07/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSEFA ALINE DA SILVA BARBOSA

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

DOCUMENTOS REQUERIDOS

## Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

SINISTRO: 2190094350 - OK  
PROPOSTA: 502481 - OK

ROBERTO JOSE DOS SANTOS : 029.318.814-90

Comprovante de residência  
Declaração Circular SUSEP 445/12  
Documentos de identificação  
Procuração

JOSEFA ALINE DA SILVA BARBOSA : 091.190.264-39

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

Prazo para o pagamento de indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.azulseguro.com.br/ajuda](http://www.azulseguro.com.br/ajuda) ou Ligue 0800-0221204.

A indenização por danos materiais é de até R\$ 15.500,00 e seu valor varia conforme a gravidade das sequelas e depende com a tabela de indenização prevista na lei 6194 / 74.

A documentação recebida é de responsabilidade do segurado.

A documentação entregue deve ser entregue em duas cópias autenticadas. O original ficará em poder da seguradora e a cópia será devolvida ao segurado. A responsabilidade pela guarda dos documentos é do segurado.

A responsabilidade pela guarda dos documentos é do segurado.

Portador de

Data da entrega: 04/02/2019  
Nome: ROBERTO JOSE DOS SANTOS  
CPF: 029.318.814-90

Data do cadastramento: 04/02/2019  
Nome: JOAO LUIZ ALVES PINTO DE OLIVEIRA  
CPF: 091.128.924-08

ROBERTO JOSE DOS SANTOS  
04 FEB 2019

RECEBUEIRO DE SINISTROS  
OPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO  
FRENTE SEGURADORA S/A  
Av. Fátima, 1866, Lda 17-MACEÓVAL

JOAO LUIZ ALVES PINTO DE OLIVEIRA

# PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Previamente com letres de forma legível e sem rasuras)

OUTORGANTE:

Nome: Josefa Aline da Silva Barbosa

Residência: Brasileiro

Estado Civil: Solteira

Idade: 3240806-4

CPF: 091.190.264-39

Profissão: Agricultor

Endereço: R. Daniel Malaguinhas S/N Foz de Munda

Cidade: 57.320-000 Cratiba

Telefone: 19 98393-9818

TUTORADO:

Nome: ROBERTO JOSÉ DOS SANTOS

Nacionalidade: BRASILEIRO

Estado Civil: SOLTEIRO

Idade: 17.06.510

CPF: 029.318.814-90

Profissão: ACAD. MGR. J. M. DIR. G.

Endereço: PRAC. MANOEL ANTONIO N. ZENHA 28-40 CENTRO DE ARAPIRACA AL

Cidade: 57.500-005

Telefones: 19 99240-2008 002-98180-17-08

Pela presente procuração particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o Sr. João Carlos de Almeida, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas filiais subordinadas, e para encaminhar o pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, conferindo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer todos os documentos necessários para os seguradores consorciados, incluindo receber informações sobre prazos e condições de pagamento, podendo substabelecer e procurar, entre outros, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento das obrigações do seguro obrigatório DPVAT para a

condição de indenização do seguro obrigatório DPVAT para a

virtude Josefa Aline da Silva Barbosa

DESEMPENHO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTROLE NÃO VERIFICADO

04 FEV 2019

Cratiba, 29.02.2019

Local e data

Josefa Aline da Silva Barbosa

Assinatura do TUTORANTE

(Deverá ser feita por autenticação/verificação)

Reconheço por autenticidade a(s)

Firma(s) de Josefa Aline da Silva Barbosa

Cratiba - SP

Em test. João Carlos de Almeida da verdade

Canal, 21.02.2019

2019



Valdo Semana com  
Selo de autenticidade

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0040561/19

**Vítima:** JOSEFA ALINE DA SILVA BARBOSA

**CPF:** 091.190.264-39

**Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

**Data do acidente:** 15/07/2018

**Titular do CPF:** JOSEFA ALINE DA SILVA BARBOSA

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

### ROBERTO JOSE DOS SANTOS : 029.318.814-90

Comprovante de residência  
Declaração Circular SUSEP 445/12  
Documentos de identificação  
Procuração

### JOSEFA ALINE DA SILVA BARBOSA : 091.190.264-39

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 04/02/2019  
Nome: ROBERTO JOSE DOS SANTOS  
CPF: 029.318.814-90

ROBERTO JOSE DOS SANTOS

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/02/2019  
Nome: JOAO LUIZ ALVES PINTO DE OLIVEIRA  
CPF: 091.128.924-08

JOAO LUIZ ALVES PINTO DE OLIVEIRA