



Número: **0033287-19.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 17ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **24/07/2020**

Valor da causa: **R\$ 9.450,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOAO MARCOLINO ALVES NETO (AUTOR)		MARCOS LEONARDO DE SIQUEIRA FERREIRA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
ARUANA SEGUROS S.A. (REU)			
CLAUDIO DA CUNHA CAVALCANTI NETO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
67149344	28/08/2020 15:05	ANEXO 1	Outros (Documento)



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, 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,

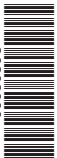
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14427059

Pag. 01015/01016 - carta_01 - INVALIDEZ

00030508





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, 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

Pag. 01731/01732 - carta_04 - INVALIDEZ

00050866



Carta nº 14450263



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐

DAMIS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒

INVALIDEZ PERMANENTE

☐

MORTE

Nº do sinistro ou 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 SUSP. Nº 445/2012

Nome completo:

JOÃO MARCOLINO ALVES NETO

Profissão:

ELETRICISTA

Endereço:

RUA TRACYNHAEM

Bairro:

JANGA

Cidade:

PAULISTA

Estado:

PE

E-mail:

CPF:

Número:

Complemento:

CEP:

Tel. (DDD):

81-98574-1903

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

REDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☒ CONTA POUPOANÇA

(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: 0005045

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(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 ciente, 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 de Insulto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale 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 relatado, 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. 23, §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 ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (ou 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 Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além de responsabilidade criminal por infração do art. 239 do Código Penal.

Inscrição
dígito de
voto ou
inscrição
eleitoral

Local e data:

Recife

Nome:

CPF:

TESTEMUNHAS

1º Nome:

CPF:

2º Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

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

FPS.001 V001/2018

527990
019396/19

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

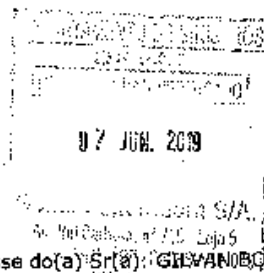
Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 24/05/2019 às 13:01

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

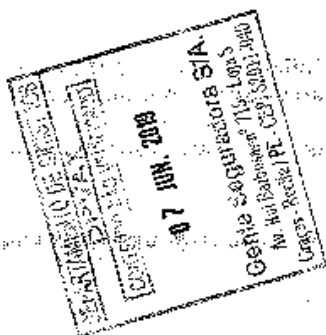


PRONTUÁRIO Nº 122128, ONDE FOI CIRURGEÃO. CASO AFETO A DELEGACIA DO JANGA

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

JOÃO MARCOLINO ALVES NETO
(VITIMA)

B.O. registrado por: *Luciano Moraes e Silva*
LUCIANO MORAES E SILVA Matrícula: **3549490**



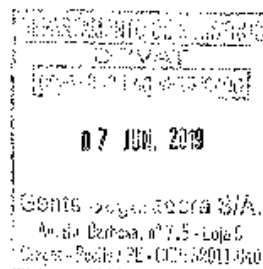


SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO

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 AUTOMOVEI FOX PRETA KJO8053-PE ; AUTOMOVEI CORSA PRETA KHN7813-PE, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr^o) 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.



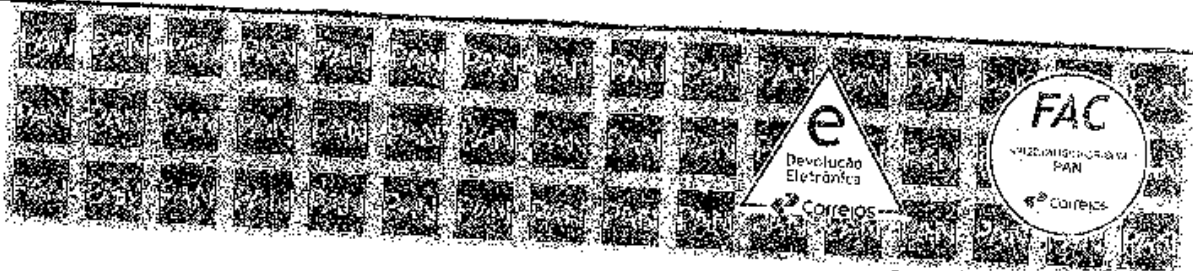
Posição em 14/03/2019

A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site <http://www.cbmpe.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



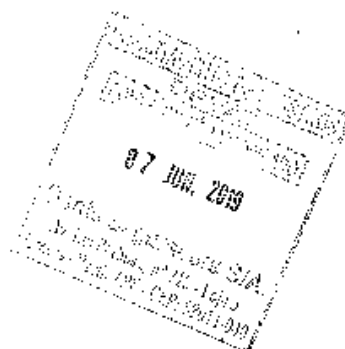
Código de Barras



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



21037 543333 1000 2000 40530 40530





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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.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 e 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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIG/VAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29835>

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 COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELA CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PROVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² 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 BASILHA

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 CALÇA Número: 38 Complemento: _____
Bairro: Nº 14 CONCEIÇÃO Cidade: Paulista Estado: PE CEP: _____
E-mail: _____ Tel. (DDD): 81-98517-1903

Local e Data: Paulista,

Assinatura do Declarante



DIDL001 V001/2017



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: TARCANASA

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 no joelho + inchaço
há 90 minutos

Exame Físico

Exame físico realizado com o paciente em decúbito supino. Observa-se dor no joelho direito, com inchaço e vermelhidão. Não há deformidade ou instabilidade. Ausculta normal.

Hipótese Diagnóstica

Trauma TMC + Ligeira lesão ligamentar
TMC + bursite

Tratamento

Medicamentos: Analgésicos + anti-inflamatórios

Prescrição Médica

Prescrição de Analgésico e Anti-inflamatório. Orientar o paciente a manter o membro afetado em repouso e aplicar gelo localmente.

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

Transferido:

Para:

Senha:

Carimbo/Médico



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:

URGENCIA - 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:

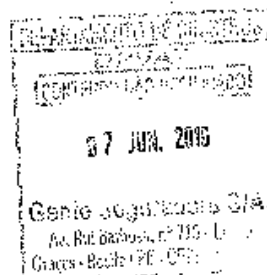
SITUAÇÕES ESPECIAIS

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

Página 1 de 1





HOSPITAL
MIGUEL ARRAES

HOSPITAL MIGUEL ARRAES



Atendimento: 461205

Senha da Classificação:

Data e Hora: 18/01/2019 03:20

0004

Paciente: 122129 JOAO MARCOLINO ALVES NETO

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 06/02/1984 Idade: 34 anos Convênio: 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

Nº Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso:

Altura:

Temperatura:

Hora: 03:20

Queixa Principal

Pt vítima de atropelamento apresentando ferimento sangrante em maldão lateral D. lesões articulares proximais.

Exame Físico

EB: consciente, orientado, eupneico.
MD: ferimento sangrante em região de maldão lateral proximal em D. dor a palpação de maldão lateral e mobilização de tornozelo não prejudicados. Rx: fratura de maldão lateral D.

Hipótese Diagnóstico

Fratura exposta de maldão lateral D

Prescrição Médica

- 1- Internamento
- 2- Ao bloco ortopédico

[Assinatura]

07 JUN 2019

Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

() Transferido Para

Senha:

() Encaminhado ao setor de internação



HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAS

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: 12122 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: EMERGENCIA VERMELHO

Cor: VERMELHO

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

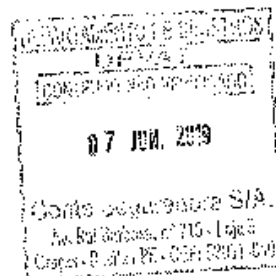
Observação: ENCAMINHADO A SALA VERMELHA

Logograma sintoma: TRAUMA

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

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

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



REVISADO
MELI MCA

07 JUN. 2019

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

Data Impressão: 16/01/2019 03:22

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1





FICHA DE INTERNAÇÃO

Rua Estrada da Fazendinha, S/N
Jaguaribe - Paulista - PE
CEP.: 53.400 - 000

Cód. Atendimento: **461262**

Usuário: ADRIANASP

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

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome: _____ R.G.: _____ C.P.F.: _____
Idade: _____ 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: Dois dias de internação

Diagnóstico Principal: Fratura múltipla lateral e distal do antebraço

Diagnóstico Secundário01: _____

Diagnóstico Secundário02: _____

Procedimento: Redução e fixação com placa e parafusos

[Assinatura]
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, 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]
Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável





Laudo para solicitação de autorização de internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAS	2 - CNES	5431569
3 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAS	4 - CNES	5431569

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nome do Paciente	JOAO MARCOLINO ALVES NETO	6 - Nº Prontuário	122128
7 - Cartão Nacional do SUS	700404930903348	8 - Data de Nascimento	06/02/1986
9 - Sexo	Masculino	10 - Paga Co	03 - Paria
11 - Nome da Mãe	MARIA JOSE DE SOUZA	10.1 - Etnia	0000 - Não Se Aplica
12 - Nome Responsável	KARLA	12 - Telefone de Contato	8198691309
13 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)	RUA TRACUNHAEM, 305 - PAU AMARELO	14 - Telefone de Contato	
16 - Município	PAULISTA	17 - BOC	261670
18 - UF	PE	19 - CEP	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 MALEÓLO LATERAL DIREITO, DOR E LIMITAÇÃO, MOBILIZAÇÃO DO TRONCO. NEGA ALESIAS 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 MALEÓLO LATERAL DIREITO.

24 - CID 10 Principal

S826

25 - CID 10 Secundária

W180

26 - CID 10 Causas Associadas

27 - Descrição do Procedimento Solicitado

PROCEDIMENTO SOLICITADO

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO TORNOZELO UNIMALEOLAR				28 - Código do Procedimento	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	36 - CNPJ Seguradora	40 - Nº Bolete	41 - Série
37 - () Acid. Trabalho Físico	42 - CNPJ Empresa	43 - CNAE Empresa	44 - CBOR
38 - () Acid. Trabalho Intelectual			
45 - Vínculo com a Previdência			
() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado			

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Cód. CBO 3514	52 - Nº de Autorização da Internação Hospitalar (AIH)
48 - Documento	49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador	
() CNS () CPF	2260000001	
50 - Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)	

Código do Laudo: 461255

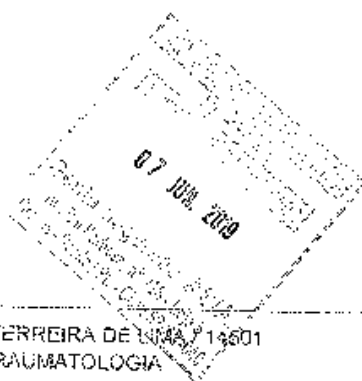


DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento.....: 461255 Prontuário: 122128 SAME: 109018 Hora Atend: 03:20 Data Atend: 16/01/2019
Paciente.....: 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

DIAGNOSTICO
ENF JOSEFA



IVAN MARCIO GUEDES FERREIRA DE LIMA 14601
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR





UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO



Protocolo de Encaminhamento

TIPO DE OCORRÊNCIA
Causa Externa: Acidente/Violência (X) Causa Clínica () Obstétrico () Psiquiátrico ()
Em caso de violência/acidente: Via Pública (X) Domicílio () Local de Trabalho ()
SENHA 55892

IDENTIFICAÇÃO
Nome do Paciente: João Henrique Costa da Silva Idade: 34
Sexo: M (X) F () Profissão: Fone: 70
Endereço Residencial: Bairro: 70
Cidade: São Paulo

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: Motoriclista () 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 () Outros () Outr: _____
Mecanismo do Trauma: () Impacto Frontal () Impacto Lateral () Impacto Traseiro () Ejeção () Captamento

CAUSAS CLÍNICAS
História Clínica Atual: Corde UMI 1º 90 minutos
Hipótese Diagnóstica: Rinite Alérgica

AValiação CLÍNICA
Glicemia Capilar (HGT): _____ Temperatura: _____ F.C.: _____ P.A.: _____ X
Vias Aéreas: FR _____ Dispneia S () N () Trigem Intercoastais S () N () Obstrução Vias Aéreas: S () N ()
Sibilos Expiratórios: S () N () BAN: 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 () Entorpecida () Bulhas Cardíacas: Normofônicas () Hipofônicas ()
Pulso: Rítmico () Arritmico () Filiforme () Fino ()
Colocação da Pele: Normocorada () Palidez () Cianose ()
Sudorese: S () N () Desidratado: S () N () Ictérico: S () N ()

FR: RN 35-30
2 a 3 anos 30-50
Crianças 20-30
Adulto 12-30

FG: RN 120-160
2 a 7 anos 60-100
Criança 80-100
Adulto 60-100

7 JUL 2020



Atendimento: 461262

Dt Atendimento: 15/01/2019 - 04:02

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

Paciente: 122129 JOAO MARCOLINO ALVES NETO

Serviço: 3 CIRURGIA GERAL

Convênio: 1 SUS - INTERNACAO

Leito: 340 VERMELHO - EXTRA 008

Plano: 1 GERAL

Motivo Alta: 1 ALTA MELHORADA

Usuário: ELISAMASP

CID:

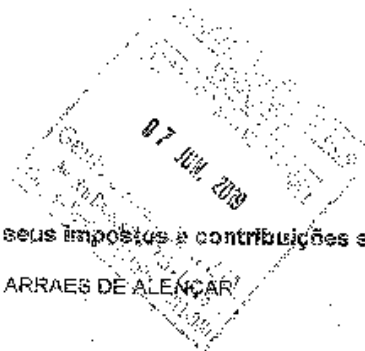
Procedimento de Alta 0301080070 - DIAGNOSTICO E/OU ATENDIMENTO DE URGENCIA EM CLINICA CIRURGICA

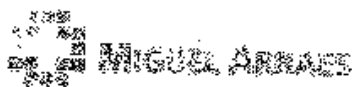
Observação de Alta

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





RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: JOÃO MARCOLINO ALVES NETO REG: 122328

IDADE: _____ SEXO: _____ DATA DA ADMISSÃO 16/1/2019 DATA DA ALTA ____/____/____

DIAGNÓSTICO: _____

TRATAMENTO REALIZADO:

CIRURGIAS: _____

ORIENTAÇÃO:

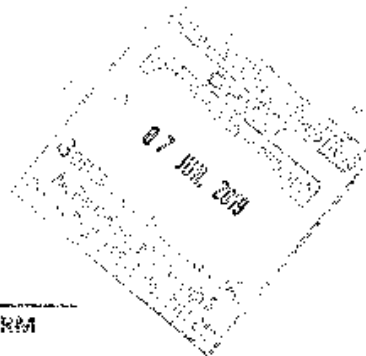
- TROCA DIÁRIA DE CURATIVOS CONFORME ORIENTADO
- USAR MEDICAÇÃO PRESCRITA
- AGENDAR RETORNO AO AMBULATÓRIO DE _____
- PISAR COM MEMBRO OPERADO: SIM () NÃO () NÃO SE APLICA ()

PROGRAMA APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE 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 Atend. : 1

Leito : 340

Dt. Início : 16/01/2019 08:07

Cid Pré-Operatório :

Cid Pós-Operatório :

Sala : 0001

SALA 01

JOAO MARCOLINO ALVES NETO

SUS - INTERNACAO

VERMELHO - EXTRA 009

Dt. Fim : 16/01/2019 09:00

Atendimento : 461262

Cadeira :

Idade : 34 Anos 10 Dias 9 Horas

Procedimento: 0415040035

Convênio: 001

Anestesia: 05

DEBRIDAMENTO DE ULCERA / DE TECIDOS DESVITALIZADOS (PRINCIPAL)

SUS - INTERNACAO

RAQUI ANESTESIA

CIRURGIAO

16797 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
DRENADO SECREÇÃO HEMÁTICA
6. LIMPEZA COM SF 0,9%
7. SUTURA DE PELE COM NYLON 3.0
8. CURATIVO ESTÉRIL
10. OBSERVADO BOA PERFUSÃO DISTAL EM MIE

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

CRM(A) ANTONIO JOSE OLIVEIRA DE A. QUEIROZ
CRM : 16797

07 JUN 2019

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRÁEZ DE AI ENCAR



6

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
GOVERNADOR DO ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE REGISTRO DE VEÍCULOS

VEÍCULO

NOME
JOAO MARCOLINO ALVES NETO

DOC. IDENTIFIC. (ORG. EMISSOR / UF)
5239546 SEP. PE

CPF
066.144.674-33

DATA NASCIMENTO
05/03/1984

RELIÇÃO
BONIFACIO DA SILVA
ALVES
MARIA JOSE DE SOUZA

PERMISSÃO
BOMBEIRO

ACC
ACC

VALOR
VALOR

Nº REGISTRO
03333793B41

VALIDADE
19/03/2019

1ª EMISSÃO
20/07/2004

OBSERVAÇÕES
EAR

LOCAL
PAULISTA - PE

DATA EMISSÃO
16/03/2017

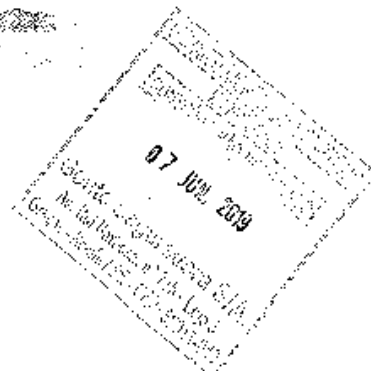
ASSINATURA DO DETENTOR
Charles Andreus Sousa Ribeiro
Diretor Presidente

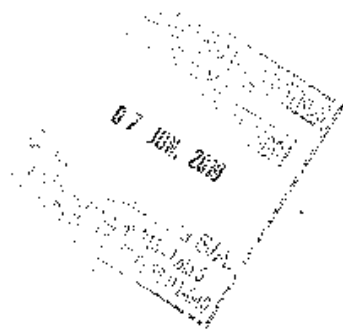
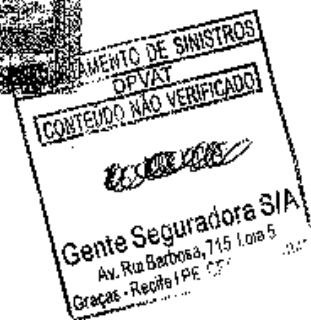
ASSINATURA DO EMISSOR
91957141514
PE077591199

PERNAMBUCO

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1421614783

PROIBIDO PLASTIFICAR
1421614783





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 (DESTRIDAMENTO + 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-SS/PE, CPF/MF sob nº 066.144.674-33, residente e domiciliado à rua TRACUNHAEM, BLOCO 08, APT 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-SS/PE, com endereço a rua Calcita, 38-Pau Amarello-loteamento Nossa Senhora da Conceição, na Cidade de Paulista, estado de Pernambuco.

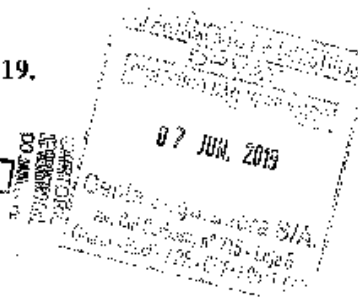
PODERES: Concede, poderes especiais o OUTORGANTE ao OUTORGADO para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder,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

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, E 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. 13:11:55
Em test. _____ da verdade.
Karla Nascimento da Souza (Escrivente Autorizada)
Emol.: R\$ 3,51. Taxa: R\$ 1,40. Total: R\$ 4,91. Selo

Antônio Yves Cordeiro de Mello Junior
OUTORGADO



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

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOAO MARCOLINO ALVES NETO

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 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

