



Número: **0000804-97.2020.8.17.3370**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Cível da Comarca de Serra Talhada**

Última distribuição : **30/06/2020**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
DORGIVAN DE ANDRADE AMORIM (AUTOR)	HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
71218 346	18/11/2020 13:57	<u>ANEXO 1</u>	Outros (Documento)



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável 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 Rosana de M. S. Cavalcante inscrito (a) no CPF sob o Nº 051.394.744-25, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Delquon de Andrade Amorim inscrito (a) no CPF sob o Nº 046.831.154-84, do sinistro de DPVAT cobertura Imobilizado da Vítima Delquon de Andrade Amorim, inscrito (a) no CPF sob o Nº 046.831.154-84, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	Francisco Olavo	Número	110	Complemento
Bairro	IPSEP	Cidade	PE	Rasa
Email		Telefone comercial(DDD)	56 912-130 <th>CEP</th>	CEP
			87-9634-4907	Telefone celular (DDD)

02.01.2018 de 11 de 2018
Local e Data

Assinatura do Declarante



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Jose Ailton da Silva junior,

RG nº 1811040, data de expedição 14/03/2014

Órgão SDS - PE, portador do CPF nº 016.407.864-90, com domicílio na cidade de Serra Talhada, no Estado de Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Diego Pereira Lima, nº498,

complemento Vasco, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Douglas de Andrade Amorim cujo o condutor era Jose Ailton da Silva junior.

Veículo: Motocicleta

Modelo: Honda/CG 150 titan MIX ES

Ano: 2010

Placa: KGA 9894

Chassi: 9C2KC1620AR026925

Data do Acidente: 04/10/2018

Local e Data: Serra Talhada 09/11/2018

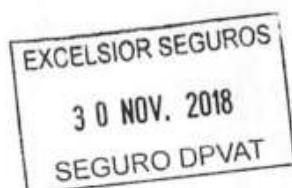
Jose Ailton da Silva junior
Assinatura do Declarante



Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

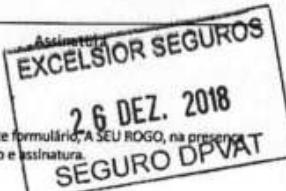
CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE SERRA TALHADA - PE
Titular: REGINALDO ANÍSIO DA SILVA
Telefone: (81) 38311-924

Reconheço a Firma por Autenticidade de JOSE ALTON DA SILVA JUNIOR. Dou Fé. Serra Talhada - PE. Em Teste () da verdade. () Reginaldo Anísio da Silva - Titular. () Maria Lúcia de Souza - Substituta. Encol. - R\$ 3,30.
TSNR - R\$ 0,80. FERC - R\$ 0,40. ISS - R\$ 0,00
Selos: Q074972.FVB11201801.01156 21/11/2018 16:50:41
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:		<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
Nº do sinistro ou ASL: 3180/564565 CPF da vítima: 046.831.154-84 Nome completo da vítima: Dorgivam de Andrade Amorim <small>REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012</small>				
Nome completo: Dorgivam de Andrade Amorim Profissão: Agricultor Endereço: Deosio Pereira Lima Bairro: Alto da Conceição Cidade: Serra Talhada Estado: PE CEP: 56903-280 E-mail: 81-9634-4904 <small>CPF: 046.831.154-84 Número: 8198 Complemento: Tel.(DDD): 81-9634-4904</small>				
<small>DADOS CADASTRAIS</small> Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).				
RENDA MENSAL: <input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00				
<small>DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA</small> <input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) Bradesco (237) Itaú (341) Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)				
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: _____				
AGÊNCIA: 0052 CONTA: 63404 <small>(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)</small>				
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ <small>(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)</small>				
Autorizo a Seguradora Lider 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.				
<small>DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE</small> Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções): <input checked="" type="checkbox"/> Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido. Peço motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.				
<small>DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE</small> Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo Data do óbito da vítima: _____				
<small>MORTE</small> Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____				
Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				
Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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.				
Local e Data: Serra Talhada 24-12-2018 Nome: _____ CPF: _____ <small>(*) Assinatura de quem assina A ROGO</small> Dorgivam de Andrade Amorim <small>Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)</small>				
<small>TESTEMUNHAS</small> 1º Nome: _____ CPF: _____ <small>Assinatura</small> 2º Nome: _____ CPF: _____ <small>Assinatura</small>				
<small>Assinatura do Representante Legal (se houver)</small> <small>Assinatura do Procurador (se houver)</small>				
<small>(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.</small> <small>NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.</small>				
 EXCELSIOR SEGUROS 26 DEZ. 2018 SEGURO DPVAT				





HOSPM
HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR
AGAMENON MAGALHÃES

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES
XI GERES - SERRA TALHADA

Mot: Cristina de Andrade Amorim

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

Nº: 33.

Data:	04/18.	Hora:	09:25.		
Nome:	Dargi van de Andrade Amorim				
Nascimento:	14/01/83	Sexo:	M.		
Escolaridade:	Ens. med.				
Mãe:					
Endereço:	R Deodoro Pereira lins - 498.				
Bairro:	A Concordia	Município:	Itapé		
Código SUS:					
Raça/Cor:	Branca	Preta	Parda	Amarela	Indígena
PA:	Pulso:	HGT:	Temperatura:	Peso:	

História e Exame Físico:

Pcte vítima de acidente de moto com fratura feva
disposta glema 15.

EXCELSIOR SEGUROS
30 NOV. 2018
SEGURO DPVAT

Tratamento:

- SOR seel
Difusor 100 a 600cc
Rx coluna cervical
Rx coluna costas
Rx perna D.

Hipótese Diagnóstica:

Falta coroa polival. ok

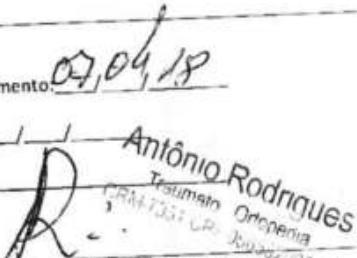
Carimbo e Assinatura:

Assinado José dos Santos
Advogado PE. 1786
03/11/18

Destino do Paciente:	Internado	Residência	Transferido	Evasão
Removido para o hospital:				
Óbito às hrs do dia				



Hospital São Vicente

Data do Atendimento:	07/04/2018	Nº Registro:	000154707
Identificação do Paciente:	DORGIVANN DE ANDRADE AMORIM Apart. Luxo 105 105		
Data Nascimento:	14/01/1983	Idade:	35
Estado Civil:	Divorciado(a)	Profissão:	TEC EM INFORMÁTICA
Filiação: Pai:	DORGIVAL BOMFIM AMORIM		
Endereço:	Deócio Pereira Lins 498		
Bairro:	Nossa Senhora da Conceição	Cidade:	SERRA TALHADA
Estado:	PE	Telefone:	
ELEMENTOS DA OCORRÊNCIA:			
Acidente de Trânsito	Accidente de Trabalho	Outros Acidentes	Agressão
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suicídio	Casual	Outros	
Nome do Acompanhante:		Telefone para Contato:	
Endereço:			
Local da Ocorrência:			
<p>ANAMNESE E EXAME FÍSICO</p> <p>Roscas superficiais M/S, deslocadas, de tecido e tecido muscular D. Calvo, des- mobilidade muscular e hipotonia funcional (M/S)</p> <p><i>Exames ópticos normais</i></p>			
<p>Diagnóstico Inicial</p> <p><i>Fractura óssea fechada</i></p>			
<p>S.A.D.T</p> <p>EXCELSIOR SEGUROS 30 NOV. 2018 SEGURO DPVAT</p>			
<p>Diagnóstico Final</p>			
CONDição DE ALTA		MOTIVO DA ALTA	
Melhorada	<input type="checkbox"/>	Decisão Médica	<input type="checkbox"/>
Inalterado	<input type="checkbox"/>	Alta a Pedido	<input type="checkbox"/>
Piorado	<input type="checkbox"/>	Transferência	<input type="checkbox"/>
Óbito+48h	<input type="checkbox"/>	Evasão	<input type="checkbox"/>
Óbito-48h	<input type="checkbox"/>	Indisciplina	<input type="checkbox"/>
Óbito em:	/	/	/
Hora:			
		Data do Internamento: <u>07/04/18</u> Data da Alta: _____ Local: _____	
		 Antônio Rodrigues CRM: 10.200 Tutoria Ortopedia Médico Responsável	



HOSPITAL SÃO VICENTE

Rua Inocêncio Gomes de Andrade, 606 - Centro - Serra Talhada - PE

CGC: 10.280.543/0001-63

Data: 07/04/2018

Hospital/Serviço: Ficha de Atendimento do Paciente Internação

Criado por Samire Regina de Sá em 07/04/2018 19:25

Paciente: 000154707 DORGIVANN DE ANDRADE AMORIM

Telefone:

Endereço: Deócio Pereira Lins

Nº 498

Bairro: Nossa Senhora da Conceição

Cidade: SERRA TALHADA

CEP: 56903-280

Sexo: Masculino

CNS:

Nome do Pai: DORGIVAL BOMFIM AMORIM

Nome da Mãe: CRISTINA DE ANDRADE AMORIM

CPF:

RG:

Idade: 35 Anos

Data Nascimento: 14/01/1983

Profissão: TEC EM INFORMÁTICA

Convênio: Particular

Data Atendimento: 07/04/2018

Estado Civil: Divorciado(a)

Médico: 9608 JOSE ANDRE MELO BARRETO

Enfermaria/Apartamento: Apart. Luxo 105

Especialidade: Médico ortopedista e traumatologista

HISTÓRICO CLÍNICO

Doença que não apesar de muito

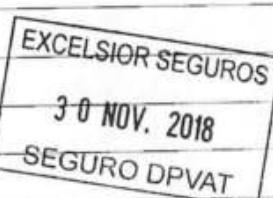
Dorsal suralgia p/ M/D, deslocando
deslocamento p/ lado d. coluna
lado m. eritrofase deslocamento
deslocamento p/ coluna l. (M/D)

Fratura ossos perna d

redução feita e
fixada externa

Revisão:

Antônio Rodrigues
Traumato. Ortopedia
CRM-7301 CPF: 30028111000



Cirurgia Realizada:

Nº 1 Procedimento:

Data: 06/04/18 Inicio:

Inicio:

Término:

Cirurgião: Heitor

1º Auxiliar: Antonio

Zº Auxiliar:

Anestesista: C/OV/15y

DESCRICAÇÃO CIRÚRGICA

¹⁵
Bob Sustar - Assessor Mid

+ Lees & Face Scared for the
Creek flora face, Skewness &
old frostwater meadows.

O. J. Deesefito Esq. of Law

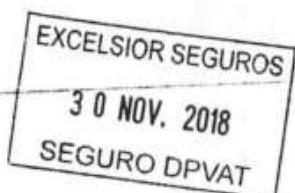
of fixed extracellular surface.

Prairie Chapel

Dear Sir


Antônio Rodrigues
Tramandaí - Rio Grande do Sul

Assinatura do Cirurgião



Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL SÃO VICENTE

2 - CNES

2351633

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

235T533

HOSPITAL SÃO VICENTE

Identificação do Paciente

NÚMERO DO DOCUMENTO

NOME ATEND.

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE
706301637753080

6 - SIS PRÉ NATAL

7 - SENHA/REGULAÇÃO

8 - N° DO PRONTUÁRIO
000154707

9 - NOME DO PACIENTE
DORGIVAN DE ANDRADE AMORIM

10 - DATA DE NASCIMENTO
14/01/1983

11 - SEXO
Masculino

12 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL
CRISTINA DE ANDRADE AMORIM

DDD 13 - TELEFONE DE CONTATO

14 - ENDERECO (RUA N° BAIRRO)
Deodoro Pereira Lins

15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
SERRA TALHADA

16 - COD. IBGE MUNICÍPIO
PE 17 - UF
18 - CEP
56903-280

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Paciente desequilibrado psic. e emocionalmente instável, com crises de ansiedade e depressão, que exige internação hospitalar.

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

21 - DIAGNÓSTICO INICIAL

22 - CID. 10 PRINCIPAL

23 - DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO

24 - CID. 10 SECUNDÁRIO

25 - CID. 10 CAUSAS ASSOCIADAS

5829

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - CÓD. DO PROCEDIMENTO

0408050500

28 - CLÍNICA

29 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

30 - DOCUMENTO

31 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

203 - TRAUMA, MASC. 01

[X] CNS [] CPF

ANTONIO YVES de Freitas

CRM 7361

CPF: 056.552.003-25

34 - ASSINATURA E CARIMBO (DIRETOR MÉDICO)

Maurício Pereira Lins

CPF: 030.473.004-11

CRM: 16278

35 - [] ACIDENTE DE TRÂNSITO

38 - CNPJ DA SEGURADORA

39 - N° DO BILHETE

40 - SÉRIE

36 - [] ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

41 - CNPJ DA EMPRESA

42 - CNAE DA EMPRESA

43 - CBOR

37 - [] ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

44 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

[] EMPREGADO [] EMPREGADOR [] AUTÔNOMO

[] DESEMPREGADO

[] APOSENTADO

[] NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

45 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO AUTORIZADO

46 - CÓD. ORGÃO EMISOR

51 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
(AIH)

263810500872-0

MOTIVO DA ALTA:

CARÁTER DA INTERNAÇÃO:

DATA DA INTERNAÇÃO:

DATA DA ALTA:

EXCELSIOR SEGUROS

30 NOV. 2018

SEGURÓ DPVAT



ESPELHO DA SOLICITAÇÃO

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES - S. TALHADA

DATA DA SOLICITAÇÃO:
25/04/2018 09:45

MÉDICO SOLICITANTE

ANTONIO RODRIGUES DE FREITAS

ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO):

CRM - 7351

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE: DORGIVAN DE ANDRADE AMORIN

Nº DO PRONTUÁRIO:
438743

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS):

DATA DE NASCIMENTO:

14/01/1983

SEXO:

Masculino

NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL:
CRISTIANE DE ANDRADE AMORIN

TELEFONE DE CONTATO:

ENDERECO (RUA, Nº, BAIRRO):
DEOZIO P. LINS, 498,

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA:
SERRA TALHADA

CÓD. IBGE MUNICÍPIO:

2613909

UF:

PE

CEP:

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

PACIENTE, COM FRATURA OSSOS DA Perna D, COM FIXADOR.

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

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

RAIO X

DIAGNÓSTICO INICIAL:

FRAT. OSSOS Perna D , COM FIXADOR.

CID 10 PRINCIPAL:

CID 10 SECUNDÁRIO:

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

SINAIS VITais

PROCEDIMENTO SOLICITADO

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO:

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:

CLÍNICA: CARÁTER DA INTERNAÇÃO:
URGÊNCIA DOCUMENTO:
(X) CNS () CPF N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE:

EXECUTANTE

NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE:

DATA DE AUTORIZAÇÃO:

TIPO DE LEITO:

ESPECIALIDADE:

EXCELSIOR SEGUROS

MÉDICO AUTORIZADOR:

30 NOV. 2018

SEGURO DPVAT

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:

DATA DA SOLICITAÇÃO:

DOCUMENTO:
(X) CNS () CPF N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:

CÓD. ÓRGÃO EMISOR:

ESCLARECIMENTOS



ESPELHO DA SOLICITAÇÃO

EVOLUÇÃO

Data/Hora Profissional Evolução
25/04/18 09:45 ANTONIO RODRIGUES DE FREITAS
Descrição
Solicitação Leito

TEMPO DE ATENDIMENTO

Data / Hora	Status	Tempo utilizado	Usuário/Estabelecimento	Observação
25/04/18 09:45	Em digitação	0h:1m:47s	ANACS/HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHAES - S. TALHADA	Solicitação armazenada.
25/04/18 09:47	Aguardando Regulacao	0h:0m:33s	ANACS/HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHAES - S. TALHADA	Alterada situação da solicitação de EM DIGITAÇÃO para AGUARDANDO REGULAÇÃO.
25/04/18 09:48	Aguardando Regulacao		EDVALDO.FILHO/CENTRAL DE REGULAÇÃO HOSPITALAR - SES/PE	Associando profissional regulador: EDVALDO.FILHO solicitação: 438743

DADOS CANCELAMENTO

DADOS ALTA

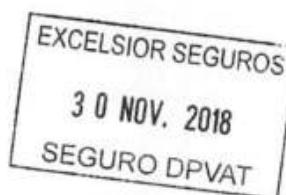
ASSISTIDO

Data / Hora Paciente Assistido Usuário

DADOS REJEIÇÃO

COMUNICAÇÃO ATIVA

OBSERVAÇÕES DA GUIA DE TRANSFERÊNCIA





Hospital São Vicente

Data do Atendimento:	07/05/2018	Nº Registro:	000154707
Identificação do Paciente:	DORGIVAN DE ANDRADE AMORIM 203 - TRAUMA. MASC. 04		
Data Nascimento:	14/01/1983	Idade:	35
Estado Civil:	Divorciado(a)	Profissão:	Masculino
Filiação: Pai:	DORGIVAL BOMFIM AMORIM	Naturalidade:	Cor: Branca
		SERRA TALHADA	Nacionalidade: Brasileiro
Mãe:	CRISTINA DE ANDRADE AMORIM		
Endereço:	Deóssio Pereira Lins 498		
Bairro:	Nossa Senhora da Conceição	Cidade:	PE
ELEMENTOS DA OCORRÊNCIA:			
Acidente de Trânsito []	Acidente de Trabalho []	Outros Acidentes []	Agressão []
Suicídio []	Casual []	Outros []	
Nome do Acompanhante:		Telefone para Contato:	
Endereço:			
Local da Ocorrência:			
<u>ANAMNESE E EXAME FÍSICO</u> <i>Doenças preexistente não place necessidade fixar exame extenso necessario, cepo, necessitado de cecio featuras Típica</i>			
<u>Diagnóstico Inicial</u> <i>Hist. ossos possa</i>			
S.A.D.T			
Diagnóstico Final <div style="text-align: right; border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> EXCELSIOR SEGUROS 30 NOV. 2018 SEGURO DPVAT </div>			
CONDIÇÃO DE ALTA	MOTIVO DA ALTA		
Melhorada <input checked="" type="checkbox"/>	Decisão Médica <input checked="" type="checkbox"/>	Data do Internamento: <u>7.5.18</u> Data da Alta: <u>10/05/18</u> Local: <u>Antônio Rodrigues de Freitas</u> <u>CRM 7351</u> <u>CPF: 066.552.003-25</u>	
Inalterado []	Alta a Pedido []		
Piorado []	Transferência []		
Óbito+48h []	Evasão []		
Óbito-48h []	Indisciplina []		
Óbito em: _____			
Hora: _____	Médico Responsável		



Cirurgia Realizada:	Nº do Procedimento:	
<i>Osteosseos Tíbia e Perna D</i>		
Data: 09/05/18	Início:	Término:
Cirurgião: <i>Antônio Yves Cordeiro de Melo Júnior</i>		
1º Auxiliar:		
2º Auxiliar:		
Anestesista: <i>Clóvis</i>		
DESCRIÇÃO CIRÚRGICA		
<p><i>Sobre pressão direta sobre o MID e ósseo, causando foco featural de descolamento fixado a Radicular neurálgico</i></p> <p><i>Leeberg</i></p>		
<div style="text-align: center;"> EXCELSIOR SEGUROS 30 NOV. 2018 SEGURO DPVAT </div>		
<p style="text-align: right;">Antônio Rodrigues de Freitas CRM 7351 CPF: 066.552.003-25</p> <hr/> <p style="text-align: right;">Assinatura do Cirurgião</p>		



Poss
9.4507-8419 3833-4913



HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGA VON MAGALHÃES
Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Serra Talhada

Nome: DORGIVAN DE ALMEIDA ANDRAIM

N.D. fratura esso, Pecas
c/ fixador

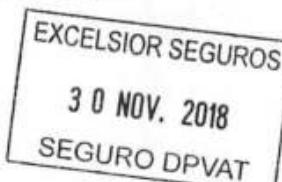
Sofiafo:

Recet. Cruzado

- ① Dis - líme 1^o S.N.D
- ② Dipos 500 U.O. 08/05/2018
- ③ S.p. exces. Hemoferina
PSE, glic., Glicose e
Creatinin, N.R. Solicitado 04-05
- ④ SSVR + Cediadou, fechado 08/05/2018
Céntro

Data: 25/01/18

Médico - CRM





Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 18/11/2020 13:57:55
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111813575573600000069825101>
Número do documento: 20111813575573600000069825101

Num. 71218346 - Pág. 14

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180564565 **Cidade:** Serra Talhada **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DORGIVAN DE ANDRADE AMORIM **Data do acidente:** 07/04/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DOS OSSOS DA Perna DIREITA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM FIXADOR EXTERNO) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

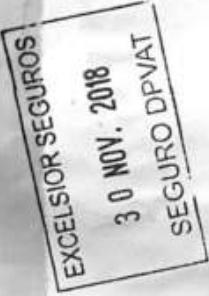
Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:
Observações:

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50





DE: ROSANA MENEZES
RUA: JOCA MAGALHÃES
661 A
CENTRO
SERRA TALHADA - PE
CEP:56.903.480



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 18/11/2020 13:57:55
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111813575573600000069825101>
Número do documento: 20111813575573600000069825101

Num. 71218346 - Pág. 16

PARA: EXCELSIOR SEGUROS (MATRIZ) SETOR DPVAT

AVENIDA: MARQUES DE OLINDA, 175

RECIFE ANTIGO

RECIFE-PE

50.030.000

SEGURO DPVAT

EXCELSIOR SEGUROS

30 NOV. 2018

SEDEx



Correios

PESO (kg)

FC0926/26
142

DY 30549179 0 BR



Procuração

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante abaixo qualificado confere ao outorgado, também qualificado, os poderes abaixo transcritos:

1. Outorgante Dorgivan de Andrade Amorim,

portador(a) do documento de identidade nº 6.837.563, expedido por SDS - PE, em
21/05/2013, inscrito no CPF sob o nº 046.831.154-84, residente na
Rua Deodoro Pereira Lins, nº 498, complemento casa, Bairro Alto da conciliação, cidade
Serra Talhada, Estado PE.

2. Outorgado Rosana de Menezes Silva Cavalcante,

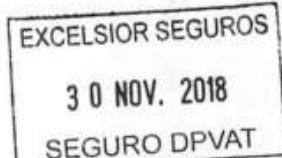
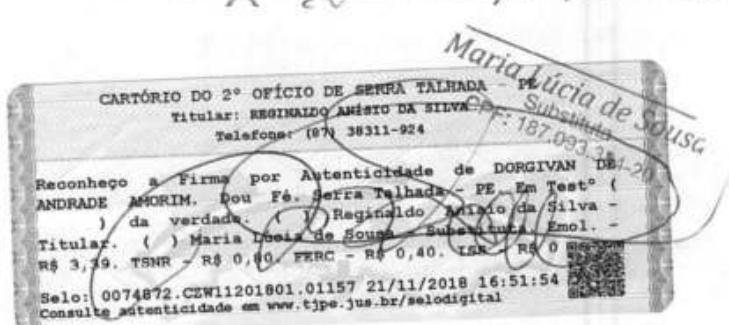
portador(a) do documento de identidade nº 6.870.802, expedido por SDS-PE, em
29/05/2001, inscrito no CPF sob o nº 051.394.744-25, residente na
Rua Francisco Olavo, nº 110, complemento Casa, Bairro IPSEP, cidade
Serra Talhada, Estado PE.

Amplos poderes para praticar todos os atos administrativos e judiciais que se fizerem necessários na movimentação e conclusão dos processos novos e complementares do Seguro Obrigatório - DPVAT, e especialmente para preenchimento e assinatura do FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO.

Serra Talhada, 08 de outubro de 2018

Outorgante

X Dorgivan de Andrade Amorim





Rio de Janeiro, 03 de Dezembro de 2018

Aos Cuidados de: **DORGIVAN DE ANDRADE AMORIM**

Nº Sinistro: **3180564565**

Vítima: **DORGIVAN DE ANDRADE AMORIM**

Data do Acidente: **07/04/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180564565**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13659340

Pag. 00205/00206 - carta_01 - 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, 18 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180564565 Vítima: DORGIVAN DE ANDRADE AMORIM

Data do Acidente: 07/04/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), DORGIVAN DE ANDRADE AMORIM

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 CIA EXCELSIOR DE SEGUROS, 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.

00020121

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 18/11/2020 13:57:55
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111813575573600000069825101>
Número do documento: 20111813575573600000069825101

Num. 71218346 - Pág. 20



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 10 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3180564565 Vítima: DORGIVAN DE ANDRADE AMORIM

Data do Acidente: 07/04/2018 **Cobertura:** INVALIDEZ

Procurador: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a). DORGIVAN DE ANDRADE AMORIM

Informamos que o pagamento da indenização

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

Multa: R\$ 88,74
Juros: R\$ 3,49
Total creditado: R\$ 2.454,73

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%
Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50



Recebedor: DORGIVAN DE ANDRADE AMORIM

Valor: R\$ 2.454,73

Banco: 104

Agência: 000000052

Conta: 0000063407-2

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: CPF da vítima: Nome completo da vítima:

046.831.154-84 Dorgivam de Andrade Amorim

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

Nome completo: Dorgivam de Andrade Amorim
 Profissão: Agricultor Endereço: Dorgivam de Andrade Amorim
 Bairro: Alto da Conceição Cidade: Terra Calhada Estado: PE
 E-mail: Tel.(DDD): 84-9634-4907
 Número: 498 Complemento: Casa
 CEP: 56903-280

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

RENDIMENTO MENSAL:
 RECUZO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

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

CONTA 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: 0052 CONTA: 63404
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IMI) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IMI que atende a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima: _____

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

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
 Local e Data: Terra Calhada 22-11-2018
 Nome: _____
 CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
 CPF: _____
 2ª | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura: EXCELSIOR SEGUROS
 30 NOV. 2018
 SEGURO DPVAT

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura

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



EXCELSIOR SEGUROS
30 NOV. 2018
SEGURO DPVAT



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 18/11/2020 13:57:55
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111813575573600000069825101>
Número do documento: 20111813575573600000069825101

Num. 71218346 - Pág. 23



EXCELSIOR SEGUROS
30 NOV. 2018
SEGURO DPVAT

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 177ª CIRCUNSCRIÇÃO - SERRA TALHADA - DP177ªCIRC
DINTER2/21ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. **18E0267004392**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **16/11/2018** às **17:09**

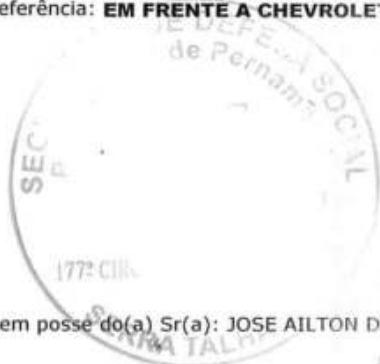
ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **7/4/2018** no período da **Manhã**

Natureza Jurídica: **REGISTRO PARA FINS DE SEGURO DPVAT**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA JOAO GOMES DE LUCENA, 1** - Bairro: **SAO CRISTOVAO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **EM FRETE A CHEVROLET**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
JOSE AILTON DA SILVA JUNIOR (OUTRO)
DORGIVAN DE ANDRADE AMORIM (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): JOSE AILTON DA SILVA JUNIOR

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

DORGIVAN DE ANDRADE AMORIM (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **CRISTINA DE ANDRADE AMORIM** Pai: **DORGIVAL BOMFIM AMORIM** Data de Nascimento: **14/1/1983** Naturalidade: **GARANHUNS / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **6837563/SDS/PE (RG), 04683115484 (CPF)** Estado Civil: **AMASIADO(A)**
Profissão: **TECNICO DE INFORMATICA** Telefones Celulares:
- **0879999194012**

Endereço Residencial: **RUA DEOSIO PEREIRA LINS, 498 - CEP: 0 - Bairro: ALTO DA CONCEICAO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

JOSE AILTON DA SILVA JUNIOR (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA ROSA DA SILVA** Pai: **JOSE AILTON DA SILVA** Data de Nascimento: **29/3/1990** Naturalidade: **SERRA TALHADA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **7811040/SDS/PE (RG), 01640786490 (CPF), 04757125562 (CNH)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)**
Profissão: **AUTONOMO(A)** Telefones Celulares:
- **087999989586**

Endereço Residencial: **RUA DEOSIO PEREIRA LINS, 498 - CEP: 0 - Bairro: ALTO DA CONCEICAO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**



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

VEÍCULO (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE AILTON DA SILVA JUNIOR**Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 TITAN MIX** Objeto apreendido: **Não**Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**Placa: **KGA9894** (PERNAMBUCO/SERRA TALHADA) Renavam: **200530632** Chassi: **9C2KC1620AR026525**Ano Fabricação/Modelo: **2010/2010** Combustível: **ALCO/GASOL**Descrição: **VEÍCULO LICENCIADO EM NOME DE JOSE AILTON DA SILVA JUNIOR, CPF Nº 016.407.864-90**

Complemento / Observação

COMPARECERAM A ESTA DEPOL OS INDIVÍDUOS ACIMA QUALIFICADOS PARA COMUNICAREM O ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO NO QUAL SE ENVOLVERAM; SEGUNDO RELATARAM, JOSE AILTON TERIA IDO BUSCAR DORGIVAN NO TRABALHO NA MOTOCICLETA ACIMA DESCrita E QUANDO RETORNAVAM, POR VOLTA DAS 9H DA MANHÃ, UM VEÍCULO QUE VINHA NA FRENTe FREOU; JOSE AILTON CONDUZIA A MOTOCICLETA NUMA VELOCIDADE QUE NÃO LHE PERMITIU FReAR O VEÍCULO A TEMPO DE EVITAR A COLISÃO NO VEÍCULO APENAS USANDO O FREIO TRASEIRO, ASSIM SENDO, RESOLVEU ACIONAR O FREIO DIANTEIRO; QUE ACIONOU O FREIO DIANTEIRO NO MOMENTO EM QUE PASSAVA PELO QUEBRA-MOLAS EM FRENTE A OFICINA DA CHEVROLET PERDENDO O CONTROLE DA MOTOCICLETA; QUE AMBOS CAÍRAM, CONTUDO, JOSE AILTON TEVE APENAS ESCORIAÇÕES; O CORPO DE BOMBEIROS FOI ACIONADO, CONFORME CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA Nº 161 DOP./2018, DESLOCANDO-SE AO LOCAL E CONDUZINDO A VÍTIMA DORGIVAN AO HOSPAM ONDE O MESMO FICOU AOS CUIDADOS DO MÉDICO JAISON SANTOS, CRM 17769; NO HOSPAM, RECEBEU ATENDIMENTO MÉDICO, CONFORME PROTOÚRIO Nº 33, PREENCHIDO PELO MÉDICO ACIMA CITADO; EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE MENCIONADO, A VÍTIMA DORGIVAN SOFRU MÚLTIPLES FRATURAS NO MEMBRO INFERIOR DIREITO, ALÉM DE ESCORIAÇÕES PELO CORPO. NO MOMENTO DO ACIDENTE O VEÍCULO ERA CODUZIDO POR JOSE AILTON; INFORMARAM AINDA QUE NÃO CHEGARAM A COLIDIR COM O VEÍCULO QUE SEGUIA EM SUA FRENTE. SEM MAIS PARA O MOMENTO, ENCERRO.

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

**DORGIVAN DE ANDRADE AMORIM
(VITIMA)****JOSE AILTON DA SILVA JUNIOR
(OUTRO)**B.O. registrado por: **Bruna Reinaldo do Nascimento Santana** - Matrícula: **3866106**

16/11/2018 17:02



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 18/11/2020 13:57:55
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111813575573600000069825101>
Número do documento: 20111813575573600000069825101

Num. 71218346 - Pág. 25



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: CPF da vítima: Nome completo da vítima:

046.831.154-84 Dorgivan de Andrade Amorim

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

Nome completo:

Profissão: *Dorgivan de Andrade Amorim* Endereço: *Domingos Pereira Zins* CPF: 046.831.154-84
Bairro: *Alto da Senceração* Cidade: *Serra Talhada* Número: 298 Complemento: casa
E-mail: *pe* Estado: PE CEP: 56903-280
Tel.(DDD): 81-9634-4904

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

RENDIMENTO MENSAL:
 RECUZO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

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

CONTA 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: 0052 CONTA: 6340 7 2
(Informar o dígito se existir) CONTA: 6340 7 2
(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) CONTA: _____
(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima: _____

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

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: *Serra Talhada 22-11-2018*

Nome: _____

CPF: _____

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

2º | Nome: _____

CPF: _____



Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

[*] A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU ROGO, na presença NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.





**SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO**

COInter/2 – 3º Grupamento de Bombeiros

SERRA TALHADA - PE, 08 de novembro de 2018.

ANDRÉ PEREIRA DA SILVA
Ten Cel QOC/BM
ANTRONIUS
TEM. 920453
SAL. 279212-1
GB



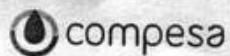
CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA N° 161 DOp./2018

O Chefe da Divisão de Operações do 3º Grupamento de Bombeiros do Corpo de Bombeiros Militar do Estado de Pernambuco, por solicitação da **Sr. DORGIVAN DE ANDRADE AMORIM, RG 6.837.563 SDS/PE, CPF 046.831.154-84**, residente à Rua Deóssio Pereira Lins, 498, Alto da Conceição, Serra Talhada-PE, **CERTIFICA** que foi deslocada a viatura AR 643 da 1ª Seção de Bombeiros, do 3º Grupamento de Bombeiros Serra Talhada-PE, às 09h03min do dia 07 de Abril de 2018, comandada pelo Cb QBMG 1/707296-1 **ERNANI ALBERTO DE SOUZA JUNIOR**, para uma ocorrência de **ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR (QUEDA DE MOTO)**, sendo vitimado o solicitante, o qual declarou que conduzia uma motocicleta, porém o veículo envolvido no sinistro não foi visualizado pela guarnição no local da ocorrência. O acidente ocorreu na Av. João Gomes de Lucena, S/N, São Cristóvão, Serra Talhada-PE e a vítima apresentava as seguintes lesões aparentes: escoriações na face, dorso, tórax, abdômen, membros superiores e inferiores, e fratura fechada no membro inferior direito, sendo socorrida e conduzida ao Hospital Regional Professor Agamenon Magalhães, Serra Talhada-PE, ficando aos cuidados do **Dr. Jailson Santos, CRM 17769, prontuário 33**. A presente certidão segue assinada por mim, CAP QOC/BM CARLOS ROBERTO DE SOUZA JÚNIOR, chefe da Divisão de Operações do 3º Grupamento de Bombeiros.

[Signature]
CARLOS ROBERTO DE SOUZA JÚNIOR
CAP QOC/BM 707468

3º Grupamento de Bombeiros. BR 232 (Av. Vicente Inácio de Oliveira), Km 413, Cachoeira II, Serra Talhada, PE. CEP: 56.906-000. Fone/Fax: (87) 3831 9382/3831 9383. E-mail: 3gb@bombeiros.pe.gov.br CNPJ: 00.358.773/0017-01.





CNPJ 09.769.035/0001-64
INSC. EST. N° 18.1.001.0014398-2

ATENDIMENTO: RUA MANOEL PEREIRA DA SILVA - NUM. - 00882 - NO
SSA SRA DA PENHA SERRA TALHADA PE 56903-490

DADOS DO CLIENTE

ALECSANDER THIAGO DA SILVA MATRÍCULA: 23658070 Ago/2018
R DEOSIO PEREIRA LINS, N. 00495 - ALTO DA CONCEICAO SERRA TALH
ADA PE 56903-280 INSCRIÇÃO: 139.821.133.0000.905 GRUPO:2 DEB. AUTOMATICO: 023658070

SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL	RESIDENCIAL 1	QUANTIDADE DE ECONOMIAS COMERCIAL INDUSTRIAL PÚBLICA
HIDRÔMETRO Y10X309036	DATA LEIT. ANTERIOR 26/07/2018	DATA LEIT. ATUAL 25/08/2018	TIPO DE CONSUMO (A/E) REAL

ÁGUA:

LEIT ANT: 2879 CONSUMO:26
LEIT ATU: 2905
LEIT FAT: 2905

HISTÓRICO DE CONSUMO REFERÊNCIA CONSUMO

07/2018	24	NÚMERO DE AMOSTRAS			
		EXIG.	PORT.	ANALISES	ATENDEM.
06/2018	27	TURBIDEZ	70	70	70
05/2018	25	COR APARENTE	70	70	70
04/2018	28	CLORO RESIDUAL	70	70	70
03/2018	31	COLIF. TOTAIS	70	70	70
02/2018	26	COLIF. VIS	70	70	70
MÉDIA:	27	Qualidade de Água: www.compresa.com.br			

OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS
(2) OS PARAMETROS COFORMES TOTais, ESCHERICHIA COLI E CLORO
RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA
(3) OS PARAMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES
ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

ÁGUA

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

ATE 10 M ³ - R\$ 41,30 POR UNIDADE	10 M ³	41,30
11 M ³ A 20 M ³ - R\$ 47,40 POR M ³	10 M ³	47,40
21 M ³ A 30 M ³ - R\$ 5,63 POR M ³	0 M ³	33,78

MULTA P/IMPONTUALIDADE 07/2018

2,22

EXCELSIOR SEGUROS
30 NOV. 2018
SEGURO DPVAT

TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPOSTO
PIS	122,48	1,65	2,02
COFINS	122,48	7,60	9,31

VENCIMENTO: 05/09/2018 TOTAL A PAGAR: 124,70

MENSAGEM:



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 18/11/2020 13:57:55
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111813575573600000069825101>
Número do documento: 20111813575573600000069825101

Num. 71218346 - Pág. 28

