

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 10 de Junho de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190368674**

**Vítima: JOAO MARCOLINO ALVES NETO**

**Data do Acidente: 15/01/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: AGENOR JOSE DA SILVA**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), JOAO MARCOLINO ALVES NETO**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 12 de Junho de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190368674**

**Vítima: JOAO MARCOLINO ALVES NETO**

**Data do Acidente: 15/01/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: AGENOR JOSE DA SILVA**

**Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO**

**Senhor(a), JOAO MARCOLINO ALVES NETO**

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

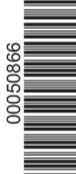
Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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, acesse o nosso site para maiores orientações.

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 alístro no ASL: CPF da vítima: Nome completo da vítima:

066144674-33

JOÃO MARCOLINO ALVES NETO

REVISÃO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E PÁRAMA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (MÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

Nome completo: JOÃO MARCOLINO ALVES NETO

Profissão: ELETRICISTA Endereço: Rua FRANCINHA EM

Bairro: JANGA Cidade: Paulista

E-mail: Estado: SP CEP: 06614-674-33

CPF: 066144674-33 Número: 305 Complemento:

Telefone (DDI): 81-98517-1903

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

RENDIMENTO:

- |  |  |  |  |   |
|--|--|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00             | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA                   | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 |  |  | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00        |

DADOS BANCARIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237)        | <input type="checkbox"/> Itaú (341)                               | <input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) | Nome do BANCO: _____                                      |

AGÊNCIA: 1581 CONTA: 000050612 (Informar o dígito se existir)

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

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

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

Autorizo a Seguradora Lider 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 sempre após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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 acima citado, 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 sujeitar à avaliação médica da cunha da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 22, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso descreva seu nome.

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

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

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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 na declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do art. 230 do Código Penal.

Local e Data: 25/05/2018  
Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

TESTEMUNHAS  
1º | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da quem assina o RODO

2º | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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 RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes da preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

527990  
019396/19

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLICIA DA 026<sup>a</sup> CIRCUNSCRICAO - RIO DOCE - DP26<sup>a</sup>CIRC DIM/7<sup>a</sup> DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 19E0116001469

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **24/05/2019** às **13:01**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)** que aconteceu no dia **15/1/2019** às **19:33**

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE JANGA (BAIRRO), 1, AVENIDA CLAUDIO GUEIROS LEITE** - Bairro: **JANGA - PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL**

Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

GILVAN BOTELHO ( AUTOR / AGENTE )  
JOÃO MARCOLINO ALVES NETO ( VITIMA )

07 JUN. 2019

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **GILVAN BOTELHO**

Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

**JOÃO MARCOLINO ALVES NETO** (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA JOSE DE SOUZA** Pai: **BONIFÁCIO DA SILVA** Data de Nascimento: **6/3/1982** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **CASADO(A)**  
Profissão: **ELETRICISTA**  
Endereço Residencial: **BAIRRO DE JANGA (BAIRRO), 305, RUA TRACUNHAEM - CEP: 55000-000 - Bairro: JANGA - PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL**

**GILVAN BOTELHO** (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)

**VEICULO (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **GILVAN BOTELHO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **GILVAN BOTELHO**

Categoria/Marca/Modelo: **NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**  
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

**INFORMOU A VITIMA QUE ENCONTRAVASSE NA OFICINA ONDE TRABALHA, DESEMPENHANDO A FUNÇÃO DE ELETRICISTA DE AUTO, QUANDO UM CARRO DE PLACA KHN-7813/PE, PAROU EM FRENTE A OFICINA APRESENTANDO DEFEITO NA PARTE ELETRICA, NO MOMENTO EM QUE A VITIMA CONSERTAVA O CITADO VEICULO, OUTRO VEICULO DE PLACA KJO-8053/PE, QUE ERA CONDUZIDO PELO SR. GILVAN BOTELHO, CAPOTOU ATINGIU A VITIMA E O VEICULO QUE ESTAVA SENDO CONSERTADO, COM O ACIDENTE A VITIMA SOFREU FRATURA EXPOSTA DO MAELOLO DIREITO E VARIAS ESCORIAÇÕES EPLO CORPO, A VITIMA FOI SOCORRIDA POR UMA EQUIPE DO CORPO DE BOMBEIROS, CONFORME ATENDIMENTO 2019APH000123, E LEVADO A UPA-OLINDA, ATENDIMENTO N° 1408258, EM SEGUIDA TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRAES, CONFORME**

PRONTUÁRIO N° 122126, ONDE FOI CIBURGADO. CASO AFETO A DRLEGACIA DE JANGA.

Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta Unidade policial

JOÃO MARCOLINO ALVES NETO

(VITIMA)

B.O. registrado por LUCIANO MORAES E SILVA - Matrícula: 3649490



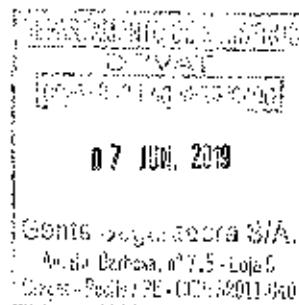


**SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO**

**C E R T I D Ã O**

**Certidão nº 2019APH000123 Div. Op.**

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr(a). JOAO MARCOLINO ALVES NETO , 34 anos, BRASILERA(a), CASADO(a), RG nº 6239546 SSP-PE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 066.144.674-33, residente à RUA TRACUNHAEM, nº 305, , JANGA , PAULISTA - PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 15/01/2019, por volta das 19:33 hs, no endereço: AV. DR. CLAUDIO GUEIROS LEITE, S/N, JANGA PAULISTA-PE, referente a um(a) CAPOTAMENTO, envolvendo AUTOMOVEL FOX PRETA KJO8053-PE ; AUTOMOVEL CORSA PRETA KHN7813-PE, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr(\*) JOAO MARCOLINO ALVES NETO , inscrito sob o CPF nº 066.144.674-33 e Registro Geral nº 6239546, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) CB 710075-0 LEONARDO. Foi transportado(a) para o UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO OLINDA. Registrado(a) com o prontuário nº 1408288. Ficou aos cuidados do médico LEONARDO, registro 9208. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.



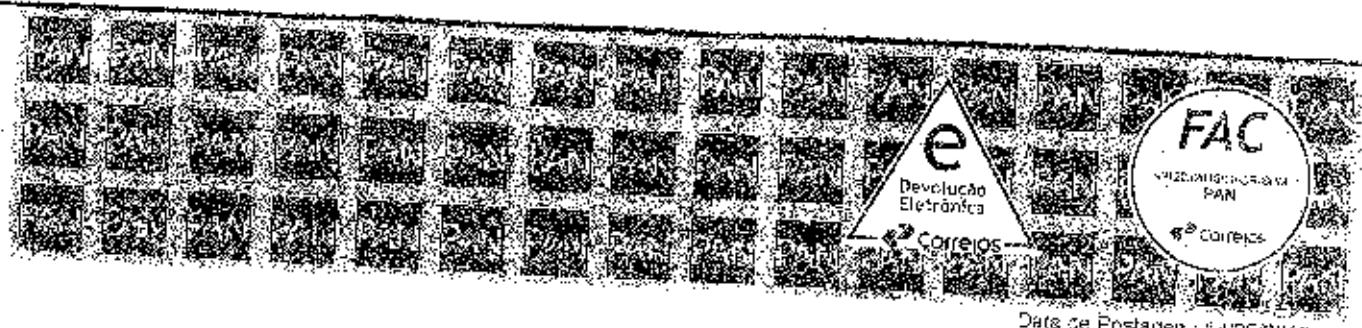
Posição em 14/03/2019

A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site <http://www.cbmpb.gov.br/>, consultar protocolo nº 2019APH000123

---

Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife/PE - CEP 50050-180

Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 00.358.773/0001-44

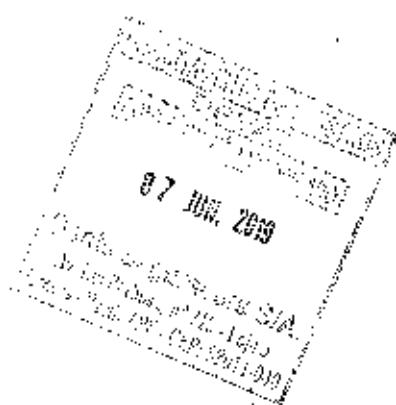


Data de Postagem: 14/05/2019

AGENOR JOSE DA SILVA  
RUA CALCITA 36  
X N S CONCEICAO  
53429-750 PAULISTA PR



21007-54033031025-250234630240510





## DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central do Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos ou de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGIVAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29635>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da fala de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, considerado, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELA CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APPLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.513/98.

Pelo exposto, eu AGENOR José dasilva

inscrito (a) no CPF/CNPJ 311453704-97

na qualidade de Procurador (a) / intermediário (a) do Beneficiário

JOÃO MARCOLINO ALVES NETO

inscrito (a) no CPF sob o Nº 066144674-33

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ

da Vítima JOÃO MARCOLINO ALVES NETO

inscrito (a) no CPF sob o Nº 066144674-33

conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_

e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia no art. 299 do Código Penal.

Endereço: RUA ANTÓNIO  
Bairro: Nossa Senhora Conceição Cidade: Paulista  
E-mail: \_\_\_\_\_

Número: 38 Complemento: \_\_\_\_\_

Estado: PE CEP: \_\_\_\_\_

Tel. (DDD): 81-98517-1903

Local e Data: Paulista,

Assinatura do Declarante

07 JUN 2009

Atendimento: 1408288

Data e Hora: 15/01/2019 20:48

Senha da Classificação:

0312

Paciente: 499030 JOAO MARCOLINO ALVES NETO

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 06/03/1984 Idade: 34 anos Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: MARIA JOSE DE SOUZA

Nome do Pai: BONIFACIO DA SILVA ALVES

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA

CRM: 1234567

Endereço: RUA TRACUNHAEM

-- 0

Bairro: PAU AMARELO

Cidade/UF: PAULISTA

PE Cap: 53435640

Usuário Atendimento: TARCIANASA

RG (Identidade):

Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Fone: 84254430

CRN(Certidão de Registro de Nasc):

Data de Emissão CRN:

## RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: \_\_\_\_\_

Altura: \_\_\_\_\_

Temperatura: \_\_\_\_\_

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

Queixa Principal:

DR Dtox + Col

M

D + 90 dias

07 JUN 2019

Exame Físico

Exame Físico: DR Dtox + Col

Hipótese Diagnóstico

Hipótese Dtox + Col

Interna Terapêutica

D + 90 dias

Prescrição Médica

Prescrição: DR Dtox + Col

LEONARDO DE JESUS NEVES  
Coronel Médico  
CREMEPE - 9203  
IDT: 076288323-9 MD

Destino: ( ) Encaminhado ao Ambulatório ( ) Residência

Transferido:

Para: \_\_\_\_\_

Senha: \_\_\_\_\_

Carimbo/Médico

LEONARDO DE JESUS NEVES  
Coronel Médico  
CREMEPE - 9203  
IDT: 076288323-9 MD

1408288

# JPA 24 HORAS - OLINDA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

Data e hora retirada da senha: 15/01/2019 20:34

## PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Nome Paciente:	JOAO MARCOLINO ALVES NETO
Cód. Paciente:	
Data de Nascimento:	06/03/1984
Sexo:	Masculino
Idade:	34
Senha:	0312
Convênio:	
Afendimento:	
SAME:	

Período: 15/01/2019 20:40 - 15/01/2019 20:41

**CICERO FERNANDES DE ARAUJO - COREN: 261624 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação**

Prioridade:

URGÊNCIA - AMARELO

Cor:

AMARELO

Queixa Principal:

TRAZIDO PELO CB. RELATO DE COLISÃO EM VIA PÚBLICA, REFERE FERIDA CORTO  
CONTUSA EM MID, ESCORIAÇÕES EM MMII

Observação:

ALERGIA: NEGA

HAS-

DM-

NEGA VOMITO OU DESMAIO POS TRAUMA

SITUAÇÕES ESPECIAIS

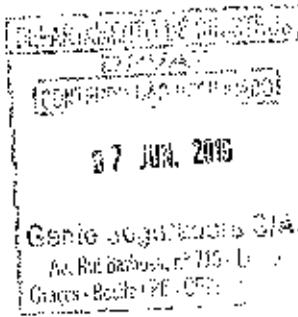
Fluxograma sintoma:

- PACIENTES EM AMBULÂNCIA DO SAMU, BOMBEIRO E MUNICIPAIS

Discriminador(es):

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA



Acolhido(a) por: CICERO FERNANDES DE ARAUJO - COREN: 261624 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 15/01/2019 20:41

Atendimento: 461205

Senha da Classificação:

Data e Hora: 16/01/2019 03:20

1004

Paciente: 122128 JOAO MARCOLINO ALVES NETO

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 06/02/1984 Idade: 34 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA

Nome da Mãe: MARIA JOSE DE SOUZA

Nome do Pai: BONIFACIO DA SILVA ALVES

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA

CRM: 12346

Endereço: RUA TRACUNHAEM

305

Bairro: PAU AMARELO

Cidade/UF: PAULISTA PE

Usuário Atendimento: MAYARAAM

Informações Associadas a Pacientes Bairrangeiros / Visitantes:

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nº Documento Estrangeiro:

Observação:

### RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Temperatura: \_\_\_\_\_

Hora: 03:20

Queixa Principal:

Pt vítima de abordamento apresentando ferimento sem cruento com maléolo lateral D. Alteração da consciência.

Exame Físico:

FEB: consciente orientado. Sopro: 22.  
PDL: ferimento sem cruento com lesão no maléolo lateral gencina  
cito em D. O dor a palpação de maléolo lateral e medialização tornoz  
muito doloroso. Rx: radiografia de maléolo lateral D.

Hipótese Diagnóstica:

Fratura exposta do maléolo lateral D

Prescrição Médica:

1- Internamento  
2- Ao bairro Sípanho

07 JUN. 2019

Assinatura e Carimbo/Médico:

Destino: ( ) Encaminhado ao Ambulatório ( ) Residência

( ) Transferido: Para \_\_\_\_\_ Senha: \_\_\_\_\_

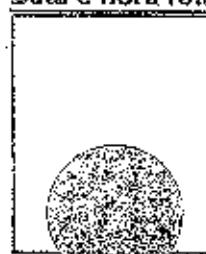
( ) Encaminhado ao setor de internação

# HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTÓCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 16/01/2019 03:17



Nome Paciente: JOAO MARCOLINO ALVES NETO  
Cód. Paciente: 122128  
Data de Nascimento: 06/02/1984  
Sexo: Masculino  
Idade: 34  
Senha: 0004  
Convênio: 2 - SUS - EXTERNO / URGENCIA  
Atendimento: 461265 [REDACTED]  
SAME: 109016

Período: 16/01/2019 03:22 - 16/01/2019 03:22

RUBIANNE LIMA DE SOUZA - COREN: 12132 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: **EMERGÊNCIA** [REDACTED]

Cor: [REDACTED] VERMELHO

Queixa Principal: PACIENTE ENCAMINHADO DA UPA DE OLINDA COM SENHA 5599729 COM FRATURA EXPOSTA DE MALÉOLO LATERAL D

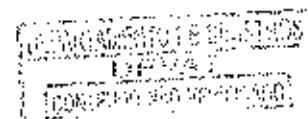
Observação: ENCAMINHADO A SALA VERMELHA

rogramma sintoma: TRAUMA

Discriminadcr(es): - DOR INTENSA (8-10/10)

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos: - SACR - ESCALA DE GLASGOW: 15



07 JUN. 2019

Gabinete administrativo SIA  
Av. Rio Branco, 6716 - 1º andar  
Centro - P. d'A PE - CEP: 5001-000

REVISADO  
MEP/2019

01 MAR. 2019

Acolhido(a) por: RUBIANNE LIMA DE SOUZA - COREN: 12132 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 16/01/2019 03:22

# FICHA DE INTERNAÇÃO

Cod. Atendimento: 461262

Usuário: ADRIANASP



Rua Estrada da Fazendinha, 5/0  
Jaguaribe - Paulista - PE  
CEP.: 53.400 - 000

## DADOS DO PACIENTE

Paciente: JOAO MARCOLINO ALVES NETO	Prontuário: 122128	
Idade: 34a 11m 10d	Sexo: M Estado Civil: SOLTEIRO	Data de Nascimento: 06/02/1984
Profissão:	Especialidade:	
R.G.:	CPF:	Telefone: 53435640
Endereço: RUA TRACUNHAMB	, 305 - PAU AMARELO	CEP: 53435640 - PAULISTA - PE
Origem: URGENCIA/EMERGENCIA	<u>Dados da Internação</u>	
Convênio: SUS - INTERNACAO	Data e Hora da Internação: 16/01/2019 04:02	
Unidade Internação: VERMELHA - EMERGÉ	Plano: GERAL	
Médico Internação: PLANTONISTA CIRURGIA GERAL		

## DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome:	R.G.:	CPF:
Endereço:	- Número:	
Telefone:	Cidade:	Estado Civil:

## DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: 17/01/19 Hora da Alta: \_\_\_\_\_ :

Motivo:  Melhorado  A Pedido  Transferência  Óbito  Evasão

Condições de Alta: Bom é o paciente em观察

Diagnóstico Principal: Fractura Mandíbula bicondilar com luxação

Diagnóstico Secundário01: \_\_\_\_\_

Diagnóstico Secundário02: \_\_\_\_\_

Procedimento: \_\_\_\_\_

*CONSIDERAÇÃO  
CONVOCATÓRIA  
Médico e CRM:*

Responsável pela retirada do paciente Assinatura e RG

## TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL MIGUEL ARRAES bem como os tratamentos clínicos e cirúrgicos (Intervenção cirúrgica, anestesias, transfusões, exames de sangue, ou qualquer outro tipo de exame médico e laboratorial) que se fizerem necessários para o diagnóstico, tratamento, cura e o bem estar do paciente.

Em 16 de 01 de 2019

*Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável*



# Laudo para solicitação de autorização de internação

## IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	2 - CNES	5431560
3 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	3 - CNES	5431569

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nome do Paciente	6 - Nº Prontuário		
JOAO MARCOLINO ALVES NETO	122128		
7 - Censo Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento	9 - Sexo	10 - Raça/Cor
400404430902848	08/02/1986	M / F	03 - Parda
11 - Nome da Mãe	10.1 - Etnia		
MARIA JOSE DE SOUZA	0000 - Não Se Aplica		
13 - Nome Responsável	12 - Telefone de Contato		
KARLA	8198691309		
15 - Endereço (Rua, N°, Bairro)	14 - Telefone de Contato		
RUA TRACUNHAEM, 365 - PAU AMARELO			

16 - Município	17 - IBOE	18 - UF	19 - CEP
PALHISTA	261070	PE	53435640

## LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PApaciente vítima de ATROFOLAMENTO AS 19:30H APRESENTANDO FERIMENTO SANGRANTE EM REGIÃO DE MALEÓLO LATERAL DIREITO, DOR E LIMITAÇÃO. MOBILIZAÇÃO DO TRONZELO. NEGA ALEGIAS E COMORBIDADES.

21 - Condições que justificam a internação  
CIRURGIA

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas  
ANAMNESE, EXAME FÍSICO E RADIOGRAFIA

29 - Diagnóstico Inicial / Código	30 - CID 10 Principal	31 - CID 10 Secundário	32 - CID 10 Causas Associadas
FRATURA EXPOSTA DO MALEÓLO LATERAL DIREITO.	S826	W180	

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO TORNOCÉLO UNIMALEOLAR

28 - Código do Procedimento  
**0408050578**

33 - Especialidade	34 - Carter de Atenção	35 - Documento	36 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente
CIRÚRGICA	2	(X) CNS / ( ) CPF	26432973450007
33 - Nome do Profissional Solicitante/Assistente	34 - Data de Solicitação	35 - Assinatura e Cpf do (Nº de Registro no Conselho)	
IVAN MARCIO GUEDES FERREIRA DE LIMA	16/01/2019		14501

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36 - ( ) Acidente do Trânsito	37 - ( ) Acid. Trabalho Físico	38 - ( ) Acid. Trabalho Trajeto	39 - CNPJ / Begiradora	40 - CNPJ / Entidade	41 - Cód. Série
			42 - CNPJ / Empresa	43 - CNAE / Empresa	44 - CBOR
45 - Vínculo com a Previdência					

46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Cód. Cessão e Imbarque	52 - Nº de Autorização da Internação Hospitalar (AIH)
	2600000001	

48 - Documento	49 - Nº de Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador
( ) CNS / ( ) CPF	
50 - Data da Autorização	51 - Assinatura e Cpf do (Nº Registro da Conselhos)

**DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO**

Atendimento.....: 461255 Prentuário: 122128 SAME: 109018 Hora Atend: 03:20 Data Atend: 16/01/2019  
Patiente.....: JOAO MARCOLINO ALVES NETO Idade: 34 a  
Endereço.....: RUA TRACUNHAEM  
Bairro.....: PAU AMARELO  
Cidade.....: PAULISTA UF.: PE CEP: 53435640  
Convênio.....: SUS - EXTERNO / URGENCIA Plano.: PLANO UNICO  
CID Principal.....:  
CID's Secundários.:  
Resultado.....: ENCAMINHADO AO SETOR DE INTERNACAO  
Data Saída.....: 16/01/2019 Hora Saída : 04:00

Prestador da Evolução Médica: IVAN MARCIO GUEDES FERREIRA DE LIMA

**DIAGNÓSTICO**  
ENF JOSEFA

07 JUN 2019

IVAN MARCIO GUEDES FERREIRA DE LIMA / 14601  
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA



### Protocolo de Encaminhamento

#### TIPO DE OCORRÊNCIA

Causa Externa: Acidente/Violência () Causa Clínica () Obstétrico () Psiquiátrico ()  
Em caso de violência/acidente: Via Pública () Domicílio () Local de Trabalho ()

SENHA **SSA29**

#### IDENTIFICAÇÃO

Nome do Paciente: **JOSE JOSÉ LIMA SOARES** Cidade: **34** Idade:

Sexo: M () F () Profissão: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_

Endereço Residencial: \_\_\_\_\_ Bairro: **JC**

Cidade: **Recife** CEP: **52015-000**

#### CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLENCIA)

Acidente de Trânsito: Ônibus () Caminhão () Carro de Passeio () Motociclista ()

Atropelamento: Pedestre () Ciclista ()

Automóvel (Colisão): Passageiro () Motorista () Banco de Trás () Banco da Frente () Uso de cinto S () N ()

Motocicleta: Motorista () Passageiro () Uso de Capacete: S () N ()

Semi-Afogamento/Submersão () Soterramento ()

Intoxicação Exógena () Animais Peçonhentos () Agente Causador: \_\_\_\_\_

Exposição ao: Fogo/Fumaça/Choque Elétrico ()

Quelmaduras: 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau ()

Queda: () Altura Aproximada \_\_\_\_\_ Metros () Queda da Própria Altura

Agressões: () Por Arma de Fogo/Tipo: \_\_\_\_\_ ( ) Arma Branca/Tipo: \_\_\_\_\_

Agressão Sexual () Maus Tratos () Ourros () Catar: \_\_\_\_\_

Mecanismo do Trauma: () Impacto Frontal () Impacto Lateral () Impacto Traseiro () Explosão () Capotamento

#### CAUSAS CLÍNICAS

História Clínica Atual: **Corte TNA Derrame Pleural**

Hipótese Diagnóstica: **Cortado TNA Derrame Pleural**

#### AVALIAÇÃO CLÍNICA

Glicemia Capilar (HGT): \_\_\_\_\_ Temperatura: \_\_\_\_\_ P.C.: \_\_\_\_\_ P.A.: \_\_\_\_\_ X

Vias Aéreas: FR \_\_\_\_\_ Dispnéia S () N () Trângulo Intercostais S () N () Obstrução Vias Aéreas: S () N ()

Sibilos Expiratórios: S () N () BAN: S () N () Deformidade do Tórax: S () N () Gêmiducto/estrítico: S () N ()

Distúrbio Fala/Choro: S () N ()

Agitação Psicomotora: S () N () Lesões de face: S () N () Retração Xifóide: S () N ()

Perfusão Periférica: Boa () Lentificada () Bulhas Cardíacas: Normofonéticas () Hipofonéticas ()

Pulse: Rítmico () Arrítmico () Filiforme () Fino ()

Colocação da Pele: Normocorada () Palidez () Cyanose ()

Sudorese: S () N () Desidratado: S () N () Iatérico: S () N ()

FR: RN 35-50
2 a 5 Anos 30-50
Crianças 20-30
Adulto 12-30

FC: RN 120-160
2 a 5 Anos 80-140
Criança 80-110
Adulto 60-100

01 MAR 2013

15.10.95  
15.10.95  
15.10.95



Dr. JOSÉ ANTONIO ARRASAS



## EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: JOÃO MARCOLINO ALVES NETO REG: 122128

CLÍNICA: \_\_\_\_\_ ENFERMAGEM: \_\_\_\_\_ LEITO: \_\_\_\_\_

DATA/HORA	
16/1/2019	# SERVICO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
3:25	# ADMISSÃO
HÁS-	PACIENTE VÍTIMA DE ATROPELAMENTO ÀS 19:30H
DM-	APRESENTANDO FERIMENTO SANGRANTE EM REGIÃO DE
ALERG.	MALEÓLO LATERAL DIREITO, DOR E LIMITAÇÃO A MOBILIZAÇÃO DO TRONCOZELO. NEGA ALERGIAS E COMORBIDADES.
	EBC, CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO
	MIE: FERIMENTO SANGRANTE EM REGIÃO DE MALEÓLO E LATERAL ESQ, ADM PRESERVADA DE TORNOCZELO DIREITO
	NVC: PRESERVADO.
	RX: FRATURA DE MALEÓLO LATERAL.
	CD: INTERNAMENTO, AO BLOCO, SEM BANHO.
17/01/19	17/01/19
06:40	(No 1º Dto L.C. + 06 - Dr. Paula G. G.) Rx: esva. Fx exp. no maleolo lateral. TAC (P) (sem TAC) (sem Rx) (sem Rx) (sem Rx)
	Presente entorpecimento matutino. Desprendido de vez em quando. Foi com oftalmologista (O) t. Rito 170.3 profissional
	- Análise óptica - hipermetropia moderada. - Refração Anisofocal

Assinatura: [Signature]

Atendimento: 461262

Dt Atendimento: 16/01/2019 - 04:02

Dt Alta: 17/01/2019 - 10:30

Paciente: 122128 JOAO MARCOLINO ALVES NETO

Serviço: 3 CIRURGIA GERAL

Convênio: 1 SUS - INTERNACAO

Leito: 340 VERMELHO - EXTRAS 009

Plano: 1 GERAL

Motivo Alta: 1 ALTA MELHORADA

Usuário: ELISAMASP

CID:

Procedimento de Alta: 0301080070 - DIAGNOSTICO E/OU ATENDIMENTO DE URGENCIA EM CLINICA CIRURGICA

Observação de Alta

ELISAMA DA SILVA PEREIRA

Esta conta foi paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENÇAR

07 JUN. 2019



PERNAMBUCO  
ESTADO DO PERNAMBUCO

Dr. MIGUEL ARRUDA



Hospital Miguel Arruda  
Vila Industrial - Recife

## RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: JOÃO MARCOLINO ALVES NETO REG: 122028

IDADE: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_ DATA DA ADMISSÃO: 16/1/2019 DATA DA ALTA: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

TRATAMENTO REALIZADO:

CIRURGIAS:

ORIENTAÇÃO:

- TROCA DIÁRIA DE CURATIVOS CONFORME ORIENTADO
- USAR MEDICAÇÃO PRESCRITA
- AGENDAR RETORNO AO AMBULATÓRIO DE \_\_\_\_\_
- PISAR COM MEMBRO OPERADO: SIM ( ) NÃO ( ) NÃO SE APlica ( )

PROGRAMA APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESO: SIM ( ) NÃO ( )

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: \_\_\_\_\_

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

07 MAIO 2019



**PERNAMBUCO**  
ESTADO DO PERNAMBUCO

**MICHAEL ARRUDA**

**Hospital Miguel Arruda**  
Hospital de Medicina Interna  
Praia da Boa Viagem - Recife

**HMP**

## Evolução Clínica

NOME: JOÃO MARCOLINO ALVES NETO REG: 1223128

CLÍNICA: \_\_\_\_\_ ENFERMAGEM: \_\_\_\_\_ LEITO: \_\_\_\_\_

DATA/HORA	
<b>16/1/2019</b>	<b># SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA</b>
<b>3:25</b>	<b># ADMISSÃO</b>
<b>Há:</b>	<b>FACIENTE VÍTIMA DE ATROPELAMENTO AS 19:30H</b>
<b>DM:</b>	<b>APRESENTANDO FERIMENTO SANGRANTE EM REGIÃO DE</b>
<b>ALERG:</b>	<b>MALÉOLO LATERAL DIREITO, DOR E LIMITAÇÃO A MOBILIZAÇÃO DP TORNOCZELO. NEGA: ALERGIAS E COMORBIDADES.</b>
	<b>EBR, CONSCIENTE, ORIENTADO, SUPNEICO</b>
	<b>MHE: FERIMENTO SANGRANTE EM REGIÃO DE MALÉOLO E LATERAL ESC, ADM PRESERVADA DE TORNOCZELO DIREITO</b>
	<b>MVC: PRESERVADO.</b>
	<b>RX: FRATURA DE MALÉOLO LATERAL.</b>
	<b>CD: INTERNAMENTO, AO BLOCO, SEM CANTO</b>

17/1/2019 *(Assinatura)* 07/01/2019

06:40 *(Assinatura)* 1º DPO LC + DC - 1º Tornozelo  
 Paciente em Fx exposto ao ar ambiente  
 lateral Tornozelo (sem envoltório  
 de suporte. Rx estabil)

Paciente estabilizado com anticoagulante  
 em uso. Rx novo antiemético  
 (C) 1º DPO Tornozelo  
 - Análise urina - Antibiótico adjuvante  
 - Revisão Am. urinária

*(Assinatura)*

HOSPITAL MIGUEL ARRAES  
MV 2000 - Sistema de Centro Cirúrgico e Consultas  
Ficha de Cirurgia Descritiva

Página : 0001  
Data : 16/01/2016  
Hora : 08:54

Aviso de Cirurgia : 54021

Paciente : 122128

Convênio Atend. : 1

Leito : 340

Dt. Início : 16/01/2016 08:07

Saia : 0001 SALA 01

JOAO MARCOLINO ALVES NETO

SUS - INTERNACAO

VERMELHO - EXTRASOS

Atendimento : 451262

Careira :

Idade : 54 Anos 10 Dias 9 Horas

Cid Pré-Operatório :

Cid Pós-Operatório :

Procedimento: 0415040035

DEBRIDAMENTO DE ULCERA / DE TECIDOS DESVITALIZADOS (PRINCIPAL)

Convênio: 001

SUS - INTERNACAO

Anestesia: 05

RAQUI ANESTESIA

CIRURGIAO

19797 ANTONIO JOSE OLIVEIRA DE A. QUEIROZ

**Descrição Cirúrgica :**

DIAGNÓSTICO: FRATURA EXPOSTA POR ABRASÃO DE MALEOLO LATERAL DIREITO

CIRURGIA: LIMPEZA CIRÚRGICA COM SF 0,9% + DEBRIDAMENTO CIRÚRGICO + SUTURA DE PELE

CIRURGÃO: DR ANTONIO QUEIROZ

1º AUXÍLIO: DRA MARIANA CAVALCANTE

2º AUXÍLIO : DR IGOR ALCENOR

ANESTESIA: RAQUIANESTESIA

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL, SÓB RAQUIANESTESIA
2. ASSEPSIA E ANTISSEPSIA DE MIE
3. APOSIÇÃO CAMPOS ESTÉREIS
4. AMPLIADO FERIMENTO MEDIAL E LATERALMENTE
- DEBRIDAMENTO DE TECIDOS DESVITALIZADOS  
DRENADO SECREÇÃO HEMATICA
- / LIMPEZA COM SF 0,9%
8. SUTURA DE PELE COM NYLON 3.0
9. CURATIVO ESTÉRIL
10. OBSERVADO BOA PERFUSÃO DISTAL EM MIE

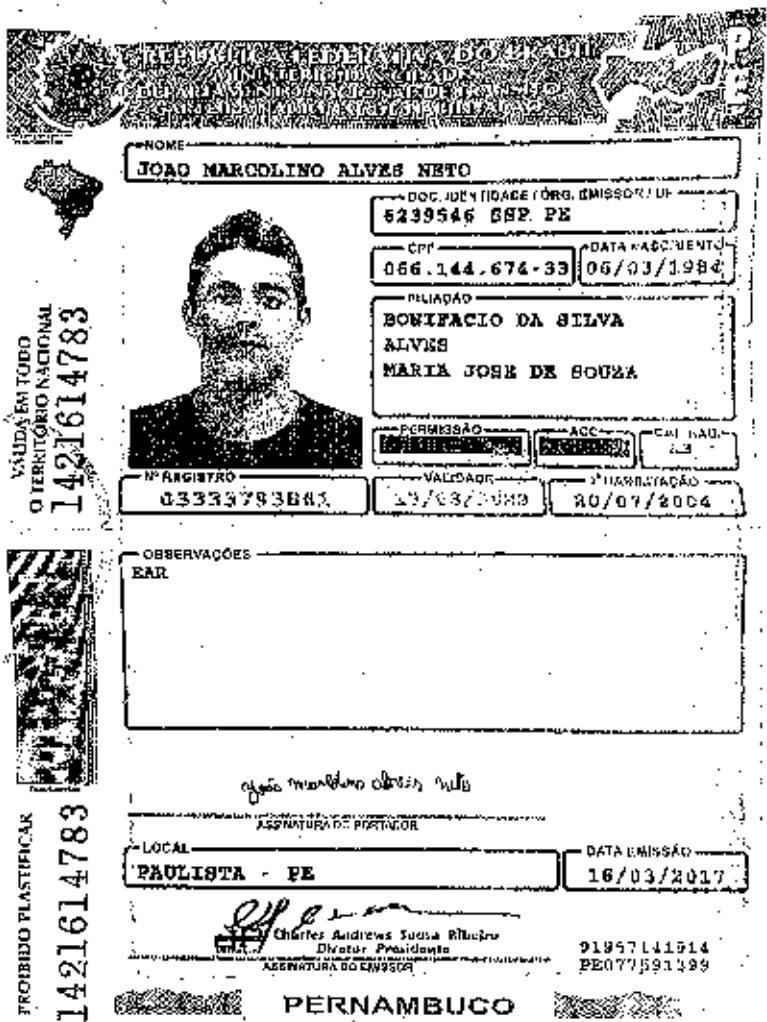
**Achados Cirúrgicos:**

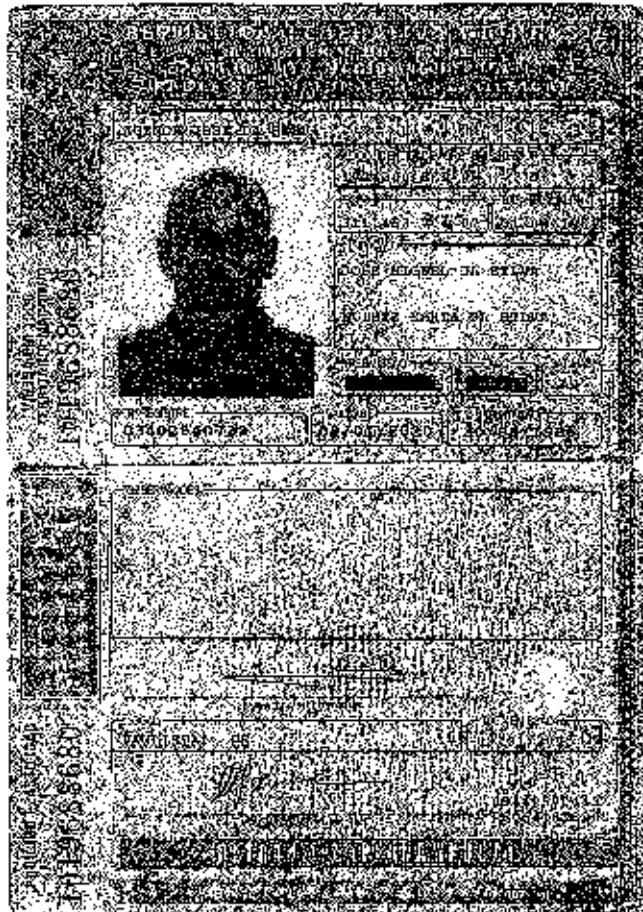
Descrição Complementar

DR(A) ANTONIO JOSE OLIVEIRA DE A. QUEIROZ  
CRM : 19797

07 JUN 2016

6





# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190368674      **Cidade:** Paulista      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOAO MARCOLINO ALVES NETO      **Data do acidente:** 15/01/2019      **Seguradora:** AMERICAN LIFE  
COMPANHIA DE SEGUROS

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

**Data da análise:** 10/06/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DE MALÉOLO LATERAL DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (DEBRIDAMENTO + SUTURA).  
ALTA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENÇIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## 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
		Total	0 %	R\$ 0,00

## PROCURAÇÃO PARTICULAR

### OUTORGANTE:

JOAO MARCOLINO ALVES NETO, brasileira, estado civil, \_\_\_\_\_, RG nº 6.239.546-SSP/PE, CPF/MF sob nº 066.144.674-33, residente e domiciliado à rua TRACUNHAREM, Bloco 08, apto 302, nº 303, bairro Pau Amarelo, na cidade de \_\_\_\_\_, estado de Pernambuco.

**OUTORGADO:** AGENOR JOSE DA SILVA, brasileira, divorciado, inscrito(a) no CPP/MF sob nº 311.453.704-97, e RG. Nº 1.724.300-SSP/PE, com endereço a rua Calcita,38-Pau Amarello-loteamento Nossa Senhora da Conceição, na Cidade de Paulista,estado de Pernambuco.

**PODERES:** Concede,poderes especiais o OUTORGANTE ao OUTORGADO para:  
Enviar documentos,receber correspoudências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Lider, Seguradoras conveniadas a Lider DPVAT e a Susep.bem como tratar,requerer,assinar,receber papéis e documentos,concordar ou não com se faça necessário junto aos órgãos de Saúde(hospitais)Policlinicas,Upas,Samú,Corpo de Bombeiros,solicitar cópias autênticas de laudos junto ao IML,registrar Boletim de ocorrências em delegacias de Polícia do estado de Pernambuco.

**Obs.:**É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Raulinda, 55 de Maio de 2019.

Mos Mafra  
**OUTORGANTE**  
Reconhecer firma por autenticidade

07 JUN 2019

Lei 10406/2002,§ 1º e 2º do Código Civil Brasileiro,"TODAS PESSOAS SÃO CAPAZES,SÃO APTAS PARA DAR PROCURAÇÃO MEDIANTE INSTRUMENTO PARTICULAR,QUE DEVFRÁ DESDE QUE TENHA ASSINATURA DO OUTORGANTE,§ 1º A QUALIFICAÇÃO DO OUTORGANTE E DO OUTORGADO, A DATA E O OBJETIVO DA OUTOGA COM DESIGNAÇÃO E A EXTINÇÃO DOS PODERES CONFERIDOS,§ 2º O TERCEIRO COM QUEM O MANDATÁRIO TRATAR PODERÁ EXIGIR QUE A PROCURAÇÃO TRAGA FIRMA RECONHECIDA."

CARTÓRIO PRAIA DA CONCEIÇÃO  
Reconheço por AUTENTICIDADE a firma indicada de  
JOAO MARCOLINO ALVES NETO  
que confere o padrão reg. neste cartório. Dou fé.  
PAULISTA, 15 de maio de 2018. 13:11:55  
Bm test. NO da verdade.  
Karla Nascimento da Silveira (Escrevente Autorizada)  
Emol.: R\$ 3,51 Taxa: R\$ 1,40 Total: R\$ 4,91 Selo:

200  
S. Paulista-PE  
200

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0193905/19

**Vítima:** JOAO MARCOLINO ALVES NETO

**CPF:** 066.144.674-33

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 15/01/2019

**Titular do CPF:** JOAO MARCOLINO ALVES NETO

**Seguradora:** AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

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

### AGENOR JOSE DA SILVA : 311.453.704-97

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

### JOAO MARCOLINO ALVES NETO : 066.144.674-33

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: 07/06/2019  
Nome: AGENOR JOSE DA SILVA  
CPF: 311.453.704-97

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/06/2019  
Nome: Isabelli Antonia dos Santos Ursulino  
CPF: 106.719.384-79

\_\_\_\_\_  
AGENOR JOSE DA SILVA

\_\_\_\_\_  
Isabelli Antonia dos Santos Ursulino