



Número: **0058303-38.2021.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 10ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **09/08/2021**

Valor da causa: **R\$ 8.606,25**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
LUAN GABRIEL LINS AMARAL (AUTOR)		PAULO ANTONIO COELHO CASTOR (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
97561427	26/01/2022 15:22	ANEXO 3	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, 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: INTERRUPÇÃO 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

Pag. 01371/01372 - carta_02 - INVALIDEZ

00020686



Carta nº 16888962





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, 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

Pag. 00279/00280 - carta_25 - INVALIDEZ





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, 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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



BANCO BRADESCO S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANÇA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 26/07/2021

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LUAN GABRIEL LINS AMARAL

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00651-3

CONTA: 000000621973-0

Nr. Autenticação

BRADESCO26072021050000000002370065100000062197384375 PAGO



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
Total			6,25 %	R\$ 843,75





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 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: Ruan Gabriel Bins Amaral 6 - CPF: 058.111.824.30
7 - Profissão: Aux- de Produtor 8 - Endereço: Rua José Bins 9 - Número: 24 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: João Izidoro 12 - Cidade: Custódia 13 - Estado: PE 14 - CEP: 56640.000
15 - E-mail: omce do gf 43 @ gmail - lca 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)
AGÊNCIA: 0651 CONTA: 06219730
(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
Ruan Gabriel Bins Amaral
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

001 V002/2019

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: Juan 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: Juan 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: Joás Espírito 12 - Cidade: Custódia 13 - Estado: PE 14 - CEP: 56640-000
15 - E-mail: amce 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:
 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 POUPOANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 0651 CONTA: 0621973 P AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (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 esposo(a) ou parceiro(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 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: Caruzinho, 25/05/2021
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Juan Gabriel Bins Amaral

41 - Assinatura do Representante Legal (se houver) _____ 43 - Assinatura do Procurador (se houver) _____

001 V002/2019



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: **2º. 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: Juan 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: Juan 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: Joás Espinho 12 - Cidade: Custódia 13 - Estado: PE 14 - CEP: 56640-000
15 - E-mail: amce 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:
 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 POUPOANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 0651 CONTA: 0621973 P AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (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 herdeiro(s) (al nascer)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
35 - Nome legível de quem assina a 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: Caruzinho, 25/05/2021
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

41 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

001 V002/2019



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

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



23/05/2021

Via para Pagamento de Conta de Energia



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 - 197

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

154274621

Período de Fornecimento

06/04/2021 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	Espécie	R\$	Quantidade	Valor do Documento	(-) Desconto/abatimento
(-) Outras deduções		(*) Moratória 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/Cod. Cedente

3064-3/54427-2

Data Documento

05/05/2021

Nº Documento

0525964743

Espécie Doc.

N

Aceite

N

Data process.

Nosso Número

32174750130115589

Use Banco:

Carteira

17

Moeda

R\$

Quantidade

Valor

Valor do Documento

R\$ 98,55

Instruções

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

(-) Desconto/abatimento

(-) Outras deduções

(*) Moratória p/ dia de Atraso

(+) Outros Acréscimos

(=) Valor Cobrado

R\$ 98,55

Sacado

NALINGE AMARAL DOS SANTOS

09605012405

Sacador/Avalista

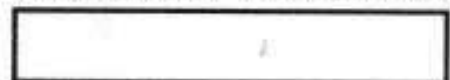
007034898396

PAGAMENTOS COM CHEQUE SOMENTE SERÃO CONSIDERADOS

QUITADOS APÓS COMPENSAÇÃO



Ficha de Compensação Autenticação Mecânica





AVENIDA CRUZ CABUGA - NEM, 1287 - SANTO AMARO RECIFE PE
 CEP: 50040-000. Fone: (081) 0800 081 0195
 Inscricao Estadual: 10.1.001.0014390-2
 CNPJ: 08.762.035/0001-64
 Qualidade da Agua: www.compessa.com.br

Nº Documento: 202103105257672 Escritório: CARUARU

FATURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO

CLIENTE DO SERVIÇO: JUBILENE FERREIRA MACHDO
 R ANTONIO NAVARRO, N. 00729 - METROPOLIS CARUARU PE 55032-210
 INSCRIÇÃO: 041.973.120.0205.000 GRUPO: 16
 DATA DE VENCIMENTO: 25/04/2021
 DATA DE EMISSÃO: 02/03/21
 OPÇÃO DEB. AUTOMÁTICO: 105257672

SITUAÇÃO DA LIGAÇÃO	SITUAÇÃO DA FATURA	PERÍODO DE FATURAMENTO	PERÍODO DE UTILIZAÇÃO	DESCRIÇÃO DO SERVIÇO	UNIDADE
LIGADO	FACTIVEL	12/03/2021	12/04/2021	ÁGUA	M3
				ESGOTO	M3

ÁGUA: LEIT. ANT.: 473 CONSUMO: 12
 LEIT. ATUAL: 485
 LEIT. ANT.: 485
 LEIT. ATUAL: 495

ESGOTO: LEIT. ANT.:
 LEIT. ATUAL:
 LEIT. ANT.:
 LEIT. ATUAL:

HISTÓRICO DE CONSUMO REFERÊNCIA/CONSUMO

REFERÊNCIA	CONSUMO
02/2021	12
01/2021	7
12/2020	14
11/2020	6
10/2020	6
09/2020	6
MEDIA	5,7

PARÂMETROS	NÚMEROS DE AMOSTRAS		
	REIG. ANEXO XX DA PORT. CONS. Nº 36/17	ANÁLISES REALIZADAS	ATEND. A LEGISLAÇÃO
TURBID.:	167	167	167
COR APARENTE:	167	167	167
CLORO RESIDUAL:	167	167	167
COLIFORMES TOTAIS:	167	167	167
E. COLI:	167	167	167

OBSERVAÇÕES: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA EM 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS.
 (2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ENTEROCOCOS COLI 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\$ 9,17 POR M3	2 M3	18,34

RES	55,47	0,45	0,78
COVEN	55,47	3,00	1,68

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

Realizado por: INTERSEY Data de emissão: 07/03/2021



ATENDIMENTO: 0800-0810195
 VAZAMENTOS: 0800-0810185



0800-2813844

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

VIA COMPESA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 612/2020

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

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

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

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | 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-susap-n-612-de-18-de-agosto-de-2020-175409238>

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 COAF¹.

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA, ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

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 Amara inscrito (a) no CPF sob o Nº 058.111.824, 30

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da vítima Buan gabriel Bins Amara.

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 à 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 Nazaro</u>	Número: <u>729</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Retópolis</u>	Cidade: <u>Caruaru</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail: <u>macedojf43@gmail.com</u>	CEP: <u>55032-210</u>	Tel./DDD: <u>(81) 99907-7180</u>

Local e Data: _____

Caruaru, 25/05/2021

Josilene Ferreira Macedo
Assinatura do Declarante

DLDR.L001 V001/2017





SERTANIA GOVERNO MUNICIPAL

18194 CERTUAL

Monica / Dr. OMA

PREFEITURA MUNICIPAL DE SERTANIA SECRETARIA DE SAUDE

Hospital Maria Alice Gomes Lafayette

607-39-44 (037) 32388-7862

FICHA DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA OU EMERGÊNCIA

Dr. A. Y. C. / T. A. M.

Data: 02/03/2021 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 Amaral

Sexo: m Data de Nascimento: 15/03/1999

End.: R. José Jansen n. 26

Município: Cerro Azul Doc. Ident.: 259.111.928-30

Profissão: Aux. Produção

Escolaridade: 3ª série incompleta

Cartão do SUS: _____

Nome da Mãe: Maria Rabelia Amaral Melo

Acompanhado por: Paulo

MEDIÇÃO

Prescrita

Aplicada

Recepção

Campo do Médico: Uso de máscara e luvas

Uso de máscara e luvas

ATENDIMENTO EM:

Ginecologia

Obstétrica

Cirurgia Geral

Consulta

Clinica Médica

Pediatria

Cardiologia

Anestesiologia

Raio X

Ultra Sonografia

Ortopedia e Trauma

Exames Físicos: Inspeção visual de face

Inspeção visual de face

Inspeção visual de face

Hipótese Diagnóstica: Excesso de peso

Exames Solicitados: _____

Resultado de Exames: _____

Assinatura do Profissional Assistente - Carimbo

Dr. Eduardo A. Bustos Wilton
Médico Plantonista
CRM - 11214-PE



SENHA: 607.39.41



SERTANIA
GOV. DO PIAUÍ
Sua empresa, nosso futuro

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 JANS JUNIOR - 280

QUADRO CLÍNICO
Quest. + notificação de 10/26 SERTANIA
com fratura de peroneo (E)

DIAGNÓSTICO
fratura exposta de peroneo (E)
+ Rot. interna (med)
+ curv

DESTINO	MUNICÍPIO	H SAÍDA	H CHEGADA
Hospital Regional Araripe	Caracena		

MOTIVO (Destino Detalhado)
A Transferência

Assinatura do Responsável: *[Signature]* N° CRM: 11214-PE 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

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



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)
7010810109163141915816

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. Aza, 24

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
Quatzenópolis

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO 18 - UF 19 - CEP
PE 516140000

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

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO
() CNS (X) CPF

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
0463196694

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 TRÂNSITO

39 - 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 - Cód. 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 Amaro

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) Anestesia + Antiméptico
 - 3) Limpeza com SF0,9% 10.000 ml
 - 4) Sutura de Ferimento Extensa em Joelho + Coxo
 - 5) Curativo
- Obs - Fratura Incompleta por Morsa S.

Dr. Oberdan Ribeiro
Ortopedia/Traumatologia
CRM PE 20644





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

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 RECEITUÁRIO).
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 das 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.





VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
 54.685.859-4 09/SET/2010
 JOSILENE FERREIRA MACEDO
 JOSE FERREIRA DE LIMA
 E LINDALVA PEREIRA FERREIRA
 16/JAN/1971
 CARUARU -PE
 CARUARU-PE
 CARUARU
 CC: LV. B027/FLS. 0076/M. 010477
 PIS 12419211997
 540974874/34
 ASSEMBLEIA LEGISLATIVA
 LE Nº 7.119 DE 2010

8400-4 PROIBIDO PLASTIFICAR
 REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 ESTADO DE SÃO PAULO
 CANTARIA DE IDENTIDADE
 530-05274

Josilene Ferreira Macedo



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 INSTITUTO BRASILEIRO DE IDENTIFICACAO E REGISTRO CIVIL
 INSTITUTO BRASILEIRO DE IDENTIFICACAO E REGISTRO CIVIL

PE

Nome: **LUAN GABRIEL LINS AMARAL**

RG: **8356750 SDS PE**

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

TITULACAO: **MAURILIO LINS DA SILVA**
MARIA ROBELIA AMARAL M
BSO

PERMISSAO: **0000000000** ACC: **00000000** CAT HAB: **A**

Nº REGISTRO: **03063773350** VALIDADE: **19/11/2014** 1ª HABILITACAO: **26/09/2013**

OBSERVAÇÕES

LOCAL: **CUSTODIA, PE** DATA EMISSAO: **19/11/2019**

Assinatura: *Roberto Fontelles*
 Assinatura do Diretor: **Roberto Fontelles**
 Assinatura do Diretor: **Roberto Fontelles**

4046381587
 00067363644

PERNAMBUCO

VALIDA EM TODOS
 O TERRITORIOS NACIONAIS
1933265795

PROBANDO PLASTIFICAR
1933265795



12:09



← Documento CRLV

Verifique autenticidade do QR Code com o app Via



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

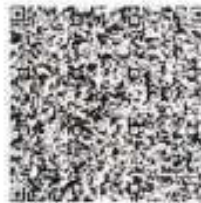
goubr

DENATRAN PE

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO - ELETRÔNICO

CÓDIGO RENAVAM

01165399072



PLACA	EXERCÍCIO	ANO FABRICAÇÃO
PCY6979	2021	2017

ANO MODELO	CAPACIDADE	LOTAÇÃO
2018	* *	02P

NÚMERO DO CRV	CÓDIGO DE SEGURANÇA DO CIA	CAT
***	60719744683	***

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

COR PREDOMINANTE	ESPÉCIE / TIPO
PRETA	PASSEIRO MOTOCICLETA

COMBUSTÍVEL	CHASSI
ALCOOL/GASOLINA	9C2KC2200JR133946

CATEGORIA
PARTICULAR

POTÊNCIA / CILINDRADA	PESO BRUTO TOTAL	CMT	EIXOS
0CV/162	0.29	* *	*

CARROCERIA	MOTOR
NÃO APLICÁVEL	KC22E0J133980

NOME	CPF / CNPJ
LUAN GABRIEL LINS AMARAL	058.111.824-30

LOCAL	DATA
CUSTODIA PE	17/01/2021

ASSINADO DIGITALMENTE PELO DENATRAN



<https://mail.google.com/mail/u/0/?tab=rm&ogbl#inbox/QgrcJHsNmGchWcDBINzhvjFVmBLDPgKJV?projector=1&messagePartId=0.1>



**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 suscetível 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).



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
Total			6,25 %	R\$ 843,75



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
Total			2,5 %	R\$ 337,50



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
Total			2,5 %	R\$ 337,50



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

NOME: Juan Gabriel Lins Amaral
NACIONALIDADE: Brasileiro ESTADO CIVIL: Solteiro
PROFISSÃO: Dir. de Producao IDENTIDADE: 8.356.750 SDS-PE
CPF: 058.111.824.30 CNH: — — — — —
ENDEREÇO: Rua José Leira 24
BAIRRO: Joãozinho 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 ANTONIO 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 Lins 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 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

JOSILENE FERREIRA MACEDO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

Steffany Carolyn Lins Veloso

