

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 Dorquim de Andrade Amorim inscrito (a) no CPF sob o Nº 046.831.154/84 do sinistro de DPVAT cobertura Invalididez da Vítima Dorquim 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>Rua</u>
Bairro	<u>IPSEP</u>	Cidade	<u>Petra Valhada</u>	Estado	<u>PE</u>	CEP
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 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)
Deozio Pereira Lima, nº 498,
complemento Vara, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Darqivem 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: 9C2KC1620ARO26925
Data do Acidente: 04/04/18
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. Emol - R\$ 3,30. TSNR - R\$ 0,80, FERC - 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: 157.93.384-79

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: 3180/564565	CPF da vítima: 046.831.154-84	Nome completo da vítima: 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	CPF: 046.831.154-84	
Profissão: Agricultor	Endereço: Deosio Pereira Lima	Número: 498
Bairro: Alto da Conceição	Cidade: Itaúna	Complemento: Fazenda
E-mail:	Estado: PE	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).

DADOS CADASTRAIS:

☒ 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** **2**

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO 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.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: _____	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____	
Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos: _____
Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Estou ciente de que a Seguradora 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 na vítima ou beneficiário de acidente:

Local e Data: **Itaúna 24-12-2018**

Nome: _____

CPF: _____

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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

26 DEZ. 2018

SEGURO DPVAT



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

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

Nº: 33.

Data: 07.05.18. Hora: 09:25.
Nome: Dargivan de Andreade Amorim
Nascimento: 14.01.83 Sexo: M. Estado Civil: U. Estável
Escolaridade: Em rede. Profissão: Tec. Informática
Mãe: Responsável: Bombeiros.
Endereço: R. Dezio Pereira Sim. 498.
Bairro: A. Conceição Município: Ita. IP. Fone: 9.3831.4913.
Cartão SUS: RG/CPF: 6837563.
Raça/Cor: ☐ Branca ☐ Preta ☐ Parda ☐ Amarela ☐ Indígena

PA: Pulso: HGT: Temperatura: Peso:
História e Exame Físico:
Paciente vítima de acidente
de moto com fratura fêmur
direita. Glebas IS.

EXCELSIOR SEGUROS
30 NOV. 2018
SEGURO DPVAT

Tratamento:

SRL 5000
Dif. vert. TAD e 666H
Bx colun. lateral
Bx colun. costal
Bx Perine @.

Hipótese Diagnóstica:

Tala corpo de fratura.

Carimbo e Assinatura:

Fratura fêmur direita.

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



Hospital São Vicente

Data do Atendimento:	07/04/2018	Nº Registro:	000154707
Identificação do Paciente:	DORGIVANN DE ANDRADE AMORIM		Apart. Luxo 105 105
Data Nascimento:	14/01/1983	Idade:	35
Estado Civil:	Divorciado(a)	Sexo:	Masculino
Filiação: Pai:	DORIVAL BOMFIM AMORIM	Cor:	Branca
		Profissão:	TEC EM INFORMÁTICA
		Naturalidade:	SERRA TALHADA
		Nacionalidade:	Brasileiro
		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:	

ANAMNESE E EXAME FÍSICO	<i>Processo patológico MID, diferenciado de processamento para D. Calve, de mobilidade funcional e hipertensão funcional MID</i>
Diagnóstico Inicial	<i>Exatidão sobre processo</i>

S.A.D.T	
Diagnóstico Final	

EXCELSIOR SEGUROS
30 NOV. 2018
SEGURO DPVAT

CONDIÇÃO DE ALTA	MOTIVO DA ALTA
Melhorada []	Decisão Médica []
Inalterado []	Alta a Pedido []
Piorado []	Transferência []
Óbito+48h []	Evasão []
Óbito-48h []	Indisciplina []
Óbito em: / /	
Hora: / /	

Data do Internamento: *07/04/18*

Data da Alta: / /

Local: / /

Antônio Rodrigues
Tratamto Ortopedia
CRM 7357 CP 3000003-25
Médico Responsável

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

Doi Juan Lin após ser visto no

Posição supulgar MID, de base dorsal
de base dorsal MID. Edema
dos ligamentos presentes
superfície de base dorsal MID

FRATURA OSSOS TALA D

Redução eficaz e
fixação externa

[Assinatura]

Antônio Rodrigues
Traumato Ortopedia
CRM 7351 CP: 06000 0000



Cirurgia Realizada:

Nº Procedimento:

Data: 08/04/18

Início:

Término:

Cirurgião:

1º Auxiliar:

2º Auxiliar:

Anestesista:

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Subscapular - Approach MID
+ Incisão 5 cm lateral ao ombro
Corte Alar, fêmur, skelto alveo e
Alfossente usamos:
01 faceta de corpo fêmur
01 fixador externo transcutâneo
superior
Realização de
Desenho


Antônio Rodrigues
Traumato Ortopedia
CRM 121.121-1/2018

Assinatura do Cirurgião

EXCELSIOR SEGUROS

30 NOV. 2018

SEGURO DPVAT



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	2 - CNES
HOSPITAL SÃO VICENTE	2351633
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	4 - CNES
HOSPITAL SÃO VICENTE	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		DDD 13 - TELEFONE DE CONTATO	
15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA SERRA TALHADA		16 - COD. IBGE MUNICÍPIO	17 - UF 18 - CEP PE 56903-280

- JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

19 - HISTÓRIA CLÍNICA / EXAME FÍSICO		JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO	
<p>Acidente de trânsito com lesão no membro superior direito, com fratura de rádio e ulna, com uso de fixação cirúrgica. Paciente em uso de analgésicos e fisioterapia.</p>		<p>Acidente de trânsito com lesão no membro superior direito, com fratura de rádio e ulna, com uso de fixação cirúrgica. Paciente em uso de analgésicos e fisioterapia.</p>	
20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)		<p>Exames realizados: RPA, RPE, RPF.</p>	
21 - DIAGNÓSTICO INICIAL	22 - CID. 10 PRINCIPAL		
Fratura de rádio e ulna	S829		
23 - DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO	24 - CID. 10 SECUNDÁRIO	25 - CID. 10 CAUSAS ASSOCIADAS	

PROCEDIMIENTO SOLICITADO

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Distúrbios de Fala</i>		27 - COD. DO PROCEDIMENTO <i>0408050500</i>	
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
203 - TRAUMA - MASCULINO <i>Antonio Rodrigues de Freitas</i>			
32 - ASS. ESTAB. DO SOLICITANTE/ASSISTENTE <i>CRM 7351</i> <i>CPF: 066.552.003-25</i>	33 - DATA DA SOLICITAÇÃO <i>07/05/2018</i>	34 - ASSINATURA E CARIMBO (DIRETOR MÉDICO) <i>Maurício Pereira Pereira</i> <i>CPF: 030.473.884-41</i> <i>CRM: 18278</i>	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

35 - [] ACIDENTE DE TRÂNSITO	36 - [] ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO	37 - [] 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					
[] EMPREGADO	[] EMPREGADOR	[] AUTÔNOMO	[] DESEMPREGADO	[] APOSENTADO	[] NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

AUTORIZAÇÃO	
45 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO AUTORIZADO	46 - COD. ORGÃO EMISSOR
47 - DOCUMENTO	48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
1] CNS] CPF	<div style="text-align: center;">  Dr. Pereira de Andrade Melo ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) CPF: 153.272.214-15 CRM: 8603 Médico Autorizador XI-GERES </div>
49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	50 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)
1 / /	

EXCELSIOR SEGUROS
30 NOV. 2018
SEGURO DPVAT

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

SEXO:

Masculino

NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL:

CRISTIANE DE ANDRADE AMORIN

TELEFONE DE CONTATO:

ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO):

DEOZIO P. LINS, 498,

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

Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:

COD. ÓRGÃO EMISSOR:

ESCLARECIMENTOS

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/Estabeleciment	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/CENTR AL 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:

ANAMNESE E EXAME FÍSICO

Lesões peribulbares e periorbitais com presença de fraturas e traumas presentes. Necessitando de tratamento cirúrgico imediato.

Diagnóstico Inicial

TRAUM. OSSOS FOMAS D

S.A.D.T

Diagnóstico Final

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"/>

Data do Internamento:

7.5.18

Data da Alta:

01.05.18

Local:

Antônio Rodrigues de Freitas

CRM 7351

CPF: 066.552.003-25

Médico Responsável

Óbito em: ____/____/____

Hora: ____:____:____

Cirurgia Realizada:

Nº do Procedimento:

Osteossintese Tíbia D

Data: 09/05/18

Início:

Término:

Cirurgião: Raulo

1º Auxiliar:

2º Auxiliar:

Anestesista: Clóvis

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Abertura da pele
e Tumor, Manipulação
Foco fratura Reducido e
fixação com Placas
e Parafusos
Ressecção
Recetivo

EXCELSIOR SEGUROS

30 NOV. 2018

SEGURO DPVAT

Antônio Rodrigues de Freitas

CRM 7351

CPE 066.552.003-25

Assinatura do Cirurgião

9.4507-8419

3531-4913



HOSPAM
HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR
AGAMENON MAGALHÃES

HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGA ^{cidadao} NON MAGALHÃES
Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Serra Talhada

Nome: DORGIVAN DE ANDRADE ANDRIM

ND. fraturas ossos, perna e
e fixador

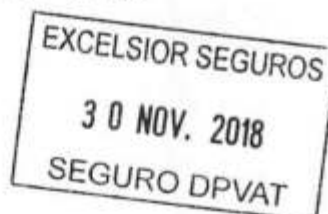
Solicito:

Tratamento cirúrgico

- ① Dose - Lívrea 1º SNO
 - ② Difusão 500 VD. 2º SNO
 - ③ Sól. e exames: Hemograma, PAE, urea, glicose e Creatinina
 - ④ SSVV + periodicidade
- Solicitado 04-05
realizado 08/05/18
Cêntu

Data: 25/04/18

Antônio Carlos
Reis
Médico - CRM



EC-7

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO PERNAMBUCO

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE IDENTIFICACAO CIVIL

CARTERA DE IDENTIDADE

Argemir de Andrade Amorim




EXCELSIOR SEGUROS

30 NOV. 2018

SEGURO DPVAT

VALIDA EM TODO O TERRITORIO NACIONAL

6.837.563

21/05/2013

ARRESTO
CERAM

NOME

<< DORGIVAN DE ANDRADE AMORIM >>

EXTRATO

<< DORGIVAL BOMFIM AMORIM >>

<< CRISTINA DE ANDRADE AMORIM >>

NATURALIZACAO

GARANHUNS - PE

DATA DE NASCIMENTO

14/01/1983

DOC. ORIGEM

<< CC 9276 L.78-B F.175 CART. GARANHUNS-PE 25.07.2001 >>

CNPJ

046.831.154-84

Bel. Jandir de S. Gomes Leão

Presidente do ITC

LEI Nº 7.116 DE 29-08-83

F-55 52.884 - 3031

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

DY 30549179 0 BR

FC0028738



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

Sua Deocio Pereira Lima, nº 498

complemento Casa, Bairro Alto da Encicção, 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

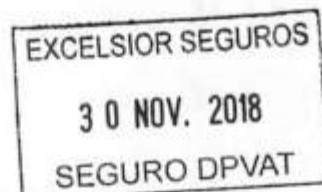
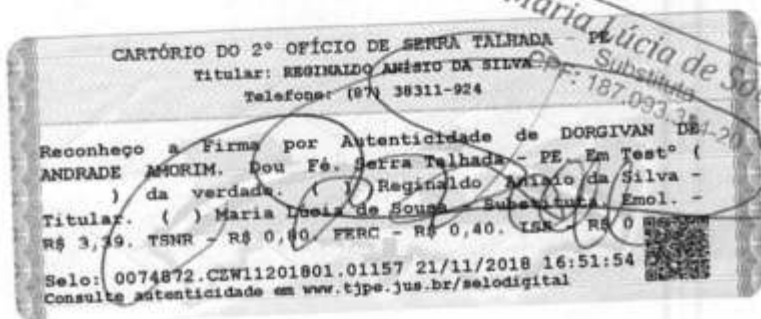
complemento Casa, Bairro IPSEP, cidade

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



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



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:

Nome completo da vítima:

046.831.154-84 Dorcilan 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:

Bairro:

E-mail:

Endereço:

Cidade:

Estado:

CPF:

Número:

Complemento:

CEP:

Tel.(DDD):

87-9634-4907

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:

63404

2

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO 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:

Nome:

CPF:

Serra Talhada 22-11-2018

TESTEMUNHAS

1ª | Nome:

CPF:

2ª | Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura

Assinatura

EXCELSIOR SEGUROS
30 NOV. 2018
SEGURO DPVAT

(*) 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 (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE AILTON DA SILVA JUNIOR**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 TITAN MIX** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **KGA9894** (PERNAMBUCO/SERRA TALHADA) Renavam: **200530632** Chassi: **9C2KC1620AR026525**

Ano Fabricação/Modelo: **2010/2010** Combustível: **ALCO/GASOL**

Descrição: **VEÍCULO LICENCIADO EM NOME DE JOSE AILTON DA SILVA JUNIOR, CPF Nº 016.407.864-90**

Complemento / Observação

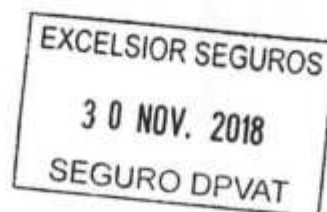
COMPARECERAM A ESTA DEPOL OS INDIVÍDUOS ACIMA QUALIFICADOS PARA COMUNICAREM O ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO NO QUAL SE ENVOLVERAM; SEGUNDO RELATARAM, JOSE AILTON TERIA IDO BUSCAR DORGIVAN NO TRABALHO NA MOTOCICLETA ACIMA DESCRITA E QUANDO RETORNAVAM, POR VOLTA DAS 9H DA MANHÃ, UM VEÍCULO QUE VINHA NA FRENTE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



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:

Endereço:

CPF:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

Estado:

CEP:

Tel.(DDD):

E-mail:

84-9634-4904

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

2

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO 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:

Nome:

CPF:

Serra Talhada 22-11-2018

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

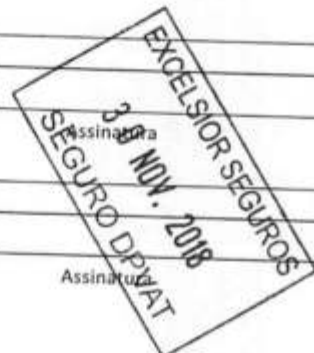
TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

2ª Nome:

CPF:



(*) 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 Celv BMA/DOC/GB

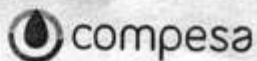
ANDRÉ PEREIRA DA SILVA
MAT. 920435-3
RG. 2792012-7



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.

Carlos Roberto de Souza Júnior
CAP QOC/BM 111.707432-5



CNPJ 09.769.035/0001-64
INSC. EST. Nº 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		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 (AVE) 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.	ATENDEN A LEGIS
TURBIDEZ	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	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
PS	122,48	1,65	2,02
COPAC	122,48	7,60	9,31

VENCIMENTO: 05/09/2018

TOTAL A PAGAR: 124,70

MENSAGEM:



Terço Social de Energia Elétrica Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02
Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902
ICNPJ 10.835.832/0001-08 | Insc. Est. 0003943-03 | www.celpe.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
56912-130

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
Monofásico

033326249 UNICA 25/09/2018

25/09/2018 2000130266 3072821

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

Consumo Ativo (kWh)	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	282,0000000	0,75292609	212,29
Acrescimo Bandeira VERMELHA			20,35
Centro Ilum. Pública Municipal			8,88
ICMS Subvenção-CDE-NF 021882132-26/09/18			1,81
ICMS Subvenção-CDE-NF 025726409-26/07/18			1,73
PRO-CRIANÇA (0813412-8680 08/03 031 8989)			0,80

TOTAL DA FATURA

245,82

IP DO MEDIDOR	TIPO DA PONTAÇÃO	DATA	ANTERIOR	ATUAL	IP DO	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
3812218219	CAT	27/09/2018	17 381,00	17 543,00	28	1,0000		282,00

DATA	VALOR	%	VALOR	VALOR	%
SET 18	282		282,00	100,00	
AGO 18	282		282,00	100,00	
JUL 18	282		282,00	100,00	
JUN 18	282		282,00	100,00	
MAY 18	282		282,00	100,00	
ABR 18	282		282,00	100,00	
MAR 18	282		282,00	100,00	
FEB 18	282		282,00	100,00	
JAN 18	282		282,00	100,00	
DEZ 17	282		282,00	100,00	
NOV 17	282		282,00	100,00	
OCT 17	282		282,00	100,00	
SET 17	282		282,00	100,00	

BOLSA 17417 P 282 R\$ 212,29 27/09 08/03 031 8989

Informação sobre o serviço de energia elétrica: A Companhia Energética de Pernambuco (CELPE) é a responsável pela distribuição de energia elétrica no Estado de Pernambuco. O cliente deve pagar a conta de energia elétrica no prazo estabelecido para evitar a suspensão do fornecimento de energia elétrica. A suspensão do fornecimento de energia elétrica pode ocorrer em caso de inadimplência ou em caso de necessidade de manutenção de rede. A suspensão do fornecimento de energia elétrica pode ser cancelada a qualquer momento, desde que o cliente esteja em dia com o pagamento da conta de energia elétrica.

ATENÇÃO: CELPE INFORMA QUE NÃO POSSUI CONTAS EM ATRASO					
Consulte o valor pago e o valor devido em sua conta de energia elétrica.					
Valor	De	Para	Valor	De	Para
Conta	01/09/18	30/09/18	245,82	01/10/18	30/10/18

Valor	De	Para	Valor	De	Para
Conta	01/09/18	30/09/18	245,82	01/10/18	30/10/18

EXCELSIOR SEGUROS
30 NOV. 2018
SEGURO DPVAT