

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

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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, retorno 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.

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:

091.190.264-39 Josefa Aline da Silva Barbosa

Nome completo:

Joséfa Aline da Silva Barbosa

CPF:

091.190.264-39

Profissão:

Endereço:

Número:

Complemento:

funcionária

Ramal Maláquias

sla casa

Bairro:

Cidade:

Estado:

Folha mude

Cravas

SL

E-mail:

CEP:

57.390-000

Tel.(DDD):

82 98123-9939

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO 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 OPCIÃO DE CONTA

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

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 2806

CONTA: 37383

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: _____

(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 Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/recém-golpe do Seguro DPVAT, a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor debitado.

LEVOU DE SINISTROS

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 atende a região do acidente ou da minha residência; ou

14 MAI 2019

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 permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.134/74, art. 35, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

SEGURO LIDER

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: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles 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.

Inresso
órgão da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

Local e Data: Cravas - SL 14.05.2019

Nome: _____

CPF: _____

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | 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 S/ U RGOG, 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

9º BOR. ÁRIA

DR. ESTRADO DE DEFESA SOCIAL

DE POLÍCIA CIVIL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

NÚMERO 05554/18-0233

Pág. 2 / 2

DIRETORIA: Del. Acidentes e Delitos de Trânsito 4º DRP/DPJA2

DOC. 26216000

DATA/HORA COMUNICAÇÃO: 18/10/2018 16:41

DIRETORIA DESTINO: Del. Acidentes e Delitos de Trânsito 4º DRP/DPJA2

ASS.

ASS.

ASS.

ASS.

RG / MAT.: 280090

RG / MAT.: 280054

RG / MAT.: 680980

Cidêncio Júnior Estrela Sá



DEPARTAMENTO DE DESBROGAMENTO
D.D.V.A.T.
CONTEÚDO NÃO CONFIDENCIAL

04 FEV 2019

GENTE SEGUROADORA S/A
Av. Paulista 1850, Loja 17 - MAGALHÃES



ESTADO DE ALAGOAS
SECRETARIA DA SAÚDE

SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO À SAÚDE - SUAS

SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGENCIA - SAMU REGIONAL ARAPIRACA
R. Sereia das Flores s/n, 1946 - Centro/Aracaju - CEP: 59010-000 - Arapiraca/AL
Fone: (82) 3230-0061 - DPF: 12.2800-69001-65

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Arapiraca, 28 de Agosto de 2018.

Conforme solicitado por Josefa Aline da Silva Barbosa, portador do CPF nº 091.150.264-59 e Identidade nº 3240806-4, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - Samu 192 Arapiraca, certifica que efetuou o atendimento da seguinte maneira:

Dados da Ocorrência:

1 - DATA: 15.07.18 as 21'314,

2 - LOCAL: AL 200,

3 - OCORRÊNCIA: Criança com suspeita de corte,

4 - VÍTIMA: Josefa Aline,

5 - DOUTOR: Hospital de Emergência do Agreste

6 - UNIDADE SOCORRISTICA: USB - 06,

7 - MARCO (o) REGULADOR (a): Dr. Waldecyane Marais dos Santos.

Declaro ciência da veracidade dos dados acima apresentados.

Luis de Oliveira Amorim
Comendador de São
Bras - AL
delegado Arapiraca

Luis de Oliveira Amorim
Luis de Oliveira Amorim
Cônsul Médico
CRM 860/AL
Samu 192 Regional Arapiraca

DEPARTAMENTOS DE BUSTROS
DPAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
04 FEVEREIRO 2019
GENTE SEGUROADORA SIC
Av. Paulista 1654, Loja 41 - MACEIÓ/AL

ESTADO DE ALAGOAS

SECRETARIA DA SAÚDE

SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO À SAÚDE - SUAS

SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU REGIONAL / ARAPIRACA

R. Silveira Pértega, n° 1088 - Jardim Recife - CEP: 57.676-080 - Arapiraca.

Fone: (82) 3532-0085 - Fax: (82) 3532-2599/0001-55

Arapiraca, 28 de Agosto de 2018.

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - Samu 192 Arapiraca atesta o presenciamento da fiole número 501 de 15.07.18 às 21h14, onde foi realizado o atendimento ao paciente Joséfa Almeida da Silva Barbosa sendo preenchido com nome de Joséfa Almeida. Vale salientar que por priorizar o atendimento à vítima não foi possível a verificação dos dados na mesma, sendo este o motivo do equívoco do presenciamento.

Atenciosamente,

Luisa de Oliveira Amaro
Coord. Médica
CRM 6607/AL
SAMU 192 - Regional Arapiraca

DESAFAMENTOS DE SINISTROS
DINAT
CONTA DO NÃO VERIFICADO

04 FEV 2019

GRANDE SEGURADORA S/A
09 5131-1324 | 09 3171-5477-MACEIÓ/AL

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSPF 445/12

Para mais informações, visite o site <http://www.seguradoralider.com.br>, ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0211 204 ou 0800 731206
 ou para o seu agente de atendimento.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento desse Formulário é de responsabilidade do segurado, no processo de aplicação no sistema, conforme estabelecido a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www.seguradoralider.com.br/ASPECTOS/DOCONVINAL.aspx?ID=1&CODIGO=29636>

O Circular 445/12, que visa à prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurado, determina que todas as Seguradoras devem questionar o cliente se das pessoas envolvidas no pagamento da indenização, este se encontra vinculado a títulos de direitos e/ou obrigações punitivas, informando a data da prisão e da data da renda mensal, além de responder se tem alguma relação com bens:

A existência de indenizações de prisões e rendas, neste formulário, não impede o pagamento da indenização ao segurado, nem seu preenchimento na referida Circular, essa regra é **passível de comunicação ao COAF**.

Sobre a existência de segundas residências, se o segurado responde que sim, a indenização não é condicional, considerando que a pessoa morre, capitaliza e/ou vende.

Quanto ao cumprimento de pena, é de responsabilidade da autoridade policial informar a data estimada da liberação do preso, bem como a data de encerramento da prisão, informando a data da libertação e a data da prisão.

Exemplo: PR. DILBERTO SOBREIRA DOS SANTOS, inscrito (a) no CNPJ sob o N.º 029.315.514 / 50, proprietário ou seu tutor (a) / beneficiário (a) do beneficiário José Joaquim da Silva (não identificado), CPF (a) N.º 393.350.264 / 39, do seguro de DPVAT cobertura Juizesse, da vítima José Joaquim da Silva (não identificado), inscrito (a) no CPF sob o N.º 033.350.264 / 39, conforme determinações da Circular 445/12.

O Segurado, Roberto José da Silva, declara que apresenta os documentos comprobatórios:

CPF/CNPJ:

O Segurado, Roberto José da Silva,

declara que não possui outras identidades e que traz prova de residência junto à seguradora Lider - DPVAT, residir no endereço abaixo, com endereço que comprove local residência e data da sua informação.

Este documento, que se faz parte da presente Declaração, é válido na extensão prevista no art. 200 do Código Penal.

Nome	CPF/CNPJ	Número	Complemento
ROBERTO JOSÉ DA SILVA	029.315.514 / 50	029.315.514 / 50	029.315.514 / 50
CEP:	57.300-005	CEP:	57.300-005
ALACOAS	82.98123-4919	Alacoadas	82.98123-4919

Assinatura: Roberto José da Silva
 Data: 04/02/2019

Roberto José da Silva
 Signature de Roberto José da Silva

04 FEVEREIRO



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.

Dra. Valéria Hely Col

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO	04 FEV 2019
GENESEGURADORA S/A Av. Pátria, 1078 - Urca 17-MACEIÓ/AL	



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 à
inteira disposição, para qualquer esclarecimento.

Arapiraca, 27 de Setembro de 2018.

Márcia Farias
Faturamento
Hospital Chama

Setor: Faturamento
Hospital Chama

RECIBO OS SINISTROS
Nº 1417-MACEIÓ-AL
VERIFICADO

04 FEV 2019

SEGURADORA SIA
Nº 1417-MACEIÓ-AL

RELATÓRIO MÉDICO

Nome do paciente:

Endereço:

Número do prontuário (ou Boletim de Emergência):

Data de Entrada:

397.99.

11/17/18 Data de Saída: 16/01/18

Dij: Faltas da Diátese Fim 0

~~DTX + FMS~~

INDICATOS DE SÍNOS
OU VAT
QUAISQUER SÃO VERIFICADOS

04 FEV 2019

ENTITÉ SEGURADORA
17-MACE

Arapiraca-AL, 23 de Junho de 2018.

Dr. Marcos José G. dos Reis
Resp. Relatório Médico CRMAL-359:
Unidade de Emergência Dr. Daniel Houly
Arapiraca - Alagoas

3599

Rodovia AL 220 - km 05 s/n - Bairro Senador Arnon de Mello
Fone: (82) 3539-8634 - Cep: 57300-970 - Arapiraca

MS/DATASUS

UNIDADE DE EMERGENCIA DO AGreste

No. DO BE: 609205

DATA: 15/07/2018
SETOR: 11 - SALA CURATIVOS E SUTURAS

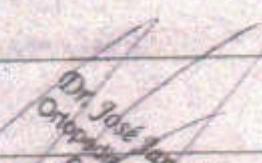
HORA: 21:45

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME: JOSEFA ALINE
IDADE: 29 ANOS

SEXO: FEMININO

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Código	Descrição	Profissional
15/07/18	Paciente deu entrada no ônibus vermelho, vítima de cacetamento, acordado, responso, em anombra- mentos, em face e HSC, torax simétrico, PUP func- ionante, abdome mole, fratura em T10-D1, media- da e encaminhada para realizar exames.	
	#087 -	
	Pac. 1 via de cacetamento evidente em fratura do duvir da vértebra ①	
	Nervosos: OK	
	H1: Fratura do Duvir da Vértebra ①	
	cl. ① Int. ou Instabilidade	
	② Fractura Esquistada	
	 Serviço de Atendimento Móvel de Urgência	
15/07/18	Agente FCC em patrulha operação ①	

- Accidente automovilístico.
Apregata FCC en
palpebra superior O. i.
Sangre nasal de fístula
después de la operación.

- ① AL
 - ② Sutura
 - ③ Alta BMF

~~Ita BMF~~ Italo Mesquita
Cirurgião Dentista e implantodontista
CRM-SP 294

~~ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO~~

04 FEB 2019

GENTE SEGURADORA S/A
- 1978 - 17. MAIO

FICHA DE INTERNAÇÃO

1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Data / Hora: 06/07/2010 14:57

Atendimento: 136210

Prontuário: 00051287

Nome: JOSÉFA ALINA DE SILVA BARROS

Data de Nasc.: 02/02/1990

Idade: 28 Anos 5 Meses 10 Dias

Sexo: FEMININO

Cor: Parda

Religião:

CPF:

RG: 32406064

CNS:

Endereço: RUA POLIA D'OLIVEIRA

Nº: 0

Bairro: VILA RURAL

Cidade: CRAIBAS

Estado: AL

CEP: 57320630

Fone: 82.999166320 | Celular: 82.

Profissão

Nome da Mãe: MARIA DEZERRA DA SILVA

Convênio: SUS

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 PACINETE...

Histórico da Doença Atual:

Vítima VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO CAUSANDO FRATURA DE DIAFISE DE FEMUR DIREITA COM NECESSIDADE DE TRAUMATOLOGIA PARA CORREÇÃO DA FRATURA.

Antecedentes Pessoais:

Exame Físico:

NR: DEFENDIMENTO E INTOLENCIA FUNCIONAL EM MIO

Diagnóstico Provisório:

FRATURA DE DIAFISE DO FEMUR DIREITO

Tratamento Proposto: Clínico Cirúrgico

Usuário do Atendimento

Dr. Daniel Dias Esteves
 Ortopedia e Traumatologia

DEPARTAMENTOS DE SINISTRO AL 6101 RQE 2889

DPVAT DANIEGHE 980008288883296

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

Médico Responsável

04-FEV-2010

GENTE SEGURADORA SIA
 AV. PAZ, 1351, LOJAS 17-MACEIÓ/AL



Hospital da Restauração

CRM/AL

Atendimento: 136210

Prontuário: 51287

Paciente: JOSEFA ALICE FERREIRA BARBOSA

Sexo: FEMININO

Idade: 28 Anos 5 Meses 16 Dias

Mae: MARIA DE LURDES DA SILVA

Data de Nasc.: 02/07/1990

CNS:

BOLETIM OPERATÓRIO

DATA: 01/07/2019

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO

FRACTURA DE LIGAMENTO DE FÉMUR DIREITO

OPERAÇÃO REALIZADA

TRATAMENTO CHIRÚRGICO DE FRACTURA DIAPHISÁRIA DE FÉMUR DIREITO

CRM-DIAS: DANIEL DIAS ESTEVES

CRM: 6101

CRM-EXALP: ALEXANDRA DIAS ESTEVES

CRM: 6200

CRM-AUXILIAR:

CRM:

INSTRUMENTADOR

CRM-TEMA:

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

Anestesiado: HEDSON EVERSON DE OLIVEIRA MELO

CRM:

DESCRIÇÃO OPERATÓRIA

PACIENTE EM COLESO SOB ANESTÉSICA

MEDIDA: ANESTÉSICA

INCISÃO LATERALÃO FÉMUR DIREITO

DISSECÇÃO NOVILANDOS ATÉ POCO DE FRACTURA

REDUÇÃO CRÍTICA E FIXAÇÃO COM PLACA BLOCADA E PARAFUSOS BLOQUEADOS

EM CICATRIZADA

REVIRADA DA HEPATOSTASIA

SUTURA FUTURA

LIMPAR FOLHA CONSISTÊNCIA

CLASSIFICAÇÃO DE SINISTROS
DIAVAT
ULTIMELON NÃO VERIFICADO

Dr. Daniel Dias Esteves
Ortopedia e Traumatologia
CRM-AL 6101 RQE 2889
CNES 980016238663296

04 FEV 2019

DANIEL DIAS CRM: Nº 6101

Médico(u)

GENTE SEGURADORA SIA

111111-17-MACEIÓ/AL

CHAMAS

Paciente:
JOSE ALINE DA SILVA BARBOSA

Data de Nasc:
02/02/1990

Idade:
28 Anos 5 Meses 16 Prontuário
51287

BOLETIM ANESTÉSICO

INDICAÇÃO CIRÚRGICA:

SALA

ATENDIMENTO: 136210

TIPO SANGUÍNEO:
AVISO CIRURGIA:

CIRURGIA: VES DE FÔLHUR

INÍCIO:

TÉRMINO:

TÉCNICA ANESTÉSICA: RAQUIANESTESIA

DURAÇÃO:

SEGURANÇA DO PACIENTE

PRÉ-INDUÇÃO

- Paciente identificado e avaliado antes da indução
- Termo de Consentimento informado assinado
- Antibiotico Prophylaxia Não Sim Qual: CEFAZOLINA
- Agente de sedação Dose: 2G Via: EV
- Controle monitor de anestesia e aquisição checáticos

Medicação pré-anestésica: Sim Não
Hora: _____
Fármaco: _____
Via: VO IM IV TV Outro
Efeito Satisfatório: Sim Não

DADOS VITAIS E ANTROPOMÉTRICOS ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

PA: 135x85	P: 78	SPO: 98	ASA: 2	PESO: 65
------------	-------	---------	--------	----------

DIAGNÓSTICO

Pré Operatório:

CIRURGIA/PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO COM OU SEM INTERVENÇÃO TERAPÊUTICA

Início da Anestesia:

Inicio Cirurgia:

Posição Operatória: Cefalocervical Cefalocaudal Ginecológica DD DV DLP DLE Sentado

Uso de toxinas: Sim Não Local

TÉCNICA ANESTÉSICA

Acesso Vascular: Periférico Central Locanestesia:

Dificuldade da punção: Sim Não

ANESTESIA GERAL

Sim Não

Tipo: Inhalatória
 Venosa
 Nitrox

Respiração:

- Assistida
- Espontânea
- Manual
- Controlada
- Volume
- Pressão

Dispositivo para via aérea: Guedel/Nasofaringea

M. Laringea nº: Máscara Facial
Tubo nº: Cuff Oral Fácil Difícil

Tipo: Simples Aramado Endotrônquico
Técnicas: Laringoscópio direta Retrágtada
 Broncofibroscopia Traqueostomia

Círculo: Círculo com absorvedor CO2 Sim Não

Ventilação / Sistema: Datek Drager Dräger Duplo 1 Mapleson / Bain Outro

Bloqueio espinhal: Sim Não

Posição: Sentado Decúbito lateral

Prv: Radicular Perineal Duplo bloqueio

Cateter: Sim Não

Músculo: Tríceps bíceps Ombro Iugular Sacro

Opióide: Sim Não

Nº punções: 01 NERVO VASO LINFÁTICO

OXIGÊNIO NÃO VERIFICADO

04 FEV 2019

Pacientes:

Data de Nasc:

Idade:

Prontuário
1287

Sedação:	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input checked="" type="checkbox"/> Leve	<input type="checkbox"/> Moderada	<input type="checkbox"/> Profunda
Dispositivo para suplementação de Oxigênio:	<input checked="" type="checkbox"/> Cateter nasal	<input type="checkbox"/> Máscara facial	<input type="checkbox"/> Guedel	<input type="checkbox"/> Nasofaringea	<input type="checkbox"/> Outros
Outros Bloquios:			<input type="checkbox"/> Femoral	<input type="checkbox"/> Ciático	
<input type="checkbox"/> N. genitália	<input type="checkbox"/> AXILAR	<input type="checkbox"/> Interescalenoico	<input type="checkbox"/> Iliohipopástrico	<input type="checkbox"/> Ilioinguinal	
<input type="checkbox"/> Paracetamol	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> Sim (Agulha somática)	<input type="checkbox"/> Retrobulbar	<input type="checkbox"/> Peribulbar	
Condições clínicas na alta:	<input type="checkbox"/> Acordado	<input type="checkbox"/> Sonolento	<input type="checkbox"/> Intubado		
Destino:	<input type="checkbox"/> Ambulatório	<input checked="" type="checkbox"/> Day Care	<input type="checkbox"/> Unidade de Intensiva	<input type="checkbox"/> Day Clinic	<input type="checkbox"/> Alta Hospitalar

ÍNDICE DE ALDRETE E KROULIK

Consciência:	<input checked="" type="checkbox"/> Totalmente	<input type="checkbox"/> Disperta quando chamado	<input type="checkbox"/> Não responde
Atividades:	<input checked="" type="checkbox"/> Movimento de todos, e extremidades	<input type="checkbox"/> Movimento de duas extremidades	<input type="checkbox"/> Incapaz de se mover
Circulação:	<input checked="" type="checkbox"/> PA +/- 10% do valor pré-anestésico	<input type="checkbox"/> PA de 20 a 50% do valor pré-anestésico	<input type="checkbox"/> PA +/- 50% do pré-anestésico
História:	<input checked="" type="checkbox"/> Respira profundamente e fosse	<input type="checkbox"/> Dispnéia, Hipoventilação	<input type="checkbox"/> Aprênia
SP02:	<input checked="" type="checkbox"/> Fosse SP02 > 90% em ar ambiente	<input type="checkbox"/> Necessita de O2 para manter SP02 > 90%	<input type="checkbox"/> SP02 < 90 mesmo com O2

DROGAS

Horários

**ACIDENTES DE SINISTROS
DIFAT
CONTENDO NAO VERIFICADO**

04 FEV 2019

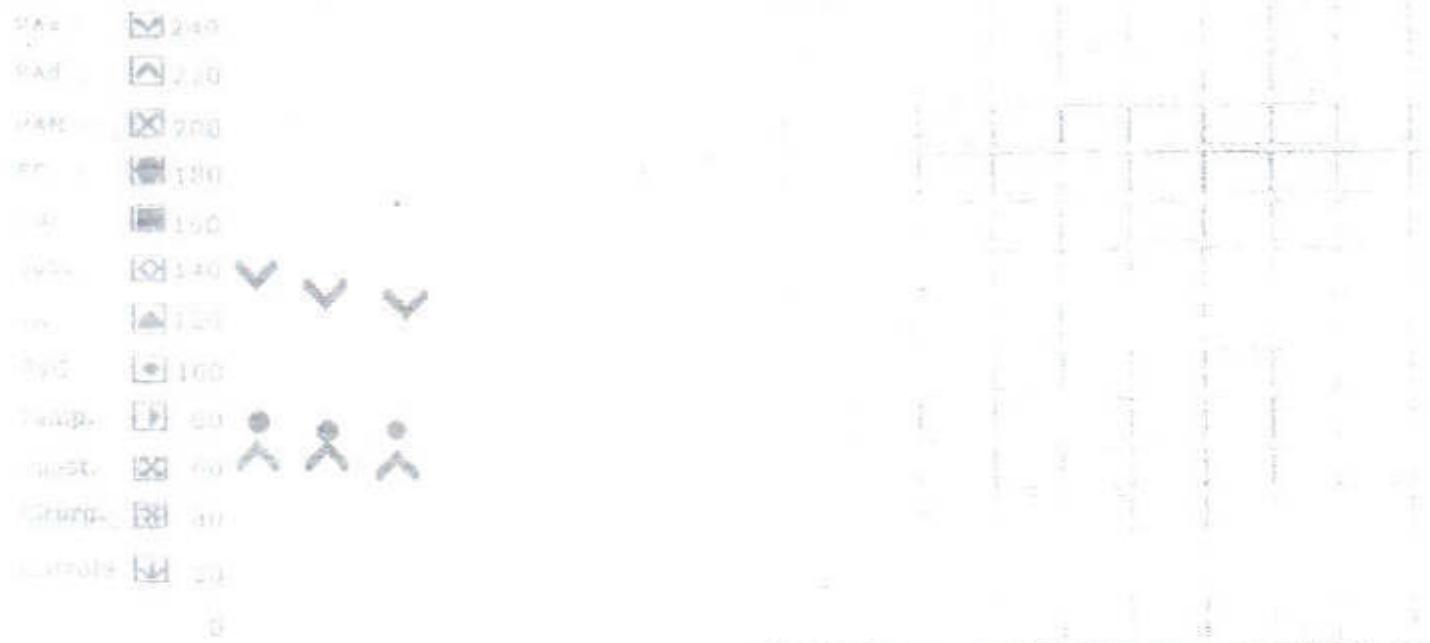
16h 16h

16ENTESEGURADORA S/A
SANTOS - SP - 01-17-MACEIOL

Paciente: JOSEFA ALVES DA SILVA BARBOSA Data de Nasc: 02/02/1990 Idade: 28 Anos 5 Meses 16 Prontuário 512B7

Minutos: 25m 40m 45m 50m 55m 00m 05m 10m 15m 20m 25m 30m 35m 40m 45m 50m 55m 00m

FLUXOGRAMA DO ATO ANESTÉSICO



MEDICAMENTOS:

NOMES / DIVERSOS	QTD.	UNID.	NORMAIS / DIVERSOS	TD.	UNID.	ANESTÉSICOS	QTD.	UNID.
NEO PESADA	12	MG	PERCIL	10	MG	NEO PESADA	12	MG
MORFINA	80	MG	AMITOCINA	50	MG	MORFINA	80	MG
MIDAZOLAM	5	MG	TRONICAM	45	MG	MIDAZOLAM	5	MG
LUBRIFICANTE SIMPLES								
EQUIPE MÉDICA:								

ESPECIAÇÃO:

Arapiraca - AL - 10 DE JUNHO DE 2019

Dr. Hudson Melo
 Anestesiologista
 CRM 6306 / RQE N°3664

CRM 6306 / RQE N°3664

Médico (a)

04 FEV 2019

LEIA E ASSINE NA PÁGINA SÍA



Hospital & Restauração

JOSEFA ALINE DA SILVA DR. DANIEL
Sex: Masc
Data de nascimento: 18/07/2015

Data de arqui: 18/07/2018
Hora de arqui: 17:55:01
Índice de exp: 2290

JOSEFA ALINE DA SILVA DR. DANIEL
Sex: Masculino Data de Nascimento: 18/07/2018

Data de agus- 18/07/2011
Hora de agus- 17:59:51
Índice de esp- 193

Dir.

THE SIAA IS A MEMBER OF THE AMERICAN

四百四十七

三國志演義全集

© M. GEMMA

CHAVE DE SEGURADORA S/A
Av. Paulista 1834, Lote 17 - MACEIÓ

10 PAGES

Escala: 0-68

ID PATO13994
ID de tecnico: 2010

Escale
HOSPITAL DA RESTAURA

HOSPITAL CHAMA - RODOVIA AL 220 KM 04, S/N - ARAPIRACA - AL
FONE 3530-8388 / 3521-6905 / 3521-4781
SITE www.hospitalchama.com.br

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

DEPARTAMENTO DE REGISTROS
PPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

14 MAI 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Presidente Vargas, 171 - Centro
CEP 20030-000 - Rio de Janeiro - RJ

INFECÇÕES:

ANTIBIÓTICO

DATA INICIAL

DATA FINAL

CEPALOTINA SODICA 1G INJETAVEL

21/03/2019

21/03/2019

CONDUTA DE ALTA:

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

PROCEDIMENTO DE ALTA: FRATURAS DE FEMUR - TRATAMENTO CIRÚRGICO

OBSERVAÇÃO DE ALTA: ORTOFÉDIA E TRAUMATOLOGIA

2º DPO FIXAÇÃO DE REFRACTURA 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 Manoel 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 INTERCORRÊNCIAS

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

CD: ALTA HOSPITALAR

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

14 MAI 2019

AGENTE SEGURODORA SIA
AV. PERNAMBUCO, 16617 - MACEIÓ/AL

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
Aviso: A finalidade deste relatório é auxiliar a avaliação de invalidez permanente, não sendo obrigatório a sua apresentação.

NOME COMPLETO DA VÍTIMA:

Sonya Pires da Silva Rechado

NÚMERO DO SINISTRO

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE: 15/04/2018

DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO: 15/04/2018

LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE:

Perda de função do membro direito

DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS)

*Tratamento cirúrgico do membro inferior direito - 15/04/2018
Medicamento para dor e inflamação - 18/04/2018*

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

ENTE SEGURADORA S/A
Av. Paulista, 1838 - Loja 17 - Diagonal

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

SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO

Perda de 40% de função do membro inferior direito

AFIRO QUE ASSISTI E / OU AVALEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE 07/2018
RESPOSTAS ACIMA SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.

Ripoli

LOCAL

DATA

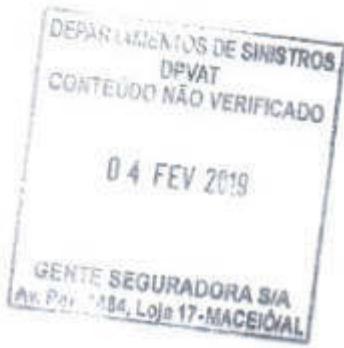
07/2018 Esteves
Assinatura e Carimbo
Número: 8101 RQE 28945
Data: 10/05/2018

ANEXAR COPIAS DE PRONTUÁRIOS RELATIVOS AO ACIDENTE

LOCAL

DATA

ASSINATURA E CARIMBO



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
COMISSÃO DOS SÍDONES

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VÉHICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA, A PESSOAS

ENTBAN

卷之三

10

卷二

2018
B707

四

EMAIL
EMAIL NÃO VERIFICADO

04 FEV 2019

PROTÓCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



ASL-0040561/19

Vítima: JOSEFA ALINE DA SILVA BARBOSA

CPF: 091.190.264-39

CPF da: Próprio

Data do acidente: 15/07/2018

Titular do CPF: JOSEFA ALINE DA SILVA BARBOSA

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

Sinistro

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

DUT

Outros

SINISTRO: 4190094350 -ok

OPERAÇÃO: 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

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo e agilizar o pedido de Indenização, acesse www.azulseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

A indenização para lesão permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e acordo com a tabela de indenização estabelecida na lei 6194 / 74.

Documento recebido:

A documentação foi protocolada no dia 04/02/2019. Documentos enviados: 1. Documentos originais e cópias autorizadas. 2. Documentos protocolados conforme a legislação em vigor. 3. Documentos entregues ao setor de atendimento ao cliente. 4. Documentos inseridos no sistema de atendimento ao cliente.

A responsabilidade pela guarda dos documentos é de minha responsabilidade.

Portador

Data da entrega: 04/02/2019

Nome: ROBERTO JOSE DOS SANTOS

CPF: 029.318.814-90

ENTREGUE PELO SINISTRO
DPOVAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

ROBERTO JOSE DOS SANTOS
04/02/2019

Data do cadastramento: 04/02/2019

Nome: JOAO LUIZ ALVES PINTO DE OLIVEIRA

CPF: 091.128.924-08

JOAO LUIZ ALVES PINTO DE OLIVEIRA

MARCA DO AGENTE SEGURO
AV. FÁTIMA 1284, LOJA 17 - MACEDÔNIA

PROCLAMAÇÃO PARTICULAR

[Proclamar particularmente nome, local e seu resumo]

SENHORAS,

Nome: Joséfa Aline de Silva Barbosa
Local: Brasília

Estado Civil: Solteira

Nº. Cad.: 3240806-4

RG: 091.190.264-39

Profissão: Aprendiz

Endereço: R. Daniel Malheiros s/n Fazenda Nísia

Cidade: Brasília

Telefone: (61) 38393-9939

SENHORAS,

Nome: BRUNO V. JOSÉ DOS SANTOS

Local: Brasília

Estado Civil: POLTEIRO

Nº. Cad.: 17.016-510

CPF: 029.318.614-90

Profissão: ACADEMICO DE DIREITO

Endereço: PRACA MARQUES DE SOUZA, 78 - 4º BLOCO DE APARTAMENTOS

Cidade: Brasília

Telefone: (61) 99260-2008 / 062-9816011108

Pelo presente eu declaro sob pena de Procuração, nome e constigo meus bastantes procurados o que segue sobre a qualificação, a quem confio poderes especiais para representar-me perante o SEGURO DPVAT e/ou OS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT e suas empresas consorciadas, assim como autorizo o pedido de indenização referente ao seguro DPVAT, considerando os delegados poderes para assinar, enviar e/ou requerer os documentos necessários para os seguradoras consorciadas, incluindo receber indenizações, entre outras, e iniciar litigios, evidenciando, todavia, substancial e plena confiança quanto ao direito permanecido para o meu e perfeito cumprimento. Desta forma, declaro que a de recuperar a indenização do SEGURO COMPAGNIA DO DPVAT para a

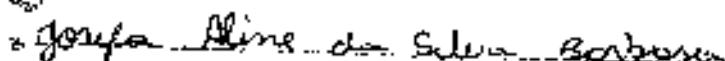
Vítima: Joséfa Aline de Silva Barbosa

04 FEV 2019

Brasília, 04.02.2019

Local e data

SEGURO DPVAT
BRASILIA, 04.02.2019



Assinatura do AUTORGANTE

(Fazem a declaração de autenticidade/veracidade)

Reconhecido(a) por autenticidade(s)

Firma(s) de Joséfa Aline de Silva Barbosa

Local: Brasília

Data: 04.02.2019

Nome da Pólica: DPVAT

Em testemunha: Thiago

Local: Brasília

Data: 04.02.2019

Nome da Pólica: DPVAT

<p

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0040561/19

Vítima: JOSEFA ALINE DA SILVA BARBOSA

CPF: 091.190.264-39

CPF de: Próprio

Data do acidente: 15/07/2018

Titular do CPF: JOSEFA ALINE DA SILVA BARBOSA

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

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 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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

ROBERTO JOSE DOS SANTOS

JOAO LUIZ ALVES PINTO DE OLIVEIRA