

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 nº 9.613/98.

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 Delquiam de Andrade Amorim inscrito (a) no CPF sob o Nº 046.831.154-84, do sinistro de DPVAT cobertura 3mialidez da Vítima Delquiam 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 Lider-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>Jasa</u>
Bairro	<u>IPSEP</u>	Cidade	<u>Guia Galhada</u>	Estado	<u>PE</u>
Email		Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD)	<u>87-9634-4907</u>

Guia Galhada, 22 de 11 de 2018
Local e Data

Romana de M. S. Cavalcante
Assinatura do Declarante

EXCELSIOR SEGUROS
30 NOV. 2018
SEGURÓ DPVAT

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 Lixxim Lima, nº 98,
complemento Vasco, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado 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: 04/10/18

Local e Data: Serra Talhada 09/11/2018

Jose Ailton da Silva junior
Assinatura do Declarante

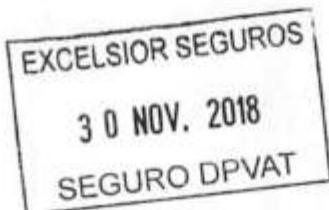


Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

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 F. Serra Talhada - PE. Em Teste () da verdade. () Reginaldo Anísio da Silva - Titular. () Maria Lúcia de Sousa - Substituta. Encol. R\$ 3,30. TSNR - R\$ 0,80. FERC - R\$ 0,40. ISS - R\$ 0,20.

Selo: Q074872.FVB11201801.01156 21/11/2018 16:50:41
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/seledigital





HOSPAM
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: 07-09-18.

Hora: 09:25.

Nome:

Nascimento:

Escolaridade:

Mãe:

Endereço:

Bairro:

Cartão SUS:

Raça/Cor:

PA:

Drauzio de Andrade Amorim

Conceição

Brasília - DF

BR-060

0637863

Branca

Preta

Parda

Amarela

Indígena

Pulso:

HGT:

Temperatura:

Peso:

História e Exame Físico:

PCF e lesões de acidente de moto com fratura feia
diestra glenou 15.

EXCELSIOR SEGUROS

30 NOV. 2018

SEGURO DPVAT

Tratamento:

SRL anal
diferent 1000 a 6000
Rx celus facies
Rx celus coros
Rx perine 0.

Hipótese Diagnóstica:

Talo coro pollical - ok

Carimbo e Assinatura:

Carimbo dos Santos
Médico
Data 01/11/18

Destino do Paciente:

Internado

Residência

Transferido

Evasão

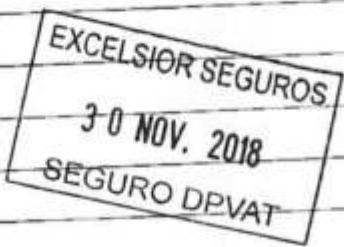
Removido para o hospital:

Óbito às

hrs do dia

Hospital São Vicente

Linha de Atendimento

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:	Deóssio Pereira Lins 498		
Bairro:	Nossa Senhora da Conceição SERRA TALHADA	Cidade:	
ELEMENTOS DA OCORRÊNCIA:			
Acidente de Trânsito	<input type="checkbox"/>	Acidente de Trabalho	<input type="checkbox"/>
Suicídio	<input type="checkbox"/>	Casual	<input type="checkbox"/>
Outros	<input type="checkbox"/>	Outros	<input type="checkbox"/>
Outros Acidentes	<input type="checkbox"/>	Agressão	<input type="checkbox"/>
Nome do Acompanhante:		Telefone para Contato:	
Endereço:			
Local da Ocorrência:			
<u>ANAMNESE E EXAME FÍSICO</u> <i>Roxas superfícies M/D, reflexos de superfície ruim D. Coluna, dor pleural leve e suspeita fricção (al 11)</i>			
<u>Diagnóstico Inicial</u> <i>Fractura ossos pescos</i>			
S.A.D.T			
			
<u>Diagnóstico Final</u>			
<u>CONDICÃO DE ALTA</u>		<u>MOTIVO DA ALTA</u>	
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:		Data do Internamento: 07/04/18	
Hora:		Data da Alta: _____ / _____ / _____	
		Local: _____	
		 <i>Antônio Rodrigues</i> <small>CRM: 11.111 - SP Ortopedia e Traumatologia</small>	
		Médico Responsável	

Cirurgia Realizada:

Nº Procedimento:

Data: 08/04/18 Início: Término:

Cirurgião: Antônio

1º Auxiliar: Antonio

2º Auxiliar:

Anestesista: Clóvis

DESCRICAÇÃO CIRÚRGICA

abertura - Assopar M1D
+ Lateral face lateral fechado
Cílios alongados, querato desco e
os fios suturais usados:

01 fio suture evaflon

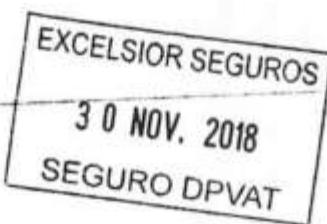
01 fixador extra e mordedor cubo
surface

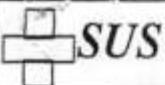
Parafuso 3.5 mm

Antônio


Antônio Rodrigues
Traumato Ortopedia
CRM-SP 13.00020002

Assinatura do Cirurgião





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

9 - NOME DO PACIENTE

DORGIVAN DE ANDRADE AMORIM

7 - SENHA/REGULAÇÃO

8 - N° DO PRONTUÁRIO
000154707

12 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

CRISTINA DE ANDRADE AMORIM

10 - DATA DE NASCIMENTO

14/01/1983

11 - SEXO

Masculino

14 - ENDERECO (RUA N° BAIRRO)

Deóssio Pereira Lins

DDD 13 - TELEFONE DE CONTATO

15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

SERRA TALHADA

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

19 - HISTÓRIA CLÍNICA / EXAME FÍSICO

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

*Paciente deslocado para proced.
exame de sangue para coleta de
esse paciente devido uso de drogas
de pressão arterial.*

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

21 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Pressão alta e glicose

22 - CID. 10 PRINCIPAL

5829

23 - DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO

24 - CID. 10 SECUNDÁRIO

25 - CID. 10 CAUSAS ASSOCIADAS

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

Márcia Pereira de Freitas

[X] CNS [] CPF

32 - ASSINATURA E CARIMBO SOLICITANTE/ASSISTENTE

CRM: 7351

CPF: 056.552.003-25

33 - DATA DA SOLICITAÇÃO

07/05/2018

34 - ASSINATURA E CARIMBO (DIRETOR MÉDICO)

Márcia Pereira de Freitas

CPF: 033.473.934-01

CRM: 16278

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

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. ÓRGÃO EMISSOR

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

261810500872-

MOTIVO DA ALTA:

CARÁTER DA INTERNAÇÃO:

DATA DA INTERNAÇÃO:

DATA DA ALTA:

EXCELSIOR SEGUROS

30 NOV. 2018

SEGURO DPVAT

Rio Pereira de Andrade Melo

CPF: 153.272.214-15 CRM: 8603

Médico Autorizado

XI-GERES



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 CARMÍLO (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:

ENDEREÇO (RUA, N°, 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 PERNAS 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: DOCUMENTO: N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE:

URGÊNCIA

(X) CNS () CPF

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

EXECUTANTE

NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: DATA DE AUTORIZAÇÃO:

DATA DE AUTORIZAÇÃO:

EXCELSIOR SEGUROS

TIPO DE LEITO: ESPECIALIDADE:

TIPO DE LEITO:

ESPECIALIDADE:

30 NOV. 2018

MÉDICO AUTORIZADOR:

SEGURO DPVAT

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: DATA DA SOLICITAÇÃO:

DATA DA SOLICITAÇÃO:

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

(X) CNS () CPF

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

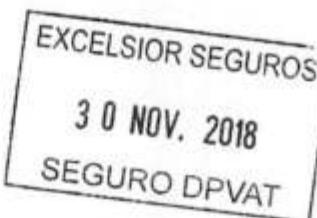
Assistido

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 Branca						
Filiação: Pai:	DORGIVAL BOMFIM AMORIM Mãe: CRISTINA DE ANDRADE AMORIM								
Endereço:	Deóssio Pereira Lins 498								
Bairro:	Nossa Senhora da Conceição	Cidade:	SERRA TALHADA						
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:									
ANAMNESE E EXAME FÍSICO <i>Dossiê com perfis físicos p/ ID placa Presença fixação entero restringida Pelo necessitando de cernio febris tilda 1)</i>									
Diagnóstico Inicial									
<i>TRAT. OSSOS POSSO ①</i>									
S.A.D.T									
<table border="1"> <tr> <td colspan="2">EXCELSIOR SEGUROS</td> </tr> <tr> <td colspan="2">30 NOV. 2018</td> </tr> <tr> <td colspan="2">SEGURO DPVAT</td> </tr> </table>				EXCELSIOR SEGUROS		30 NOV. 2018		SEGURO DPVAT	
EXCELSIOR SEGUROS									
30 NOV. 2018									
SEGURO DPVAT									
CONDIÇÃO DE ALTA		MOTIVO DA ALTA							
Melhorada <input checked="" type="checkbox"/>	Decisão Médica <input checked="" 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: _____		Data do Internamento: <u>7.5.18</u>							
Hora: _____		Data da Alta: <u>01.05.18</u>							
		Local: <u>Antônio Rodrigues de Freitas</u>							
		CRM 7351							
		CPF: 066.552.003-25							
Médico Responsável									

Cirurgia Realizada:

Nº do Procedimento:

Osteosíntese Tíbia

Data: 09/05/18 Início:

Término:

Cirurgião: Pedro

1º Auxiliar:

2º Auxiliar:

Anestesista: Clóvis

DESCRÍÇÃO CIRÚRGICA

Pele suelta se seca. Acessor
MID e Tereceto. Manguelada
foco featurado de escavação
fixadas. Rendelhas
recortado

EXCELSIOR SEGUROS

30 NOV. 2018

SEGURO DPVAT

Antônio Rodrigues de Freitas

CRM 7351

CPF: 056.552.003-25

Assinatura do Cirurgião

Peso
9.4507 - 8419
3833 - 4913



HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGA
ACAMENON MAGALHÃES

HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGA
Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

VON MAGALHÃES

Serra Talhada

Nome: DOROVAN DE SANTOS ANDRADE AMORIM

N.D. Fracturas abertas
c/ fixação

Sofáto:

Trat. cirúrgico

- ① Hsl - lível 1-5ND
- ② Diplose 500 U.O. 08/12/18-2020
- ③ Sup. exames: Hemograma,
PSE, ureia, glicose e
creatinina. MA solicitado 04-05
colhidos 08/05/18 a 08/05/18
- ④ SSVR + periodicidade 06/05/18 a 07/05/18

Data: 25/01/18

Médico - CRM

EXCELSIOR SEGUROS
30 NOV. 2018
SEGURÓ DPVAT

Ricardo
Ribeiro



EXCELSIOR SEGUROS
30 NOV. 2018
SEGURÓ 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

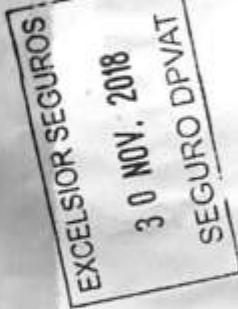
DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50

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
SEGURÓ DPVAT



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 Décio Perioto 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

29/05/2001, inscrito no CPF sob o nº

051.394.744-25

, residente na

Rua Francisco Olavo

, nº

complemento

Casa

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



EXCELSIOR SEGUROS
30 NOV. 2018
SEGURO DPVAT

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



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



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, 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

CPF:
046.831.154-84

Profissão:

Agricultor

Endereço:

Dessio Pereira Lins

Número:
498

Bairro:

Alto da Conceição

Cidade:

Serra Talhada

Complemento:
Itasa

E-mail:

Estado:
PE

CEP:
56903-280

Tel.(DDD):
87-9634-4907

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

RENDIMENTO 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)

AGÊNCIA: 0052

CONTA: 63 404

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(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: 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.

Local e Data:

Nome:

CPF:

Jerra Talhada 22-11-2018

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

EXCELSIOR SEGUROS
30 NOV. 2018
SEGURADO DPVAT

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
SEGURÓ DPVAT





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 - 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 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 (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: NãoCor: **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 N° 016.407.864-90**

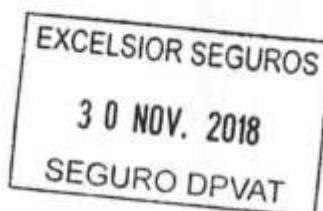
Complemento / Observação

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 N° 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 PROTOÓRIO N° 33, PREENCHIDO PELO MÉDICO ACIMA CITADO; EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE MENCIONADO, A VÍTIMA DORGIVAN SOFREU 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**

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: Deosio Pereira Zins				
Bairro: Alto da Seneciação	Cidade: Jejuá	Estado: PE	CPF: 046.831.154-85	Número: 498 Complemento: casa
E-mail:		CEP: 56903-280	Tel.(DDD): 81-9634-4907	

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

RENDIMENTO MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<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\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> 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)

<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0052 CONTA: 63410 7 (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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 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 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: Jejuá 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

1º | Nome: _____

CPF: _____

2º | Nome: _____

CPF: _____



(*) 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.

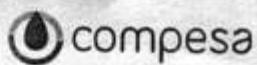
ANDRÉ PEREIRA DA SILVA
Ten Cel / QM / QOC / BM
MAT: 9204353 / GB
RG: 2792012-1

EXCELSIOR SEGUROS
30 NOV. 2018
SEGURO DPVAT

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.

Carlos Roberto de Souza Júnior
CAP QOC/BM 17769



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
R DEOSIO PEREIRA LINS, N. 00498 - ALTO DA CONCEICAO SERRA TALHADA PE 56903-280
INSCRIÇÃO: 139.821.133.0000.905 GRUPO: 2 DEB. AUTOMATICO: 023658070

SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL	RESIDENCIAL	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
06/2018 27
05/2018 25
04/2018 28
03/2018 31
02/2018 26
MEDIA: 27

PARAMETROS	NUMERO DE AMOSTRAS			
	EXIG.	PORT.	ANALISES	ATENDEM A LEGIS.
TURBIDEZ	70	70	70	70
COR APARENTE	70	70	70	70
CLORO RESIDUAL	70	70	70	70
COLIF. TOTAIS	70	70	70	70
E. COLI	70	70	70	70

Qualidade de Água: www.compresa.com.br

OBS.: (1) COFORMES TOTAIS AUSENCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS
(2) OS PARAMETROS COFORMES TOTADS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SAO INDICADORES DAS CONDIÇOES SANITARIAS DA ÁGUA
(3) OS PARAMETROS COR E TURBIDEZ SAO INDICADORES DAS CONDIÇOES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

CONSUMO

TOTAL(R\$)

ÁGUA

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

ATE 10 M3 - R\$ 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	0 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
IPB COPAS	122,48 122,48	1,65 7,60	2,02 9,31

VENCIMENTO: 05/09/2018

TOTAL A PAGAR: 124,70

MENSAGEM:



Tertile Social de Energie Electrica: Criada para cui 100% de 2000 m³

Companhia Estadual de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0003943-83 | www.caixa.com.br

DADOS DO CLIENTE
MARGARIDA ALVES CAVALCANTE

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA FRANCISCO OLAVO 110

CPF 368 710 364-15

IPSEP/SERRA TALHADA
SERRA TALHADA PE
56913-130

033326248	UNICA	25/05/2018
25/05/2018	2000138268	3672821

12278076019	09/2018
02/10/2018	25/10/2018
245,82	

Consumo Ativo(MWh)
Acritismo Bandeira VERMELHA
Controle Bum Pública Municipal
ICMS Subvenção-CDE-NF 021882132-28/08/16
ICMS Subvenção-CDE-NF 02578408 26/07/16
PRÓ-CRAN, M-0811341-2880 0000 0119

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
282.0000000	0,75292609	212,29
		20,26
		8,88
		1,81
		1,73
		0,00

TOTAL DA FATURA

245.82

AP.DD MEDIDOR 311001210	TIPO DA PUNÇÃO CAT	ANTERIOR DATA: 27/06/2014	LEITURA 17.560,00	ATUAL DATA: 26/06/2014	LEITURA 17.563,00	M² DES 0,00	CONSTANTE	AUMENTO	CONSUMO (m³)
								1,00000	30,00

Industria pone de acuerdo con 777 miles de personas que viven en una situación de vulnerabilidad social. "Hay miles de miles de familias a las que sigue el apoyo de la industria", dice el presidente de la Federación Industrial de la República, Mario Moreno. Pero, al parecer, no todo es así. "O Cárbo es considerado que es un gran productor individual en su sector, pero, más allá de su propia actividad, es un gran productor social", sostiene el presidente de la Federación Industrial de la República, Mario Moreno. "O Cárbo es considerado que es un gran productor individual en su sector, pero, más allá de su propia actividad, es un gran productor social", sostiene el presidente de la Federación Industrial de la República, Mario Moreno.

—ATENÇÃO! A CELSI INFORMA QUE HORA PODEMOS SER COLOCADOS

CONTRIBUIÇÃO ÀS FAIXAS DE INVESTIMENTO					
Versão	Diárias	Vias	Versão	Diárias	Vias
DISCONTINUA	3560013	356132	DISCONTINUA	3560013	356132

As considerações

En tanto que el sector público es más pequeño, el incremento en el gasto público es menor, lo que implica que el crecimiento económico es menor.

PERIOD	VALUATION	LAST	LAST	LAST	LAST
12 months	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00

www.jbm.com

EXCELSIOR SEGUROS
30 NOV. 2018
SEGURO DPVAT