

---

**Rio de Janeiro, 08 de Junho de 2021**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3210157228**

**Vítima: LUAN GABRIEL LINS AMARAL**

**Data do Acidente: 22/11/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: JOSILENE FERREIRA MACEDO**

**Assunto: INTERRUÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), LUAN GABRIEL LINS AMARAL**

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



---

**Rio de Janeiro, 01 de Julho de 2021**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3210157228**

**Vítima: LUAN GABRIEL LINS AMARAL**

**Data do Acidente: 22/11/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: JOSILENE FERREIRA MACEDO**

**Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO**

**Senhor(a), LUAN GABRIEL LINS AMARAL**

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



---

**Rio de Janeiro, 29 de Julho de 2021**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3210157228**

**Vítima: LUAN GABRIEL LINS AMARAL**

**Data do Acidente: 22/11/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: JOSILENE FERREIRA MACEDO**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), LUAN GABRIEL LINS AMARAL**

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\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: **LUAN GABRIEL LINS AMARAL**

Valor: **R\$ 843,75**

Banco: **237**

Agência: **000000651-3**

Conta: **000000621973-0**

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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3210157228

**Cidade:** Caruaru

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** LUAN GABRIEL LINS AMARAL

**Data do acidente:** 22/11/2020

**Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura incompleta distal do fêmur esquerdo. Lesão em face anterior do joelho esquerdo.

**Descrição do exame físico:** Ao exame físico do joelho esquerdo apresenta joelho normal, flexão aos 120°, extensão aos 120°, presença de derrames articulares, ausência de atrofia no segmento, sem amputação, marcha normal, agachamento alterado, sem encurtamento. Apresenta na região observada mobilização passiva normal, cicatriz operatória aparente, sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme apurado através do exame físico, o conjunto das sequelas repercute em todo o membro inferior.

**Resultados terapêuticos:** Submetido a tratamento cirúrgico com limpeza mecânica, sutura de ferimento extenso em joelho esquerdo e em coxa esquerda, e imobilização. Alta hospitalar em 23/11/2020.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do joelho esquerdo em grau leve.

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 16/06/2021

**Conduta mantida:**

**Observações:** NOTA DO REVISOR: APESAR DA VALORAÇÃO DO EXAMINADOR EM 25% DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO, TENDO EM VISTA A DESCRIÇÃO DO EXAME FÍSICO, O REVISOR OPTOU POR ALTERAR A ESTIMATIVA DA SEQUELA PARA 25% DO JOELHO ESQUERDO.

**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 leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
<b>Total</b>			<b>6,25 %</b>	<b>R\$ 843,75</b>

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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: 058.111.824.30 4 - Nome completo da vítima: Rouan Gabriel Bins Amaral

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

5 - Nome completo: Rouan Gabriel Bins Amaral 6 - CPF: 058.111.824.30  
 7 - Profissão: Aux. de Produção 8 - Endereço: Rua José Bins 9 - Número: 24 10 - Complemento: \_\_\_\_\_  
 11 - Bairro: João Teodoro 12 - Cidade: Eustóquia 13 - Estado: PE 14 - CEP: 56640.000  
 15 - E-mail: concedo gf 43 @ gmail - com 16 - Tel.(DDD): (81) 99907.7180

**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)

Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 0651 CONTA: 0621973 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, 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 (vel nascor)?  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 pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Caruaru, 25/05/2021

Rouan Gabriel Bins Amaral  
 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

nu

# Comprovante de transferência

09 JUL 2021 - 17:16:59

Valor R\$ 0,25

Tipo de transferência Pix

## Destino

Nome Iuan Gabriel Lins Amaral

CPF ...111.824-...

Instituição BCO BRADESCO S.A.

Agência 0651

Conta 621973-0

Tipo de conta Conta poupança

## Origem

Nome Josilene Ferreira Macedo

Instituição Nu Pagamentos S.A.

Agência 0001

Conta 92083651-7

Nu Pagamentos S.A.  
CNPJ 18.236.120/0001-58

ID da transação:  
E18236120202107092016s11589303  
45

Estamos aqui para ajudar se você tiver  
alguma dúvida.

[Me ajuda](#) —

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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: 058.111.824.30 4 - Nome completo da vítima: Ruan Gabriel Luis Amaral

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

5 - Nome completo: Ruan Gabriel Luis Amaral 6 - CPF: 058.111.824.30  
 7 - Profissão: Aux. de Produção 8 - Endereço: Rua José Bira 9 - Número: 24 10 - Complemento: \_\_\_\_\_  
 11 - Bairro: João Siqueira 12 - Cidade: Purostócia 13 - Estado: PE 14 - CEP: 56640.000  
 15 - E-mail: maice do gf 43@gmail.com 16 - Tel. (DDD): (81) 99907.7180

**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:**

RECLUSO 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)

Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0651 CONTA: 0621973 P 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

**DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE**

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no CIV)  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 nosoturo/halnesor?  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 de vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Caruaru, 25/05/2021

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DINTER1 - 14ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL - CARUARU



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **21E0045003493**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **21/05/2021** às **17:20**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado)** que aconteceu no dia **22/11/2020** às **16:20**

Fato ocorrido no endereço: **RUA EDSON LEITE, 01, NA PE - 280, PROXIMO A ENTRADA DO AEROPORTO,**  
- Bairro: **CENTRO SOCIAL URBANO - SERTANIA/PERNAMBUCO/BRASIL** - CEP: **00000-000** - Ponto de  
Referência: **SENTIDO CUSTODIA**  
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

ANIMAIS ( AUTOR \ AGENTE )  
LUAN GABRIEL LINS AMARAL ( VITIMA )

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **LUAN GABRIEL LINS AMARAL**

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

**LUAN GABRIEL LINS AMARAL (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA ROBELIA AMARAL MELO**  
Pai: **MAURILIO LINS DA SILVA** Data de Nascimento: **15/8/1992** Naturalidade: **PETROLINA / PERNAMBUCO /**  
**BRASIL** Documentos: **8356750/SDS/PE (RG). 05811182430 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2°. GRAU**  
**COMPLETO** Profissão: **AUTONOMO(A)**  
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE CUSTODIA, 24, RUA JOSE LIRA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO -**  
**CUSTODIA/PERNAMBUCO/BRASIL**

ANIMAIS - Ramo de Atividade: **AGRICULTURA, PECUARIA, SILVICULTURA E EXPLORACAO FLORESTAL**

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

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

**MOTOCICLETA (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **LUAN GABRIEL LINS AMARAL**, que estava em posse do(a)  
Sr(a): **LUAN GABRIEL LINS AMARAL**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 160 FAN** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PCY6979** (PERNAMBUCO/CUSTODIA) Renavam: **01165399072** Chassi: **9C2KC2200JR133946**  
Ano Fabricação/Modelo: **2017/2018**

Complemento / Observação

**QUANDO RETORNAVA DA CIDADE DE SERTANIA PARA CIDADE DE CUSTÓDIA, PELA PE-280, HAVIA ANIMAIS DA PISTA E POR NÃO TER ACOSTAMENTO A VÍTIMA TENTOU DESVIAR RAPIDAMENTE PARA A FAIXA, QUANDO DERRAPOU E CAIU DA REFERIDA MOTOCICLETA, E NA QUEDA SENTIU O JOELHO SANGRAR E COMO NÃO**

**PODERIA SE LAVANTAR, FICANDO AGUARDANDO ALGUMAS PESSOAS PARA PEDIR AJUDA, FOI QUANDO UM POPULARES QUE ALÍ PASSARAM, CHAMARAM O RESGATE, ONDE A AMBULANCIA SOCORREU A VÍTIMA PARA O HOSPITAL SERTANIA, FOI DADO OS PRIMEIROS SOCORROS , E EM SEGUIDA POR CONTA DA GRAVIDADE DA FRATURA A VÍTIMA FOI REMOVIDA PARA O HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE, EM CARUARU, CONFORME PORNTUÁRIOS EM ANEXO. NADA MAIS DIGNO DE REGISTRO.**

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

**LUAN GABRIEL LINS AMARAL  
(VITIMA)**

B.O. registrado por: **SEVERINO JOSE DE LIMA** - Matrícula: **1528068**

(Liberado em **21/05/2021** às **17:51**)

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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: 058.111.824.30 4 - Nome completo da vítima: Ruan Gabriel Luis Amaral

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

5 - Nome completo: Ruan Gabriel Luis Amaral 6 - CPF: 058.111.824.30  
 7 - Profissão: Aux. de Produção 8 - Endereço: Rua José Bira 9 - Número: 24 10 - Complemento: \_\_\_\_\_  
 11 - Bairro: João Siqueira 12 - Cidade: Purostócia 13 - Estado: PE 14 - CEP: 56640.000  
 15 - E-mail: maice do gf 43 @ gmail - com 16 - Tel. (DDD): (81) 99907.7180

**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:**

RECLUSO 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)

Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0651 CONTA: 0621973 P 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

**DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE**

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no CIV)  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 nosoturo/holnaser?  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 de vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: \_\_\_\_\_

Caruaru, 25/05/2021  
Ruan Gabriel Luis Amaral  
 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



# HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Data e hora retirada da senha: 22/11/2020 21:41

	Nome Paciente:	LUAN GABRIEL LINS AMARAL
	Cód. Paciente:	
	Data de Nascimento:	15/08/1992
	Sexo:	Masculino
	Idade:	28
	Senha:	U0030
	Convênio:	-
	Atendimento:	
	SAME:	

Período: 22/11/2020 21:44 - 22/11/2020 21:45

ISAIAS DE OLIVEIRA FERREIRA - COREN: 000415371 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: **URGENTE**

Cor:  AMARELO

Queixa Principal: PACIENTE COM HISTÓRIA ACIDENTE MOTOCICLISTICO COM FRATURA EXPOSTA DE JOELHO ESQUERDO

Observação: SENHA: 6073941

Fluxograma sintoma: NEGA DM HAS E ALERGIAS  
PROBLEMAS NOS MEMBROS

Discriminador(es): - DOR MODERADA?  
- FRATURA EXPOSTA?

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: ISAIAS DE OLIVEIRA FERREIRA - COREN: 000415371 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 22/11/2020 21:45



Dados do Cliente

**NALINGE AMARAL DOS SANTOS**  
RUA JOSE LIRA 24 -  
JOAO IZIDIO/CUSTODIA -  
56640-000 CUSTODIA PE -

Atendimento ao Cliente

**CELPE - 116**Atendimento 24 horas.  
ANEEL - 167

Ligação gratuita de telefones fixos e móveis.

Pedido de serviço para Via para Pagamento Grupo B nº 1490701609

## Via para Pagamento

### Nota Fiscal - Fatura/Conta de Energia Elétrica

Conta Contrato

007034898396

Nº da Nota Fiscal

154274821

Período de Fornecimento

05/04/2021 a 05/05/2021

Data da Nota Fiscal

05/05/2021

Valor Nota Fiscal (R\$)

R\$ 98,55

Data de Vencimento

26/05/2021

BANCO DO BRASIL S/A	001-9	Vencimento	26/05/2021	Agência/Cd. Cedente	3064-3/54427-2	Especie	R\$	Quantidade	Valor do Documento	R\$ 98,55	(-) Desconto/abatimento
(-) Outras deduções		(*) Moramulta p/ dia de atraso		(+*) Outros acréscimos		Ficha de Caixa		Autenticação Mecânica			
Nosso Número		Nº do Documento		Valor Cobrado		R\$ 98,55					
32174750130115589		0525964743		R\$ 98,55							

ICMS - Base de cálculo: R\$ 0,00 Alíquota: 25,00 Valor do Imposto: R\$ 18,83

Destaque aqui

BANCO DO BRASIL S/A 001-9 00190.00009 03217.475015 30115.589175 9 86320000009855

Local de Pagamento

Pagável na rede bancária.

Vencimento

CONTRA APRESENTAÇÃO

Cedente

Companhia Energética de Pernambuco - Celpe

Agência/Cód. Cedente

3064-3/54427-2

Data Documento

05/05/2021

Nº Documento

0525964743

Especie Doc.

Aceite

N

Data process.

Nosso Número

32174750130115589

Uso Banco

Carteira

17

Moeda

R\$

Quantidade

Valor

Valor do Documento

R\$ 98,55

#### Instruções

- Multa por atraso de pagamento: 2% a ser cobrada na próxima fatura, resolução 414/2010/ANEEL.
- Juros por atraso no pagamento: 1% a.m. a ser cobrado na próxima fatura, resolução 414/2010/ANEEL.
- Atualização Monetária - sobre IGPM - Res. 414/ANEEL de 09/09/10 a ser cobrado na próx. fatura.
- Pagável nos canais de recebimento da rede bancária.
- Usar a opção "TÍTULOS" para pagamento em caixas eletrônicos ou internet.

(-) Desconto/abatimento

(-) Outras deduções

(+\*) Moramulta p/ dia de Atraso

(+\*) Outros Acréscimos

(-) Valor Cobrado

R\$ 98,55

Sacado

**NALINGE AMARAL DOS SANTOS**

09605012405

Sacador/Avalista

007034898396

PAGAMENTOS COM CHEQUE SOMENTE SERÃO CONSIDERADOS

QUITADOS APÓS COMPENSAÇÃO



Ficha de Compensação Autenticação Mecânica



AVENIDA CRUZ CABUGA - NEM, 1387 - BAIXO AMARO RECIFE PE  
 CEP: 50040-000. Fone: 0800 081 0195  
 Inscrição Estadual: 10.1.001.0014398-2  
 CNPJ: 08.769.035/0001-84  
 Qualidade da Água: www.compesa.com.br

Nº Documento: 202103105257672 Escritório: CARUARU

FATURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO

CLIENTE DO CLIENTE: JUILIENE FERREIRA MACEDO  
 R ANTONIO NAVARRO, N. 90729 - METROPOLIS CAMARU PE 55032-210  
 INSCRIÇÃO: 041.973.120.0205.000 GRUPO: 16  
 DATA DE VENCIMENTO: 25/04/2021 DATA DE EMISSÃO: 03/03/2021  
 OPÇÃO DEB. AUTOMÁTICO: 105257672

TIPO DE LIGAÇÃO	SITUAÇÃO DA FATURA	RESIDENCIAL	VELOCIDADE DE MEDIÇÃO	DESCRIÇÃO	UNIDADE
LIGADO	FACTIVEL	1	COMETAL		
CONDIÇÃO	DATA DE INÍCIO	DATA DE FIM			
A13803272E	12/03/2021	12/04/2021			REAL /

ÁGUA		ESGOTO	
LEIT. ANT.: 473	CONSUMO: 12	LEIT. ANT.: 0	VOLUME: 0
LEIT. ATUAL: 485		LEIT. ATUAL: 0	
LEIT. PAT.: 485		LEIT. PAT.: 0	

HISTÓRICO DE CONSUMO	NÚMEROS DE AMOSTRAS			
	PARÂMETROS	REIG, AMEIO XX DA POST. COM. Nº 95/17	ANÁLISES REALIZADAS	ATENDEN A LEGISLAÇÃO
02/2021 127	TURBID.:	167	167	153
01/2021 77	COR APARENTE:	187	167	144
12/2020 187	CLORO RESIDUAL:	193	167	167
11/2020 47	COLIFORMES TOTAIS (E.Coli):	169	167	164
10/2020 47		109	167	167
09/2020 47				
MEDIA 97				

OBSERVAÇÕES: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA DE VET. DAS AMOVSAS EXAMINADAS.  
 (2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ENTEROCÓCCI E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA.  
 (3) OS PARÂMETROS COR E TURBID. SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS	CONSUMO POR FAIXA	VALOR R\$:
ÁGUA		
RESIDENCIAL 001 - UNIDADE		
ATE 10 M3 - R\$: 45,12 (POR UNIDADE)	10 M3	45,12
11 M3 A 30 M3 - R\$: 3,17 (POR M3)	2 M3	6,34

RES	CONSUMO	VALOR	TOTAL
RES	55,47	0,00	0,00
CONSUMO	55,47	0,00	55,47

VENCIMENTO: 25/04/2021 TOTAL A PAGAR: 55,47

Último por: INTERNET Emissão em: 07/05/2021



ATENDIMENTO: 0800-0810195  
 VAZAMENTOS: 0800-0810185



0800-2813844

VENCIMENTO: 25/04/2021 TOTAL A PAGAR: 55,47

VIA COMPESA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

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

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

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

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

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular SUSEP nº 612/2020, disponível no endereço eletrônico:

<https://www.in.gov.br/web/dou/-/circular-susep-n-612-de-18-de-agosto-de-2020-275409238>

A Circular SUSEP nº 612/2020, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA, ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURADO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Josilene Ferreira Macedo  
inscrito (a) no CPF/CNPJ 540.974.874, 34 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário  
Buan gabriel Bins Amaral inscrito (a) no CPF sob o Nº 058.111.824, 30  
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da vítima Buan gabriel Bins Amaral.  
inscrito (a) no CPF sob o Nº 058.111.824, 30, conforme determinação da Circular SUSEP 612/2020.  
Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

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

Endereço: <u>Rua Antenor Navarro</u>	Número: <u>729</u>	Complemento: <u>---</u>
Bairro: <u>Petropolis</u>	Cidade: <u>Parauapebas</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail: <u>macedoJF43@gmail.com</u>	CEP: <u>55032-210</u>	Tel.(DDD): <u>(81) 999077180</u>

Local e Data: Parauapebas, 25/05/2021

Josilene Ferreira Macedo  
Assinatura do Declarante



**SERTANIA**  
GOVERNO MUNICIPAL

18194 CERTIFICADO  
Womca J. Dr. OMA

PREFEITURA MUNICIPAL DE SERTANIA  
SECRETARIA DE SAÚDE  
Hospital Maria Alice Gomes Lafayette

CON-39-41 (033) 32388-7762

FICHA DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA OU EMERGÊNCIA

PR. ACV. / TAB. 11/10/20

Data: 02/10/2020 Hora Entrada: 16:47 Hora Saída:

**SINAIS VITAIS**

PA: \_\_\_\_\_

PULSO: \_\_\_\_\_

TEMP: \_\_\_\_\_

PESO: \_\_\_\_\_

Cód. Procedimento	Especialidade	Ficha nº
		01

**ENCAMINHADO PARA**

Observação

Atend. Urgência

Internamento

Outro Hospital

Parecer Especialista

Exames

Nome do Paciente: Luana Gabriel Lima Amoral

Sexo: M Data de Nascimento: 25/03/1999

End.: R. José Manoel n. 26

Município: Cumbóia Doc. Ident.: 258.111.929-30

Profissão: Anal. Produção

Escolaridade: 3º Grau incompleto

Cartão do SUS: \_\_\_\_\_

Nome da Mãe: Maria Dabolin Amoral Melo

Acompanhado por: Luana Paula

**MEDIÇÃO**

Prescrita

Aplicada

Recepção

Campo do Médico: Uterino no abdome

Uterino em 2h

Uterino de 2h

**ATENDIMENTO EM:**

Ginecologia

Obstétrica

Cirurgia Geral

Consulta

Clinica Médica

Pediatria

Cardiologia

Anestesiologia

Raio X

Ultra Sonografia

Ortopedia e Trauma

Exames Físicos:

Uterino no abdome

Uterino em 2h

Uterino de 2h

Hipótese Diagnóstica:

Aborto espontâneo

3 \_\_\_\_\_ 4 \_\_\_\_\_

Exames Solicitados:

Uterino

Resultado de Exames:

Uterino

Dr. Eduardo A. Bustos Wilchen  
Médico Obstetrista  
CRM - 11214-PE

Assinatura do Profissional Assistente - Carimbo

SENA: 607.39.44



SERTANIA  
SERTANIA MUNICÍPIO  
Sua sempre, sua saúde

PREFEITURA MUNICIPAL DE SERTÂNIA

Secretaria Municipal de Saúde

HOSPITAL MARIA ALICE GOMES LAFAYETTE

LAUDO PARA TRANSFERÊNCIA DE PACIENTE

U S: HOSPITAL MARIA ALICE G. LAFAYETTE Reg. VI DIREX

PACIENTE: JUAN GABRIEL DOS ANJOS - 280

QUADRO CLÍNICO  
Quest. + notificação de 10/24 SERTANIA  
com fratura de peroneo

DIAGNÓSTICO  
fratura exposta peroneo  
e polo proximal (med)  
e outro

DESTINO	MUNICÍPIO	H SAÍDA	H CHEGADA
Hospital Regional Aracaju	Aracaju		

MOTIVO ( Destino Detalhado)  
A Transferência

Assinatura do Responsável: *[Signature]* N° CRM: 11213-DF DATA: 22.11.20

DESTINO	MUNICÍPIO	H SAÍDA	H CHEGADA

MOTIVO ( Destino Detalhado)

Assinatura do Responsável N° CRM DATA

DESTINO	MUNICÍPIO	H SAÍDA	H CHEGADA

Assinatura do Responsável N° CRM DATA

UNIDADE PRESTADORA DO SERVIÇO MUNICÍPIO

ESPECIFICAÇÃO DO SERVIÇO PRESTADO

Assinatura do Responsável N° CRM DATA



# HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Data e hora retirada da senha: 22/11/2020 21:41

	Nome Paciente:	LUAN GABRIEL LINS AMARAL
	Cód. Paciente:	
	Data de Nascimento:	15/08/1992
	Sexo:	Masculino
	Idade:	28
	Senha:	U0030
	Convênio:	
	Atendimento:	

SAME:

Período: 22/11/2020 21:44 - 22/11/2020 21:45

ISAIAS DE OLIVEIRA FERREIRA - COREN: 000415371 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: **URGENTE**

Cor:  AMARELO

Queixa Principal: PACIENTE COM HISTORIA ACIDENTE MOTOCICLISTICO COM FRATURA EXPOSTA DE JOELHO ESQUERDO

Observação: SENHA: 6073941

NEGA DM HAS E ALERGIAS

Fluxograma sintoma: PROBLEMAS NOS MEMBROS

Discriminador(es): - DOR MODERADA?  
- FRATURA EXPOSTA?

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: ISAIAS DE OLIVEIRA FERREIRA - COREN: 000415371 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 22/11/2020 21:45

23



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 REGIONAL DO AGRESTE**

2 - CNES  
2 4 2 7 4 1 9

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE  
**HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE**

4 - CNES  
2 4 2 7 4 1 9

#### Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE  
**LUAN GABRIEL LINS AMARAL**

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)  
710080109163141915816

8 - DATA DE NASCIMENTO  
15/08/92

9 - SEXO

Masc.  Fem.

10 - RAÇA/COR

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE  
*Maria Roberto Amaral Melo*

12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)  
*Rua Ten. Lima, 24*

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA  
*Custódia*

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP  
*PE 56640000*

#### JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

**PACIENTE VÍTIMA DE QUEDA DE MOTOCICLETA EVOLUINDO COM FRATURA FEMUR DISTAL DIR - INCOMPLETA**

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

**NECESSIDADE DE TRATAMENTO CIRÚRGICO**

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

**ANAMNESE + EXAME FÍSICO + EXAMES COMPLEMENTARES**

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

**FRATURA FEMUR DISTAL DIR - INCOMPLETA**

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

#### PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

**INTERNAMENTO**

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

ORÇ. GERAL

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

( ) CNS (x) CPF

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

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

**DIOGO CESAR - CRM 21796**

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO 35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

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

36 - ( ) ACIDENTE DE TRÁNSITO

38 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

37 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

38 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURADO

#### AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

( ) CNS ( ) CPF

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

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

## SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Unidade de Saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Paciente:

Luan Gabriel Lins Amaral

Nº do Registro:

Clínica:

Nº do Leito

Operador:

1º Assistente:

2º Assistente:

Instrumentador:

Anestesista:

Anestesia:

local

Duração:

Data da Operação:

Início:

Término:

Diagnóstico Pré-Operatório:

Fratura Exposta de fêmur Distal

Diagnóstico Pós-Operatório:

Operação Proposta:

Limpeza Cirúrgica + Sutura

Operação Realizada:

## DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

- ① Pacientes Sob anestesia
  - ② Asepsia + Antiseptia
  - ③ Limpeza com SFO, 91. 10.000 ml
  - ④ Sutura de Ferimento Extensa em  
perna + Coxo
  - ⑤ Curativo
- Obs - Fratura Incompleta por Mhase S.

Dr. Oberdan Ribeiro  
Ortopedia/Traumatologia  
CRM PE 20644

**RESUMO DE ALTA**

**NOME:** LUAN GABRIEL LINS AMARAL, 28 ANOS

**PRONTUÁRIO:** 368448

**DATA DE ENTRADA:** 22/11/2020

**DIAGNÓSTICO:** FRATURA DE FEMUR DISTAL ESQUERDO INCOMPLETA + LESÃO EM FACE ANTERIOR DE JOELHO ESQUERDO

**AMBULATÓRIO DE EGRESSO – INFORMAÇÕES ADICIONAIS:**

PACIENTE DE ALTA DA ORTOPEDIA SOB ORIENTAÇÃO DOS COORDENADORES DO SERVIÇO. ORIENTADO RETORNO AO AMBULATÓRIO DE **ORTOPEDIA GERAL** EM 30 DIAS APÓS A ALTA HOSPITALAR. ORIENTAÇÕES ADICIONAIS DADAS AO PACIENTE E ACOMPANHANTE.

**ORIENTAÇÕES:**

1. LAVAR A FERIDA OPERATÓRIA DIARIAMENTE COM ÁGUA E SABÃO NEUTRO;
2. CURATIVO DIÁRIO; APÓS 48H, SE NÃO HOUVER SECREÇÃO, DEIXAR SEM CURATIVO.
3. FAZER USO DAS MEDICAÇÕES PRESCRITAS NA ALTA (ATB: CEFADROXILA POR 10 DIAS)
4. RETIRAR PONTOS NA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA MAIS PRÓXIMA DE CASA EM 10 A 14 DIAS;
5. MOBILIZAR PACIENTE AO DECORRER DO DIA. OPTANDO SEMPRE POR MANTER SENTADO ASSIM EVITANDO ESCARAS DE DECÚBITO E OUTRAS COMORBIDADES.
6. ANALGESIA QUANDO NECESSÁRIO (VIDE REQUISITÁRIO).
7. ALIMENTAÇÃO ADEQUADA E CONTROLE DE COMORBIDADES ASSOCIADAS

**TRATAMENTO REALIZADO:** LAVAGEM DE FRATURA EXPOSTA + SUTURA + LMC

**ALTA DA ORTOPEDIA:** 23 de novembro de 2020

**TELEFONE P/ CONTATO:** (81) 3719-9389

Dr. Marcos Gonçalves  
Médico Residente  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM PE 26760

**ASS DO MÉDICO RESIDENTE**

LEI Nº 6.932, DE 7 DE JULHO DE 1981

Art. 1º A Residência Médica constitui modalidade de ensino de pós-graduação, destinada a médicos, sob a forma de cursos de especialização, caracterizada por treinamento em serviço, funcionando sob a responsabilidade de instituições de saúde, universitárias ou não, sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional.

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE - HRA  
SERVIÇO DE RESIDÊNCIA MÉDICA  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco  
Fundação de Saúde Amaury de Medeiros - FUSAM

**- ATESTADO MÉDICO -**

ATESTO que o Segurado LUAN GABRIEL LINS AMARAL portador da Carteira Profissional nº \_\_\_\_\_ série \_\_\_\_\_, necessita de 30 (TRINTA) dias de afastamento do trabalho, a partir desta data, por motivo de doença.

HRA

CARUARU-PE, 23 de novembro de

2020

\_\_\_\_\_  
Hospital ou Ambulatório

\_\_\_\_\_  
Localidade e Data



Dr. Marcos Gonçalves  
Médico Residente  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM PE 26760

\_\_\_\_\_  
ASS. DO MÉDICO - CRM Nº

NOTA - Este atestado é válido para as finalidades previstas no Art. 86 do RGPS, aprovado pelo Decreto nº 60.501 de 14.03.67 e será expedido para a justificativa de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho.






**REPÚBLICA REPUBLICA DE BRASIL**


**LUAN GABRIEL LINS AMARAL**

Nº. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF  
**8356750 SDS PE**

CPF: **058.111.824-30** DATA NASCIMENTO: **15/08/1992**

FILIAÇÃO:  
**MAURILIO LINS DA SILVA**  
**MARIA ROSELIA AMARAL M**  
**RIO**

Nº. REGISTRO: **05683773352** SALIDADE: **19/11/2014** 1ª HABILITAÇÃO: **26/09/2013**

OBSERVAÇÕES

LOCAL: **CUSTODIA, PE** DATA EMISSÃO: **19/11/2014**

Assinatura do Diretor: *Roberto Furtado*  
**Roberto Furtado**  
 Diretor Presidente  
 Assinatura do Diretor

**PERNAMBUCO**

40465281597  
 PE026763644

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
**1933265795**

PRIMEIRO PLÁSTICO  
**1933265795**

12:09



← Documento CRLV

Verifique autenticidade do QR Code com o app Vio



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁNSITO - DENATRAN

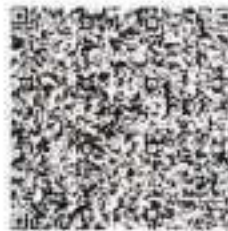
gov.br

DETRAN-PE

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO - ELETRÔNICO

CODIGO RENAVAM

01165399072



PLACA	EXERCICIO	ANO FABRICAÇÃO
PCY6979	2021	2017

ANO MODELO	CAPACIDADE	LOTAÇÃO
2018	*.*	02P

NÚMERO DO CRV	CODIGO DE SEGURANCA DO CIA	CAT
***	60719744683	***

MARCA / MODELO / VERSÃO	PLACA ANTERIOR / UF
HONDA/CG 160 FAN	*****/**

COR PREDOMINANTE	ESPECIE / TIPO
PRETA	PASSEIRO MOTOCICLETA

COMBUSTIVEL	CHASSI
ALCOOL/GASOLINA	9C2KC2200JR133946

CATEGORIA  
PARTICULAR

POTENCIA / CILINDRADA	PESO BRUTO TOTAL	CMT	EXOS
0CV/162	0.29	*.*	*

CARROCERIA	MOTOR
NÃO APLICAVEL	KC22E0J133980

NOME	CNPJ / CNPJ
LUAN GABRIEL LINS AMARAL	058.111.824-30

LOCAL	DATA
CUSTODIA PE	17/01/2021

ASSINADO DIGITALMENTE PELO DETRAN



LAUDO DE AVALIAÇÃO MÉDICA PARA FINS DE VERIFICAÇÃO E  
QUANTIFICAÇÃO DE LESÕES PERMANENTES EM VÍTIMAS DO SEGURO DPVAT

*Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.*

Número do Sinistro: 3210157228

Nome do(a) Examinado(a): LUAN GABRIEL LINS AMARAL

Endereço do(a) Examinado(a): R JOSE LIRA, 24, , Custódia/PE

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: SDS/PE / 8356750

Data e local do acidente: 22/11/2020 - Sertânia/PE

Data e local do exame: 16/06/2021 - Arcoverde/PE

Coordenadas Geográficas: latitude: -8.41899 , longitude: -37.06033

**RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA**

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

Fratura incompleta distal do fêmur esquerdo. Lesão em face anterior do joelho esquerdo.

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Cirúrgico

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

Ao exame físico do joelho esquerdo apresenta joelho normal, flexão aos 120°, extensão aos 120°, presença de derrames articulares, ausência de atrofia no segmento, sem amputação, marcha normal, agachamento alterado, sem encurtamento. Apresenta na região observada mobilização passiva normal, cicatriz operatória aparente, sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme apurado através do exame físico, o conjunto das sequelas repercute em todo o membro inferior.

IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

Sim

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)

Sim

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente

Derrame articular residual e dor residual

**Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a".**

**Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".**

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*)

() "Vítima em tratamento"

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica).

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Membro Inferior Esquerdo - Leve - 25%

VIII. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal:



Eduardo Nogueira Campes  
Membro Nogueira Campes  
Cirurgião Plástico  
CRM 15.111/000

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3210157228

**Cidade:** Caruaru

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** LUAN GABRIEL LINS AMARAL

**Data do acidente:** 22/11/2020

**Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura incompleta distal do fêmur esquerdo. Lesão em face anterior do joelho esquerdo.

**Descrição do exame físico:** Ao exame físico do joelho esquerdo apresenta joelho normal, flexão aos 120°, extensão aos 120°, presença de derrames articulares, ausência de atrofia no segmento, sem amputação, marcha normal, agachamento alterado, sem encurtamento. Apresenta na região observada mobilização passiva normal, cicatriz operatória aparente, sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme apurado através do exame físico, o conjunto das sequelas repercute em todo o membro inferior.

**Resultados terapêuticos:** Submetido a tratamento cirúrgico com limpeza mecânica, sutura de ferimento extenso em joelho esquerdo e em coxa esquerda, e imobilização. Alta hospitalar em 23/11/2020.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do joelho esquerdo em grau leve.

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 16/06/2021

**Conduta mantida:**

**Observações:** NOTA DO REVISOR: APESAR DA VALORAÇÃO DO EXAMINADOR EM 25% DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO, TENDO EM VISTA A DESCRIÇÃO DO EXAME FÍSICO, O REVISOR OPTOU POR ALTERAR A ESTIMATIVA DA SEQUELA PARA 25% DO JOELHO ESQUERDO.

## 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 leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
<b>Total</b>			<b>6,25 %</b>	<b>R\$ 843,75</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3210157228

**Cidade:** Caruaru

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** LUAN GABRIEL LINS AMARAL

**Data do acidente:** 22/11/2020

**Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

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

**Data da análise:** 08/06/2021

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA INCOMPLETA DISTAL DE FÊMUR ESQUERDO-P.7  
LESÃO EM FACE ANTERIOR DE JOELHO ESQUERDO-P.7

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - LIMPEZA E SUTURA - ALTA MÉDICA  
P.1,6,7

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:**

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** X - VÍTIMA COM 28 ANOS./FOLHA CIRÚRGICA E DE ANESTESIA-P.6/EXAME DE IMAGEM-P.9  
- SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES,  
INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR  
PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO  
PRESENTES.

**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 residual - 10 %	2,5%	R\$ 337,50
<b>Total</b>			<b>2,5 %</b>	<b>R\$ 337,50</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3210157228

**Cidade:** Caruaru

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** LUAN GABRIEL LINS AMARAL

**Data do acidente:** 22/11/2020

**Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

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

**Data da análise:** 04/06/2021

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA INCOMPLETA DISTAL DE FÊMUR ESQUERDO-P.7  
LESÃO EM FACE ANTERIOR DE JOELHO ESQUERDO-P.7

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - LIMPEZA E SUTURA - ALTA MÉDICA  
P.1,6,7

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:**

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** X - VÍTIMA COM 28 ANOS./FOLHA CIRÚRGICA E DE ANESTESIA-P.6/EXAME DE IMAGEM-P.9  
- SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES,  
INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR  
PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO  
PRESENTES.

**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 residual - 10 %	2,5%	R\$ 337,50
<b>Total</b>			<b>2,5 %</b>	<b>R\$ 337,50</b>

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

NOME: Juan Gabriel Reis Amaral

NACIONALIDADE: Brasileiro ESTADO CIVIL: Solteiro

PROFISSÃO: Aux. de Producao IDENTIDADE: 8.356.750 SDS-PE

CPF: 058.111.824.30 CNH: — — —

ENDEREÇO: Rua José Leir 24

BAIRRO: José Sizio CIDADE: Custódia

ESTADO: Pernambuco

OUTORGADO:

NOME: JOSILENE FERREIRA MACEDO

NACIONALIDADE: BRASILEIRA

ESTADO CIVIL: CASADA

PROFISSÃO: DO LAR

IDENTIDADE: 546858594 SSPSP

CPF: 540-974-874-34

CNH: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: RUA ANTENOR NAVARRO N - 729

BAIRRO: PETROPOLIS

CIDADE: CARUARU

ESTADO: PERNAMBUCO

Peio presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante a SEGURADORAS, referente ao SEGURO OBRIGATORIO DPVAT.

Caruaru, 25/05/2021

LOCAL E DATA

Juan Gabriel Reis Amaral

ASSINATURA DO OUTORGANTE.

( RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0126646/21

**Vítima:** LUAN GABRIEL LINS AMARAL

**CPF:** 058.111.824-30

**Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

**Data do acidente:** 22/11/2020

**Titular do CPF:** LUAN GABRIEL LINS AMARAL

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT

### JOSILENE FERREIRA MACEDO : 540.974.874-34

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

### LUAN GABRIEL LINS AMARAL : 058.111.824-30

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](http://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: 27/05/2021  
Nome: JOSILENE FERREIRA MACEDO  
CPF: 540.974.874-34

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/05/2021  
Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso  
CPF: 115.938.994-24

JOSILENE FERREIRA MACEDO

Steffany Carolyn Lins Veloso