



Número: **0000322-87.2020.8.17.3520**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Triunfo**

Última distribuição : **27/07/2020**

Valor da causa: **R\$ 1.000,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
DIOGO MAGALHAES FERRAZ (AUTOR)		HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
67846534	11/09/2020 16:48	ANEXO 2	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, 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

Carta nº 15455906



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





DADOS DO CLIENTE
MARIA ILZA MAGALHÃES FERNANDES

CPF: 057 910 514-84

CLASSIFICAÇÃO
E2 RURAL
AGROPECUARIA RURAL

CPF: 057 910 514-84
CNPJ: 089356855
CNPJ: 2000718520
CNPJ: 2000718520

Tarifa Social de energia

NOTA FISCAL
Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-800
CNPJ 10.835.822/0001-08 | fone: 0800 00554173 | www.celpe.com.br

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
SI BAIXA GRANDE 180

TRIUNFO - RURAL/TRIUNFO RURAL
TRIUNFO PE
50870-600

CONTA CONSUMIDOR
1179242024
DATA DE VENCIMENTO
28/12/2019
VALOR
82,33

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	189,00000000	0,44025087	83,70
Crédito Bônus			0,05
Crédito Bônus			5,48
Crédito Bônus			2,00

Consumo Ativo (kWh)
Crédito Bônus
Crédito Bônus
Crédito Bônus

Comprovante de residência



TOTAL DA FATURA
DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

MP DO	TIPO DA	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	Nº DE	CONSTANTE	ADJUSTE	CONSUMO (kWh)
10/01/20	CAI	25/10/2019	44.771,00	25/11/2019	44.960,00	50	1,0000		189,00

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	VALOR DO	PERCENTUAL
Consumo Ativo (kWh)	83,70	99,24%
Crédito Bônus	0,05	0,06%
Crédito Bônus	5,48	6,66%
Crédito Bônus	2,00	2,44%

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	VALOR DO	PERCENTUAL
Consumo Ativo (kWh)	83,70	99,24%
Crédito Bônus	0,05	0,06%
Crédito Bônus	5,48	6,66%
Crédito Bônus	2,00	2,44%

NOTAS IMPORTANTES
A Nota Fiscal é emitida em nome do consumidor e não pode ser utilizada para fins de comprovação de residência. A Nota Fiscal é emitida em nome do consumidor e não pode ser utilizada para fins de comprovação de residência. A Nota Fiscal é emitida em nome do consumidor e não pode ser utilizada para fins de comprovação de residência.

CONSUMO	VALOR	PERCENTUAL
Consumo Ativo (kWh)	83,70	99,24%
Crédito Bônus	0,05	0,06%
Crédito Bônus	5,48	6,66%
Crédito Bônus	2,00	2,44%

CONSUMO	VALOR	PERCENTUAL
Consumo Ativo (kWh)	83,70	99,24%
Crédito Bônus	0,05	0,06%
Crédito Bônus	5,48	6,66%
Crédito Bônus	2,00	2,44%

CONSUMO	VALOR	PERCENTUAL
Consumo Ativo (kWh)	83,70	99,24%
Crédito Bônus	0,05	0,06%
Crédito Bônus	5,48	6,66%
Crédito Bônus	2,00	2,44%





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: 111.666.824-63 4 - Nome completo da vítima: DIOGO MAGALHÃES FERRAZ

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 443/2012

5 - Nome completo: DIOGO MAGALHÃES FERRAZ 6 - CPF: 111.666.824-63

7 - Profissão: RECEPCIONISTA 8 - Endereço: Sítio Boa Vista, Grande 9 - Número: 180 10 - Complemento:

11 - Bairro: Zona Rural 12 - Cidade: TRIUNFO 13 - Estado: PE 14 - CEP: 56.870-000

15 - E-mail: adamo.cdu@ludomail.com 16 - Tel.(DDD): (81) 9.9705.0559

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) Nome do BANCO:

☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 2739 1 CONTA: 20.781 0 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 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 (ou 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 (ou 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 atestada

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)

FPS.001 V002/2019





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 esta 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/SDS/PE (RG). 11166682462 (CPF). 05562882704 (CNH)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2ª. 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**

16/12/2019 09:54





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 1ª CIRCUNSCRIÇÃO - TRIUNFO
DPI 181 CIRC DINTER 21 DESOC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 15027100397

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 16/12/2019 às

09:23

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

Fato ocorrido no endereço: RUA DOUTOR SEVERIANO DINIZ, 1 - Bairro: CRUZEIRO - TRIUNFO/PERNAMBUCO/BRAZIL
Local do Fato: VIA PÚBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:
A PRÓPRIA VÍTIMA (AUTOR/AGENTE)
DIOGO MAGALHÃES FERRAZ (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na descrição da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): DIOGO MAGALHÃES FERRAZ

Qualificação da(s) pessoa(s) envolvidas

DIOGO MAGALHÃES FERRAZ (presente no plantão) - Sexo: Masculino, Mãe: MARIA LIZ MAGALHÃES FERRAZ, Pai: PAULO CESAR DE SOUZA FERRAZ, Data de Nascimento: 22/12/1993, Nacionalidade: Brasileiro, Estado Civil: Solteiro(a), Estado de Residência: PERNAMBUCO, TRIUNFO, Rua: RUA DOUTOR SEVERIANO DINIZ, 1 - Bairro: CRUZEIRO - TRIUNFO/PERNAMBUCO/BRAZIL

A PRÓPRIA VÍTIMA - Razo de Atividade: NÃO INFORMADO

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

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

VEÍCULO (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): DIOGO MAGALHÃES FERRAZ, que estava em posse do(a) Sr(a): DIOGO MAGALHÃES FERRAZ, Data de Registro: 14/12/2019, Marca: MOTOCICLETA HONDA XBR 300, Modelo: 2019



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

Placa: **PDG3006** (PERNAMBUCO/TRIUNFO) Chassi: **9C2ND1110GR002187**
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**



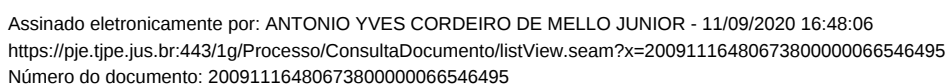
Detachable: RENAVALM-108222272
And 12 inch 48 inch Motor. 204222222
Pine 204222222 (PERMANENTLY) Class 204222222

DETERMINEMOS MEDICOS. IMEDIATO PARA O HOSPITAL LOCAL. ONDE VEIO RECEBER OS PRIMEIROS CUIDAR AO SOLO. VINDO FRATURAR SEU JOELHO DIREITO. E SER SOCORRIDO DE CIMA DO ESTAVAO NO LITO DA RUA, PERDENDO O CONTROLE DA MOTOCICLETA E VEIO MATRICULADA EM SEU PROPRIO NOME, E AO PASSAR POR CIMA DE UMA PEDRA FENAL. INFORMANDO QUE CONSUMIA A MEMORIZADA MOTOCICLETA, COMPARECEU A ESTA DELEGACIA DE POLICIA A PESSOA DE DIOGA MAGALHAES

(VITIMA)
DIOGO MAGALHAES FERREZ

9. O. registrado por FRANCISCO ROBERTO LIMA - Matricula: 208478-3

2702





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:

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:

DIOGO MAGALHÃES FERRAZ

6 - CPF:

111.666.824-63

7 - Profissão:

RECEPCIONISTA

8 - Endereço:

Sítio 3000, Grande

9 - Número:

180

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Zona Rural

12 - Cidade:

TRIUNFO

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

56.870-000

15 - E-mail:

adams.cda@hotmail.com

16 - Tel. (DDD):

(81) 9.9705.0559

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAÍS, 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 (PAÍS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☒ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

2739

1

CONTA:

20.781

0

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 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 (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 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:

☐ Sim ☐ Não

30 - Vítima deixou nascituro (ou nascidos)?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar vivos: falecidos:

☐ Sim ☐ Não

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 junho de 2020

Diogo Magalhães Ferraz

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

1 V002/2019



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.

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradorallider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 0800-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
SAC (para dúvidas e reclamações) todos os dias da semana, 24h: 0800 022 0189
SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06
Ouvidoria: 0800 021 91 35





ASL-0034680/20
agps.0800
17/04/2020 17:02:07

ASL-0034680/20
agps.0800
17/04/2020 17:02:07

ASL-0034680/20
agps.0800
17/04/2020 17:02:07

ASL-0034680/20
agps.0800
17/04/2020 17:02:07

ASL-0034680/20
agps.0800
17/04/2020 17:02:07

ASL-0034680/20
agps.0800
17/04/2020 17:02:07

ASL-0034680/20
agps.0800
17/04/2020 17:02:07

ASL-0034680/20
agps.0800
17/04/2020 17:02:07





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, 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.

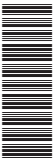
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00069/00070 - carta_15R - INVALIDEZ

00020035





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, 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

Pag. 01311/01312 - carta_02 - INVALIDEZ

00040656



Carta nº 15730820



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

Títular 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 FERRAZ
 DATA DO ACIDENTE 11/11/19 CPF DA VÍTIMA 111.666.224-53
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUIR PARANTECO COM A VÍTIMA É _____
 ENDEREÇO DO PORTADOR Sd. 3000 - Jd. Santa Helena
 Nº 180 COMPLEMENTO Zona Rural BAIRRO _____
 CIDADE Itumbiara UF PE CEP 56.870-000
 E-MAIL adorno_cdo@hotmail.com TELEFONE (84) 97050559

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)
☒ ATTESTADO DE 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, TAIS 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 (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
 () NOTAS FISCAS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO 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, TAIS 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 DAS 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

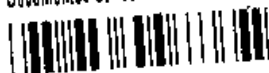
DATA 15/01/2020
 IDENTIDADE 88242348DS/PE
 ASSINATURA _____

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 15/01/2020
 NOME THAIS MURCIO
 ASSINATURA THAIS



Documentos de Identificacao



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
COMISSAO NACIONAL DE HABILITACAO

NOME
DIOGO MAGALHAES FERRAS

DOC. IDENTIFICACAO (ORG. EMISSOR / UF)
00234231 SOE PE

DT
212.665.874-69

DATA NASCIMENTO
28/11/1993

PLACAO
PAULO CESAR DE SOUZA
FERRAS
MARIA ILEA MAGALHAES
FERRAS

FORMACAO
ACD
COT. 198
AR

Nº PRESENCIA
05542382794

VALIDADE
17/01/2026

VALIDACAO
09/08/2013

Observações
sem observações

Diogo Magalhães Ferras

LOCAL
PÉROLA TÁLEADA - PE

DATA EMISSAO
26/02/2015

44615627019
78054162620

DETRAN - PE IPIRANGA 001

VALIDA EM TODOS
OS TERRITORIOS NACIONAIS
1020242603

PRESENCIA PLASTICA
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

Encaminhado para

Documentação médica - hospitalar



Data

Nome

CRM

Unidade do Especialista

Exame Clínico

Exames Complementares

Parecer 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

Data e Hora: 20:00h 11/11/19	Nº. Ocorrência: 26
Nome: Diogo Magalhães Ferraz	Data Nascimento: 28/11/93
Profissão:	Sexo: M Doc. Ident.:
End.: Sítio Santa Grande	
Responsável: M. Ferraz	
End/Fone: 4034075 6749 8400	9965 2814
Tipo de Atendimento: Acidente de Trânsito ☐ Acidente de Trabalho ☐	
Agressão ☐ Consulta ☐	

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

Histórico e Exame Físico:

Travete Boda + Deficite per...
Requer Atividade Motora
sofrendo Joacas + joelha D.

Tratamento:

FX + OAP + Perna.
T.A.A.

Impressão Diagnóstica:

Travete + Deficite Boda

Destino do Paciente
Removido para Hospital

Residência ☐

Internado ☐

Transferido ☒

Óbito as

horas do dia

H. E. CARTEIRA - 11/11/19

Médico - Carimbo e CRM:

Carimbo e CRM do Médico



DIOGO FERREZ MAGALHÃES

Número de acesso:

00000000

11/09/2020

Plant. Pastilhas (R)

ID de cliente:

000000000000000000

ID de acesso: 0000000000



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
SEXO: Masculino	TELEFONE DE CONTATO:
NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: MARIA ILZA MAGALHAES FERRAZ	ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): DOCTOR SEVERINO DINIZ, 181, , ALTO DO CRUZEIRO
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: TRIUNFO	COD. RGSE 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 PRIMÁRIA:
CID 10 SECUNDÁRIO:
CID 10 DOENÇAS ASSOCIADAS:

SINAIS VITAIS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO:	CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:
CLÍNICA:	DOCUMENTO: (X) CNS () CPF
CARÁTER DA INTERNAÇÃO: URGÊNCIA	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/Estabelecimento	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

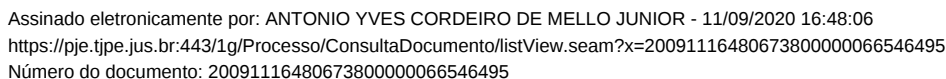




Hospital São Vicente

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: SÍTIO 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, hipertensão, diabetes, colesterol elevado, dislipidemia, obesidade, hipertensão arterial, tabagismo.</i>					
Diagnóstico Inicial: <i>FRAT. PLATO TUBILAR (D)</i>					
SADT:					
Diagnóstico Final: <i>FRAT. PLATO TUBILAR (D)</i>					
Condição de Alta		Motivo de Alta			
Melhorada (X)		Descrição Médica (X)			
Inalterado ()		Alta a Pedido ()			
Piorando ()		Transferência ()			
Óbito + 48h ()		Evasão ()			
Óbito - 48h ()		Indisciplina ()			
Óbito em ____/____/____		Data do Internamento: <i>14, 11, 19</i>			
Hora: ____:____		Data da Alta: <i>16, 11, 19</i>			
		Local: <i>[Assinatura]</i>			
		Médico Responsável			

Primo Puntaggio 100.000
CFF: 024-225221-00 CFAN: 15753





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>4108 050 551</i>
Data: <i>15/11/19</i>	Início:	Término:
Cirurgião: <i>Antônio YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR</i>		
1º Auxiliar: <i>Antônio</i>		
2º Auxiliar:		
Anestesista: <i>Luciano</i>		
DESCRIÇÃO CIRURGICA: <i>Deb. Peritônio - Abertura MID</i> <i>Secção da face interna da coxa 1/3 proximal</i> <i>Realizar o acesso através da incisão</i> <i>plana, fazer a fixação da placa</i> <i>e dos parafusos adequados. Os parafusos de 3.5</i> <i>Os P. colocados: Os parafusos: Os P. de 3.5</i> <i>Os P. de 3.5: 3.5, 3.5, 3.5, 3.5</i> <i>Antes de colocar a placa</i>		
		<i>Antônio Rodrigues de Freitas</i> <i>CRM 7351</i> <i>CPF 000.000.000-00</i> 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

Jaílavo Jaime Lima
Coordenador Médico
Hospital Regional Emilia Câmara - HTRI

Dr. Waerson Jose de Souza
CRM: 19163





CELPE
 Companhia Energética de Pernambuco
 Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-900
 CNPJ 10.835.822/0001-08 | Fone: (0800) 751 1111 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
 MARIA ILZA MAGALHÃES FERNANDES

CPF: 057.910.214-84

CLASSIFICAÇÃO
 E2 RURAL
 AGROPECUARIA RURAL

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
 S1 BAIXA GRANDE 160

TRIUNFO - RURAL TRIUNFO RURAL
 TRIUNFO - PE
 50870-000

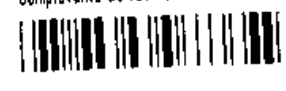
089908955	UNICA	25/11/2018
25/11/2018	2000718500	3932007

DATA DE EMISSÃO: 11/2019
 1178242024
 DATA DE VENCIMENTO: 28/12/2019
 02.33

DESCRIÇÃO DA QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
189,00000000	0,44075087	83,70
		0,05
		5,48
		2,00

Consórcio Acordo (VW)
 Consórcio Bandeira AMARILHA
 Acordo Bandeira AMARILHA
 Contribuição CERTIM - (R\$ 7) 2948-1752

Comprovante de residência



TOTAL DA FATURA									
DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)	DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)	DESCRIÇÃO	QUANTIDADE

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)	DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
ENERGIA ELÉTRICA	189,00	0,44	83,70	ENERGIA ELÉTRICA	189,00	0,44	83,70
...	...	...	...	...	...	...	...

Este documento é uma cópia eletrônica do documento original. A validade deste documento depende da validade do documento original. A validade deste documento depende da validade do documento original.

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)	DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
...	...	...	...	...	...	...	...



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 INGL



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**

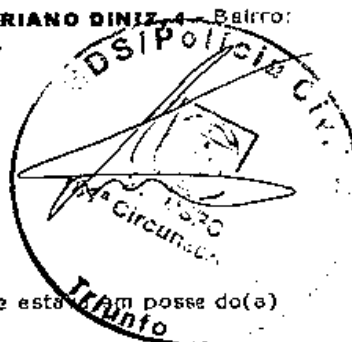
Fato ocorrido no endereço: **RUA DOUTOR SEVERIANO DINIZ, 181 - Bairro:**
CRUZEIRO - TRIUNFO/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

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: **28/11/1983** Nacionalidade: **TRIUNFO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **SS24231/SDS/PZ (RG), 11188882462 (CPF), 06662582704 (CNH)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2ª GRAU COMPLETO** Profissão: **RECEPCIONISTA** Endereço Residencial: **RUA DOUTOR SEVERIANO DINIZ, 181 - CEP: 8 - Bairro: CRUZEIRO - TRIUNFO/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

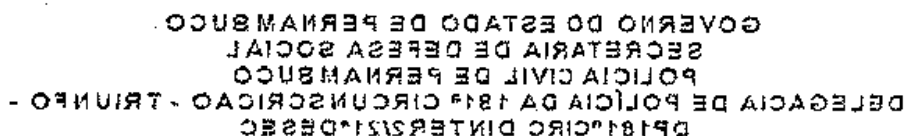
Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no
estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -

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**

16/12/2019 09:54





00:23
Oconúncia registrada no dia 16/11/2019 às

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culpado

Local de Trabalho: Rua Manoel de Aguiar, 1 - Bairro
Cruzzeiro - Curitiba/Paraná/Brasil

0200 MAGALHÃES FERRAZ (VITIMA)
A PROPRIA VITIMA (AUTOR AGENTE)
Pessoas(s) envolvidas(s) na ocorrência:

ESTADO DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA DE ESTADO DA JUSTIÇA
PROCURADORIA GERAL DO ESTADO
CIVIL
Nº 1.234-567-89
1998

Qualifications (a) (b) (c) (d) (e) (f) (g) (h) (i) (j) (k) (l) (m) (n) (o) (p) (q) (r) (s) (t) (u) (v) (w) (x) (y) (z) (aa) (ab) (ac) (ad) (ae) (af) (ag) (ah) (ai) (aj) (ak) (al) (am) (an) (ao) (ap) (aq) (ar) (as) (at) (au) (av) (aw) (ax) (ay) (az) (ba) (bb) (bc) (bd) (be) (bf) (bg) (bh) (bi) (bj) (bk) (bl) (bm) (bn) (bo) (bp) (bq) (br) (bs) (bt) (bu) (bv) (bw) (bx) (by) (bz) (ca) (cb) (cc) (cd) (ce) (cf) (cg) (ch) (ci) (cj) (ck) (cl) (cm) (cn) (co) (cp) (cq) (cr) (cs) (ct) (cu) (cv) (cw) (cx) (cy) (cz) (da) (db) (dc) (dd) (de) (df) (dg) (dh) (di) (dj) (dk) (dl) (dm) (dn) (do) (dp) (dq) (dr) (ds) (dt) (du) (dv) (dw) (dx) (dy) (dz) (ea) (eb) (ec) (ed) (ee) (ef) (eg) (eh) (ei) (ej) (ek) (el) (em) (en) (eo) (ep) (eq) (er) (es) (et) (eu) (ev) (ew) (ex) (ey) (ez) (fa) (fb) (fc) (fd) (fe) (ff) (fg) (fh) (fi) (fj) (fk) (fl) (fm) (fn) (fo) (fp) (fq) (fr) (fs) (ft) (fu) (fv) (fw) (fx) (fy) (fz) (ga) (gb) (gc) (gd) (ge) (gf) (gg) (gh) (gi) (gj) (gk) (gl) (gm) (gn) (go) (gp) (gq) (gr) (gs) (gt) (gu) (gv) (gw) (gx) (gy) (gz) (ha) (hb) (hc) (hd) (he) (hf) (hg) (hh) (hi) (hj) (hk) (hl) (hm) (hn) (ho) (hp) (hq) (hr) (hs) (ht) (hu) (hv) (hw) (hx) (hy) (hz) (ia) (ib) (ic) (id) (ie) (if) (ig) (ih) (ii) (ij) (ik) (il) (im) (in) (io) (ip) (iq) (ir) (is) (it) (iu) (iv) (iw) (ix) (iy) (iz) (ja) (jb) (jc) (jd) (je) (jf) (jg) (jh) (ji) (jj) (jk) (jl) (jm) (jn) (jo) (jp) (jq) (jr) (js) (jt) (ju) (jv) (jw) (jx) (jy) (jz) (ka) (kb) (kc) (kd) (ke) (kf) (kg) (kh) (ki) (kj) (kk) (kl) (km) (kn) (ko) (kp) (kq) (kr) (ks) (kt) (ku) (kv) (kw) (kx) (ky) (kz) (la) (lb) (lc) (ld) (le) (lf) (lg) (lh) (li) (lj) (lk) (ll) (lm) (ln) (lo) (lp) (lq) (lr) (ls) (lt) (lu) (lv) (lw) (lx) (ly) (lz) (ma) (mb) (mc) (md) (me) (mf) (mg) (mh) (mi) (mj) (mk) (ml) (mm) (mn) (mo) (mp) (mq) (mr) (ms) (mt) (mu) (mv) (mw) (mx) (my) (mz) (na) (nb) (nc) (nd) (ne) (nf) (ng) (nh) (ni) (nj) (nk) (nl) (nm) (nn) (no) (np) (nq) (nr) (ns) (nt) (nu) (nv) (nw) (nx) (ny) (nz) (oa) (ob) (oc) (od) (oe) (of) (og) (oh) (oi) (oj) (ok) (ol) (om) (on) (oo) (op) (oq) (or) (os) (ot) (ou) (ov) (ow) (ox) (oy) (oz) (pa) (pb) (pc) (pd) (pe) (pf) (pg) (ph) (pi) (pj) (pk) (pl) (pm) (pn) (po) (pp) (pq) (pr) (ps) (pt) (pu) (pv) (pw) (px) (py) (pz) (qa) (qb) (qc) (qd) (qe) (qf) (qg) (qh) (qi) (qj) (qk) (ql) (qm) (qn) (qo) (qp) (qq) (qr) (qs) (qt) (qu) (qv) (qw) (qx) (qy) (qz) (ra) (rb) (rc) (rd) (re) (rf) (rg) (rh) (ri) (rj) (rk) (rl) (rm) (rn) (ro) (rp) (rq) (rr) (rs) (rt) (ru) (rv) (rw) (rx) (ry) (rz) (sa) (sb) (sc) (sd) (se) (sf) (sg) (sh) (si) (sj) (sk) (sl) (sm) (sn) (so) (sp) (sq) (sr) (ss) (st) (su) (sv) (sw) (sx) (sy) (sz) (ta) (tb) (tc) (td) (te) (tf) (tg) (th) (ti) (tj) (tk) (tl) (tm) (tn) (to) (tp) (tq) (tr) (ts) (tt) (tu) (tv) (tw) (tx) (ty) (tz) (ua) (ub) (uc) (ud) (ue) (uf) (ug) (uh) (ui) (uj) (uk) (ul) (um) (un) (uo) (up) (uq) (ur) (us) (ut) (uu) (uv) (uw) (ux) (uy) (uz) (va) (vb) (vc) (vd) (ve) (vf) (vg) (vh) (vi) (vj) (vk) (vl) (vm) (vn) (vo) (vp) (vq) (vr) (vs) (vt) (vu) (vv) (vw) (vx) (vy) (vz) (wa) (wb) (wc) (wd) (we) (wf) (wg) (wh) (wi) (wj) (wk) (wl) (wm) (wn) (wo) (wp) (wq) (wr) (ws) (wt) (wu) (wv) (ww) (wx) (wy) (wz) (xa) (xb) (xc) (xd) (xe) (xf) (xg) (xh) (xi) (xj) (xk) (xl) (xm) (xn) (xo) (xp) (xq) (xr) (xs) (xt) (xu) (xv) (xw) (xx) (xy) (xz) (ya) (yb) (yc) (yd) (ye) (yf) (yg) (yh) (yi) (yj) (yk) (yl) (ym) (yn) (yo) (yp) (yq) (yr) (ys) (yt) (yu) (yv) (yw) (yx) (yy) (yz) (za) (zb) (zc) (zd) (ze) (zf) (zg) (zh) (zi) (zj) (zk) (zl) (zm) (zn) (zo) (zp) (zq) (zr) (zs) (zt) (zu) (zv) (zw) (zx) (zy) (zz)

[illegible]

A ESOSERVA VITIMA A - Rocio de Aguirre. NAO INFORMADO

Nome do Representante - Cargo do Representante - Pessoa do Conselho de Administração - Conselho de Administração - Conselho de Administração

Qualificação do(s) objeto(s) do(s) processo

sup, SARJEZ ZSAHJAJAM 00010 (5)2 (job stabsheqoq eb (01012V) 01012V
SARJEZ ZSAHJAJAM 00010 (5)2 (job stabsheqoq eb (01012V) 01012V
SARJEZ ZSAHJAJAM 00010 (5)2 (job stabsheqoq eb (01012V) 01012V



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

Placa: **PDG3006** (PERNAMBUCO/TRIUNFO) Chassi: **4C2ND1110GR002197**
 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
DIOGO MAGALHAES FERRAZ
(VITIMA)

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



16/12/2019 09:54



Decoded: REMANAM-40829277E
And please find below: 20142014 Combustible ALCOGASOL
Place 4083025 (PERMANBUCO) (CHINA) 022014100002017

[illegible]

TARRER SEANJADAM ODOIO
 (AMITIV)

Б.С.Регистратор от FRANCISCO ROBERTO LIMA - Матрица: 208438-Б





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:

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 300m, Grande

180

11 - Bairro:

Zoro Rural

12 - Cidade:

TRIUNFO

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

56.890-000

15 - E-mail:

adamo.cado@hotmail.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\$1.000,00 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 POUANÇA (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)

AGÊNCIA: 3439 1 CONTA: 20.781 0

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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 atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atenda 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(a) nascido(a)? ☐ 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

x Diogo Magalhães Ferraz

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

--- 1 V002/2019



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.

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradorallider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 0800-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
SAC (para dúvidas e reclamações) todos os dias da semana, 24h: 0800 022 8189
SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06
Ouvidoria: 0800 021 91 35







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, 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

Pag. 00061/00062 - carta_07 - INVALIDEZ

00070031



Carta nº 15460711

