



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
71218346	18/11/2020 13:57	ANEXO 1	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/BIBLIOTECASWEB/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 COAF**².

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, Romana de M. S. Cavalcante inscrito (a) no CPF sob o Nº 051.394.744/25 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Dequivan de Andrade Amorim inscrito (a) no CPF sob o Nº 046.831.154/84, do sinistro de DPVAT cobertura imobilidade da Vítima Dequivan 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: <u>Francisco Olavo</u>		Número: <u>110</u>	Complemento: <u>Casa</u>
Bairro: <u>IPSEP</u>	Cidade: <u>Petra Valhada</u>	Estado: <u>PE</u>	CEP: <u>56912-130</u>
Email: _____		Telefone comercial(DDD): _____	Telefone celular (DDD): <u>87-9634-4907</u>

Petra Valhada, 22 de 11 de 2018
Local e Data

Romana de M. S. Cavalcante
Assinatura do Declarante



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Jose Ailton da Silva Junior,
RG nº 7811040, data de expedição 14/03/2014
Órgão SOS-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)
Deozio Pereira Lima, nº 498,
complemento Umas, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Darciom 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: 07/04/18
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 AILTON DA SILVA JUNIOR. Dou Fé. Serra Talhada - PE. Em Teste () da verdade; () Reginaldo Anísio da Silva - Titular; () Maria Lúcia de Sousa - Substituta. Emolp - R\$ 3,39. TSNR - R\$ 0,80, PERC - R\$ 0,40, ISS - R\$ 0,20.

Selo: 0074972.FVB11201801.01156 21/11/2018 16:50:41
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

Maria Lúcia de Sousa
CPF: 188.203.384-70

EXCELSIOR SEGUROS
30 NOV. 2018
SEGURO DPVAT





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 ASI:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
3180/564565	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: Dorgivan de Andrade Amorim		
Profissão:	Endereço:	CPF:
Agricultor	Deosio Pereira Lima	046.831.154-84
Bairro:	Cidade:	Número:
Alto da Conceição	Serra Talhada	498
E-mail:	Estado:	CEP:
	PE	56.903-280
		Tel (DDD):
		81-9634-4907

DADOS CADASTRAIS

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

RENDA MENSAL:

- ☒ RECURSO 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

(Informar o dígito se existir)

CONTA: 63407

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

(Informar o dígito se existir)

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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: _____ 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 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.

Ingresso
digital via
assinatura
eletrônica

Local e Data: Serra Talhada 24-12-2018

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

X Dorgivan de Andrade Amorim
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

EXCELSIOR SEGUROS
26 DEZ. 2018
SEGURO DPVAT

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 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.





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

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

Nº: 33.

Data:	07.04.18.	Hora:	09:25.
Nome:	Dargivan de Andrade Amorim		
Nascimento:	14.01.83	Sexo:	M.
Escolaridade:	Em not.	Profissão:	Tec. Informática
Mãe:	R. Deuzio Pereira Lima - 498.		
Endereço:	A. Conceição		
Bairro:	Conceição	Município:	Itaíba
Cartão SUS:	RG/CPF: 6837563.		
Raça/Cor:	Branca	Preta	Parda
	Amarela	Indígena	

História e Exame Físico:

Paciente vítima de acidente de moto com fratura feve direita. Glicemia 15.

EXCELSIOR SEGUROS
30 NOV. 2018
SEGURO DPVAT

Tratamento:

SRL 500
Dif. not. 140 u 660#
Bx colun. lumbal
Bx colun. c6-c7
Bx Perine @.

Hipótese Diagnóstica:

talca como Polio. ok
Fratura Perone Biseita

Carimbo e Assinatura:

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	Sexo: Masculino	Cor: Branca
Estado Civil: Divorciado(a)	Profissão: TEC EM INFORMÁTICA	Naturalidade: SERRA TALHADA	Nacionalidade: Brasileiro
Filiação: Pai: DORGIVAL BOMFIM AMORIM		Mãe: CRISTINA DE ANDRADE AMORIM	
Endereço: Deócio Pereira Lins		498	
Bairro: Nossa Senhora da Conceição	Cidade: SERRA TALHADA	Estado: PE	Telefone:
ELEMENTOS DA OCORRÊNCIA:			
Acidente de Trânsito []		Acidente de Trabalho []	
		Outros Acidentes []	
Suicídio []		Casual []	
		Outros []	
Nome do Acompanhante:		Telefone para Contato:	
Endereço:			
Local da Ocorrência:			
ANAMNESE E EXAME FÍSICO: Rosário peritálica MID, referindo-se de prescrição para D. Carlos, da Infância e Adolescência e Infância e Adolescência			
Diagnóstico Inicial: Exame físico normal			
S.A.D.T.			
Diagnóstico Final			
CONDIÇÃO DE ALTA		MOTIVO DA ALTA	
Melhorada []	Decisão Médica []		
Inalterado []	Alta a Pedido []		
Piorado []	Transferência []		
Óbito > 48h []	Evasão []		
Óbito < 48h []	Indisciplina []		
Óbito em: / /			
Hora: / /			

EXCELSIOR SEGUROS
30 NOV. 2018
SEGURO DPVAT

Data do Internamento: 07/04/18

Data da Alta: / /

Local: / /

Antônio Rodrigues
Médico Responsável



HOSPITAL SÃO VICENTE

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

CGC: 10.280.543/0001-63

Data: 07/04/2018

Hospital São Vicente: 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: Deósio Pereira Lins

Nº 498

Bairro: Nossa Senhora da Conceição

Cidade: SERRA TALHADA

CEP: 56903-280

Sexo: Masculino

CNS:

Nome do Pai: DORIVAL 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 de Lins após cirurgia no

Foram realizados MID, de base da base
de base da base de base da base
de base da base de base da base
de base da base de base da base

FRATURA OSSOS, PENA D


Redução cirúrgica e
fixação externa

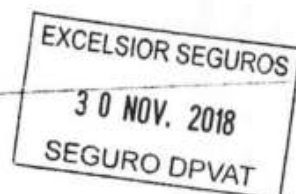
Antônio Rodrigues
Traumato. Ortopedia
CRM-7351 CPF: 050304 119-1


EXCELSIOR SEGUROS

30 NOV. 2018

SEGURO DPVAT

Cirurgia Realizada:		Nº Procedimento:	
Osteossintese Tibial			
Data: 08/04/18	Início:	Término:	
Cirurgião: André			
1ª Auxiliar: Antonio			
2ª Auxiliar:			
Anestesista: Clóvis			
<p>DESCRIÇÃO CIRÚRGICA</p> <p>Feb. punção - Assupção MID + tecido de pele lateral forçada Corte Alar, furo, furo alar e Al. furo de ungueal: 01 furo de ungueal 01 furo de ungueal e transcutâneo superfície Realização de Acetato</p>			
 Antônio Rodrigues Traumato-Ortopedia CRM 131.121-1/PR			
Assinatura do Cirurgião			



 SUS Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde Secretaria de Saúde Pernambuco	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
---	---

Identificação do Estabelecimento de Saúde	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL SÃO VICENTE	2 - CNES 2351633
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL SÃO VICENTE	4 - CNES 2351633

Identificação do Paciente			
NÚMERO DO DOCUMENTO		NOME ATEND.	
5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE 706301637753080		6 - SIS PRE NATAL	7 - SENHA/REGULAÇÃO
9 - NOME DO PACIENTE DORGIVAN DE ANDRADE AMORIM		10 - DATA DE NASCIMENTO 14/01/1983	8 - Nº DO PRONTUÁRIO 000154707
12 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL CRISTINA DE ANDRADE AMORIM		11 - SEXO Masculino	
14 - ENDEREÇO (RUA Nº BAIRRO) Deósio Pereira Lins		13 - TELEFONE DE CONTATO	
15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA SERRA TALHADA		16 - COD. IBGE MUNICÍPIO	17 - UF PE
		18 - CEP 56903-280	

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO	
19 - HISTÓRIA CLÍNICA / EXAME FÍSICO <i>Acidente de trânsito com lesões múltiplas no membro superior direito, com fratura de rádio e ulna, com lesões no membro superior esquerdo, com fratura de rádio e ulna, com lesões no membro inferior direito, com fratura de fêmur e tibia, com lesões no membro inferior esquerdo, com fratura de fêmur e tibia.</i>	
20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <i>Exames de imagem: RX de rádio e ulna do membro superior direito, com fratura de rádio e ulna, com lesões no membro superior esquerdo, com fratura de rádio e ulna, com lesões no membro inferior direito, com fratura de fêmur e tibia, com lesões no membro inferior esquerdo, com fratura de fêmur e tibia.</i>	
21 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura de rádio e ulna do membro superior direito, com fratura de rádio e ulna, com lesões no membro superior esquerdo, com fratura de rádio e ulna, com lesões no membro inferior direito, com fratura de fêmur e tibia, com lesões no membro inferior esquerdo, com fratura de fêmur e tibia.</i>	22 - CID. 10 PRINCIPAL S82.9
23 - DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO	24 - CID. 10 SECUNDÁRIO
25 - CID. 10 CAUSAS ASSOCIADAS	

PROCEDIMENTO SOLICITADO	
26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Osteossíntese de rádio e ulna do membro superior direito, com fratura de rádio e ulna, com lesões no membro superior esquerdo, com fratura de rádio e ulna, com lesões no membro inferior direito, com fratura de fêmur e tibia, com lesões no membro inferior esquerdo, com fratura de fêmur e tibia.</i>	
27 - COD. DO PROCEDIMENTO 0408050500	
28 - CLÍNICA	29 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO
30 - DOCUMENTO <input checked="" type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF	31 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE ASSISTENTE
32 - ASSINATURA E CARIMBO DO SOLICITANTE ASSISTENTE CPF: 066.552.003-25	33 - DATA DA SOLICITAÇÃO 07/05/2018
34 - ASSINATURA E CARIMBO (DIRETOR MÉDICO) CPF: 033.473.934-41 CRM: 16278	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
35 - <input type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRÂNSITO	36 - <input type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO	37 - <input type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO	38 - CNPJ DA SEGURADORA
			39 - Nº DO BILHETE
			40 - SÉRIE
			41 - CNPJ DA EMPRESA
			42 - CNAE DA EMPRESA
			43 - CBOR
44 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA <input type="checkbox"/> EMPREGADO <input type="checkbox"/> EMPREGADOR <input type="checkbox"/> AUTÔNOMO <input type="checkbox"/> DESEMPREGADO <input type="checkbox"/> APOSENTADO <input type="checkbox"/> NÃO SEGURADO			

AUTORIZAÇÃO	
45 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO AUTORIZADO	46 - COD. ORGÃO EMISSOR
47 - DOCUMENTO <input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF	48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 11	50 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) CPF: 153.272.214-15 CRM: 8603 Medico Autorizador XICERES
51 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH) 261810500892-0	
MOTIVO DA ALTA: 02	
CARÁTER DA INTERNAÇÃO: 02	
DATA DA INTERNAÇÃO: 07.05.18	
DATA DA ALTA: 02.05.18	

EXCELSIOR SEGUROS
30 NOV. 2018
SEGURO DPVAT



ESPELHO DA SOLICITAÇÃO

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHAES - 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
NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: CRISTIANE DE ANDRADE AMORIN	SEXO: Masculino
ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): DEOZIO P. LINS, 498,	TELEFONE DE CONTATO:
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: SERRA TALHADA	COD. 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	Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE:

EXECUTANTE

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

EXCELSIOR SEGUROS
30 NOV. 2018
SEGURO DPVAT

AUTORIZAÇÃO

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

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	Sexo: Masculino	Cor: Branca
Estado Civil: Divorciado(a)	Profissão: TEC EM INFORMÁTICA	Naturalidade: SERRA TALHADA	Nacionalidade: Brasileiro
Filiação: Pai: DORIVAL BOMFIM AMORIM		Mãe: CRISTINA DE ANDRADE AMORIM	
Endereço: Deósio Pereira Lins		498	
Bairro: Nossa Senhora da Conceição	Cidade: SERRA TALHADA	Estado: PE	Telefone:
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>Lesões periorbitais e periorbitais com presença fixa e extensa hematoma na face esquerda necessitando de repouso fratura tilia</i>			
Diagnóstico Inicial <i>Fr. ossas forama D</i>			
S.A.D.T			
Diagnóstico Final			
<div>EXCELSIOR SEGUROS 3-0 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: <i>7.5.18</i>	
Inalterado []	Alta a Pedido []	Data da Alta: <i>0.05.18</i>	
Piorado []	Transferência []	Local: <i>Antônio Rodrigues de Freitas</i>	
Óbito+48h []	Evasão []	CRM 7351	
Óbito-48h []	Indisciplina []	CPF: 066.552.003-25	
Óbito em: / /		Médico Responsável	
Hora: :			



Cirurgia Realizada:

N° do Procedimento:

Ostiotomia T1 e T2

Data: 09/05/18

Início:

Término:

Cirurgião: Pedro

1° Auxiliar:

2° Auxiliar:

Anestesista: Clóvis

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Abel presteira Assepsia
MID e Tórax, Manipulação
Foco feitura Redução e
fixação. Radiologia
Recetivo

EXCELSIOR SEGUROS

30 NOV. 2018

SEGURO DPVAT

Antônio Rodrigues de Freitas

CRM 7351

CPF: 066.552.003-25

Assinatura do Cirurgião



9.4507-8419 3533-4913



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

Nome: DORGIVAN DE ANDRADE ANDRIM

ND. Fraturas, Placas e Fixadores

Soluções:

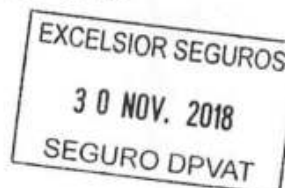
Tratamento cirúrgico

- ① Dist - Lume 1º SND
- ② Difusão 500 V.D. 2º SND
- ③ Sol. evas. Neurofemur
PAE, placa, placas e
Cecostomia Solicitado 04-05
pediatria 08/05/18
Cente.
- ④ SSVV + periodicidade

Data: 25 / 04 / 18

Antônio YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
Antônio YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

Médico - CRM





EXCELSIOR SEGUROS
30 NOV. 2018
SEGURO DPVAT



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



EXCELSIOR SEGUROS
30 NOV. 2018
SEGURO DPVAT

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



PARA: EXCELSIOR SEGUROS (MATRIZ) SETOR DPVAT

AVENIDA: MARQUES DE OLINDA, 175

RECIFE ANTIGO

RECIFE-PE

50.030.000

EXCELSIOR SEGUROS
30 NOV. 2018
SEGURO DPVAT

SEDEX

☐ AR

☐ MP

☐ Correios

PESO (kg) 1,42

FC0028/38

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

27/05/2013, inscrito no CPF sob o nº 046.831.154-84, residente na

Rua Desio Pereira Lima, nº 498

complemento Casa, Bairro Alto da Concórdia, 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

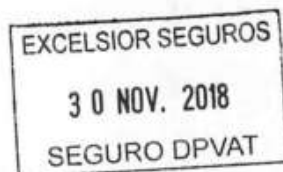
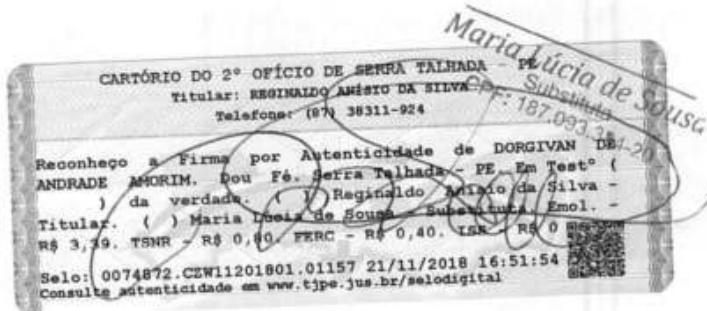
complemento Casa, Bairro IPSEP, cidade

Serra Talhada, Estado PE

Amplios 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

00020103





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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00241/00242 - 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, 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 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, 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



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: 046.831.154-84 Nome completo da vítima: Dorgival de Andrade Amorim

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

Nome completo: Dorgival de Andrade Amorim CPF: 046.831.154-84

Profissão: Agricultor Endereço: Dezido Pereira Lima Número: 498 Complemento: Casa

Bairro: Alto da Conceição Cidade: Serra Talhada Estado: PE CEP: 56903-280

E-mail: _____ Tel.(DDD): 87-9634-4907

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

RENTA MENSAL:
☒ RECUSO 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 2
(Informar o dígito se existir) (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 atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora 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.

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: _____ 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 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.

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

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura

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 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





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 Nº. **18E0267004392**

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

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

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

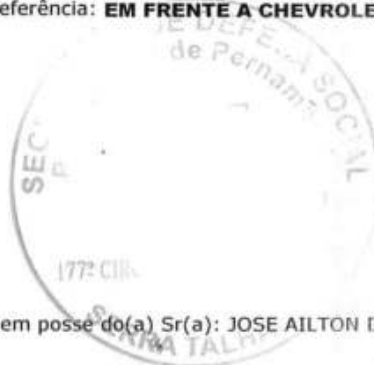
Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA JOAO GOMES DE LUCENA, 1** - Bairro: **SAO CRISTOVAO** - **SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **EM FRENTE A CHEVROLET**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

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 (VEÍCULO), 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

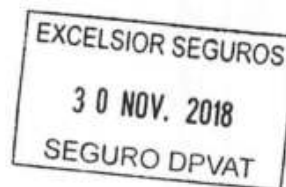
COMPARECERAM A ESTA DEPOL OS INDIVÍDUOS ACIMA QUALIFICADOS PARA COMUNICAREM O ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO NO QUAL SE ENVOLVERAM; SEGUNDO RELATARAM, JOSE AILTON TERIA IDO BUSCAR DORGIVAN NO TRABALHO NA MOTOCICLETA ACIMA DESCRITA E QUANDO RETORNAVAM, POR VOLTA DAS 9H DA MANHÃ, UM VEÍCULO QUE VINHA NA FRENTE FREOU; JOSÉ 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 JAILSON 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 SOFREU MÚLTIPLAS 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 17:03





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:

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

Nome completo:

Profissão:

Endereço:

CPF:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

Estado:

CEP:

E-mail:

Tel. (DDD):

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO 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: 63407

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Jurema Galhada 22-11-2018

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome:

CPF:

2ª | Nome:

CPF:



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.





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. PM/PE, 3ª GB

ANDRÉ PEREIRA DA SILVA
TEN. CEL. PM/PE, 3ª GB
MAT. 9201353-1
RG. 2792012-7

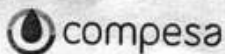


CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA N° 161 DOp./2018

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 Deósio 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.

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. Nº 18.1.001.0014398-2

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

DADOS DO CLIENTE		MATRÍCULA: 23658070 Ago/2018	
ALECSANDER THIAGO DA SILVA			
R DEOSIO PEREIRA LINS, N. 00498 - ALTO DA CONCEICAO SERRA TALHADA PE 56903-280			
INSCRIÇÃO: 139.821.133.0000.905 GRUPO: 2 DEB. AUTOMÁTICO: 023658070			
SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL	RESIDENCIAL	QUANTIDADE DE ECONOMIAS COMERCIAL INDUSTRIAL PÚBLICA
		1	
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
06/2018 27
05/2018 25
04/2018 28
03/2018 31
02/2018 26
MÉDIA: 27

PARAMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS		
	EXIG. PORT. MS 2.914/11	ANÁLISES REALIZ.	ATENDEM A LEGIS
TURBIDÍZ	70	70	70
COR APARENTE	70	70	70
CLORO RESIDUAL	70	70	70
COLIF. TOTAIS	70	70	70
E. COLI	70	70	70

Qualidade de Água: www.compesa.com.br

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

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	CONSUMO	TOTAL (R\$)
ÁGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
ATE 10 M3 - 41,30 POR UNIDADE	10 M3	41,30
11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,74 POR M3	10 M3	47,40
21 M3 A 30 M3 - R\$ 5,63 POR M3	6 M3	33,78
MULTA P/IMPONTUALIDADE 07/2018		2,22

EXCELSIOR SEGUROS
30 NOV. 2018
SEGURO DPVAT

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

VENCIMENTO: 05/09/2018

TOTAL A PAGAR: 124,70

MENSAGEM:





Tarifa Social de Energia Elétrica Criada pela Lei 15.438, de 26/04/02
Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 151, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-002
INPJ 10.835.832/0001-08 | Insc. Est. 0003943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
MARGARIDA ALVES CAVALCANTE

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA FRANCISCO OLAVO 110

CPF 368 710 364-15

IPSE/SERRA TALHADA
SERRA TALHADA PE
56912-130

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofásico

2278076019 09/2018
02/10/2018 25/10/2018
245,82

033326240	UNICA	25/09/2018
25/09/2018	2000136268	3072821

Consumo Ativo (kWh)	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Acréscimo Bandeira VERMELHA	282,00000000	0,75282609	212,28
Contrib. Ilum. Pública Municipal			20,35
ICMS Subvenção-CDE-NF 021882132-26/09/18			8,88
ICMS Subvenção-CDE-NF 028726409-26/07/18			1,81
PRO-CRANCA (081)3412-8980 DUEO 031 8999			1,73
			0,98

TOTAL DA FATURA

345,82

AP DO	TIPO DA	ANTERIOR	ATUAL	IP DE	CONSUMO	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
RECIBO 20180218	CAT	DATA 27/09/2018	DATA 25/09/2018	DATA 17/09/2018	DATA 30	1,00000	282,00

DETALHAMENTO	VALOR	%	VALOR	VALOR	%
DET 18 282	212,28	25,00	50,10	11,00000	3,17%
DET 18 282	212,28	1,00	3,36	Det. Ilum. (Cepel)	R\$ 14,50 4,19%
DET 18 282	212,28	4,88	10,81	Perdas de Energia	R\$ 11,72 3,42%
DET 18 282	212,28			Energia Solar	R\$ 71,46 20,72%
DET 18 282	212,28			Taxa de	R\$ 22,84 6,61%
DET 18 282	212,28			Total	R\$ 22,84 6,61%

Resumo da fatura para o cliente. A fatura é composta por 117 meses de consumo. O valor da fatura é de R\$ 345,82. O valor da taxa de energia é de R\$ 212,28. O valor da taxa de iluminação pública é de R\$ 20,35. O valor da taxa de ICMS é de R\$ 8,88. O valor da taxa de PRO-CRANCA é de R\$ 1,73. O valor da taxa de energia solar é de R\$ 1,98.

VALOR	DESCRIÇÃO	VALOR	DESCRIÇÃO	VALOR
212,28	Consumo de energia elétrica	20,35	Contribuição de Iluminação Pública	8,88
1,73	PRO-CRANCA	1,98	Energia Solar	11,00

EXCELSIOR SEGUROS
30 NOV. 2018
SEGURO DPVAT

