



Número: **0000369-74.2022.8.17.2620**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Floresta**

Última distribuição : **12/05/2022**

Valor da causa: **R\$ 10.968,75**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JAMISON DA SILVA SA (AUTOR)		EVANDERSON LUIZ NUNES GOMES (ADVOGADO(A))	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)		ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR (ADVOGADO(A))	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
12760 0701	10/03/2023 09:51	ANEXO 2	Ações processuais\Documento de Comprovação

BANCO BRADESCO S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: Doc - Transferencia para conta em outro banco

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 1234 CONTA: 12345

DATA DA TRANSFERENCIA: 20/10/2020

NUMERO DO DOCUMENTO: 320036029901

VALOR TOTAL: 2.531,25

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JAMISON DA SILVA SA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 06039

CONTA: 000000011485

Número da Autenticação





Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

NOTA FISCAL - FATURA - BOMBA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0905943-91 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
JAMISSON DA SILVA SA SA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
FZ LAJES 3583

CPF 114.379.544-05

AIRI - REGIÃO DO AIRI/AIRI
FLORESTA PE
56400-000

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Trafisco

CONTADOR	7028502637	DATA	03/2020
DATA DE INÍCIO	27/03/2020	DATA DE FIM	22/04/2020
TOTAL A PAGAR		78,89	

NUMERAÇÃO	SÉRIE	EMISSÃO
101589298	UNICA	20/03/2020
NUMERAÇÃO	Nº DO CONTRATO	Nº DE IDENTIFICAÇÃO
20032020	2015918894	8483449

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Abc(Wh)-TUSD	100,0000000	0,43137198	43,13
Consumo Abc(Wh)-TE	100,0000000	0,36280179	36,28
Contrib. Ium. Pública Municipal			2,33
Compensação OMC 01/20			-2,85
TOTAL DA FATURA			78,89

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
3171488845	CAT	186370200	3748,00	30/03/2020	3774,00	30	1,00000
3171488845	ORT	186370200	1588,00	30/03/2020	1508,00	30	1,00000

HISTÓRICO DE CONSUMO

MAR 20	100	<input type="checkbox"/>
FEV 20	100	<input type="checkbox"/>
JAN 20	100	<input type="checkbox"/>
DEZ 19	111	<input type="checkbox"/>
NOV 19	111	<input type="checkbox"/>
OUT 19	100	<input type="checkbox"/>
SET 19	100	<input type="checkbox"/>
AUG 19	100	<input type="checkbox"/>

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPORTE
ICMS	78,41	25,00
PIS	78,41	1,04
COFINS	78,41	4,79

Faturado pelo sistema de taxa - Custo de Distribuição Artigo 9º, Resolução ANEEL 414/2010

TABELAS APLICÁVEIS

Custo de Distribuição TUSD	0,43137198
Custo de Distribuição TE	0,36280179





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

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

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

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

Pelo exposto, eu Rosana do Nerezes Silva Cavalcante
inscrito (a) no CPF/CNPJ 051.394.794 / 25, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Jamison da Silva Sá inscrito (a) no CPF sob o Nº 114.379.544 / 05
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Jamison da Silva Sá
inscrito (a) no CPF sob o Nº 114.379.544 / 05, conforme determinação da Circular Susep 445/12:
Declaro Profissão: Recusou Renda: Recusou 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>Rua Francisco Otavo</u>	Número: <u>110</u>	Complemento: <u>casa</u>
Bairro: <u>IPSCD</u>	Cidade: <u>Serra Talhada</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail:	CEP: <u>56913-130</u>	Tel.(DDD):

Local e Data: Serra Talhada 14.07.2020

Rosana do Nerezes Silva Cavalcante
Assinatura do Declarante
Cavalcante

DLDR.L001 V001/2017



BOLETIM DE EMERGÊNCIA

Nº _____

DATA: 05/04/20		HORA: 03:26		CARTÃO SUS:	
NOME: JANISON DA SILVA SA					
DATA NASCIMENTO: 25/12/84		IDADE:	SEXO:	ESTADO CIVIL:	PROFISSÃO: Agricultor
MÃE: M ^{re} DE LURDES DA SILVA					
PAI: JOÃO MANOEL SA					
ENDEREÇO: ASSENTAMENTO TERRA NOVA I				BAIRRO:	
MUNICÍPIO: Floresta		FONE:	CPF:	RG:	
RAÇA/COR:	BRANCA	PRETA	PARDA	AMARELA	INDÍGENA
P.A:	PULSO:	HGT:	TEMP:	PESO:	
CURATIVO	APLICAÇÃO MEDICAMENTO	RX	IMOBILIZAÇÃO	ECG	SUTURA
VÍTIMA DE ACIDENTE:		<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	ASSINATURA PACIENTE OU RESPONSÁVEL	
MORDIDA DE ANIMAIS:		<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	X	
HISTÓRIA E EXAME FÍSICO: Pac, 35a, politraumatizado por queda de motocicleta ocorrida por volta das 22h (a sendo trazido às 3:30h para assistência, com suas ações pérvias (sem no color carical) + reg erentores; PA: 130x80 FC: 92p. SatO ₂ : 97% (a-a) HGT: 130 (pa-62); Glasgow V, pupilas reacionais fotorreativas hem difusos; testes de continuidade múltiplos (sangramento descuidado e MSD, com hemal de de					
TRATAMENTO: mudança énea em nível do útero distal (D). 1- Telas Carical + Telas girada em MSD. 2- SBF 1000w EV, 10ml/min 3- Tenaxi com (20mg) OI RA + AD, EV, no manito 4- Decadron (4mg/ml) OI cap, IM, no manito 4- RX MSD (debaço / otoscler)					
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:			CARIMBO E ASSINATURA: Márcia do Socorro A. da Nóbrega Lda Médico CRM - PE 22459		
DESTINO DO PACIENTE:	INTERNADO	RESIDÊNCIA	TRANSFERIDO	EVASÃO	

EMOVIDO PARA HOSPITAL:

HORA: SENHA:





Prefeitura Municipal de Floresta
Com o povo, construindo um novo tempo.

Hospital Cel. Álvaro Ferraz

Secretaria Municipal de Saúde
Sistema Único de Saúde

Jameson da Silva Sá

Paciente, 35 anos, politraumatizado por queda de motocicleta ocorrida por volta das 22h (sic), sendo trazido às 3:30h para assistência, com duas áreas pérvias (em um coto cervical 1ª respiração espontânea; PA: 130x80 FC: 92 bpm Sat. O₂: 97% (a.a.) HGT: 130 (por 4h); Glasgow 15, pupilas isocóricas fotorreativas, sem déficits focais, sob efeito de álcool; lesões de continuidade múltiplas (antebraço). e MSD com sinal de fístula em alveo de incisivo dental, imobilizado

Soluto avaliação da ortopedia. UR5: RX trauma coto fístula alveo
plaxoral, oxibut + busco
da Injeção - PE acromioclavicular
E

End: Hospital Regional Emília Câmara Afogados da Ilhéus - PE
Senha: 5317169

05/04/2020

Marcus Vinícius T. Dias
Médico
CRM - PE 22490

Rua Alcina Torres de Araújo, s/n - Fone: (87) 3877.1192 - Centro - Floresta - PE

TODAS AS ATIVIDADES SÃO REGISTRADAS EM SISTEMA DE INFORMAÇÃO



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde
 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: HOSPITAL SÃO VICENTE
 2 - CNES: 2 | 3 | 5 | 1 | 6 | 3
 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: HOSPITAL SÃO VICENTE
 4 - CNES: 2 | 3 | 5 | 1 | 6 | 3

Identificação do Paciente
 5 - NOME DO PACIENTE: JAMISON DA SILVA SÁ
 6 - Nº DO PRONTUÁRIO: 00243728
 7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 7 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 1 | 3 | 8 | 0 | 6 | 8 | 9 | 0 | 6
 8 - DATA DE NASCIMENTO: 21 / 12 / 1984
 9 - SEXO: Masc Fem
 10 - RAÇA/COR: PARDO
 11 - NOME DA MÃE: MARIA DE LOURDES DA SILVA
 12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE: 8 | 7 | 9 | 8 | 2 | 1 | 9 | 8 | 8
 13 - NOME DO RESPONSÁVEL:
 14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE:
 15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): FAZENDA LAJES
 16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: FLORESTA
 17 - COD. IBGE MUNICÍPIO: PE 5640000
 18 - UF: PE
 19 - CEP: 5640000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO
 20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: *Positivo para tuberculose MSU, debr-
 midades necessitadas de internação
 D. Eduse, abere e supotese
 fungos MSU*
 21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: *Necessidade de internação*

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): *As tuberculose D. APPEL*
 23 - DIAGNÓSTICO INICIAL: *Função de tuberculose*
 24 - CID 10 PRINCIPAL:
 25 - CID 10 SECUNDÁRIO:
 26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:
 27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: **PROCEDIMENTO SOLICITADO**
 28 - CLÍNICA: *Neftalentes*
 29 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO:
 30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: 0408020418
 31 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE ASSISTENTE: *Freitas*
 32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE ASSISTENTE:
 33 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE ASSISTENTE:
 34 - DATA DA SOLICITAÇÃO:
 35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO):
 36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO
 37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO
 38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO
 39 - CNPJ DA SEGURADORA:
 40 - Nº DO BILHETE:
 41 - SÉRIE:
 42 - CNPJ EMPRESA:
 43 - CNAE DA EMPRESA:
 44 - CBOR:
 45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:
 () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO
 46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: *Ilo Pereira de Andrada M...*
 47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR:
 48 - DOCUMENTO:
 49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:
 50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:
 51 - ASSINATURA E CARIMBO: *27/03/2023 10:08:59
 Médico Autorizador
 XI GERES*
 52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: *262010489145-9
 12
 2210489145-9*



GUIA DE TRANSFERÊNCIA

Identificação do Estabelecimento

NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: HOSPITAL REGIONAL EMILIA CAMARA - AFOGADOS DA INGAZEIRA	DATA DA SOLICITAÇÃO: 22/04/20 08:36
MÉDICO SOLICITANTE: JAIFLAVIO JAIME LIMA	Nº SOLICITAÇÃO: 698399

Identificação do Paciente

NOME DO PACIENTE: JAMISON DA SILVA SA	Nº DO PRONTUÁRIO:			
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 700003138068906	DATA DE NASCIMENTO: 21/12/1984	SEXO: MASCULINO		
NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: MARIA DE LOURDES DA SILVA	TELEFONE DE CONTATO: 87996386834			
ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): SÍTIO ASSENTAMENTO TERRA NOVA, RURAL	MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: FLORESTA	CÓD. IBGE MUNICÍPIO: 2805707,00	UF: PE	CEP: 56400000

Dados sobre o Transporte

MEIO DE TRANSPORTE: AMBULANCIA	DATA DE EMISSÃO: 22/04/20 09:58
OBSERVAÇÃO:	
OBSERVAÇÃO EXECUTANTE:	

Regulador

MÉDICO REGULADOR: EDVALDO RODRIGUES DA CUNHA CAVALCANTI FILHO	ESPECIALIDADE: ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA
TIPO LEITO: CIRURGICO	

Executante

ESTABELECIMENTO: CASA DE SAUDE SAO VICENTE - SERRA TALHADA	DATA DE AUTORIZAÇÃO: 22/04/20 09:47
MÉDICO AUTORIZADOR:	





Registro: 45073 Nome: JAMISON DA SILVA SA Data de nasc.: 21/12/84
Médico solíc.: A HREC CRM: 2012

Data do atend.: 05/04/2020 Hora: 13:25

CONSULTA ORTOPÉDICA

Anamnese Médica / Evolução Clínica:

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTO HÁ 1 DIA EVOLUINDO COM DOR EM COTOVELO DIREITO E OMBRO ESQUERDO. NEGA VÔMITOS. NÃO SABE INFORMAR SOBRE SÍNCOPEs.

Exame Físico:

BE CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNÉICO, AAA
DOR A PALPAÇÃO/MANIPULAÇÃO DE ULNA PROXIMAL DIREITA E ARTICULAÇÃO ACROMIO CLAVICULAR ESQUERDA
ADM DIMINUÍDA
NRV PRESERVADO

Resultados de Exames:

RX> FRATURA ULNA PROXIMAL DIREITA E LAC GRAU II A ESQUERDA

Conduta:

INTERNO
LMC NO CC + FIXAÇÃO INTERNA

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

S520 FRATURA DA EXTREMIDADE SUPERIOR DO CÚBITO [ULNA] | COTOVELO SOE| EPÍFISE PROXIMAL| FRATURA-LUXAÇÃO DE MONTEGGIA| OLÉCRANO| PROCESSO CORONÓIDE

Óbito: Não

Dr. EUGENIO PERICLES MUNIZ FERREIRA
CRM: 20410





PERNAMBUCO



RELATÓRIO MÉDICO

Nome: JAMISON DA SILVA SA
Data: 06/04/2020

CID: S52.2

HD: FRATURA EXPOSTA DA ULNA DIR

REALIZADA LIMPEZA CIRÚRGICA E OSTEOSÍNTESE COM FIO DE KIRSCHNER INTRAMEDULAR DE URGÊNCIA
NECESSITA DE CIRURGIA ELETIVA PARA OSTEOSÍNTESE DEFINITIVA.

{MÉDICO}
CRM: 15940 Q.L.D.

Francisco Erlândio de Melo Jr.
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 15940

(87) 998219883 zap
87-38771192

Hospital Regional Emília Câmara
Rua Manoel Virgínio Sobrinho, 156 - 238 - Pe. Pedro Pereira - Afogados da Ingazeira/PE - CEP: 56800-000
CNPJ: 10.583.920/0010-24 | Fone: (87) 3838-8868





Hospital São Vicente

Hospital São Vicente

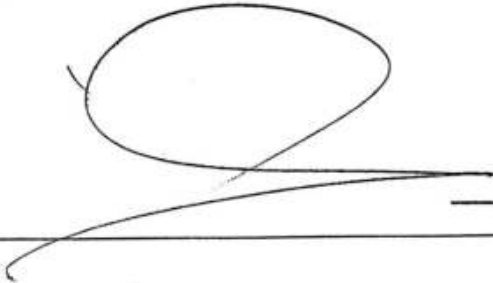
Data Atend: 22/04/2020	Atendimeto: 0035462	Quarto/leito: 202 / 4
Paciente: 00243728 - JAMISON DA SILVA SA		
Data Nasc: 21/12/1984	Idade: 35 Anos	Sexo: Masculino
Estado Civil: Solteiro		
Profissão: AGRICULTOR	Naturalidade: FLORESTA	Nacionalidade: BRASILEIRO
Nome Pai: JOAO MANOEL DE SA		Nome Mãe: MARIA DE LOURDES DA SILVA
Endereço: FAZENDA LAJES, 3583 CASA - ZONA RURAL - FLORESTA - PE		
Telefones: () . / () . / (87) 9982.19883		
Elementos da Ocorrência:		
Acidente de Transito () Acidente de Trabalho () Outros Acidentes () Agressão ()		
Suicídio () Casual () Outros ()		
Nome Acompanhante:		Telefone de Contato: () .
Endereço Acompanhante:		
Local da Ocorrência:		
ANAMNESE E EXAME FISICO: <i>Lesão perfurante USD</i>		
<i>deformidade Artrogênica, perfuração</i>		
<i>da Escala de e perfuração</i>		
<i>Presença de USD</i>		
Diagnostico Inicial: <i>Fr. VELA proximal. (D)</i>		
SADT:		
Diagnostico Final:		
Condição de Alta		
Melhorada <input checked="" type="checkbox"/>	Motivo de Alta	
Inalterado ()	Descição Médica <input checked="" type="checkbox"/>	Data do Internamento: <i>22 / 04 / 20</i>
Piorando ()	Alta a Pedido ()	Data da Alta: <i>24 / 04 / 20</i>
Obito + 48h ()	Transferencia ()	Local: _____
Obito - 48h ()	Evasão ()	
	Indisciplina ()	
Obito em ____ / ____ / ____		
Hora : _____		
		<i>Dr. Eugenio Muniz</i> Ortopedia e Traumatologia Cirurgia do Joelho CRMPE 20164720748330 Medico Responsavel





Hospital São Vicente

Hospital São Vicente

Data Atend: 22/04/2020	Atendimeto: 0035462	Quarto/leito: 202 / 4
Paciente: 00243728 - JAMISON DA SILVA SA		
Cirurgia Realizado: <i>Osteossíntese de fratura ulna proximal com fio K intramedular</i>		N. do Procedimento: <i>0408020415</i>
Data:	Início:	Término
Cirurgião: <i>Dr. André Barreto</i>		
1º Auxiliar: <i>Ricardo</i>		
2º Auxiliar:		
Anestesista: <i>Dr. Hektor Menezes</i>		
DESCRIÇÃO CIRURGICA: <i>1/ Paciente em DDH sob anestesia .</i> <i>2/ Assepsia + antissepsia + aposição campos estereis .</i> <i>3/ Passagem de fio K 3,5 intramedular de proximal pl distal sob fluoroscopia .</i> <i>4/ Retirada de fio K IM previamente posicionado .</i> <i>5/ curativo</i> <i>6/ A SRA</i>		
		 Assinatura do Cirurgião



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
 E TRÁFICO NACIONAL DE DEBENTURAMENTO

NOME: **ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE**

DOC IDENTIDADE / ORG. EMISOR / UF: **6870802 SDR PE**

CPF: **051.394.744-25** DATA NASCIMENTO: **19/08/1983**

PLACIAÇÃO: **ARCENO FERREIRA DA SILVA**
A
MARIA JOSE DE MENEZES
SILVA

Nº REGISTRO: **04935894409** VALIDADE: **08/01/2025** CAT. HAB: **AB** 1ª HABILITAÇÃO: **06/05/2010**

OBSERVAÇÕES:
 A

Assinatura do Portador: *Rosana de M. S. Cavalcante*

LOCAL: **SERRA TALHADA, PE** DATA EMISSÃO: **09/01/2020**

Assinatura do Emissor: *Roberto Cordeiro de Mello Junior*
 Roberto Cordeiro de Mello Junior
 Diretor Presidente

96541934980
 PE096975440

PERNAMBUCO

DEBENTURAMENTO CONTRAN

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1933955697

PROIBIDO PLASTIFICAR
1933955697



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
DENOM. 7.464.274 DATA DE
Emissão 10/08/2018

Nome << JAMISON DA SILVA SÁ >>

Título << JOÃO NANOEL DE SÁ >>

<< MARIA DE LOURDES DA SILVA >>

NATURALIDADE
FLORESTA - PE

DOC original << CN. 12.515 LASS F.32 CART. 21/12/1984 >>

FLORESTA-PE 21/12/2003 >>

CPF 114.379.544-05

Assinatura: *Jamison da Silva Sá*

ASSISTENTE DIRETOR: ALIENADO


LEI Nº 7.116 DE 2006

F-82 59.545 - 3021


REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO JAVANES ROSSI

12R-01



ALCEGAN BRITO



CARTERA DE IDENTIDADE

Jamison da Silva Sá



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200360299 **Cidade:** Floresta **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JAMISON DA SILVA SA **Data do acidente:** 04/04/2020 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/10/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR À ESQUERDA
FRATURA PROXIMAL DA ULNA DIREITA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE K- COTOVELO- PAG 8), DEMAIS TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO E DO COTOVELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO OMBRO ESQUERDO E MODERADO DO COTOVELO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25



Procuração

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

1. Outorgante Jamison da Silva Sá
portador(a) do documento de identidade nº 7.464.274, expedido por SDS-PE, em
10/08/2018, inscrito no CPF sob o nº 144.378.544-05, residente na
FZ Lays, nº 3583
complemento casa, Bairro Aini, cidade
Floresta, 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.

Floresta 30 de Junho de 2020

Outorgante X Jamison da Silva Sá



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0284348/20
Vítima: JAMISON DA SILVA SA
CPF: 114.379.544-05
CPF de: Próprio
Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A
Data do acidente: 04/04/2020
Titular do CPF: JAMISON DA SILVA SA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE : 051.394.744-25

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

JAMISON DA SILVA SA : 114.379.544-05

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 07/10/2020
Nome: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE
CPF: 051.394.744-25

ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/10/2020
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

RAIANNE SILVA BARBOSA



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200360299 **Cidade:** Floresta **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JAMISON DA SILVA SA **Data do acidente:** 04/04/2020 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/10/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR À ESQUERDA
FRATURA PROXIMAL DA ULNA DIREITA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE K- COTOVELO- PAG 8), DEMAIS TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO E DO COTOVELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO OMBRO ESQUERDO E MODERADO DO COTOVELO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25





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, 22 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200360299

Vítima: JAMISON DA SILVA SA

Data do Acidente: 04/04/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JAMISON DA SILVA SA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros
25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos
25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: **JAMISON DA SILVA SA**

Valor: **R\$ 2.531,25**

Banco: **237**

Agência: **000006039-9**

Conta: **0000011485-5**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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.





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: _____ 3 - CPF da vítima: 114.379.544-05 4 - Nome completo da vítima: Jamison da Silva Sá

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

5 - Nome completo: Jamison da Silva Sá 6 - CPF: 114.379.544-05

7 - Profissão: Agricultor 8 - Endereço: FZ Lopez 9 - Número: 3583 10 - Complemento: CASA

11 - Bairro: Aini 12 - Cidade: Floresta 13 - Estado: PE 14 - CEP: 56400-000

15 - E-mail: _____ 16 - Tel (DDD): (81) 9634-4907

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: _____ 18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Bradesco (237) Itaú (341) Nome do BANCO: Bradesco
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ AGÊNCIA: 6039 9 CONTA: 11485 5

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

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nosciturado (ou nozeturado)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/ovos vivos? Sim Não

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

34 - _____ 35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) _____

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) _____

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo) _____

38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha _____

39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha _____

40 - Local e Data, Senna Talhada 14.07.2020

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

Jamison da Silva Sá
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Romão de Sá
43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DINTER2 - 22ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLICIA CIVIL - FLORESTA

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E0053000776**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **05/10/2020 às 14:47**

Complementa o BO Número: **20E0053000418**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado), que aconteceu no dia **4/4/2020 às 10:00**

Fato ocorrido no endereço: **ESTRADA QUE LIGA FLORESTA A CARNAUBEIRA DA PENHA, 01 -**
Bairro: **ZONA RURAL - FLORESTA/PERNAMBUCO/BRASIL - CEP: 56400-000**
Local do Fato **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

INEXISTENTE (AUTOR / AGENTE)
MIGUEL ADRIANO DE SOUZA (OUTRO)
JAMISON DA SILVA SA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): JAMISON DA SILVA SA

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

INEXISTENTE - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: .

JAMISON DA SILVA SA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA DE LOURDES DA SILVA Pai: JOAO MANOEL DE SA Data de Nascimento: 21/12/1984 Naturalidade: FLORESTA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 7464274/SDS/PE (RG), 11437954405 (CPF) Profissão: AGRICULTOR(A) Residencial: ASSENTAMENTO TERRA NOVA I - FLORESTA/PERNAMBUCO/BRASIL Próximo a: MUNICIPIO DE FLORESTA (BAIRRO), - CEP: 0 - Bairro: ZONA RURAL - FLORESTA/PERNAMBUCO/BRASIL

MIGUEL ADRIANO DE SOUZA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **MIGUEL ADRIANO DE SOUZA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JAMISON DA SILVA SA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125 TITAN KS** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERDE** - Quantidade: **1,0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa **K110706**, PERNAMBUCO/BELEM DE SAO FRANCISCO) Renavam: **762237660** Chassi: **9C2JC30101R146991**

05/10/2020 14:5



Ano Fabricação/Modelo: **2001/2001** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DELEGACIA DE POLICIA CIVIL O SR. JAMISON, INFORMANDO TER SIDO VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO. QUE ENQUANTO PILOTAVA A MOTOCICLETA CITADA, ATRAVESSOU UMA VACA NA VIA; QUE, NÃO CONSUINDO DESVIAR, COLIDIU COM O ANIMAL. DO ACIDENTE A VÍTIMA SOFREU LESÕES (CONFORME CONSTA NO BOLETIM DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL DO HOSPITAL LOCAL).

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

JAMISON DA SILVA SA
(VÍTIMA)

B.O. registrado por: **RAPHAEL DE SOUSA FEITOSA** - Matrícula: **3998347**
(Liberado em 05/10/2020 às 14:51)



05/10/2020 14:54





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DINTER2 - 22ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL - FLORESTA

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E0053000418**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **30/06/2020** às **13:51**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **5/4/2020** às **00:00**

Fato ocorrido no endereço: **PE-425 - FLORESTA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE FLORESTA (BAIRRO), 1 - Bairro: ZONA RURAL DE FLORESTA - FLORESTA/PERNAMBUCO /BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

INEXISTENTE (AUTOR \ AGENTE)
MIGUEL ADRIANO DE SOUZA (OUTRO)
JAMISON DA SILVA SÁ (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **JAMISON DA SILVA SÁ**

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

INEXISTENTE - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -

JAMISON DA SILVA SÁ (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA DE LOURDES DA SILVA** Pai: **JOAO MANOEL DE SA** Data de Nascimento: **21/12/1984** Naturalidade: **FLORESTA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **7464274/SDS/PE (RG), 11437954405 (CPF)** Profissão: **AGRICULTOR(A)**
Residencial: **ASSENTAMENTO TERRA NOVA I - FLORESTA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE FLORESTA (BAIRRO), - CEP: 0 - Bairro: ZONA RURAL DE FLORESTA - FLORESTA/PERNAMBUCO/BRASIL**

MIGUEL ADRIANO DE SOUZA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **MIGUEL ADRIANO DE SOUZA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JAMISON DA SILVA SÁ**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125 TITAN KS** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERDE** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**



Placa: **K110706** (PERNAMBUCO/BELEM DE SAO FRANCISCO) Renavam: **762237660** Chassi: **9C2JC30101R146991**
Ano Fabricação/Modelo: **2001/2001** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DELEGACIA DE POLICIA CIVIL O SR. JAMISON, INFORMANDO TER SIDO VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO. QUE ENQUANTO PILOTAVA A MOTOCICLETA CITADA, ATRAVESSOU UMA VACA NA VIA; QUE, NÃO CONSEGUINDO DESVIAR, COLIDIU COM O ANIMAL. DO ACIDENTE A VÍTIMA SOFREU LESÕES (CONFORME CONSTA NO BOLETIM DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL DO HOSPITAL LOCAL).

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

JAMISON DA SILVA SÁ
(VITIMA)

B.O. registrado por:  **FABIO JOSE SANTANA DE MELO JUNIOR** - Matrícula: **387503-2**





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: _____ 3 - CPF da vítima: 114.379.544-05 4 - Nome completo da vítima: Jamison da Silva Sá

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

5 - Nome completo: Jamison da Silva Sá 6 - CPF: 114.379.544-05

7 - Profissão: Agricultor 8 - Endereço: FZ Lopez 9 - Número: 3583 10 - Complemento: CASA

11 - Bairro: Aini 12 - Cidade: Floresta 13 - Estado: PE 14 - CEP: 56400-000

15 - E-mail: _____ 16 - Tel (DDD): (81) 9634-4907

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: _____

18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
 RECUSO INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
 CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
AGÊNCIA: 6039 9 CONTA: 11485 5

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

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
• Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.
Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.
Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nosciturado (ou nozozor)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/ovos vivos? Sim Não

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

34 - _____
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo): _____

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo): _____

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo): _____

38 - 1ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Senna Talhada 14.07.2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Jamison da Silva Sá

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) _____
43 - Assinatura do Procurador (se houver) Romão de Sá

FPS.001 V002/2019

