
Rio de Janeiro, 03 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200041113

Vítima: DIOGO MAGALHAES FERRAZ

Data do Acidente: 11/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), DIOGO MAGALHAES FERRAZ

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200151540 **Cidade:** Triunfo **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DIOGO MAGALHAES FERRAZ **Data do acidente:** 11/11/2019 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PLATO TIBIAL DO JOELHO DIREITO.(P.8)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PARAFUSO(P.9)

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO JOELHO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO JOELHO DIREITO

**Documentos
complementares:**

Observações: @ (1) CONFORME RELATÓRIO MÉDICO (PÁGINA 1) COM DATA DE 03/03/2020 EMITIDO PELO DRA (ILEGÍVEL)

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
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



CELPE

DADOS DO CLIENTE

MARIA ILZA MAGALHÃES FEMINHAZ

CPF: 057 910 514-84

CLASSIFICAÇÃO
B2 RURAL
AGROPECUÁRIA RURAL

DATA DE INÍCIO	DATA DE FIM	PERÍODO
25/11/2018	2000778520	2022502

Consumo Ativo (W/h)
Acréscimo Bânda 3 AMARELA
Acréscimo Bânda 4 VERDE
Contribuição CERTA (087) 3945-1382

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
SI BAIXA GRANDE 180

TRIUNFO - RURAL/TRIUNFO RURAL
TRIUNFO PE
50870-000

CONTA CONSUMO
1179242024 11/2019
DATA DE VENCIMENTO 26/12/2019
VALOR 92,33

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (W/h)	189,000000	0,44025087	83,70
Acréscimo Bânda 3 AMARELA			0,85
Acréscimo Bânda 4 VERDE			6,48
Contribuição CERTA			2,00

Comprovante de residência



TOTAL DA FATURA

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	LEITURA	DATA	ATUAL	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	CONSUMO (Pico)
10183	CAI	24-10-2018	44.771,00	25-11-2018	44.960,50	52	1,0000		189,00

PERÍODO DE CONSUMO	VALOR
NOV 18	189
OUT 18	215
SET 18	129
AUG 18	113
JUL 18	127
JUN 18	154
MAY 18	180
ABR 18	179
MAR 18	301
FEB 18	180
JAN 18	123
DEZ 18	153
NOV 18	118

DESCRIÇÃO DE SERVIÇOS	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPORTE
ICMS	90,33	0,82	0,81
PIS	90,33	4,25	3,83
COFINS			

DESCRIÇÃO DE SERVIÇOS	VALOR	%
Carregamento de Energia	R\$ 42,08	45,56%
Transmissão	R\$ 1,31	1,42%
Distribuição (Cabo)	R\$ 25,44	27,66%
Perdas de Energia	R\$ 9,81	10,62%
Energia Solarizada	R\$ 5,57	6,02%
Tributos	R\$ 4,61	5,00%
Total	R\$ 90,23	100%

Consumo Ativo (W/h) 0,44025087

8880 AED4 D9C1 FDEE 38DE 312A 4007 9234

Este documento é uma cópia da fatura de energia elétrica emitida pelo CELPE. O cliente é responsável por verificar a correta leitura do medidor e a correta emissão da fatura. O cliente deve manter esta fatura por 12 meses para fins de comprovação. O cliente deve pagar a fatura dentro do prazo de validade. O cliente deve pagar a fatura dentro do prazo de validade. O cliente deve pagar a fatura dentro do prazo de validade.

As condições de uso e de pagamento estão disponíveis no site do CELPE. O cliente deve ler atentamente as condições de uso e de pagamento. O cliente deve ler atentamente as condições de uso e de pagamento. O cliente deve ler atentamente as condições de uso e de pagamento.

CONSUMO	VALOR	UNIDADE	VALOR	UNIDADE
CONSUMO	44,025087	W/h	21,46	W/h
DIC	1,45	W/h	16,24	W/h
FIC	1,00	W/h	0,00	W/h
OMC	1,45	W/h	0,00	W/h

Límite GCR 16,60

Excluído - Valor do Excluído por Unidade Consumidora de 12,00 W/h

TIPO DE TENSÃO	LÍMITE DE TENSÃO (V)
220	222
231	231

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☐ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104) Nome do BANCO: AGÊNCIA: (Informar o dígito se existir) CONTA: (Informar o dígito se existir) AGÊNCIA: (Informar o dígito se existir) CONTA: (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.

22 - 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 de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: CPF: Assin. 39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Triunfo, PE, 15 de janeiro de 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



Boletim de ocorrência



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 181ª CIRCUNSCRICAO - TRIUNFO -
DP181ªCIRC DINTER2/21ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0271000397**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **16/12/2019** às **09:53**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia **11/11/2019** às **20:00**

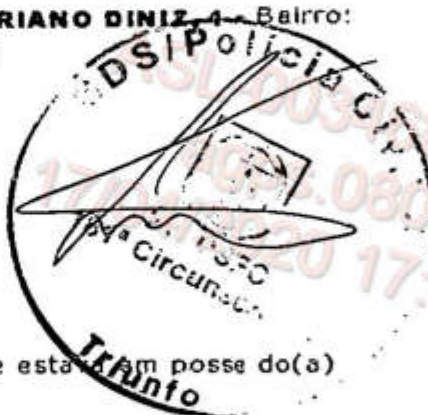
Fato ocorrido no endereço: **RUA DOUTOR SEVERIANO DINIZ, 181 - Bairro: CRUZEIRO - TRIUNFO/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

A PROPRIA VITIMA (AUTOR / AGENTE)
DIOGO MAGALHAES FERRAZ (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a)
Sr(a): **DIOGO MAGALHAES FERRAZ**



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

DIOGO MAGALHAES FERRAZ (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA ILZA MAGALHAES FERRAZ Pai: PAULO CESAR DE SOUZA FERRAZ Data de Nascimento: 28/11/1993 Naturalidade: TRIUNFO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 8824231/SDS/PE (RG), 11166682463 (CPF), 06562682704 (CNH) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2º. GRAU COMPLETO Profissão: RECEPCIONISTA
Endereço Residencial: **RUA DOUTOR SEVERIANO DINIZ, 181 - CEP: 0 - Bairro: CRUZEIRO - TRIUNFO/PERNAMBUCO/BRASIL**

A PROPRIA VITIMA - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -

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

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DIOGO MAGALHAES FERRAZ**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DIOGO MAGALHAES FERRAZ**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/XRE300** Objeto apreendido: **Não**

Colaboração: Modelo MOTOCICLISTA HONDA XRS 300 Objeto envolvido: Não estava em posse do(a) Sr(a): DIOGO MAGALHAES FERRAZ
VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): DIOGO MAGALHAES FERRAZ, que

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

Nome do Representante: - Cargo do Representante - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial - Telefone de Contato.

A PRÓPRIA VITIMA - Razo de Abandono: NÃO INFORMADO

TRIUNFO/PERNAMBUCO/BRAZIL
Endereço Residencial: RUA DOUTOR SEVERIANO DINIZ, 181 - CEP: 5 - Bairro: CRUZEIRO -
GRAU COMPLETO Profissão: RECEPCIONISTA
(RG): 1116882463 (CPF): 088282704 (CNPJ) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2.
22/12/2003 Nacionalidade: TRIUNFO / PERNAMBUCO / BRASIL Documento: 82242310525E
LIZA MAGALHAES FERRAZ Pat: PAULO GESSAR DE SOUZA FERRAZ Data de Nascimento:
DIOGO MAGALHAES FERRAZ (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA

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

Sr(a): DIOGO MAGALHAES FERRAZ
VEICULO: (Usado na detenção da ocorrência) , que estava em posse do(a)
Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:
DIOGO MAGALHAES FERRAZ (VITIMA)
A PRÓPRIA VITIMA (AUTOR / AGENTE)

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:
Local do Fato: VIA PUBLICA
CRUZEIRO - TRIUNFO/PERNAMBUCO/BRAZIL

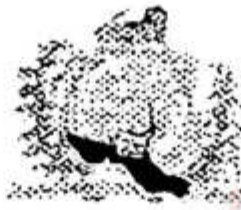
Fato ocorrido no endereço: RUA DOUTOR SEVERIANO DINIZ, 1 - Bairro:
que aconteceu no dia 14/12/2019 às 20:00

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VITIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumados)

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 14/12/2019 às 09:23

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 1960271000397

DELEGACIA DE POLICIA DA 18ª CIRCUNSCRIÇÃO - TRIUNFO -
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO



ASL-0034680/20
agps.0800
17/04/2020 17:00:57

ASL-0034680/20
agps.0800
17/04/2020 17:00:57

Cor. **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **PDG3006** (PERNAMBUCO/TRIUNFO) Chassi: **9C2ND1110GR002107**

Ano Fabricação/Modelo: **2016/2016** Combustível: **ALCO/GASOL**

Descrição: **RENAVAM-1085993776**

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DELEGACIA DE POLICIA A PESSOA DE DIOGA MAGALHAES FERRAZ, INFORMANDO QUE CONDUZIA A MENCIONADA MOTOCICLETA, MATRICULADA EM SEU PROPRIO NOME, E AO PASSAR POR CIMA DE UMA PEDRA QUE ESTAVA NO MEIO DA RUA, PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA E VEIO CAIR AO SOLO. VINDO FRATURAR SEU JOELHO DIREITO, E SER SOCORRIDO DE IMEDIATO PARA O HOSPITAL LOCAL. ONDE VEIO RECEBER OS PRIMEIROS ATENDIMENTOS MEDICOS.

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

Diogo Magalhães Ferraz
DIOGO MAGALHAES FERRAZ
(VITIMA)

B.O. registrado por: **FRANCISCO ROBERTO LIMA** Matrícula: **208478-3**



Cor VERMELHA - Quantidade: 1 (UNIDADE)

Placa PRO3002 (PERNAMBUCO) Chassi: 023011108002187
Ano Fabricação/Modelo: 2012/2012 Computador: ALCOASOL
Detenção: RENAVAL-108232372

Complemento: Observação

COMPARECEU A ESTA DELEGACIA DE POLICIA A PESSOA DE DIOGO MAGALHAES
FERRAZ, INFORMANDO QUE CONDUZIA A MENCIONADA MOTOCICLETA,
MATRICULADA EM SEU PROPRIO NOME, E AO PASSAR POR CIMA DE UMA PEDRA
QUE ESTAVA NO MEIO DA RUA, PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA E VEIO
CAIR AO SOLO. VINDO FRATURAR SEU JOELHO DIREITO, E SER SOCORRIDO DE
IMEDIATO PARA O HOSPITAL LOCAL, ONDE VEIO RECEBER OS PRIMEIROS
ATENDIMENTOS MEDICOS.

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

DIOGO MAGALHAES FERRAZ
(VITIMA)

S.O. registrado por: FRANCISCO ROBERTO LIMA - Matricula: 208478-1

ASL-0034680/20
agps.0800
17/04/2020 17:00:57

ASL-0034680/20
agps.0800
17/04/2020 17:00:57

ASL-0034680/20
agps.0800
17/04/2020 17:00:57

ASL-0034680/20
agps.0800
17/04/2020 17:00:57

ASL-0034680/20
agps.0800
17/04/2020 17:00:57

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☐ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104) Nome do BANCO: AGÊNCIA: 2439 1 CONTA: 20.781 0 AGÊNCIA: CONTA:

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.

22 - 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 de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascturo (vel nascto)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: CPF: Assin. Autorização de pagamento 39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Triunfo, PE, 15 de novembro de 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Diogo Magalhães Ferraz

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

O formulário deverá ser preenchido (manuscrito ou eletronicamente) de forma completa e legível.
É importante o preenchimento de todos os campos específicos a cobertura pleiteada.

DADOS CADASTRAIS

01 a 16 Registro de informações cadastrais Preencher corretamente de acordo com a documentação.

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL

17	Nome completo do Representante Legal	Preencher com o nome completo do representante legal (pais, tutor ou curador) sem abreviatura ou erro de digitação.
18	CPF do Representante Legal	Preencher com o número de inscrição do representante legal no CPF.
19	Profissão do Representante Legal	Preencher com a profissão do representante legal. No caso de não possuir profissão, declarar: "não possui".

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE SOBRE REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR):

Deverão ser representados:

- Beneficiário/vítima com idade entre 0 e 15 anos pelos pais ou tutor, e o incapaz pelo curador. Neste caso, o formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário/vítima e assinado somente pelo representante legal (no campo 42).
- Beneficiário/vítima com idade entre 16 e 17 anos pelos pais ou tutor. Neste caso, o formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário/vítima e assinado pelo beneficiário/vítima (no campo 41) e seu representante legal (no campo 42).

DADOS BANCÁRIOS

20	Renda Mensal do Titular da conta	Assinalar uma das opções relacionadas a renda mensal do titular da conta informada para crédito da indenização.
21	Dados bancários	Assinalar a opção indicando "quem" é o titular da conta, o banco, agência e número da conta para o crédito da indenização.

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE PARA CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO:

- O crédito da indenização somente será realizado em conta de titularidade da própria vítima/beneficiário. Não serão aceitas contas de terceiros, exceto em caso de pagamento para menores de 16 anos ou de pessoa incapaz, em que é admitida indicação de conta de titularidade do representante legal (pais, tutor ou curador).
- Em caso de devolução de crédito em decorrência de fornecimento incorreto de dados bancários, indicação de conta com limite de movimentação bancária, conta fácil e conta de benefício, será necessária a apresentação de novo formulário do Pedido do Seguro DPVAT, com indicação de novos dados bancários.

INVALIDEZ PERMANENTE

22	Declaração de Ausência de Laudo do IML	Preencher somente para cobertura Invalidez Permanente. Assinalar a opção que melhor justifique a ausência de apresentação de Laudo do Instituto Médico Legal (IML).
----	--	---

MORTE

23 a 33	Declaração de Únicos Beneficiários	A falta de preenchimento correto das informações invalidará o formulário.
---------	------------------------------------	---

NÃO ALFABETIZADO

34	Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	Apor a impressão digital da vítima/beneficiário não alfabetizado.
35	Nome legível de quem assina a rogo/a pedido	Preencher com o nome da pessoa indicada pelo não alfabetizado para assinar a rogo/a pedido.
36	CPF legível de quem assina a rogo/a pedido	Preencher com o número do CPF da pessoa indicada para assinar a rogo/a pedido.
37	Assinatura de quem assina a rogo/a pedido	Assinar o formulário conforme assinatura do documento de identidade. Necessário reconhecer firma da assinatura.

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE PARA BENEFICIÁRIO/VÍTIMA NÃO ALFABETIZADO:

- O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu rogo/a pedido, na presença de 02 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura do Pedido do Seguro DPVAT.

TESTESMUNHAS

38	1ª testemunha	Preencher com o nome completo e número do CPF e assinatura da 1ª testemunha.
39	2ª testemunha	Preencher com o nome completo e número do CPF e assinatura da 2ª testemunha.

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE PARA APRESENTAÇÃO DE TESTESMUNHAS:

- A apresentação de testemunha é imprescindível para a cobertura de morte, sem necessidade de reconhecimento de firma das assinaturas; e para beneficiários/vítimas não alfabetizados sendo, neste caso, necessário o reconhecimento de firma das assinaturas das testemunhas.

ASSINATURAS DO FORMULÁRIO

40	Local e Data	Preencher indicando o local e a data de preenchimento do formulário.
41	Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	Assinatura da vítima/beneficiário da indenização conforme documento de identidade.
42	Assinatura do Representante legal (se houver)	Assinatura do representante legal (pais, tutor, curador) conforme documento de identidade.
43	Assinatura do Procurador (se houver)	Assinatura do procurador devidamente nomeado.



Rio de Janeiro, 17 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200151540

Vítima: DIOGO MAGALHAES FERRAZ

Data do Acidente: 11/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), DIOGO MAGALHAES FERRAZ

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50
Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%	
Graduação: Em grau médio 50%	
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%	
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$ 1.687,50

Recebedor: **DIOGO MAGALHAES FERRAZ**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **001**

Agência: **000002739-1**

Conta: **000010020781-2**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 28 de Abril de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200151540 Vítima: DIOGO MAGALHAES FERRAZ

Data do Acidente: 11/11/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

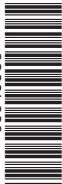
Senhor(a), DIOGO MAGALHAES FERRAZ

Comunicamos que o prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido do Seguro DPVAT foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais e sua contagem será reiniciada imediatamente após a conclusão das verificações para esclarecimentos dos fatos. Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder-DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0034680/20

Vítima: DIOGO MAGALHAES FERRAZ

CPF: 111.666.824-63

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 11/11/2019

Titular do CPF: DIOGO MAGALHAES FERRAZ

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

DIOGO MAGALHAES FERRAZ : 111.666.824-63

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 24/01/2020
Nome: DIOGO MAGALHAES FERRAZ
CPF: 111.666.824-63

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/01/2020
Nome: Paulo Victor Soares Sant'Ana
CPF: 102.109.247-99

DIOGO MAGALHAES FERRAZ

Paulo Victor Soares Sant'Ana

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200041113 **Cidade:** Triunfo **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DIOGO MAGALHAES FERRAZ **Data do acidente:** 11/11/2019 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PLATO TIBIAL DO JOELHO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (PARAFUSO CANULADO) VÍTIMA EM TRATAMENTO. (P2 P3 P7 P8)

Sequelas permanentes:

Sequelas: Em tratamento

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: DEVIDO AO CURTO ESPAÇO DE TEMPO DECORRIDO DO ACIDENTE RECLAMADO E A LESÃO AINDA ESTAR EM PROCESSO DE CONSOLIDAÇÃO, NÃO É POSSÍVEL NO MOMENTO, EVIDENCIAR A INVALIDEZ PERMANENTE. CONCLUINDO-SE POR VÍTIMA EM TRATAMENTO, CONFORME DOCUMENTAÇÃO ACOSTADA.

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200041113 **Cidade:** Triunfo **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DIOGO MAGALHAES FERRAZ **Data do acidente:** 11/11/2019 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PLATO TIBIAL DO JOELHO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (PARAFUSO CANULADO) VÍTIMA EM TRATAMENTO. (P2 P3 P7 P8)

Sequelas permanentes:

Sequelas: Em tratamento

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: DEVIDO AO CURTO ESPAÇO DE TEMPO DECORRIDO DO ACIDENTE RECLAMADO E A LESÃO AINDA ESTAR EM PROCESSO DE CONSOLIDAÇÃO, NÃO É POSSÍVEL NO MOMENTO, EVIDENCIAR A INVALIDEZ PERMANENTE. CONCLUINDO-SE POR VÍTIMA EM TRATAMENTO, CONFORME DOCUMENTAÇÃO ACOSTADA.

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

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0034680/20

Vítima: DIOGO MAGALHAES FERRAZ

CPF: 111.666.824-63

CPF de: Próprio

Data do acidente: 11/11/2019

Titular do CPF: DIOGO MAGALHAES
FERRAZ

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência

Declaração de Inexistência de IML

Documentação médico-hospitalar

Documentos de identificação

DUT

Outros

DIOGO MAGALHAES FERRAZ : 111.666.824-63

Autorização de pagamento

Comprovante de residência

Outros



ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24h por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 24/01/2020
Nome: DIOGO MAGALHAES FERRAZ
CPF: 111.666.824-63

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/01/2020
Nome: Paulo Victor Soares Sant'Ana
CPF: 102.109.247-99

DIOGO MAGALHAES FERRAZ

Paulo Victor Soares Sant'Ana



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS **ID**

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA DIOGO MAGALHÃES FERRAZDATA DO ACIDENTE 11/11/11 CPF DA VÍTIMA 111.666.777-88

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUIR PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____ENDEREÇO DO PORTADOR St. São Bento, LadeiraNº 110 COMPLEMENTO Zona Rural BAIRRO _____CIDADE Itumbiara UF PE CEP 56.870-000E-MAIL adorno_cdo@hotmail.com TELEFONE (81) 977050559

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ INA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- ☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM OCORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- () NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00, ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO), ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

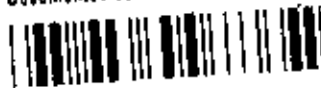
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 15/01/2020IDENTIDADE 8824231SDS/PE

ASSINATURA _____

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 15/01/2020NOME Thais MárcioASSINATURA Thais Márcio



VÁLIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
1020242603

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
SECRETARIA NACIONAL DE HABITACAO

NOME
DIOGO MAGALHAES FERREZ



DOC. IDENTIDADE / CNH / PASSAPORTE / RP

6224231 806 78

CPF

111.465.824-63

DATA NASCIMENTO

28/11/1991

FUNCAO

PAULO CESAR DE SOUSA

PEREIRA

MARIA ILEA MAGALHAES

PEREIRA

FORMACAO

ENFERMEIRO

ACC

ENFERMEIRO

OT. 198

EX

Nº REGISTRO

65562862704

VALIDADE

17/01/2026

VIGENCIA

09/08/2012

OBSERVAÇÕES

Sem observações

Diogo Magalhães Ferrez

Assinatura do titular

LOCAL

PEREIRA TALHADA - PE

DATA EMISSAO

26/02/2015

Assinatura do titular

6461628019

78064162820

DETRAN - PE PERNAMBUCO

PROTEÇÃO PLÁSTICA

1020242603



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
FUNDAÇÃO DE SAÚDE AMAURY DE MEDEIROS - FUSAM

Encaminhamento para Especialista

Unidade de Origem:

Paciente

Registro

Dados Clínicos

Exames Complementares Resultados

Hipótese Diagnóstica

Conduta Adotada

Justificativa do Encaminhamento

Documentação médica - hospitalar

Encaminhado para

Data

Nome

CRM

Unidade do Especialista

Exame Clínico

Exames Complementares

Parer do Especialista

Tratamento Proposto

LOCAL: Na Unidade de Origem
Na Unidade de Referência
Outro Serviço



Nome

CRM

Data



PREFEITURA MUNICIPAL DE TRIUNFO

Fundo Municipal de Saúde

UNIDADE MISTA DE TRIUNFO FELINTO WANDERLEY

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

26

Data e Hora:	20:00 11/11/19	Nº. Ocorrência	
Nome:	Diogo Magalhães Farias	Data Nascimento:	28/11/93
Profissão:		Sexo:	M
End.:	Sítio Boa Vista Grande	Doc. Ident.:	
Responsável:	M. F. Farias		
End/Fone:	4034073 6749 8400		9965 2814
Tipo de Atendimento: ☐ Acidente de Trânsito ☐ Acidente de Trabalho ☐ Agressão ☐ Consulta ☐			

Pressão Arterial:	Pulso:	Temperatura:
-------------------	--------	--------------

Histórico e Exame Físico:

Travete Borda + Deficite Permeabilidade
Refluxo Agudo de Motu
Sobrecarga Joracal + Joracal

Tratamento:

FX + OAD + PABA.
TABA.

Impressão Diagnóstica:

Joracal + PABA + Joracal

Destino do Paciente	Residência ☐	Internado ☐	Transferido ☒
Removido para Hospital			
Óbito as	50	horas do dia	11:00

Médico - Carimbo e CRM:

Carimbo do Médico

DIOGO FERRAZ MAGALHAES

Número de acesso:

00000000000000000000

10/1/2015

Pront. Pacientes: 00

ID de usuário:

00000000000000000000

ID de acesso: 0000000000



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL SÃO VICENTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL SÃO VICENTE

2 - CNES

2 3 5 1 6 3 3

4 - CNES

2 3 5 1 6 3 3

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

DIOGO MAGALHAES FERRAZ

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

7 0 3 4 0 7 5 6 7 4 9 8 4 0 0

8 - DATA DE NASCIMENTO

28 / 11 / 1993

9 - SEXO

MASC. ☒

FEM. ☐

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

194878

10 - RAÇA/COR

PARDA

11 - NOME DA MÃE

MARIA ILZA MAGALHAES FERRAZ

12 - TELEFONE DE CONTATO

DDD 8 7 9 6 3 3 0 3 3 2

14 - TELEFONE DE CONTATO

DDD

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

SÍTIO BAIXA GRANDE Nº180 ZONA RURAL

17 - CDD. TGESE MUNICÍPIO

2615706

18 - UF

P/E

19 - CEP

5 6 8 7 0 0 0 0

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

TRIUNFO

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Rosca purulenta MID, dependência
fretada de perna, secreção
volatilizada, secreção supratentorial
fretada MID

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Necessidade de tratamento

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Exame de urina: Rota 1/10

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Operação de troca de líquido cefalorraquidiano

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

04.08.0570.553

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

() CNS () CPF

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Antônio Rodrigues de Sales

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

14/11/19

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADOR

42 - CNPJ EMPRESA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

43 - CNIE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - CDD. ÓRGÃO EMISSOR

263910505 850

48 - DOCUMENTO

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS () CPF

Dr. Pereira de André da Silva

CPF: 153.272.214-15 CRM: 8603

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO DO CONSELHO

XI GERES

02
12

14.11 a 16.

ESPELHO DA SOLICITAÇÃO

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHAES - S. TALHADA	DATA DA SOLICITAÇÃO: 12/11/2019 12:35
MÉDICO SOLICITANTE: JOSE ANDRE MELO BARRETO GUIMARAES	ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): CRM - 9608

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE: DIOGO MAGALHAES FERRAZ	Nº DO PRONTUÁRIO: 643044
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS):	DATA DE NASCIMENTO: 28/11/1993
NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: MARIA ILZA MAGALHAES FERRAZ	SEXO: Masculino
ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): DOCTOR SEVERINO DINIZ, 181, ALTO DO CRUZEIRO	TELEFONE DE CONTATO:
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: TRIUNFO	COD. REG. MUNICIPAL: 4322004
	UF: PE
	CEP:

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: PACT, CONSCIENTE, ORIENTADO, VITIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA SOFRE TRAUMA EM PERNA, NEGA HAS E DM.
CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DE EXAMES REALIZADOS):

EXAME FÍSICO + RAIOS X		
DIAGNÓSTICO INICIAL: FRATURA DE PLANALTO TÍBIA.		
CID 10 PRINCIPAL:	CID 10 SECUNDÁRIO:	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

SINAIS VITAIS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO:	CODIGO DO PROCEDIMENTO:
CLÍNICA:	CARÁTER DA INTERNAÇÃO: URGÊNCIA
DOCUMENTO: (X) CNS () CPF	Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE:

EXECUTANTE

NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE:	DATA DE AUTORIZAÇÃO:
TIPO DE LEITO:	ESPECIALIDADE:
MÉDICO AUTORIZADOR:	

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:	DATA DA SOLICITAÇÃO:
DOCUMENTO: (X) CNS () CPF	COD. ÓRGÃO EMISOR: 13167
Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:	

ESCLARECIMENTOS

ESPELHO DA SOLICITAÇÃO

EVOLUÇÃO

Data/Hora Profissional Evolução
14/11/19 10:48 RAQUEL PORTO BARROS

Descrição
RESERVO LEITO NO SÃO VICENTE. ENFA. MARCIONE CIENTE.

Data/Hora Profissional Evolução
14/11/19 08:39 JOSE ANDRE MELO BARRETO GUIMARAES

Descrição
PACT, REFERE DOR E APRESENTANDO EDEMA, MEDICADO E ORIENTADO, TRAUMATOLOGISTA PEDE PREFERENCIA NESTE PACIENTE O MESMO SEWQUE EM REPOUSO AGUARDANDO VAGA CIRURGICA.

Data/Hora Profissional Evolução
13/11/19 10:15 CLARISSA ROBERTA AZEDO FALCAO

Descrição
ENFA MARCIONE INFORMA QUE PACIENTE AGUARDA VAGA DE CONVENIO. REGISTRADO QUE NO MOMENTO NÃO DISPOMOS DE VAGAS PARA OFERTAR, NAS REDES PÚBLICAS/CONVENIADAS AO SUS.

Data/Hora Profissional Evolução
12/11/19 12:48 ANA CAROLINA GUERRA CORREIA ALVES

Descrição
NO MOMENTO SEM VAGA PARA OFERTAR APOS BUSCA ATIVA NA REDE CONVENIADA.

Data/Hora Profissional Evolução
12/11/19 12:36 JOSE ANDRE MELO BARRETO GUIMARAES

Descrição
Solicitação Leito

TEMPO DE ATENDIMENTO

Data / Hora	Status	Tempo utilizado	Usuário/Estabeleciment	Observação
12/11/19 12:35	Em digitação	0h:0m:4s	ANACS/HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHAES - S. TALHADA	Solicitação armazenada.
12/11/19 12:36	Aguardando Regulacao	0h:9m:28s	ANACS/HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHAES - S. TALHADA	Alterada situação da solicitação de EM DIGITAÇÃO para AGUARDANDO REGULAÇÃO.
12/11/19 12:45	Aguardando Regulacao	0h:0m:15s	IDELE.CANTALICE/CENTRAL DE REGULAÇÃO HOSPITALAR - SES/PE	Associando profissional regulador, IDELE.CANTALICE solicitação: 643044
12/11/19 12:45	Regulado	0h:2m:49s	IDELE.CANTALICE/CENTRAL DE REGULAÇÃO HOSPITALAR - SES/PE	Alterada situação da solicitação de AGUARDANDO REGULAÇÃO para REGULADO.
12/11/19 12:48	Aguardando Disponibilidade	45h:59m:37s	ANA.ALVES/CENTRAL DE REGULAÇÃO HOSPITALAR - SES/PE	Alterada situação da solicitação de REGULADO para AGUARDANDO DISPONIBILIDADE.
14/11/19 10:48	Aguardando Confirmação		RPB/CENTRAL DE REGULAÇÃO HOSPITALAR - SES/PE	Alterada situação da solicitação de AGUARDANDO DISPONIBILIDADE para AGUARDANDO CONFIRMAÇÃO.

DADOS CANCELAMENTO

DADOS ALTA -



Hospital São Vicente

Hospital São Vicente

Data Atend: 14/11/2019	Atendimento: 0027145	Quarto/leito: 203 / 1
Paciente: 00194859 - DIOGO MAGALHAES FERRAZ		
Data Nasc: 28/11/1993	Idade: 25 Anos	Sexo: Masculino
Estado Civil: Solteiro		
Profissão: RECEPCIONISTAS	Naturalidade: SERRA TALHADA	Nacionalidade: BRASILEIRO
Nome Pai: PAULO CESAR DE SOUZA FERRAZ	Nome Mãe: MARIA ILZA MAGALHAES FERRAZ	
Endereço: SITIO BAIXA GRANDE, 180 - ZONA RURAL - SERRA TALHADA - PE		
Telefones: () / () / (87) 9633.0332		
Elementos da Ocorrência:		
Acidente de Trânsito ()	Acidente de Trabalho ()	Outros Acidentes ()
Agressão ()	Suicídio ()	Casual ()
Outros ()		
Nome Acompanhante:	Telefone de Contato: ()	
Endereço Acompanhante:		
Local da Ocorrência:		
ANAMNESE E EXAME FÍSICO: <i>Doença pré-existente HIV, deficiências nutricionais, pressão arterial alta, diabetes mellitus, uso de medicamentos, histórico de tuberculose, HIV.</i>		
Diagnóstico Inicial: <i>FRST. PLATO TUBER. @</i>		
SADT:		
Diagnóstico Final: <i>FRST. PLATO TUBER. @</i>		
Condição de Alta	Motivo de Alta	
Melhorada ☒	Descrição Médica ☒	Data do Internamento: <i>14, 11, 19</i>
Inalterado ()	Alta a Pedido ()	Data da Alta: <i>16, 11, 19</i>
Piorando ()	Transferência ()	Local: _____
Óbito + 48h ()	Evasão ()	
Óbito - 48h ()	Indisciplina ()	
Óbito em ____/____/____		
Hora: _____		Medico Responsavel <i>[Assinatura]</i>

Página Autenticada e Validada
CPF: 024.225.221-00 CRM: 13753



Hospital São Vicente

Hospital São Vicente

Data Atend: 14/11/2019	Atendimento: 0027145	Quarto/leito: 203 / 1
Paciente: 00194859 - DIOGO MAGALHAES FERRAZ		
Cirurgia Realizado: <i>Osteossintese do fêmur direito</i>	N. do Procedimento: <i>408050 551</i>	
Data: <i>15/11/19</i>	Início:	Término
Cirurgião: <i>Antônio</i>		
1º Auxiliar: <i>Antônio</i>		
2º Auxiliar:		
Anestesista: <i>Luciano</i>		
DESCRIÇÃO CIRURGICA: <i>Deb. de fêmur - ATIPSTU NID</i> <i>Seccionar face interna do fêmur 1/3 proximal</i> <i>Realizar fixação com placa e parafusos</i> <i>Alargamento da ferida para fixação, redução</i> <i>e alinhamento adequado. Os parafusos 2x5</i> <i>Os p. colocados: Os parafusos, Os p. 3x5</i> <i>Os p. 3x5, 3x5, 3x5, 3x5</i> <i>Antes de colocar a placa</i>		
		<i>Antônio Rodrigues de Freitas</i> CRM 7351 Rég. 025.62 043-25 Assinatura do Cirurgião

Registro: 30440 Nome: DIOGO MAGALHAES FERRAZ
Médico solíc.: A HREC CRM: 2012

Data de nasc.: 28/11/93

Data do atend.: 11/11/2019 Hora: 22:34

CONSULTA ORTOPÉDICA

Anamnese Médica / Evolução Clínica:

TRAUMA NO JOELHO ESQUERDO APOS QUEDA DE MOTO

Exame Físico:

dor edema limitacao funcional

Resultados de Exames:

FRATURA DO PLANALTO TIBIAL

Conduta:

TALA TIPO INGUINO PODALICA

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

S821 FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TÍBIA | CABEÇA ?<? | CÔNDILOS ?#? DA TÍBIA,
COM OU SEM MENÇÃO DE| EPÍFISE PROXIMAL ?#? FRATURA DO PERÔNIO [FÍBULA]|
TUBEROSIDADE ?>?

Óbito: Não

Jaílavio Juime Lima
Coordenador Médico
Hospital Regional Emilia Camara - HTRI

Dr. Waerson Jose de Souza
Dr. WAERSON JOSE DE SOUZA
CRM: 19163



MAFIA ILZANAGALNAES FEMOZ

COPY. 657 210 212-B4

CLASSIFICAÇÃO
B2 RURAL
ACRÉSCIMO RURAL

089550855	UPCA	25/11/2018
25/11/2018	7000118520	393257

Contributo Acord (VNH)
Ernestino Bando de AMARILHA
Acrecimento Bando de v. 28
Contributo do GERTM - (197) 2348-1752

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50070-902
CNPJ 10.535.532/0001-08 | Fone: 0800 41 73 | www.ceppe.com.br

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA
61 BAIXA GRANDE 169

TRIUNFO - FALSA TRIUNFO RUBEN
TRIUNFO PE
50870-000

TRIUNFO PE
50870-000

COMP. 10/000000 11/2019

1179242024 11/2019

28/12/2019 02.33

DATA	NUMERO	VALOR	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
25/11/2018	2000118520	393222	183,0000000	0,44075087	80,675352
Consumo Acord(MWh)					0,00
Consumo Bandeira AMARELA					5,40
Consumo Bandeira VERDE					2,00
Consumo do GEFITM - (DEP) 8948-1352					

Comprovaute de residencia



TOTAL DA FATURA

IDENTIFICATIVO DE CONSUMO DATA NOTA FISCAL

TOTAL DA FATURA		DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DE ENERGIA ELÉTRICA						
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSUMO	VALOR
		TARIFA	LEITURA	TARIFA	LEITURA			
123456	RESIDUAL	1000	1000	1000	1000	30	1000	1000

Setor	Consumo (kWh)
INDUSTRIA	~85,000
COMERCIO	~25,000
RESIDENCIAL	~15,000
SERVIÇOS	~10,000

100-101116

1. The first step is to identify the problem. This involves understanding the situation and the goals that need to be achieved.

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	LÍMITE DE VOLUMENES (m)		LÍMITE DE PESO (kg)
		SEMI	GRANDE	
001	...	220	207	234

Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT S.A
Tel 21 3861-4600 www.seguradoralider.com.br
Rua da Assembleia, 100 - 16º Andar - Edifício City Tower
Centro - Rio de Janeiro - RJ - CEP: 20011-000



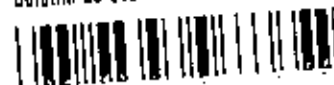
Declaração de Inexistência de IDL



O PEDIDO DO SEGURO DPVAT
ENCONTRA-SE DIGITALIZADO NA
PASTA/ABA AUTORIZAÇÃO DE
PAGAMENTO.



Boletim de ocorrência



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 181ª CIRCUNSCRICAO - TRIUNFO -
DP181ªCIRC DINTER2/21ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0271000397**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **16/12/2019** às
09:53

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia **11/11/2019** às **20:00**

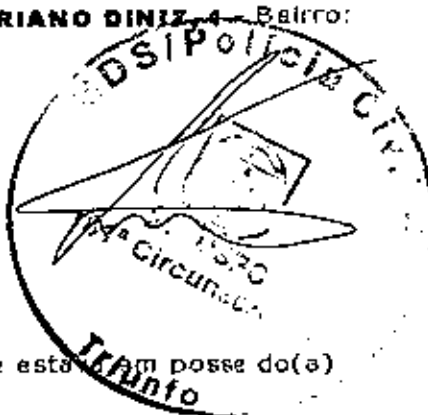
Fato ocorrido no endereço: **RUA DOUTOR SEVERIANO DINIZ, 4 - Bairro:**
CRUZEIRO - TRIUNFO/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

A PRÓPRIA VÍTIMA (AUTOR AGENTE)
DIOGO MAGALHAES FERRAZ (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que está em posse do(a)
Sr(a): **DIOGO MAGALHAES FERRAZ**



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

DIOGO MAGALHAES FERRAZ (presente no plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA ILZA MAGALHAES FERRAZ Pai: PAULO CESAR DE SOUZA FERRAZ Data de Nascimento: 28/11/1993 Naturalidade: TRIUNFO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 8824231/SS/PZ (RG), 11166682403 (CPF), 06562582704 (CNH) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2º. GRAU COMPLETO Profissão: RECEPCIONISTA Endereço Residencial: RUA DOUTOR SEVERIANO DINIZ, 181 - CEP: 0 - Bairro: CRUZEIRO - TRIUNFO/PERNAMBUCO/BRASIL

A PRÓPRIA VÍTIMA - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -

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

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DIOGO MAGALHAES FERRAZ**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DIOGO MAGALHAES FERRAZ**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/XRE300** Objeto apreendido: **Não**

Colaboração: Mafaela MONTANAX5300 Objeto: homicídio. Mãe
estava no carro do (R) DIOGO MAGALHÃES FERRAZ
VEÍCULO (VEÍCULO) de propriedade do (R) DIOGO MAGALHÃES FERRAZ, que

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

Nome do Representante: - Cargo do Representante - Pessoa de Contato no
estabelecimento comercial - Telefone de Contato -

A PRÓPRIA VÍTIMA - Razo de Abandono: NÃO INFORMADO

TRINHO/PERNAMBUCO/BRAZIL
Endereço Residencial: RUA DOUTOR SEVERIANO DINIZ, 131 - 02510 - 020 - CRUZIELLO -
GRAN COMPLETO PROTEÇÃO RESECIONISTA
(R) 1115555444 (027) 088222204 (CIN) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Esposado(a):
28/11/2002 Nascimento: TRINHO / PERNAMBUCO - BRASIL Documento: 33333333333333333333
ILZA MAGALHÃES FERRAZ (R) PAULO CESAR DE SOUZA FERRAZ (R) Mãe de Nascimento:
DIOGO MAGALHÃES FERRAZ (R) Presente no plano) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA

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

(R) DIOGO MAGALHÃES FERRAZ
VEÍCULO (Usado na ocasião da ocorrência), que estava em posse do(s)
Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:
A PRÓPRIA VÍTIMA (AUTOR / AGENTE)
DIOGO MAGALHÃES FERRAZ (VÍTIMA)

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

Local do Fato: VIA PÚBLICA
CRUZIELLO - TRINHO / PERNAMBUCO / BRASIL
Foto ocorrido no endereço: RUA DOUTOR SEVERIANO DINIZ, 1 - Bateria

que aconteceu no dia 14/12/2019 às 20:00
ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Comunidade)

09:23

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 14/12/2019 às

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 19027100397

DPTI/CIRC INTERSTADUAL
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 18ª CIRCUNSCRIÇÃO - TRINHO -
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO



Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **PDG3005** (PERNAMBUCO/TRIUNFO) Chassi: **9C2ND1110GR002197**

Ano Fabricação/Modelo: **2016/2016** Combustível: **ALCO/GASOL**

Descrição: **RENAVAM-1085902776**

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DELEGACIA DE POLICIA A PESSOA DE DIOGA MAGALHAES FERRAZ, INFORMANDO QUE CONDUZIA A MENCIONADA MOTOCICLETA, MATRICULADA EM SEU PROPRIO NOME, E AO PASSAR POR CIMA DE UMA PEDRA QUE ESTAVA NO MEIO DA RUA, PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA E VEIO CAIR AO SOLO. VINDO FRATURAR SEU JOELHO DIREITO, E SER SOCORRIDO DE IMEDIATO PARA O HOSPITAL LOCAL. ONDE VEIO RECEBER OS PRIMEIROS ATENDIMENTOS MEDICOS.

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

Diogo Magalhães Ferraz

DIOGA MAGALHAES FERRAZ
(VITIMA)

B.O. registrado por: **FRANCISCO ROBERTO LIMA** Matrícula: **208478-3**



December REMAN-A-1082937E
And I am a good boy. I am a good boy.
Place 1082937E (REMAN-BLUE) Class 1082937E

ATMOMENOS MEDICOS, HOSPITAL LOCAL. ONDE VEIO RECEBER OS PRIMEIROS
CARIOS DO DENTE. VINDO TRATAR A SUA DENTADURA, E SER SOCORRIDO DE
SUAS LESOES NA MOTO DE BARRA, PERDEU O CONTROLE DA MOTO E CAIU
TAMBIEM NA MOTO EM SEU PROPRIO NOME, E AO PASSAR POR CIMA DE UMA BARRA
FERRAJIM, INFORMANDO QUE CONDUZIA A MENSIONADA MOTO CICLISTA,
COMPREENDENDO A ESTA DELIBERACAO DE POLICIA A PESSOA DE DIGNO MAGALHAES

AASIAIUA S(2)SOSQ(S) ETATS STANI Q'POLICIA

ТАРЖЕЗЪ СЪАНЛАРАМ ОБОЮ
(АМИТИ)

Б.Б.АВРАМОВ : ИЛИУДИМ - АМИ ОТЯВЕР ООДИНАЯ ПОД ОБЗОРЕТ, О.Б.

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

111.666.824-63

DIOGO MAGALHÃES FERRAZ

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

DIOGO MAGALHÃES FERRAZ

111.666.824-63

RECEPCIONISTA

Sítio 30000, Grande

180

11 - Bairro: Zona Rural

12 - Cidade: TRIUNFO

13 - Estado: PE

14 - CEP: 56.870-000

15 - E-mail: adamo.cdu@outlook.com

16 - Tel. (DDD): (81) 997050559

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☐ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.001,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☒ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3439 1 CONTA: 20.781 0

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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.

22 - 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 de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vel nascido)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assin.

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Triunfo, PE, 15 de novembro de 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

O formulário deverá ser preenchido (manuscrito ou eletronicamente) de forma completa e legível.
É importante o preenchimento de todos os campos específicos a cobertura pleiteada.

DADOS CADASTRAIS

01 a 16	Registro de informações cadastrais	Preencher corretamente de acordo com a documentação.
---------	------------------------------------	--

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL

17	Nome completo do Representante Legal	Preencher com o nome completo do representante legal (pais, tutor ou curador) sem abreviatura ou erro de digitação.
18	CPF do Representante Legal	Preencher com o número de inscrição do representante legal no CPF.
19	Profissão do Representante Legal	Preencher com a profissão do representante legal. No caso de não possuir profissão, declarar: "não possui".

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE SOBRE REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR):

Deverão ser representados:

- Beneficiário/vítima com idade entre 0 e 15 anos pelos pais ou tutor, e o incapaz pelo curador. Neste caso, o formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário/vítima e assinado somente pelo representante legal (no campo 42).
- Beneficiário/vítima com idade entre 16 e 17 anos pelos pais ou tutor. Neste caso, o formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário/vítima e assinado pelo beneficiário/vítima (no campo 41) e seu representante legal (no campo 42).

DADOS BANCÁRIOS

20	Renda Mensal do Titular da conta	Assinalar uma das opções relacionadas a renda mensal do titular da conta informada para crédito da indenização.
21	Dados bancários	Assinalar a opção indicando "quem" é o titular da conta, o banco, agência e número da conta para o crédito da indenização.

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE PARA CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO:

- O crédito da indenização somente será realizado em conta de titularidade da própria vítima/beneficiário. Não serão aceitas contas de terceiros, exceto em caso de pagamento para menores de 16 anos ou de pessoa incapaz, em que é admitida indicação de conta de titularidade do representante legal (pais, tutor ou curador).
- Em caso de devolução de crédito em decorrência de fornecimento incorreto de dados bancários, indicação de conta com limite de movimentação bancária, conta fácil e conta de benefício, será necessária a apresentação de novo formulário do Pedido do Seguro DPVAT, com indicação de novos dados bancários.

INVALIDEZ PERMANENTE

22	Declaração de Ausência de Laudo do IML	Preencher somente para cobertura Invalidez Permanente. Assinalar a opção que melhor justifique a ausência de apresentação de Laudo do Instituto Médico Legal (IML).
----	--	---

MORTE

23 a 33	Declaração de Únicos Beneficiários	A falta de preenchimento correto das informações invalidará o formulário.
---------	------------------------------------	---

NÃO ALFABETIZADO

34	Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	Apor a impressão digital da vítima/beneficiário não alfabetizado.
35	Nome legível de quem assina a rogo/a pedido	Preencher com o nome da pessoa indicada pelo não alfabetizado para assinar a rogo/a pedido.
36	CPF legível de quem assina a rogo/a pedido	Preencher com o número do CPF da pessoa indicada para assinar a rogo/a pedido.
37	Assinatura de quem assina a rogo/a pedido	Assinar o formulário conforme assinatura do documento de identidade. Necessário reconhecer firma da assinatura.

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE PARA BENEFICIÁRIO/VÍTIMA NÃO ALFABETIZADO:

- O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu rogo/a pedido, na presença de 02 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura do Pedido do Seguro DPVAT.

TESTESMUNHAS

38	1ª testemunha	Preencher com o nome completo e número do CPF e assinatura da 1ª testemunha.
39	2ª testemunha	Preencher com o nome completo e número do CPF e assinatura da 2ª testemunha.

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE PARA APRESENTAÇÃO DE TESTESMUNHAS:

- A apresentação de testemunha é imprescindível para a cobertura de morte, sem necessidade de reconhecimento de firma das assinaturas; e para beneficiários/vítimas não alfabetizados sendo, neste caso, necessário o reconhecimento de firma das assinaturas das testemunhas.

ASSINATURAS DO FORMULÁRIO

40	Local e Data	Preencher indicando o local e a data de preenchimento do formulário.
41	Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	Assinatura da vítima/beneficiário da indenização conforme documento de identidade.
42	Assinatura do Representante legal (se houver)	Assinatura do representante legal (pais, tutor, curador) conforme documento de identidade.
43	Assinatura do Procurador (se houver)	Assinatura do procurador devidamente nomeado.



Ourocard

Poupança



5047 2120 3220 5420

VALIDATE

01/22

1.040

FERRA

000

01/10/2000

elo

Rio de Janeiro, 04 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200041113

Vítima: DIOGO MAGALHAES FERRAZ

Data do Acidente: 11/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: VÍTIMA EM TRATAMENTO

Senhor(a), DIOGO MAGALHAES FERRAZ

Devido a lesão não estar consolidada, não é possível, no momento, caracterizar a invalidez permanente pleiteada.

Assim, após finalizado o tratamento médico/hospitalar e se verificada a existência de invalidez permanente, a vítima deverá apresentar os respectivos documentos médicos, tais como os listados a seguir:

- Boletim médico/hospitalar, com a ficha da evolução médica e a alta médica hospitalar;
- Relatório do tratamento médico realizado na internação e/ou no atendimento ambulatorial;
- Laudos de exames, caso realizados no tratamento, tais como: Raio X, tomografia, ressonância magnética e de controle pós procedimento cirúrgico ou tratamento conservador ambulatorial, com a identificação do paciente e data de realização.

Em caso de cirurgia anexar: os relatórios médicos hospitalares com os procedimentos adotados e materiais usados, folha de anestesia, folhas de evolução médica e sumário de alta.

Informamos que é direito do paciente solicitar e receber, sem custos, os documentos do tratamento médico realizado nos hospitais públicos ou particulares, em internação ou tratamento ambulatorial.

Esclarecemos, por fim, que os documentos emitidos por enfermagem ou outros profissionais da área de saúde devem estar, necessariamente, acompanhados pela respectiva evolução/solicitação médica.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

