

---

**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

---

**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 shipto no ASL: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: 066144674-33 Nome completo da vítima: JOÃO MARCOLINO ALVES NETO

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

Nome completo: JOÃO MARCOLINO ALVES NETO CPF: 066144674-33  
Profissão: ELETRICISTA Endereço: RUA TRACYNHAEM Número: 305 Complemento: \_\_\_\_\_  
Bairro: JANGA Cidade: PAULISTA Estado: PE CEP: \_\_\_\_\_  
E-mail: \_\_\_\_\_ Tel. (DDD): 81-98577-1903

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

## RENDAS 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: 1581 CONTA: 00005045 2

(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 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 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 à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 2º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo do seu resultado.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ 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 prova em esta ocasião, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a cobrança de ressarcimento do valor recebido, além de responsabilidade criminal por infração do art. 230 do Código Penal.

Impressão  
dígito de  
vítima ou  
beneficiário  
em qualquer caso

Local e Data: Recife

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

João Marcolino Alves Neto

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

## TESTEMUNHAS

1ª Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

2ª Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

Assinatura

(\*) 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.**

527990  
019395/19

**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO**

**DELEGACIA DE POLÍCIA DA 026ª CIRCUNSCRIÇÃO - RIO DOCE - DP26ªCIRC DIM/7ªDESEC**

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0116001469**

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

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (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 PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

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

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)**

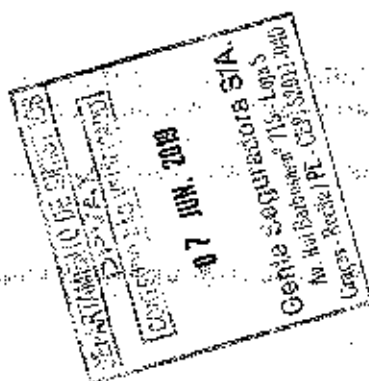
Complemento / Observação

**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 VÁRIAS ESCORIAÇÕES EPLO CORPO, A VITIMA FOI SOCORRIDA POR UMA EQUIPE DO CORPO DE BOMBEIROS, CONFORME ATENDIMENTO 2019APH000123, E LEVADO A UPA-OLINDA, ATENDIMENTO Nº 1408288, EM SEGUIDA TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRAES, CONFORME**

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

**JOÃO MARCOLINO ALVES NETO**  
(VITIMA)

B.O. registrado por:  **LUCIANO MORAES E SILVA** Matrícula: **3249490**





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

**CERTIDÃO**

**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, BRASILEIRA(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(a) JOAO MARCOLINO ALVES NETO , inscrito sob o CPF nº 066.144.674-33 e Registro Geral ° 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.

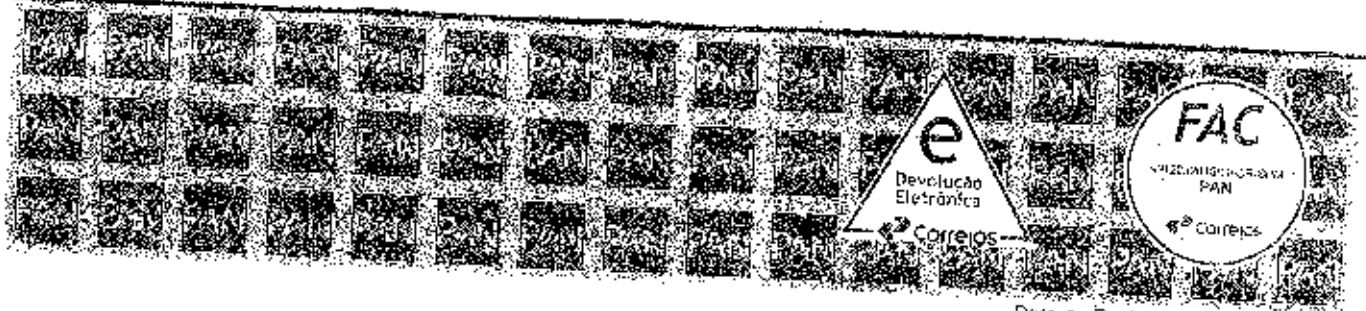


Posição em 14/03/2019

A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site <http://www.cbm.pe.gov.br/>, consultando 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



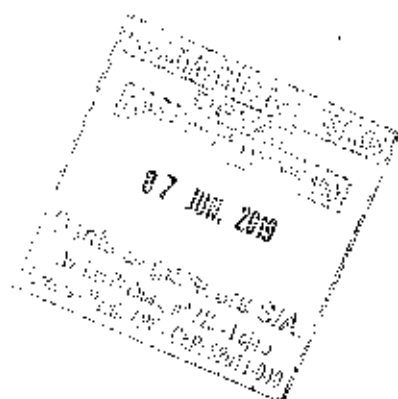
010 RECEBEMOS



AGENOR JOSE DA SILVA  
RUA CALCITA 36  
X N S CONCEICAO  
53420-750 PAULISTA PE



020007 540330 11000 0000 40630 40510



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

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

**Central de 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 o 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/DOCORIS/VAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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 faixa 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, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</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, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu AGENOR JOSÉ DA SILVA

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:

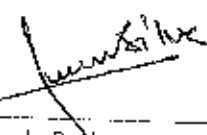
Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recusa informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: RUA CARLEITA Número: 38 Complemento: \_\_\_\_\_  
Bairro: Nossa Senhora da Conceição Cidade: Paulista Estado: PE CEP: \_\_\_\_\_  
E-mail: \_\_\_\_\_ Tel. (DDD): 81-98817-1903

Local e Data: Paulista,

  
Assinatura do Declarante



Atendimento: 1408288

Senha da Classificação:

0312

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

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

Cep: 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:

Dor Ulnar + Costal  
Ja = 90 mmHg  
97 JUN, 2019

Exame Físico:

Exame físico normal. Não há sinais de infecção. Não há sinais de trauma. Não há sinais de doença sistêmica.

Hipótese Diagnóstica:

Tubo Ulnar + Linha de Costal  
Tubo Ulnar + Linha de Costal

Tratamento:

Tratamento com analgésicos e anti-inflamatórios.

Prescrição Médica:

Prescrição Médica: Analgésicos e anti-inflamatórios.

Destino: ( ) Encaminhado ao Ambulatório ( ) Residência

Transferido:

Para:

Senha:

Carimbo/Médico

LEONARDO DE OLIVEIRA MACHADO  
Coronel Médico  
CREMEPE - 9203  
IDT: 075288323-9 MD

1408288

# UPA 24 HORAS - OLINDA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

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

Nome Paciente: JOAO MARCOLINO ALVES NETO  
Cód. Paciente:  
Data de Nascimento: 06/03/1984  
Sexo: Masculino  
Idade: 34  
Senha: 0312  
Convênio:  
Atendimento:  
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 PUBLICA, REFERE FERIDA CORTO  
CONTUSA EM MID, ESCORIAÇÕES EM MMII

Observação:

ALERGIA: NEGA

HAS-

DM-

NEGA VOMITO OU DESMAIO POS TRAUMA

Fluxograma sintoma:

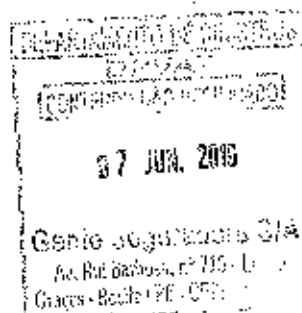
SITUAÇÕES ESPECIAIS

Discriminador(es):

- PACIENTES EM AMBULÂNCIA DO SAMU, BOMBEIRO E MUNICIPAIS

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA



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

Data Impressão: 15/01/2019 20:41

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco



HOSPITAL  
**MIGUEL ARRAES**

HOSPITAL MIGUEL ARRAES



Atendimento: 461235  
Data e Hora: 16/01/2019 03:20

Senha de Classificação: 0004

Paciente: 122129 JOAO MARCOLINO ALVES NETO Sexo: MASCULINO  
Nome Social:  
Data do Nascimento: 06/02/1984 Idade: 34 anos Convenção: 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 Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:  
Nacionalidade: BRASILEIRA Nr Documento Estrangeiro:  
Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Temperatura: \_\_\_\_\_ Hora: 03:20

Queixa Principal  
Pct vítima de atropelamento ocorrido em movimento sem  
cravos com machado lateral D. Hiper-estímulo cardiovascular.

Exame Físico  
PbA consistente, orientado, eupneico.  
MD: movimento sangramento em região de machado lateral presença  
de um Q de dor a palpação de machado lateral e mobilização de tornozelo  
sem dor. Rx: fratura de machado lateral D.

Hipótese Diagnóstico  
Fratura exposta de machado lateral D

Prescrição Médica  
1- Internamento  
2- 40 dias de repouso

07 JUN. 2019

Dr. [illegible]  
R. [illegible] 110 - Loja 3  
[illegible]

Assinatura e Carimbo/Médico

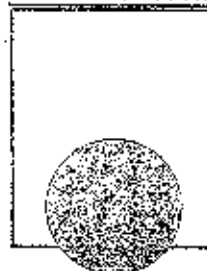
Destino: ( ) Encaminhado ao Ambulatório ( ) Residência  
( ) Transferido: Para \_\_\_\_\_ Senha: \_\_\_\_\_  
( ) Encaminhado ao setor de internação

# HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO 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: 461255  
SAME: 109016

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

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

Prioridade:

EMERGENCIA VERMELHA

Cor:

VERMELHO

Queixa Principal:

PACIENTE ENCAMINHADO DA UFA DE OLINDA COM SENHA 5596729 COM FRATURA EXPOSTA DE MALÉOLO LATERAL D

Observação:

ENCAMINHADO A SALA VERMELHA

Logograma sintoma:

TRAUMA

Discriminador(es):

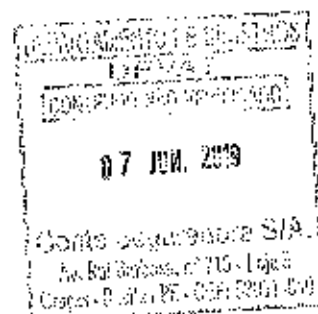
- DOR INTENSA (8-10/10)

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:

- SACR - ESCALA DE GLASGOW: 15



REVISADO  
AER: HCA

07 JUN. 2019

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

Data Impressão: 16/01/2019 03:22

**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: Escolaridade: Telefone: CEP 53435640  
R.G.: C.P.F.: Endereço: RUA TRACUNHAEM, 305 - PAO AMARELO - PAULISTA - PE  
**Dados de Internação**  
Origem: URGENCIA/EMERGENCIA Data e Hora da Internação: 16/01/2019 04:02  
Convênio: SUS - INTERNACAO Plano: GERAL  
Unidade Internação: VERMELHA - EMERG. Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACAO Leito: VERMELHO - EXTRA 009  
Médico Internação: PLANTONISTA CIRURGIA GERAL

**DADOS DO RESPONSÁVEL**

Nome: R.G.: C.P.F.:  
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: Para continuação de tratamento

Diagnóstico Principal: Exatidão da lesão lateral e lesão posterior

Diagnóstico Secundário01:

Diagnóstico Secundário02:

Procedimento: Ligatectomia - lesão de nível lateral e posterior

Médico e CAM:

Responsável pela retirada do paciente Assinatura e RG

**TERMO DE RESPONSABILIDADE**

Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL MIGUEL ARRARES bem como os tratamentos clínicos e cirúrgicos (Intervenção cirúrgica, anestésias, 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 19

Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável



# Laudo para solicitação de autorização de internação

## IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES
HOSPITAL MIGUEL ARRARES	5431569
3 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	4 - CNES
HOSPITAL MIGUEL ARRARES	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 - Paço Cor	10.1 - Etnia
700404930903348	08/02/1988	M	03 - Parda	0000 - Não Se Aplica
11 - Nome da Mãe	12 - Telefone de Contato			
MARIA JOSE DE SOUZA	8198691309			
13 - Nome Responsável	14 - Telefone de Contato			
KARLA				
15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)				
RUA TRACUNHAEM, 305 - PAU AMARELO				
16 - Município	17 - IBGE	18 - UF	19 - CEP	
PAULISTA	261070	PE	53435640	

## LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos  
PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO AS 19:30H APRESENTANDO FERIMENTO SANGRANTE EM REGIÃO DE MALEOLO LATERAL DIREITO, DOR E LIMITAÇÃO MOBILIZAÇÃO DO TRONZELO. VEGA ALENGIAS E COMORBIDADES.

21 - Condições que justificam a internação  
CIRURGIA

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

23 - Diagnóstico Inicial / Código

FRATURA EXPOSTA DO MALEOLO LATERAL DIREITO.

24 - CID 10 Principal

S826

25 - CID 10 Secundário

W190

26 - CID 10 Causas Associadas

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - Descrição do Procedimento Solicitado	28 - Código do Procedimento		
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO TORNOZELO UNIMALEOLAR	0408050578		
29 - Especialidade	30 - Caracter de Atendimento	31 - Documento	32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente
CIRÚRGICA	2	(X) CNS ( ) CPF	204322973450007
33 - Nome do Profissional Solicitante/Assistente	34 - Data de Solicitação	35 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)	
IVAN MARCIO GUEDES FERREIRA DE LIMA	16/01/2019	14501	

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

36 - ( ) Acidente de Trânsito	39 - CNPJ Seguradora	40 - Nº Boleto	41 - Série
37 - ( ) Acid. Trabalho Típico	42 - CNPJ Empresa	43 - CNAE Empresa	44 - CBOR
38 - ( ) Acid. Trabalho Trajetado			
45 - Vínculo com a Previdência			
( ) Estagiário ( ) Empregado ( ) Autônomo ( ) Desempregado ( ) Aposentado ( ) Não Segurado			

## AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Cód. Cessão Emissor	52 - Nº de Autorização da Internação Hospitalar (AIIH)
	2260009001	
48 - Documento	49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador	
( ) CNS ( ) CPF		
50 - Data de Autorização	51 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)	

Código do Laudo:

461255

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 461255      Prontuário: 122128      SAME: 108013      Hora Atend: 03:20      Data Atend: 16/01/2019  
Paciente..... : JOAO MARCOLINO ALVES NETO      Idade: 34 a  
Endereço..... : RUA TRACUNHAEM  
Bairro..... : PALMARELO  
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

**DIAGNOSTICO**  
ENF JOSEFA



IVAN MARCIO GUEDES FERREIRA DE LIMA 14601  
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA



## Protocolo de Encaminhamento

**TIPO DE OCORRÊNCIA**  
 Causa Externa: Acidente/Violência ( ) Causa Clínica ( ) Obstétrico ( ) Psiquiátrico ( ) **SENHA** SS 872  
 Em caso de violência/acidente: Via Pública ( ) Domicílio ( ) Local de Trabalho ( )

**IDENTIFICAÇÃO**  
 Nome do Paciente: João Marcos Idade: 34  
 Sexo: M ( ) F ( ) Profissão: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_  
 Endereço Residencial: \_\_\_\_\_ Bairro: Liberdade  
 Cidade: Recife

**CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLENCIA)**  
 Acidente de Trânsito: Ônibus ( ) Caminhão ( ) Carro de Passado ( ) 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 ( )  
 Queimaduras: 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 ( ) Outros ( ) Ofício: \_\_\_\_\_  
 Mecanismo do Trauma: ( ) Impacto Frontal ( ) Impacto Lateral ( ) Impacto Traseiro ( ) Ejeção ( ) Captamento

**CAUSAS CLÍNICAS**  
 História Clínica Atual: Corde UMI / D + Ht 90 mmHg  
 Hipótese Diagnóstica: Corde UMI / D + Ht 90 mmHg

**AValiação CLÍNICA**  
 Glicemia Capilar (HGT): \_\_\_\_\_ Temperatura: \_\_\_\_\_ F.C.: \_\_\_\_\_ P.A.: \_\_\_\_\_ X  
 Vias Aéreas: FR \_\_\_\_\_ Dispneia S ( ) N ( ) Tiragem Intercoastais S ( ) N ( ) Obstrução Vias Aéreas: S ( ) N ( )  
 Sibilos Expiratórios: S ( ) N ( ) B.A.N.: S ( ) N ( ) Deformidade do Tórax: S ( ) N ( ) Gemido/Estridor: S ( ) N ( )  
 Distúrbio Fala/Choro: S ( ) N ( )  
 Agitação Psicomotora: S ( ) N ( ) Lesões de face: S ( ) N ( ) Retração Xifóide: S ( ) N ( )  
 Perfusão Periférica: Boa ( ) Entupida ( ) Bulhas Cardíacas: Normofonéticas ( ) Hipofonéticas ( )  
 Pulso: Rítmico ( ) Arritmico ( ) Filiforme ( ) Fino ( )  
 Coloração da Pele: Normocorada ( ) Palidez ( ) Cianose ( )  
 Sudorese: S ( ) N ( ) Desidratado: S ( ) N ( ) Ictérico: S ( ) N ( )

FR: RN 55-59  
 < 1 ano 30-50  
 Crianças 20-30  
 Adulto 12-30

FC: RN 120-160  
 < 1 ano 60-100  
 Criança 80-110  
 Adulto 60-100

07 JUN 2019  
 15:15:55  
 15:15:55  
 15:15:55





## EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME:JOÃO MARCOLINO ALVES NETO REG:122128

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

DATA/HORA	
16/1/2019	# SERVIÇO DE ORTOPEdia E TRAUMATOLOGIA
3:25	# ADMISSÃO
Hás-	PACIENTE VÍTIMA DE ATROPELAMENTO ÀS 19:30H
DM-	APRESENTANDO FERIMENTO SANGRANTE EM REGIÃO DE
ALERG-	MALEOLO LATERAL DIREITO, DOR E LIMITAÇÃO A
	MOBILIZAÇÃO DO TORNZELO. NEGA: ALERGIAS E
	COMORBIDADES.
	EBR, CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO
	MIE: FERIMENTO SANGRANTE EM REGIÃO DE MALEOLO
	LATERAL ESQ, ADM PRESERVADA DE TORNZELO DIREITO
	NVC: PRESERVADO.
	RX: FRATURA DE MALEOLO LATERAL.
	CD: INTERNAMENTO, AO BLOCO, SEM BANHO.
17/01/19	
06 YD	<p>           (NO) 1º DPO LC + GC - Ex. Tórax, abd. e            membros em Ex. exposto            lateral T12 D1 (sem alteração            de entor, Ex. lateral)            Paciente estável com náuseas, vômitos            sem febre, Fc em ritmo regular            (CO) 1º DPO 17/01/2019            - Análise pré-histórica         </p>

- The term Anubis will

Atendimento: 461262

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

Dt Alta: 17/01/2019 - 10:33

Paciente: 122129 JOAO MARCOLINO ALVES NETO

Serviço: 3 CIRURGIA GERAL

Convênio: 1 SUS - INTERNACAO

Leito: 340 VERMELHO - EXTRA 009

Plano: 1 GERAL

Motivo Alta: 1 ALTA MELHORADA

Usuário: ELISAMASP

CID:

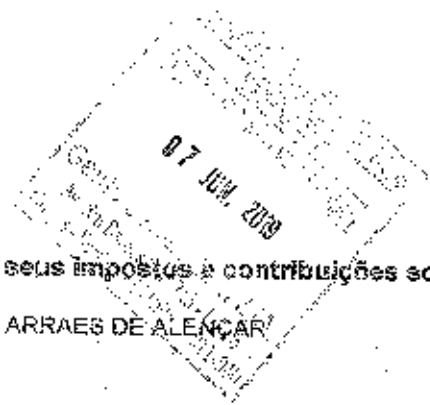
Procedimento de Alta 0301060070 - DIAGNOSTICO E/OU ATENDIMENTO DE URGENCIA EM CLINICA CIRURGICA

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





MIGUEL ARRAES



Instituto de Medicina Integral  
Prof. Fernando Figueira

## RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: JOÃO MARCOLINO ALVES NETO REG: 122328

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

DIAGNÓSTICO: \_\_\_\_\_

TRATAMENTO REALIZADO: \_\_\_\_\_

CIRURGIAS: \_\_\_\_\_

ORIENTAÇÃO:

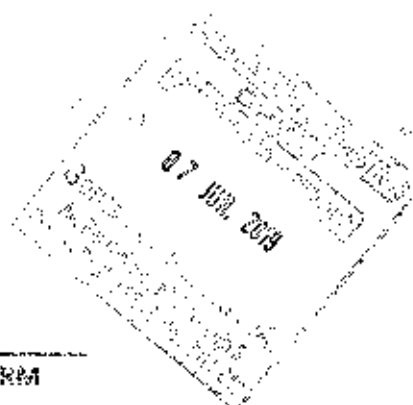
- TROCA DIÁRIA DE CURATIVOS CONFORME ORIENTADO
- USAR MEDICAÇÃO PRESCRITA
- AGENDAR RETORNO AO AMBULATÓRIO DE \_\_\_\_\_
- PISAR COM MEMBRO OPERADO: SIM ( ) NÃO ( ) NÃO SE APLICA ( )

PROGRAMA APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESSO SIM ( ) NÃO ( )

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

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM





**HOSPITAL MIGUEL ARRÁEZ**MV 2000 - Sistema de Centro Cirúrgico e Consultório  
Ficha de Cirurgia Descritiva

Página: 0001

Data: 16/01/2019

Hora: 08:54

Aviso de Cirurgia: 54021

Paciente: 122128

Convênio Atena: 1

Leito: 340

Dt. Início: 16/01/2019 08:07

Saia: 0001

SALA 01

JOÃO MARCOLINO ALVES NETO

SUS - INTERNACAO

VERMELHO - EXTRA 009

Dt. Fim: 16/01/2019 09:03

Atendimento: 451262

Cadeira:

Idade: 56 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

RAQUIANESTESIA

CIRURGIAO

19797 ANTONIO JOSE OLIVEIRA DE A. QUEIROZ

**Descrição Cirúrgica:**

DIAGNÓSTICO: FRATURA EXPOSTA POR ABRASÃO DE MALEOLO LATERAL DIREITO  
CIRURGIA: LIMPEZA CIRURGICA COM SF 0,9% + DEBRIDAMENTO CIRURGICO + SUTURA DE PELE  
CIRURGIÃO: DR ANTONIO QUEIROZ  
1º AUXÍLIO: DRA MARIANA CAVALCANTE  
2º AUXÍLIO: DR IGOR ALCENOR  
ANESTESIA: RAQUIANESTESIA

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB RAQUIANESTESIA
2. ASSEPSIA E ANTISSEPSIA DE MIE;
3. APOSIÇÃO CAMPOS ESTÉREIS
4. AMPLIADO FERIMENTO MEDIAL E LATERALMENTE
5. DEBRIDAMENTO DE TECIDOS DESVITALIZADOS
6. DRENADO SECREÇÃO HEMÁTICA
7. LIMPEZA COM SF 0,9%
8. SUTURA DE PELE COM NYLON 2.0
9. CURATIVO ESTÉRIL
10. OBSERVADO BOA PERFUSÃO DISTAL EM MID

**Achados Cirúrgicos:****Descrição Complementar**CIR(A) ANTONIO JOSE OLIVEIRA DE A. QUEIROZ  
CRM: 19797

07 JUN 2019

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
UNION REPUBLIC OF BRAZIL  
SECRETARIA DE SEGURANÇA NACIONAL  
SISTEMA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

**NOME**  
JOAO MARCOLINO ALVES NETO

**DOC. IDENTIDADE (ORG. EMISSOR) UF**  
5239546 SSP. PE

**CPF**  
066.144.674-33

**DATA NASCIMENTO**  
05/03/1984

**PLACAD**  
BONIFACIO DA SILVA  
ALVES  
MARIA JOSE DE SOUZA

**PERMISSÃO**  
ACC

**EXP. VAL.**  
12/03/2003

**VALIDADE**  
12/03/2003

**DATA EMISSÃO**  
16/03/2017

**LOCAL**  
PAULISTA - PE

**ASSINATURA DO PORTADOR**  
Charles Andrews Sousa Ribeiro  
Diretor Presidente

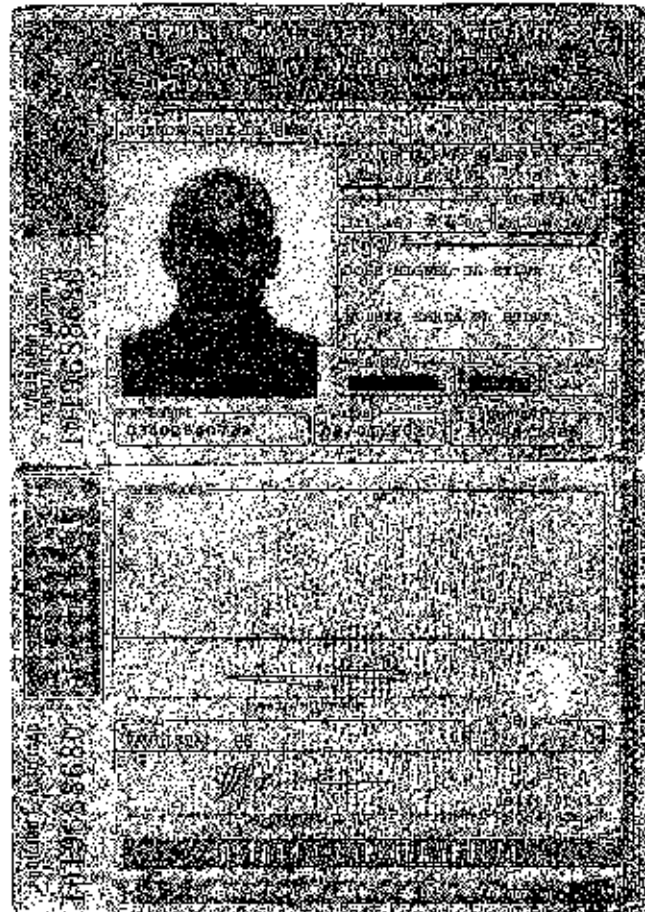
**ASSINATURA DO EMISSOR**  
91857141914  
PE077591499

**PERNAMBUCO**

VALIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL  
1421614783

PROIBIDO PLASTIFICAR  
1421614783

07 JUN 2019  
Secretaria de Segurança S/A  
No Rio de Janeiro RJ - Lapa  
Grande Avenida / ES - 07150-000



TRATAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NAO VERIFICADO  
*[Signature]*  
Gente Seguradora S/A  
Av. Rua Barbosa, 715 Loja 5  
Gracas - Recife PE CE

07 JUN 2024  
SIA  
1985  
1985

# 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 EVIDENCIA 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 TRACUNHAEM, 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 CPF/MF sob nº 311.453.704-97, e RG. Nº 1.724.300-SSP/PE, com endereço a rua Calcita, 38-Pau Amarelo-loteamento Nossa Senhora da Conceição, na Cidade de Paulista, estado de Pernambuco.

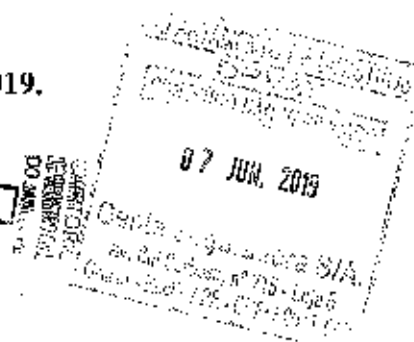
PODERES: Concede, poderes especiais o OUTORGANTE ao OUTORGADO para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder, Seguradoras conveniadas a Líder 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) Policlínicas, 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.

Paulista, 15 de maio de 2019.

João Marcolino  
OUTORGANTE

Reconhecer firma por autenticidade



Lei 10406/2002, § 1º e 2º do Código Civil Brasileiro: "TODAS PESSOAS SÃO CAPAZES, SÃO APTAS PARA DAR PROCURAÇÃO MEDIANTE INSTRUMENTO PARTICULAR, QUE DEVERÁ DESDE QUE TENHA ASSINATURA DO OUTORGANTE, § 1º A QUALIFICAÇÃO DO OUTORGANTE E DO OUTORGADO, A DATA E O OBJETIVO DA OUTORGA, 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. nesta serventia. Dou fé.  
PAULISTA, 15 de maio de 2019. 13:11:56  
Em test. \_\_\_\_\_ da verdade.  
Karla Nascimento da Souza (Escrivente Autorizada)  
Enrol.: R\$ 3,51 Taxa: R\$ 1,40 Total: R\$ 4,91 Sel. \_\_\_\_\_



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0193905/19

**Vítima:** JOAO MARCOLINO ALVES NETO

**CPF:** 066.144.674-33

**Seguradora:** AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

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

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

**CPF de:** Próprio

## 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

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

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

\_\_\_\_\_  
Isabelly Antonia dos Santos Ursulino