

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 DEPARTAMENTO NACIONAL DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITACAO

NOME: ALEXANDRO GOMES DA SILVA
 CPF: 7148173-308 PE
 DATA DE NASCIMENTO: 102.742.414-71 03/08/1989
 FILIAÇÃO: ALEXANDRO GOMES DA SILVA
 MARLENE FRANCISCA DOS SANTOS
 PERMISSÃO: [] CAT. PAB: [] AB: []
 VIGENCIA: 30/12/2021 21/11/2012
 OBSERVAÇÕES: sem observações

LOCAL: OLINDA - PE
 DATA EMISSÃO: 30/12/2016
 ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO: *Alexandro Gomes da Silva*
 ASSINATURA DO EMISSOR: *[Assinatura]*
 68577581815
 FE076995062

VALIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
 1422752504

PROIBIDO PLASTIFICAR
 1422752504

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 DE VAT
 CONTEUDO NÃO VERIFICADO
 06 JUL 2018
 Gente Seguradora S/A
 Av. Rua Barbosa, 715 Lda 5
 Gracás - Recife / PE CEP 52.111-100

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO

VALDEMIr HONORIO DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
2948595 SSP PE

CPF
621.228.354-00

DATA NASCIMENTO
30/01/1970

FILIAÇÃO
**VALDEMIr HONORIO DA SI
LVA
MARIA DA PENHA DO NASC
IMENTO**

PERMISSÃO
00000000000000000000000000000000

ACC
00000000000000000000000000000000

CAT. HAB
B

Nº REGISTRO
05601193700

VALIDADE
28/08/2022

1ª HABILITAÇÃO
11/03/1997

OBSERVAÇÕES
EAR

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
PAULISTA, PE

DATA EMISSÃO
31/08/2017

Charles Andrews Souza Ribeiro
Diretor Presidente

ASSINATURA DO EMISSOR

50981603055
PE081048661

PERNAMBUCO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1483262450

PROIBIDO PLASTIFICAR
1483262450

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTENIDO NÃO VERIFICADO
06 JUL 2018
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 6
Recife - Recife/PE CEP: 52011-040

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO

VALDEMIr HONORIO DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
2948595 SSP PE

CPF
621.228.354-00

DATA NASCIMENTO
30/01/1970

FILIAÇÃO
**VALDEMIr HONORIO DA SI
LVA
MARIA DA PENHA DO NASC
IMENTO**

PERMISSÃO
00000000000000000000

ACC
00000000000000000000

CAT. HAB
B

Nº REGISTRO
05601193700

VALIDADE
28/08/2022

1ª HABILITAÇÃO
11/03/1997

OBSERVAÇÕES
EAR

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
PAULISTA, PE

DATA EMISSÃO
31/08/2017

Charles Andrews Souza Ribeiro
Diretor Presidente

ASSINATURA DO EMISSOR

**50981603055
PE081048661**

PERNAMBUCO

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1483262450

PROIBIDO PLASTIFICAR
1483262450

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTENIDO NÃO VERIFICADO
06 JUL 2018
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 6
Recife - Recife/PE CEP: 52011-040

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITACAO
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITACAO

NOME: ALEXANDRO GOMES DA SILVA
 CPF: 7148173-308 PE
 DATA DE NASCIMENTO: 03/08/1989
 FLACAO: 102-742-414-71
 MARLENE FRANCISCA DOS SANTOS
 JACILANO GOMES DA SILVA
 FAMILIAR: 02
 CAT. PAB: AB
 F. RESIDENTE: 05646507380
 VALOR: 30/12/2021
 DATA DE EMISSAO: 21/11/2012

OBSERVAÇÕES: sem observações

LOCAL: OLINDA - PE
 ASSINATURA DO PROPRIETARIO: *Alexandro Gomes da Silva*
 DATA DE EMISSAO: 30/12/2016
 ASSINATURA DO DELEGADO: *[Assinatura]*
 DATA DE EMISSAO: 68577581815
 DATA DE EMISSAO: 72076995062

VALIDA EM TODOS OS TERRITORIOS NACIONAIS
 1422752504

PROIBIDO PLASTIFICAR
 1422752504

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 DE VAT
 CONTEUDO NAO VERIFICADO
 06 JUL 2018
 Gente Seguradora S/A
 Av. Rua Barbosa, 715 Lda 5
 Gracas - Recife / PE CEP 52.111-100

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO

VALDEMIr HONORIO DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
2948595 SSP PE

CPF
621.228.354-00

DATA NASCIMENTO
30/01/1970

FILIAÇÃO
**VALDEMIr HONORIO DA SI
LVA
MARIA DA PENHA DO NASC
IMENTO**

PERMISSÃO
00000000000000000000000000000000

ACC
00000000000000000000000000000000

CAT. HAB
B

Nº REGISTRO
05601193700

VALIDADE
28/08/2022

1ª HABILITAÇÃO
11/03/1997

OBSERVAÇÕES
EAR

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
PAULISTA, PE

DATA EMISSÃO
31/08/2017

Charles Andrews Souza Ribeiro
Diretor Presidente

ASSINATURA DO EMISSOR

50981603055
PE081048661

PERNAMBUCO

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1483262450

PROIBIDO PLASTIFICAR
1483262450

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTENIDO NÃO VERIFICADO
06 JUL 2018
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 6
Recife - Recife/PE CEP: 52011-040

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 013224678258
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
VIA CDD-RENAVAM
1 1086306772 01/05/17

JOSINALDO TAVARES DE MELO

OLINDA-PE

031 798 054-51 PDH0035

906DC2510F0031130

PAS / MOTOCICLETA	COMBUSTÍVEL
YAMAHA/XTZ150 CROSSER RD	ALCOOL/GASOL
2P/149CL	ANO/FAB 2015 2015
	COR/PREDOMINANTE
	LARANJA

1	2	3
IPVA 2017 QUITADO	1ª *****	2ª *****
FAIXA IPVA 1	3ª *****	

PREMIO OTARIFARIO (R\$) 100 (R\$) 01/05/17
SEGURO PAGO

AL. FID. YAMAHA ADM CONS. LTDA TORO
NAO/ALUNO PARA TRANSFERENCIA

OLINDA 01/05/17
Diretor Presidente DETRAN/PE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTENIDO NAO VERIFICADO
06 JUL 2018
Cente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Unac
Grupos - Recife/PE CEP 51.174-60

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOA TRANSPORTADA OU NAO - SEGURO DPVAT

PE Nº 013224678258 BILHETE DE SEGURO DPVAT
JOSINALDO TAVARES DE MELO
RUA TIJUCA 156
CASA AGUAS COMPRIDAS OLINDA-PE
53190-00

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMACOES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2017 DATA EMISSÃO 01/05/17

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	031 798 054-51	PLACA PDH0035	REN-AM	YAMAHA/XTZ150 CROSSER RD	MAQUET/MODELO	906DC2510F0031130	Nº CHASSI				
1086306772											
2015	09										

PRÊMIO TARIFÁRIO
FNS (R\$)
CUSTO DO BILHETE (R\$)
CUSTO DO SEGURO (R\$)

SEGURO PAGO
COTA ÚNICA
PAGAMENTO
PARCELADO
DATA DE QUITAÇÃO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

DESTAQUE E GARDE O BILHETE DPVAT
ELA NAO É DO PORTE OBRIGATORIO



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 013224678258
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
VIA CDD-RENAVAM
1 1086306772 01/05/17

JOSINALDO TAVARES DE MELO

OLINDA-PE

031 798 054-51 PDH0035

906DC2510F0031130

PAS / MOTOCICLETA COMBUSTIVEL ALCOOL/GASOL
YAMAHA/XTZ150 CROSSER RD ANO/FAB 2015/2015
2P/149CL CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE LARANJA

1 IPVA 2017 QUITADO 1º VENC/COTAS 1º *****
2º *****
3º *****
2 FAIXA IPVA 1 PARCELAMENTO/COTAS 1º *****
2º *****
3º *****

PREMIO OTARIFARIO (R\$) 100 (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
SEGURO PAGO NAO OBRIGATORIO

AL. FID. YAMAHA ADM CONS LTDA TORO
NAO/ALUNO PARA TRANSFERENCIA

OLINDA 01/05/17

Andressa Sousa Ribeiro
Diretor Presidente DETRAN/PE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTENIDO NAO VERIFICADO
06 JUL 2018
Cente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Unac
Grupos - Recife/PE CEP 51.174-60

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOA TRANSPORTADA OU NAO - SEGURO DPVAT

PE Nº 013224678258 BILHETE DE SEGURO DPVAT
JOSINALDO TAVARES DE MELO
RUA TIJUCA 156
CASA AGUAS COMPRIDAS OLINDA-PE
53190-00

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMACOES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2017 DATA EMISSÃO 01/05/17

1 031 798 054-51 PLACA PDH0035
RENAVAM YAMAHA/XTZ150 CROSSER RD
1086306772
ANO/FAB 2015/2015 Nº CHASSI 906DC2510F0031130

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) CUSTO DO BILHETE (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

SEGURO PAGO

COTA ÚNICA PAGAMENTO PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

DESTAQUE E GARDE O BILHETE DPVAT
ELA NÃO É DO PORTE OBRIGATORIO



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 013224678258
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
VIA CDD-RENAVAM
1 1086306772 01/05/17

JOSEVALDO TAVARES DE MELO

OLINDA-PE

031 798 054-51 PDH0035

906DC2510F0031130

PAS / MOTOCICLETA	COMBUSTIVEL
YAMAHA/XTZ150 CROSSER RD	ALCO/GASOL
2P/149CL	ANO/FAB 2015 2015
	COR/PREDOMINANTE
	LARANJA

1	2	3
IPVA 2017 QUITADO	VENIC/COAS	1° *****
FAIXA IPVA	PARCELAMENTO/COAS	2° *****
		3° *****

PREMIO OTARIFARIO (R\$) 100 (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
SEGURO PAGO

AL. FID. YAMAHA ADM CONS LTDA TORO
NAO/ALUNO PARA TRANSFERENCIA

OLINDA 01/05/17

Andressa Sousa Ribeiro
Diretor Presidente DETRAN/PE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTENIDO NAO VERIFICADO
06 JUL 2018
Cente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Unac
Grupos - Recife/PE CEP 51.174-60

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOA TRANSPORTADA OU NAO - SEGURO DPVAT

PE Nº 013224678258 BILHETE DE SEGURO DPVAT
JOSEVALDO TAVARES DE MELO
RUA TIJUCA 156
CASA AGUAS COMPRIDAS OLINDA-PE
53190-00

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMACOES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2017 DATA EMISSÃO 01/05/17

031 798 054-51 PLACA PDH0035
RENAVAM YAMAHA/XTZ150 CROSSER RD
1086306772
ANO/FAB 2015 2015 Nº CHASSI 906DC2510F0031130

PRÊMIO TARIFÁRIO
VENIC/COAS
CUSTO DO BILHETE (R\$)
CUSTO DO SEGURO (R\$)

SEGURO PAGO
COTA ÚNICA
PAGAMENTO
PARCELADO
DATA DE QUITAÇÃO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

DESTAQUE E GARDE O BILHETE DPVAT
ELA NAO É DO PORTE OBRIGATORIO



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 013224678258
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
VIA CDD-RENAVAM
1 1086306772 01/05/17

JOSINALDO TAVARES DE MELO

OLINDA-PE

031 798 054-51 PDH0035

906DC2510F0031130

PAS / MOTOCICLETA	COMBUSTÍVEL
YAMAHA/XTZ150 CROSSER RD	ALCO/GASOL
2P/149CL	ANO/FAB 2015 2015
	COR/PREDOMINANTE
	LARANJA

1	IPVA 2017 QUITADO	VENÇ. GOTA ÚNICA
P		1º *****
V		2º *****
A		3º *****

PREM. OTARIFÁRIO (R\$) 100 (R\$) 01/05/17
SEGURO PAGO

AL. FID. YAMAHA ADM CONS. LTDA TORO
NAO/ALUNO PARA TRANSFERENCIA

OLINDA
Diretor Presidente DETRAN/PE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTENIDO NÃO VERIFICADO
06 JUL 2018
Cente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Unac
Grupos - Recife/PE CEP 51.174-60

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOA TRANSPORTADA OU NÃO - SEGURO DPVAT

PE Nº 013224678258 BILHETE DE SEGURO DPVAT
JOSINALDO TAVARES DE MELO
RUA TIJUCA 156
CASA AGUAS COMPRIDAS OLINDA-PE
53190-00

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMACOES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2017 DATA EMISSÃO 01/05/17

031 798 054-51 PLACA PDH0035
1086306772 YAMAHA/XTZ150 CROSSER RD
2015 09 906DC2510F0031130

PRÊMIO TARIFÁRIO

SEGURO PAGO
COTA ÚNICA
PAGAMENTO
PARCELADO
DATA DE QUITAÇÃO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

DESTAQUE E GARDE O BILHETE DPVAT
ELA NÃO É DO PORTE OBRIGATORIO



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 013224678258
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
VIA CDD-RENAVAM
1 1086306772 01/05/17

JOSINALDO TAVARES DE MELO

OLINDA-PE

031 798 054-51 PDH0035

906DC2510F0031130

PAS / MOTOCICLETA	COMBUSTÍVEL
YAMAHA/XTZ150 CROSSER RD	ALCOOL/GASOL
2P/149CL	ANO/FAB 2015 2015
	COR/PREDOMINANTE
	LARANJA

1	2	3
IPVA 2017 QUITADO	VENZ. GOTA ÚNICA	VENZ. GOTA ÚNICA
1	1	1
FAIXA IPVA	PARCELAMENTO / GOTA ÚNICA	PARCELAMENTO / GOTA ÚNICA
1	1	1

PREM. OTARIFÁRIO (R\$) 100 (R\$) 100 (R\$) 100
SEGURO PAGO

AL. FID. YAMAHA ADM CONS. LTDA TORO
NÃO/ALÍQUO PARA TRANSFERÊNCIA

OLINDA 01/05/17

Andressa Sousa Ribeiro
Diretor Presidente DETRAN/PE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
06 JUL 2018
Cente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Unac
Grupos - Recife / PE CEP 51.174-600

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOA TRANSPORTADA OU NÃO - SEGURO DPVAT

PE Nº 013224678258 BILHETE DE SEGURO DPVAT
JOSINALDO TAVARES DE MELO
RUA TIJUCA 156
CASA AGUAS COMPRIDAS OLINDA-PE
53190-00

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMACOES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2017 DATA EMISSÃO 01/05/17

031 798 054-51 PLACA PDH0035
RENAVAM YAMAHA/XTZ150 CROSSER RD
1086306772
ANO/FAB 2015 2015 Nº CHASSI 906DC2510F0031130

PRÊMIO TARIFÁRIO
VENZ. GOTA ÚNICA
CUSTO DO BILHETE (R\$)
CUSTO DO SEGURO (R\$)

SEGURO PAGO
COTA ÚNICA
PAGAMENTO
DATA DE QUITAÇÃO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

DESTAQUE E GARDE O BILHETE DPVAT
ELA NÃO É DO PORTE OBRIGATORIO



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

JOSINALDO TAVARES DE MELO

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR IUP
 4399810 SSP PE

CPI
 031.798.064-51

DATA NASCIMENTO
 11/06/1979

RELACÃO
 JOAO TAVARES DE MELO

JANETE MARIA DE MELO

PERMISSÃO
 ACC


CAT. VAG.
 A

VALIDADEZ
 10/02/2022

HABILITAÇÃO
 04/09/1997

Nº REGISTRO
 01897942519

OBSERVAÇÕES
 KAR



VALIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL

1421268512

PROIBIDO PLASTIFICAR

1421268512

LOCAL
 ASSESSORIA DO PORTADOR

RECIFE - PE

DATA EMISSÃO
 10/02/2017

Assinatura: *Andreia Sousa Ribeiro*
 Oficial Registradora Presidente
 ASSESSORIA DO EMISSOR

86209864153
 25077248007

PERNAMBUCO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 DE VAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
 06 JUL 2018
 Gente Seguradora S/A
 Av. Rio Barbosa, 715 Loja 5
 Recife - Recife / PE CEP: 62011-400

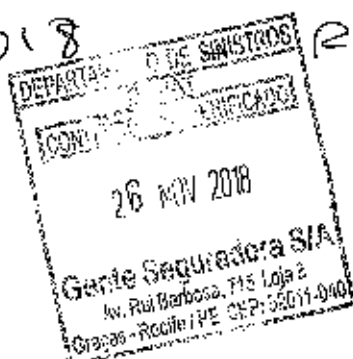
A SEGURADORA LIDER 488423
0427640/18

NA QUALIDADE DE PROCURADOR DA VÍTIMA
ALEXSANDRO GOMES DA SILVA, COM O SINIS-
TRO Nº 3180/428701, VENHO SOLICITAR
À ESTA SEGURADORA, UMA REANALIZE
NO SINISTRO SUPRA CITADO, ATÉ COM A
EMINÊNCIA DE UMA PERÍCIA MÉDICA AFIM
DE QUE HAJA JUSTIÇA NA VERIFICAÇÃO
DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO DESTA VÍTIMA.
JÁ FORAM ENVIADOS DOCUMENTOS MÉDICOS
DE TODA SORTE, PORÉM NÃO FOI SUFICIENTE
PARA O PAGAMENTO DO PRÊMIO. AGUAR-
DAMOS UMA PERÍCIA MÉDICA PARA QUE
A VÍTIMA POSSA SER DEVIDAMENTE ATEN-
DIDA POR ESSA SEGURADORA E POSSA
SER FEITO JUSTIÇA NESSE CASO.

DESDE JÁ, AGRADECEMOS VOSSA ATENÇÃO!

ASS: *Zeimar Ramos da Silva* (PROCURADOR)

EM: 26/11/2018 Recife - PE.



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180556446 **Cidade:** Olinda **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALEXSANDRO GOMES DA SILVA **Data do acidente:** 19/07/2017 **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA DE TÓRAX
TRAUMA NA COLUNA LOMBAR COM FRATURA DE PROCESSO TRANSVERSO DE L1

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 do segmento lombar da coluna vertebral	25 %	Em grau residual - 10 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			2,5 %	R\$ 337,50

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180556446 **Cidade:** Olinda **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALEXSANDRO GOMES DA SILVA **Data do acidente:** 19/07/2017 **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE PROCESSO TRANSVERSO DE L1

Descrição do exame médico pericial: HÁ LIMITAÇÃO EM 10% DE ROTAÇÃO MEDIAL DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO POR DOR. HÁ MOVIMENTAÇÃO DE TODOS OS MEMBROS. REFERE DOR HÁ MOVIMENTAÇÃO DE ROTAÇÃO MEDIAL DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO. CHEGA AO CONSULTÓRIO DEAMBULANDO SEM RESTRIÇÕES.

Resultados terapêuticos: REALIZOU TRATAMENTO CONSERVADOR COM ANTINFLAMATÓRIOS E ANALGÉSICOS. ALTA EM 18 DE JULHO DE 2018.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data da perícia: 19/12/2018

Conduta mantida:

Observações: NOTA DO REVISOR - APÓS AVALIAÇÃO DOS DOCUMENTOS E DA PERICIA REALIZADA OPTADO POR NÃO MANTER A VALORAÇÃO DEFERIDA PELO EXAMINADOR, UMA VEZ QUE NÃO HA SEQUELAS FUNCIONAIS E OU ANATÔMICAS QUE JUSTIFIQUEM A VALORAÇÃO EM COLUNA LOMBAR

Médico examinador: GUSTAVO CARVALHO ROSAS

CRM do médico: 13685

UF do CRM do médico: PE

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

Médico revisor: ALESSANDRA DURAES ALTAF

CRM do médico: 016562

UF do CRM do médico: CE

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180556446 **Cidade:** Olinda **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALEXSANDRO GOMES DA SILVA **Data do acidente:** 19/07/2017 **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE PROCESSO TRANSVERSO DE L1

Descrição do exame médico pericial: HÁ LIMITAÇÃO EM 10% DE ROTAÇÃO MEDIAL DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO POR DOR. HÁ MOVIMENTAÇÃO DE TODOS OS MEMBROS. REFERE DOR HÁ MOVIMENTAÇÃO DE ROTAÇÃO MEDIAL DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO. CHEGA AO CONSULTÓRIO DEAMBULANDO SEM RESTRIÇÕES.

Resultados terapêuticos: REALIZOU TRATAMENTO CONSERVADOR COM ANTINFLAMATÓRIOS E ANALGÉSICOS. ALTA EM 18 DE JULHO DE 2018.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data da perícia: 19/12/2018

Conduta mantida:

Observações: NOTA DO REVISOR - APÓS AVALIAÇÃO DOS DOCUMENTOS E DA PERICIA REALIZADA OPTADO POR NÃO MANTER A VALORAÇÃO DEFERIDA PELO EXAMINADOR, UMA VEZ QUE NÃO HA SEQUELAS FUNCIONAIS E OU ANATÔMICAS QUE JUSTIFIQUEM A VALORAÇÃO EM COLUNA LOMBAR

Médico examinador: GUSTAVO CARVALHO ROSAS

CRM do médico: 13685

UF do CRM do médico: PE

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

Médico revisor: ALESSANDRA DURAES ALTAF

CRM do médico: 016562

UF do CRM do médico: CE

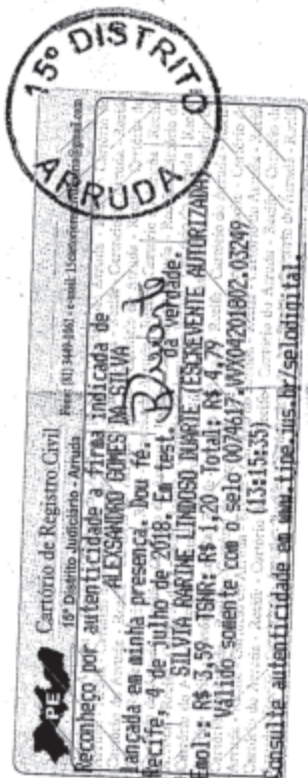
Assinatura do médico:

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: ALEXSANDRO GOMES DA SILVA, brasileiro(a),
estado civil CASADO, profissão MECANICO bike CI RG nº
7148172, CPF/MF nº 102.742.414-71 residente e domiciliado(a)
à Rua CEREJEIRA, TABAJARA, Cidade de
OLINDA, Estado PERNAMBUCO, CEP:
53.360-330, telefone 9.8307-4882, 9.8870-0166.

OUTORGADO: VALMIR HONORIO DA SILVA, BRASILEIRO,
CASADO, APOSENTADO, CNPJ/CPF 621.228.354-00
sob o n.º RG: 2948595, com endereço profissional à
RUA: UBIRAJARA, 16, na cidade de
OLINDA, Estado do PERNAMBUCO.

PODERES: Concede poderes especiais do outorgado para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder, Seguradoras conveniadas a Líder DPVAT e a Susep.
Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.



Recife, 04 de Julho de 20 18.



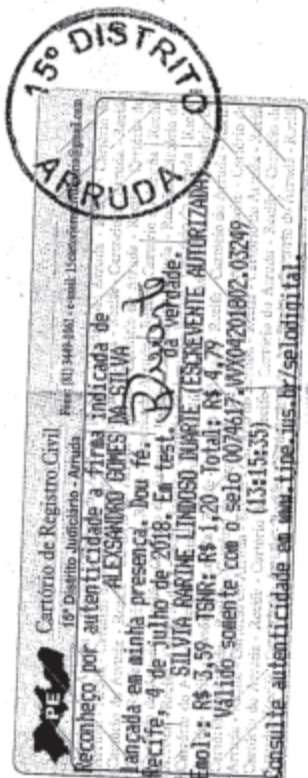
Alexandro Gomes da Silva
OUTORGANTE

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: ALEXSANDRO GOMES DA SILVA, brasileiro(a),
estado civil CASADO, profissão MECANICO bike CI RG nº
7148172, CPF/MF nº 102.742.414-71 residente e domiciliado(a)
à Rua CEREJEIRA, TABAJARA, Cidade de
OLINDA, Estado PERNAMBUCO, CEP:
53.360-330, telefone 9.8307-4882, 9.8870-0166.

OUTORGADO: VALMIR HONORIO DA SILVA, BRASILEIRO,
CASADO, APOSENTADO, CNPJ/CPF 621.228.354-00
sob o n.º RG: 2948595, com endereço profissional à
RUA: UBIRAJARA, 16, na cidade de
OLINDA, Estado do PERNAMBUCO.

PODERES: Concede poderes especiais do outorgado para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder, Seguradoras conveniadas a Líder DPVAT e a Susep.
Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.



Recife, 04 de Julho de 2018.

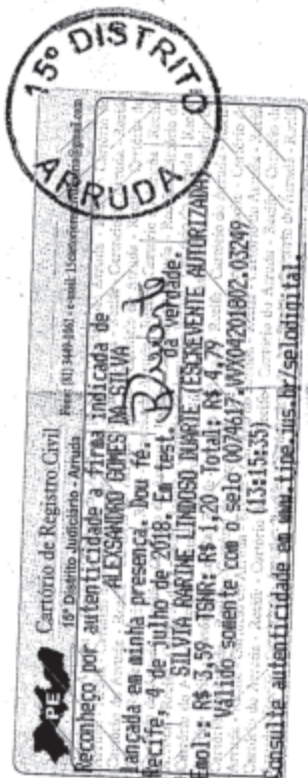
Alexsandro Gomes da Silva
OUTORGANTE

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: ALEXSANDRO GOMES DA SILVA, brasileiro(a),
estado civil CASADO, profissão MECANICO bike CI RG nº
7148172, CPF/MF nº 102.742.414-71 residente e domiciliado(a)
à Rua CEREJEIRA, TABAJARA, Cidade de
OLINDA, Estado PERNAMBUCO, CEP:
53.360-330, telefone 9.8307-4882, 9.8870-0166.

OUTORGADO: VALMIR HONORIO DA SILVA, BRASILEIRO,
CASADO, APOSENTADO, CNPJ/CPF 621.228.354-00
sob o n.º RG: 2948595, com endereço profissional à
RUA: UBIRAJARA, 16, na cidade de
OLINDA, Estado do PERNAMBUCO.

PODERES: Concede poderes especiais do outorgado para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder, Seguradoras conveniadas a Líder DPVAT e a Susep.
Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.



Recife, 04 de Julho de 2018.

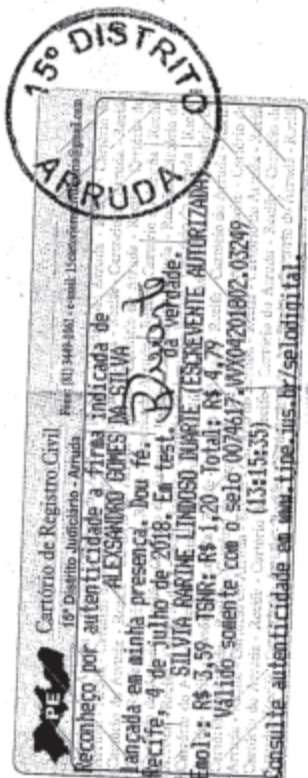
Alexandro Gomes da Silva
OUTORGANTE

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: ALEXSANDRO GOMES DA SILVA, brasileiro(a),
estado civil CASADO, profissão MECANICO bike CI RG nº
7148172, CPF/MF nº 102.742.414-71 residente e domiciliado(a)
à Rua CEREJEIRA, TABAJARA, Cidade de
OLINDA, Estado PERNAMBUCO, CEP:
53.360-330, telefone 9.8307-4882, 9.8870-0166.

OUTORGADO: VALMIR HONORIO DA SILVA, BRASILEIRO,
CASADO, APOSENTADO, CNPJ/CPF 621.228.354-00
sob o n.º RG: 2948595, com endereço profissional à
RUA: UBIRAJARA, 16, na cidade de
OLINDA, Estado do PERNAMBUCO.

PODERES: Concede poderes especiais do outorgado para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder, Seguradoras conveniadas a Líder DPVAT e a Susep.
Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.



Recife, 04 de Julho de 2018.



Alexandro Gomes da Silva
OUTORGANTE

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0427640/18

Vítima: ALEXSANDRO GOMES DA SILVA

CPF: 102.742.414-71

Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

Data do acidente: 19/07/2017

Titular do CPF: ALEXSANDRO GOMES DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

VALMIR HONORIO DA SILVA : 621.228.354-00

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

ALEXSANDRO GOMES DA SILVA : 102.742.414-71

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 26/11/2018
Nome: VALMIR HONORIO DA SILVA
CPF: 621.228.354-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/11/2018
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

VALMIR HONORIO DA SILVA

JULIANA BEZERRA DE LUNA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0337726/18

Vítima: ALEXSANDRO GOMES DA SILVA

CPF: 102.742.414-71

Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

Data do acidente: 19/07/2017

Titular do CPF: ALEXSANDRO GOMES DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

VALMIR HONORIO DA SILVA : 621.228.354-00

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

ALEXSANDRO GOMES DA SILVA : 102.742.414-71

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 14/09/2018
Nome: VALMIR HONORIO DA SILVA
CPF: 621.228.354-00

VALMIR HONORIO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/09/2018
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

JULIANA BEZERRA DE LUNA

Rio de Janeiro, 04 de Dezembro de 2018

Aos Cuidados de: ALEXSANDRO GOMES DA SILVA

Nº Sinistro: 3180556446

Vítima: ALEXSANDRO GOMES DA SILVA

Data do Acidente: 19/07/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: VALMIR HONORIO DA SILVA

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180556446**.

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 13677390



Rio de Janeiro, 20 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180556446

Vítima: ALEXSANDRO GOMES DA SILVA

Data do Acidente: 19/07/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: VALMIR HONORIO DA SILVA

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), ALEXSANDRO GOMES DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

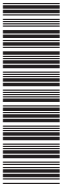
Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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, acesse o nosso site para maiores orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas de Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3180556446

Nome do(a) Examinado(a): ALEXSANDRO GOMES DA SILVA

Endereço do(a) Examinado(a): Rua Cerejeira, 2 - PE/PE - CEP 53360-330

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número : 7148172 - SDS PE - 30/12/2016

Data e Local do Acidente : 19/07/2017 - AVENIDA ANTONIO DA COSTA

AZEVEDO, 1, PEIXINHOS, OLINDA, PERNAMBUCO

Data e Local do Exame : 19/12/2018 AVENIDA PRESIDENTE GETÚLIO

VARGAS, 692 - OLINDA/PE - CEP 53030-010

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

FRATURA DE PROCESSO TRANSVERSO DE L1.

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

REALIZOU TRATAMENTO CONSERVADOR COM ANTINFLAMATÓRIOS E ANALGÉSICOS. ALTA EM 18 DE JULHO DE 2018.

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

DOR À MOVIMENTAÇÃO DE ROTAÇÃO MEDIAL DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO. DEMAIS MOVIMENTOS PRESENTES, SEM RESTRIÇÕES.

IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada? ☒ Sim ☐ Não

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)? ☒ Sim ☐ Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

HÁ LIMITAÇÃO EM 10% DE ROTAÇÃO MEDIAL DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO POR DOR.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

Vide motivo do impedimento no campo das observações

() “Vítima em tratamento” Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

() “Sem sequela permanente” (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal

REGIÃO LOMBAR

% do Dano (X) 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal


% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

VIII.* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

HÁ MOVIMENTAÇÃO DE TODOS OS MEMBROS. REFRE DOR HÁ MOVIMENTAÇÃO DE ROTAÇÃO MEDIAL DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO. CHEGA AO CONSULTÓRIO DEAMBULANDO SEM RESTRIÇÕES.



GUSTAVO CARVALHO ROSAS CRM : 13685 / UF :PE

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 PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

102.742.414-71

Nome completo da vítima

ALEXSANDRO GOMES DA SILVA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo

ALEXSANDRO GOMES DA SILVA

CPF titular da conta

102.742.414-71

Profissão

Recus n -

Endereço

RUA CEREJEIRA

Número

Complemento

Bairro

TABAJARA

Cidade

OLINDA

Estado

PE

CEP

53.360-330

Email

Telefone (DDD)

(81) 9.8790-9451

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ ATÉ R\$ 1.000,00

☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☒ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ BRADESCO (237)

☐ BANCO DO BRASIL (001)

☒ ITAÚ (341)

☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

NRO.

8310

D/V

CONTA

NRO.

00783

D/V

9

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)

BANCO

Nome

AGÊNCIA

NRO.

D/V

(Informar dígito se existir)

NRO

(Informar dígito se existir)

D/V

(Informar dígito se existir)



Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

RECIFE 29 de junho de 2018

Local e Data

+ Alexandre Gomes da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

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 PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de **titularidade do BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

102.742.414-71

Nome completo da vítima

ALEXSANDRO GOMES DA SILVA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo

ALEXSANDRO GOMES DA SILVA

CPF titular da conta

102.742.414-71

Profissão

Recus n -

Endereço

RUA CEREJEIRA

Número

Complemento

Bairro

TABAJARA

Cidade

OLINDA

Estado

PE

CEP

53.360-330

Email

Telefone (DDD)

(81) 9.8790-9451

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ ATÉ R\$ 1.000,00

☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☒ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ BRADESCO (237)

☐ BANCO DO BRASIL (001)

☒ ITAÚ (341)

☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

NRO. 8310

D/V

CONTA

NRO. 00783

D/V

9

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)

BANCO

Nome

AGÊNCIA

NRO.

D/V

(Informar dígito se existir)

NRO

(Informar dígito se existir)

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

RECIFE 29 de junho de 2018

Local e Data

+ Alexandre Gomes da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

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 PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

102.742.414-71

Nome completo da vítima

ALEXSANDRO GOMES DA SILVA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo

ALEXSANDRO GOMES DA SILVA

CPF titular da conta

102.742.414-71

Profissão

Recus n -

Endereço

RUA CEREJEIRA

Número

Complemento

Bairro

TABAJARA

Cidade

OLINDA

Estado

PE

CEP

53.360-330

Email

Telefone (DDD)

(81) 9.8790-9451

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ ATÉ R\$ 1.000,00

☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☒ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ BRADESCO (237)

☐ BANCO DO BRASIL (001)

☒ ITAÚ (341)

☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

NRO.

8310

D/V

CONTA

NRO.

00783

D/V

9

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO.

AGÊNCIA

NRO.

D/V

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

RECIFE 29 de junho de 2018

Local e Data

+ Alexandre Gomes da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

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 PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de **titularidade do BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

102.742.414-71

Nome completo da vítima

ALEXSANDRO GOMES DA SILVA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo

ALEXSANDRO GOMES DA SILVA

CPF titular da conta

102.742.414-71

Profissão

Recus n -

Endereço

RUA CEREJEIRA

Número

Complemento

Bairro

TABAJARA

Cidade

OLINDA

Estado

PE

CEP

53.360-330

Email

Telefone (DDD)

(81) 9.8790-9451

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ ATÉ R\$ 1.000,00

☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☒ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ BRADESCO (237)

☐ BANCO DO BRASIL (001)

☒ ITAÚ (341)

☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

NRO. 8310

D/V

CONTA

NRO. 00783

D/V

9

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)

BANCO

Nome

AGÊNCIA

NRO.

D/V

(Informar dígito se existir)

NRO

(Informar dígito se existir)

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

RECIFE 29 de junho de 2018

Local e Data

+ Alexandre Gomes da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



455614
0246682/18

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 025ª CIRCUNSCRIÇÃO - PEIXINHOS - DP25ªCIRC
DIM/7ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0115002724**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **19/06/2018** às **17:04**

Complementa o BO Número: **17E0115003235**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **19/7/2017** às **12:00**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA ANTONIO DA COSTA AZEVEDO, 1** - Bairro: **PEIXINHOS - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
JOSINALDO TAVARES DE MELO (OUTRO)
ALEXSANDRO GOMES DA SILVA (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

ALEXSANDRO GOMES DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MAELENE FRANCISCA DOS SANTOS** Pai: **LUCIANO GOMES DA SILVA** Data de Nascimento: **3/6/1989** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **7148172/SDS/PE (RG), 10274241471 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **MECANICO** Telefones Celulares: **- 988184765**

Endereço Residencial: **RUA CEREJEIRA, 2 - CEP: 55000-000 - Bairro: CIDADE TABAJARA - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

JOSINALDO TAVARES DE MELO (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

VEICULO01 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSINALDO TAVARES DE MELO**, que estava em posse

do(a) Sr(a): **ALEXSANDRO GOMES DA SILVA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/YAMAHA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**

Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Descrição: **PLACA PDH-0035, MODELO XTZ-150 CROSSER**

VEICULO2 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEI/TOYOTA/HILUX** Objeto apreendido: **Não**

Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Descrição: **PLACA PGI-4472**

Complemento / Observação

A VÍTIMA INFORMA QUE NO LOCAL E HORA MENCIONADOS. O VEICULO DO AUTOR ULTRAPASSOU A VÍA EM UM CRUZAMENTO E A VÍTIMA COLIDIU NO MEIO DO VEICULO DO AUTOR. ELE FICOU NO LOCAL DO ACIDENTE ATÉ O BOMBEIRO CHEGAR, A VÍTIMA FOI LEVADA PARA A UPA DE OLINDA, ATENDIMENTO Nº 1168425.

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

+ *Alexsandro Gomes da Silva*
ALEXSANDRO GOMES DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **ALESSANDRA GOMES DA SILVA** - Matrícula: **272802-8**





455614
0246682/18

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 025ª CIRCUNSCRIÇÃO - PEIXINHOS - DP25ªCIRC
DIM/7ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0115002724**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **19/06/2018** às **17:04**

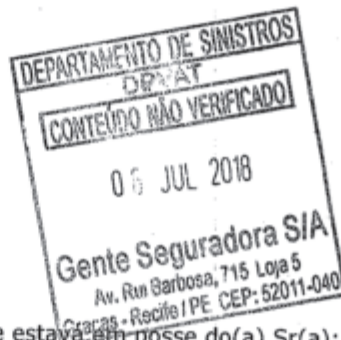
Complementa o BO Número: **17E0115003235**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **19/7/2017** às **12:00**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA ANTONIO DA COSTA AZEVEDO, 1** - Bairro: **PEIXINHOS - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
JOSINALDO TAVARES DE MELO (OUTRO)
ALEXSANDRO GOMES DA SILVA (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

ALEXSANDRO GOMES DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MAELENE FRANCISCA DOS SANTOS** Pai: **LUCIANO GOMES DA SILVA** Data de Nascimento: **3/6/1989** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **7148172/SDS/PE (RG), 10274241471 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **MECANICO** Telefones Celulares: **- 988184765**

Endereço Residencial: **RUA CEREJEIRA, 2 - CEP: 55000-000 - Bairro: CIDADE TABAJARA - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

JOSINALDO TAVARES DE MELO (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

VEICULO01 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSINALDO TAVARES DE MELO**, que estava em posse

do(a) Sr(a): **ALEXSANDRO GOMES DA SILVA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/YAMAHA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**

Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Descrição: **PLACA PDH-0035, MODELO XTZ-150 CROSSER**

VEICULO2 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEI/TOYOTA/HILUX** Objeto apreendido: **Não**

Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Descrição: **PLACA PGI-4472**

Complemento / Observação

A VÍTIMA INFORMA QUE NO LOCAL E HORA MENCIONADOS. O VEICULO DO AUTOR ULTRAPASSOU A VÍA EM UM CRUZAMENTO E A VÍTIMA COLIDIU NO MEIO DO VEICULO DO AUTOR. ELE FICOU NO LOCAL DO ACIDENTE ATÉ O BOMBEIRO CHEGAR, A VÍTIMA FOI LEVADA PARA A UPA DE OLINDA, ATENDIMENTO Nº 1168425.

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

+ *Alexsandro Gomes da Silva*
ALEXSANDRO GOMES DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **ALESSANDRA GOMES DA SILVA** - Matrícula: **272802-8**





455614
0246682/18

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 025ª CIRCUNSCRIÇÃO - PEIXINHOS - DP25ªCIRC
DIM/7ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0115002724**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **19/06/2018** às **17:04**

Complementa o BO Número: **17E0115003235**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **19/7/2017** às **12:00**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA ANTONIO DA COSTA AZEVEDO, 1** - Bairro: **PEIXINHOS - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
JOSINALDO TAVARES DE MELO (OUTRO)
ALEXSANDRO GOMES DA SILVA (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

ALEXSANDRO GOMES DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MAELENE FRANCISCA DOS SANTOS** Pai: **LUCIANO GOMES DA SILVA** Data de Nascimento: **3/6/1989** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **7148172/SDS/PE (RG), 10274241471 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **MECANICO** Telefones Celulares: **- 988184765**

Endereço Residencial: **RUA CEREJEIRA, 2 - CEP: 55000-000 - Bairro: CIDADE TABAJARA - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

JOSINALDO TAVARES DE MELO (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

VEICULO01 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSINALDO TAVARES DE MELO**, que estava em posse

do(a) Sr(a): **ALEXSANDRO GOMES DA SILVA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/YAMAHA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**

Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Descrição: **PLACA PDH-0035, MODELO XTZ-150 CROSSER**

VEICULO2 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEI/TOYOTA/HILUX** Objeto apreendido: **Não**

Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Descrição: **PLACA PGI-4472**

Complemento / Observação

A VÍTIMA INFORMA QUE NO LOCAL E HORA MENCIONADOS. O VEICULO DO AUTOR ULTRAPASSOU A VÍA EM UM CRUZAMENTO E A VÍTIMA COLIDIU NO MEIO DO VEICULO DO AUTOR. ELE FICOU NO LOCAL DO ACIDENTE ATÉ O BOMBEIRO CHEGAR, A VÍTIMA FOI LEVADA PARA A UPA DE OLINDA, ATENDIMENTO Nº 1168425.

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

+ *Alexsandro Gomes da Silva*
ALEXSANDRO GOMES DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **ALESSANDRA GOMES DA SILVA** - Matrícula: **272802-8**





455614
0246682/18

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 025ª CIRCUNSCRIÇÃO - PEIXINHOS - DP25ªCIRC
DIM/7ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0115002724**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **19/06/2018** às **17:04**

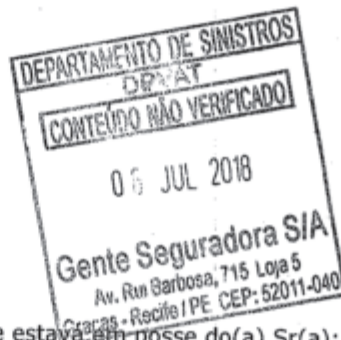
Complementa o BO Número: **17E0115003235**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **19/7/2017** às **12:00**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA ANTONIO DA COSTA AZEVEDO, 1** - Bairro: **PEIXINHOS - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
JOSINALDO TAVARES DE MELO (OUTRO)
ALEXSANDRO GOMES DA SILVA (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

ALEXSANDRO GOMES DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MAELENE FRANCISCA DOS SANTOS** Pai: **LUCIANO GOMES DA SILVA** Data de Nascimento: **3/6/1989** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **7148172/SDS/PE (RG), 10274241471 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **MECANICO** Telefones Celulares: **- 988184765**

Endereço Residencial: **RUA CEREJEIRA, 2 - CEP: 55000-000 - Bairro: CIDADE TABAJARA - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

JOSINALDO TAVARES DE MELO (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

VEICULO01 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSINALDO TAVARES DE MELO**, que estava em posse

do(a) Sr(a): **ALEXSANDRO GOMES DA SILVA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/YAMAHA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**

Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Descrição: **PLACA PDH-0035, MODELO XTZ-150 CROSSER**

VEICULO2 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEI/TOYOTA/HILUX** Objeto apreendido: **Não**

Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Descrição: **PLACA PGI-4472**

Complemento / Observação

A VÍTIMA INFORMA QUE NO LOCAL E HORA MENCIONADOS. O VEICULO DO AUTOR ULTRAPASSOU A VÍA EM UM CRUZAMENTO E A VÍTIMA COLIDIU NO MEIO DO VEICULO DO AUTOR. ELE FICOU NO LOCAL DO ACIDENTE ATÉ O BOMBEIRO CHEGAR, A VÍTIMA FOI LEVADA PARA A UPA DE OLINDA, ATENDIMENTO Nº 1168425.

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

+ *Alexsandro Gomes da Silva*
ALEXSANDRO GOMES DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **ALESSANDRA GOMES DA SILVA** - Matrícula: **272802-8**



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos – Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

ALEXSANDRO GOMES DA SILVA

CPF da Vítima

102.742.414-71

Data do Acidente

19/07/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.



RECIFE, 29 de junho de 2018.

Local e Data

+ Alexsandro Gomes da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos – Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

ALEXSANDRO GOMES DA SILVA

CPF da Vítima

102.742.414-71

Data do Acidente

19/07/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

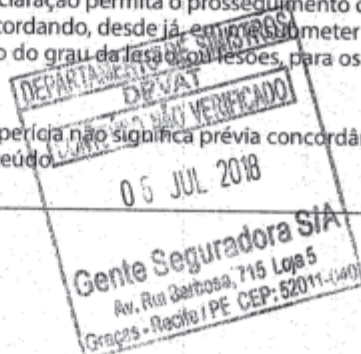
☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

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

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.



RECIFE, 29 de junho de 2018.

Local e Data

+ Alexsandro Gomes da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos – Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

ALEXSANDRO GOMES DA SILVA

CPF da Vítima

102.742.414-71

Data do Acidente

19/07/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

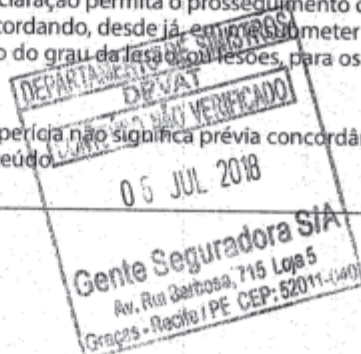
☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

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

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.



RECIFE, 29 de junho de 2018.

Local e Data

+ Alex Sandro Gomes da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO

CERTIDÃO

Certidão nº 2017APH001274 Div. Op.

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr^(a). ALEXSANDRO GOMES DA SILVA, 28 anos, BRASILEIRO(a), CASADO(a), RG nº 7148172 SDS PE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 102.742.414-71, residente à RUA SEREJEIRA, nº 02, , CID TABAJARA , OLINDA-PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 19/07/2017, por volta das 13:32 hs, no endereço: AV. ANTÔNIO DA COSTAAZEVEDO, S/N, JARDIM BRASIL OLINDA-PE, referente a um(a) COLISÃO, envolvendo MOTOCICLETA YAMAHA/XTZ150 CROSSER ED LARANJA PDH0035-PE; CAMINHONETE CHEVROLET/S10 LTZ FD2 PRATA PGI4472-PE, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr^(a) ALEXSANDRO GOMES DA SILVA, inscrito sob o CPF nº 102.742.414-71 e Registro Geral nº 7148172, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) CB 710329-8 MONTE JUNIOR. Foi transportado(a) para o UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO OLINDA. Registrado(a) com o prontuário nº 1168425. Ficou aos cuidados do médico FRANCISCO J. SUASSUNA, registro 4568. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.



Posição em 05/09/2017

A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site

<http://www.cbm.pe.gov.br/>, consultar protocolo nº 2017APH001274

Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife/PE - CEP 50050-180

Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 00.358.773/0001-44



SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO

CERTIDÃO

Certidão nº 2017APH001274 Div. Op.

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr^(a). ALEXSANDRO GOMES DA SILVA, 28 anos, BRASILEIRO(a), CASADO(a), RG nº 7148172 SDS PE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 102.742.414-71, residente à RUA SEREJEIRA, nº 02, , CID TABAJARA , OLINDA-PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 19/07/2017, por volta das 13:32 hs, no endereço: AV. ANTÔNIO DA COSTAAZEVEDO, S/N, JARDIM BRASIL OLINDA-PE, referente a um(a) COLISÃO, envolvendo MOTOCICLETA YAMAHA/XTZ150 CROSSER ED LARANJA PDH0035-PE; CAMINHONETE CHEVROLET/S10 LTZ FD2 PRATA PGI4472-PE, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr^(a) ALEXSANDRO GOMES DA SILVA, inscrito sob o CPF nº 102.742.414-71 e Registro Geral nº 7148172, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) CB 710329-8 MONTE JUNIOR. Foi transportado(a) para o UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO OLINDA. Registrado(a) com o prontuário nº 1168425. Ficou aos cuidados do médico FRANCISCO J. SUASSUNA, registro 4568. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.



Posição em 05/09/2017

A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site

<http://www.cbm.pe.gov.br/>, consultar protocolo nº 2017APH001274

Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife/PE - CEP 50050-180

Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 00.358.773/0001-44



SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO

CERTIDÃO

Certidão nº 2017APH001274 Div. Op.

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr^(a). ALEXSANDRO GOMES DA SILVA, 28 anos, BRASILEIRO(a), CASADO(a), RG nº 7148172 SDS PE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 102.742.414-71, residente à RUA SEREJEIRA, nº 02, , CID TABAJARA , OLINDA-PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 19/07/2017, por volta das 13:32 hs, no endereço: AV. ANTÔNIO DA COSTAAZEVEDO, S/N, JARDIM BRASIL OLINDA-PE, referente a um(a) COLISÃO, envolvendo MOTOCICLETA YAMAHA/XTZ150 CROSSER ED LARANJA PDH0035-PE; CAMINHONETE CHEVROLET/S10 LTZ FD2 PRATA PGI4472-PE, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr^(a) ALEXSANDRO GOMES DA SILVA, inscrito sob o CPF nº 102.742.414-71 e Registro Geral nº 7148172, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) CB 710329-8 MONTE JUNIOR. Foi transportado(a) para o UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO OLINDA. Registrado(a) com o prontuário nº 1168425. Ficou aos cuidados do médico FRANCISCO J. SUASSUNA, registro 4568. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.



Posição em 05/09/2017

A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site

<http://www.cbm.pe.gov.br/>, consultar protocolo nº 2017APH001274

Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife/PE - CEP 50050-180

Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 00.358.773/0001-44



SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO

CERTIDÃO

Certidão nº 2017APH001274 Div. Op.

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr^(a). ALEXSANDRO GOMES DA SILVA, 28 anos, BRASILEIRO(a), CASADO(a), RG nº 7148172 SDS PE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 102.742.414-71, residente à RUA SEREJEIRA, nº 02, , CID TABAJARA , OLINDA-PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 19/07/2017, por volta das 13:32 hs, no endereço: AV. ANTÔNIO DA COSTAAZEVEDO, S/N, JARDIM BRASIL OLINDA-PE, referente a um(a) COLISÃO, envolvendo MOTOCICLETA YAMAHA/XTZ150 CROSSER ED LARANJA PDH0035-PE; CAMINHONETE CHEVROLET/S10 LTZ FD2 PRATA PGI4472-PE, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr^(a) ALEXSANDRO GOMES DA SILVA, inscrito sob o CPF nº 102.742.414-71 e Registro Geral nº 7148172, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) CB 710329-8 MONTE JUNIOR. Foi transportado(a) para o UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO OLINDA. Registrado(a) com o prontuário nº 1168425. Ficou aos cuidados do médico FRANCISCO J. SUASSUNA, registro 4568. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.



Posição em 05/09/2017

A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site

<http://www.cbm.pe.gov.br/>, consultar protocolo nº 2017APH001274

Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife/PE - CEP 50050-180

Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 00.358.773/0001-44

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

MARLENE FRANCISCA DOS SANTOS

CPF: 793.879.774-04

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA CEREJEIRA 2
LOTE 01TABAJARA/CIDADE TABAJARA
53360-330 OLINDA PE

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010),
tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à
disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no
site www.celpe.com.br

DATA DE VENCIMENTO

23/07/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

112,75

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

04/07/2018

DATA DA APRESENTAÇÃO
04/07/2018NÚMERO DA NOTA FISCAL
022563069

CONTA CONTRATO

004000404980

Nº DO CLIENTE

2001557614

Nº DA INSTALAÇÃO

0902134390

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

147C.29DA.CD2B.F3AD.6D9A.7D23.910A.99E7

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	121,00	0,74722063	90,41
Acréscimo Bandeira VERMELHA			8,66
Contribuição Iluminação Pública			9,84
ICMS Subvenção-CDE-NF 015174214-04/05/18			0,84
PRÓ-CRIANÇA-(081)3452-8960 0800 031 8989			3,00
TOTAL DA FATURA			112,75

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
99,07	25,00	24,76	99,07	0,92	0,91	99,07	4,28	4,24

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo(kWh): 0,52199030

Consumo Ativo(kWh): 0,52199030

Consumo Ativo(kWh): 0,52199030

Consumo Ativo(kWh): 0,52199030

Consumo Ativo(kWh): 0,52199030

Consumo Ativo(kWh): 0,52199030

Consumo Ativo(kWh): 0,52199030

Consumo Ativo(kWh): 0,52199030

Consumo Ativo(kWh): 0,52199030

Consumo Ativo(kWh): 0,52199030

Consumo Ativo(kWh): 0,52199030

Consumo Ativo(kWh): 0,52199030

Consumo Ativo(kWh): 0,52199030

Consumo Ativo(kWh): 0,52199030

Consumo Ativo(kWh): 0,52199030

Consumo Ativo(kWh): 0,52199030

Consumo Ativo(kWh): 0,52199030

Consumo Ativo(kWh): 0,52199030

Consumo Ativo(kWh): 0,52199030

Consumo Ativo(kWh): 0,52199030

Consumo Ativo(kWh): 0,52199030

Consumo Ativo(kWh): 0,52199030

Consumo Ativo(kWh): 0,52199030

Consumo Ativo(kWh): 0,52199030

Consumo Ativo(kWh): 0,52199030

Consumo Ativo(kWh): 0,52199030

Consumo Ativo(kWh): 0,52199030

Consumo Ativo(kWh): 0,52199030

Consumo Ativo(kWh): 0,52199030

Consumo Ativo(kWh): 0,52199030

Consumo Ativo(kWh): 0,52199030

Consumo Ativo(kWh): 0,52199030

Consumo Ativo(kWh): 0,52199030

Consumo Ativo(kWh): 0,52199030

Consumo Ativo(kWh): 0,52199030

Consumo Ativo(kWh): 0,52199030

Consumo Ativo(kWh): 0,52199030

Consumo Ativo(kWh): 0,52199030

Consumo Ativo(kWh): 0,52199030

Consumo Ativo(kWh): 0,52199030

Consumo Ativo(kWh): 0,52199030

Consumo Ativo(kWh): 0,52199030

Consumo Ativo(kWh): 0,52199030

Consumo Ativo(kWh): 0,52199030

Consumo Ativo(kWh): 0,52199030

Consumo Ativo(kWh): 0,52199030

Consumo Ativo(kWh): 0,52199030

Consumo Ativo(kWh): 0,52199030

Consumo Ativo(kWh): 0,52199030

Consumo Ativo(kWh): 0,52199030

Consumo Ativo(kWh): 0,52199030

Consumo Ativo(kWh): 0,52199030

Consumo Ativo(kWh): 0,52199030

Consumo Ativo(kWh): 0,52199030

HISTÓRICO DO CONSUMO

MÊS	CONSUMO (kWh)
JUL 18	121
JUN 18	131
MAY 18	142
ABR 18	162
MAR 18	169
FEV 18	162
JAN 18	163
DEZ 17	332
NOV 17	313
OCT 17	305
SET 17	287
AGO 17	251
JUL 17	318

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

RE	%
Geração de Energia	34,27 34,59
Transmissão	4,18 4,22
Distribuição (Celpe)	19,54 19,72
Ercargos Setoriais	5,03 5,08
Tributos	27,91 28,38
TOTAL	99,97 100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DE LEITURAS	CONSUMO (kWh)	VALOR (R\$)
00000003154528716	CAT	05/06/2018 5.216,00	04/07/2018 5.337,00	1.000	0,00	121,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 03/08/2018

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIMESTRAL	META ANUAL
DIC-No.de horas sem Energia	RIO DOCE	0,28	4,95	9,91	19,82
FIC-No.de vezes sem Energia		1,00	3,23	6,47	12,95
DMC-Duração máxima de Interrupção contínua		0,28	2,77	8,06	0,90
DIC-Duração de Interrupção em dia crítico					Limite DICRI: 12,22
DMC-Valor de Encargo de Uso					R\$ 33,31

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! b1 variedades: rua rio grande do sul jardim Brasil / farmacia popular do bairro: avenida chico science no 188 b1trins iLista completa em www.celpe.com.br.
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Vermelha. Mais informações em www.aneel.gov.br.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.
O consumidor pode cancelar a cobrança de serviços de terceiros na fatura a qualquer tempo - Art 7º REN 581/13.

NÍVEIS DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MESIANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO
004000404980	07/2018	112,75	23/07/2018

TALÃO DE PAGAMENTO

Evite dobrar, perfurar ou rasurar.
Este canhoto será usado em leitora ótica.

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

838700000010 127500110040 000404980104 149018033937



celpe
Grupo Neoenergia
www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE ALDENICE PRAZERES DA SILVA CPF: 420.384.214-04		DATA DE VENCIMENTO 14/06/2018 TOTAL A PAGAR (R\$) 138,06		DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 05/06/2018 DATA DA APRESENTAÇÃO 05/06/2018 NÚMERO DA NOTA FISCAL 018920536		CONTA CONTRATO 002502356014 Nº DO CLIENTE 2001246428 Nº DA INSTALAÇÃO 0002139336	
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA UBIRAJARA 16 TABAJARA/CIDADE TABAJARA 53360-530 OLINDA PE		CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásico					
As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br		RESERVADO AO FISCO 2C12.24BE.311C.D4A2.6147.99D0.07C6.9EF9					

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	163,00	0,73927710	120,50
Acréscimo Bandeira AMARELA			1,94
Acréscimo Bandeira VERMELHA			1,80
Contribuição Iluminação Pública			12,77
ICMS Subvenção-CDE-NF 011295671-03/04/18			1,05
TOTAL DA FATURA			138,06

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS								
ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
124,24	25,00	31,06	124,24	0,79	0,98	124,24	3,66	4,54

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo(kWh)	0,52158050		kWh
COMPOSIÇÃO DO CONSUMO		JUN 18	163
	R\$ %	MAI 18	147
Gerção de Energia	43,45 34,97	ABR 18	174
Transmissão	5,29 4,28	MAR 18	156
Distribuição (Cotpo)	24,77 19,94	FEV 18	161
Encargos Setoriais	6,37 5,13	JAN 18	159
Tributos	36,58 29,44	DEZ 17	178
TOTAL	124,24 100	NOV 17	166
		OUT 17	157
		SET 17	152
		AGO 17	127
		JUL 17	152
		JUN 17	168

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		M D A S	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
000000003130736423	CAT	04/05/2018	9.808,00	05/06/2018	9.971,00	32	3.000.000	0,00	163,00

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
abr/2018					
DIC-No.de horas sem Energia	RIO DOCE	0,00	4,95	9,91	19,82
FIC-No.de vezes sem Energia		0,00	3,23	6,47	12,95
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	2,77	0,30	0,00
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico			Limite DICRI: 12,22		
EUA-Dividendo Encargo de Uso = R\$ 44,87					
Nota: Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Essa conta poderá ser paga no credenciado mais perto de você. Confira a lista completa em www.celpa.com.br. Na data da leitura a bandeira em vigor é a Vermelha. Mais informações em www.aneel.gov.br. O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão do fornecimento. Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m.(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês. O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

NÍVEIS DE TENSÃO		
TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA		

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO
002502356014	06/2018	138,06	14/06/2018

TALÃO DE PAGAMENTO
Evite dobrar, perfurar ou rasurar.
Este canhoto será usado em leitora ótica.



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

MARLENE FRANCISCA DOS SANTOS

CPF: 793.879.774-04

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA CEREJEIRA 2
LOTE 01TABAJARA/CIDADE TABAJARA
53360-330 OLINDA PE

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010),
tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à
disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no
site www.celpe.com.br

DATA DE VENCIMENTO

23/07/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

112,75

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

04/07/2018

DATA DA APRESENTAÇÃO
04/07/2018NÚMERO DA NOTA FISCAL
022563069

CONTA CONTRATO

004000404980

Nº DO CLIENTE

2001557614

Nº DA INSTALAÇÃO

0902134390

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

147C.29DA.CD2B.F3AD.6D9A.7D23.910A.99E7

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	121,00	0,74722063	90,41
Acréscimo Bandeira VERMELHA			8,66
Contribuição Iluminação Pública			9,84
ICMS Subvenção-CDE-NF 015174214-04/05/18			0,84
PRÓ-CRIANÇA-(081)3452-8960 0800 031 8989			3,00
TOTAL DA FATURA			112,75

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
99,07	25,00	24,76	99,07	0,92	0,91	99,07	4,28	4,24

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo(kWh): 0,52199030

Consumo Ativo(kWh): 0,52199030

Consumo Ativo(kWh): 0,52199030

Consumo Ativo(kWh): 0,52199030

Consumo Ativo(kWh): 0,52199030

Consumo Ativo(kWh): 0,52199030

Consumo Ativo(kWh): 0,52199030

Consumo Ativo(kWh): 0,52199030

Consumo Ativo(kWh): 0,52199030

Consumo Ativo(kWh): 0,52199030

Consumo Ativo(kWh): 0,52199030

Consumo Ativo(kWh): 0,52199030

Consumo Ativo(kWh): 0,52199030

Consumo Ativo(kWh): 0,52199030

Consumo Ativo(kWh): 0,52199030

Consumo Ativo(kWh): 0,52199030

Consumo Ativo(kWh): 0,52199030

Consumo Ativo(kWh): 0,52199030

Consumo Ativo(kWh): 0,52199030

Consumo Ativo(kWh): 0,52199030

Consumo Ativo(kWh): 0,52199030

Consumo Ativo(kWh): 0,52199030

Consumo Ativo(kWh): 0,52199030

Consumo Ativo(kWh): 0,52199030

Consumo Ativo(kWh): 0,52199030

Consumo Ativo(kWh): 0,52199030

Consumo Ativo(kWh): 0,52199030

Consumo Ativo(kWh): 0,52199030

Consumo Ativo(kWh): 0,52199030

Consumo Ativo(kWh): 0,52199030

Consumo Ativo(kWh): 0,52199030

Consumo Ativo(kWh): 0,52199030

Consumo Ativo(kWh): 0,52199030

Consumo Ativo(kWh): 0,52199030

Consumo Ativo(kWh): 0,52199030

Consumo Ativo(kWh): 0,52199030

Consumo Ativo(kWh): 0,52199030

Consumo Ativo(kWh): 0,52199030

Consumo Ativo(kWh): 0,52199030

Consumo Ativo(kWh): 0,52199030

Consumo Ativo(kWh): 0,52199030

Consumo Ativo(kWh): 0,52199030

Consumo Ativo(kWh): 0,52199030

Consumo Ativo(kWh): 0,52199030

Consumo Ativo(kWh): 0,52199030

Consumo Ativo(kWh): 0,52199030

Consumo Ativo(kWh): 0,52199030

Consumo Ativo(kWh): 0,52199030

Consumo Ativo(kWh): 0,52199030

Consumo Ativo(kWh): 0,52199030

Consumo Ativo(kWh): 0,52199030

Consumo Ativo(kWh): 0,52199030

Consumo Ativo(kWh): 0,52199030

Consumo Ativo(kWh): 0,52199030

HISTÓRICO DO CONSUMO

Consumo Ativo(kWh)

Consumo Ativo(kWh)

Consumo Ativo(kWh)

Consumo Ativo(kWh)

Consumo Ativo(kWh)

Consumo Ativo(kWh)

Consumo Ativo(kWh)

Consumo Ativo(kWh)

Consumo Ativo(kWh)

Consumo Ativo(kWh)

Consumo Ativo(kWh)

Consumo Ativo(kWh)

Consumo Ativo(kWh)

Consumo Ativo(kWh)

Consumo Ativo(kWh)

Consumo Ativo(kWh)

Consumo Ativo(kWh)

Consumo Ativo(kWh)

Consumo Ativo(kWh)

Consumo Ativo(kWh)

Consumo Ativo(kWh)

Consumo Ativo(kWh)

Consumo Ativo(kWh)

Consumo Ativo(kWh)

Consumo Ativo(kWh)

Consumo Ativo(kWh)

Consumo Ativo(kWh)

Consumo Ativo(kWh)

Consumo Ativo(kWh)

Consumo Ativo(kWh)

Consumo Ativo(kWh)

Consumo Ativo(kWh)

Consumo Ativo(kWh)

Consumo Ativo(kWh)

Consumo Ativo(kWh)

Consumo Ativo(kWh)

Consumo Ativo(kWh)

Consumo Ativo(kWh)

Consumo Ativo(kWh)

Consumo Ativo(kWh)

Consumo Ativo(kWh)

Consumo Ativo(kWh)

Consumo Ativo(kWh)

Consumo Ativo(kWh)

Consumo Ativo(kWh)

Consumo Ativo(kWh)

Consumo Ativo(kWh)

Consumo Ativo(kWh)

Consumo Ativo(kWh)

Consumo Ativo(kWh)

Consumo Ativo(kWh)

Consumo Ativo(kWh)

Consumo Ativo(kWh)

Consumo Ativo(kWh)

Consumo Ativo(kWh)

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DESENVOLVIDO	CONSUMO	VALOR
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA			
000000003154528716	CAT	05/06/2018	5.216,00	04/07/2018	5.337,00	1.0000	0,00	121,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 03/08/2018

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você b/w variedades: rua rio grande do sul jardim brasil / farmacia popular do
bairro: avenida chico science no 188 b/trins i lista completa em www.celpe.com.br.
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Vermelha. Mais informações em www.aneel.gov.br.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.
O consumidor pode cancelar a cobrança de serviços de terceiros na fatura a qualquer tempo - Art 7º REN 581/13.

NÍVEIS DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MESIANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO
004000404980	07/2018	112,75	23/07/2018

TALÃO DE PAGAMENTO

Evite dobrar, perfurar ou rasurar.
Este canhoto será usado em leitora ótica.

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

838700000010 127500110040 000404980104 149018033937



celpe
Grupo Neoenergia
www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE ALDENICE PRAZERES DA SILVA CPF: 420.384.214-04	DATA DE VENCIMENTO 14/06/2018		DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 05/06/2018	CONTA CONTRATO 002502356014
	TOTAL A PAGAR (R\$) 138,06		DATA DA APRESENTAÇÃO 05/06/2018	N° DO CLIENTE 2001246428
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA UBIRAJARA 16			NÚMERO DA NOTA FISCAL 018920536	N° DA INSTALAÇÃO 0002139336
TABAJARA/CIDADE TABAJARA 53360-530 OLINDA PE	CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásico			
As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br	RESERVADO AO FISCO 2C12.24BE.311C.D4A2.6147.99D0.07C6.9EF9			

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	163,00	0,73927710	120,50
Acréscimo Bandeira AMARELA			1,94
Acréscimo Bandeira VERMELHA			1,80
Contribuição Iluminação Pública			12,77
ICMS Subvenção-CDE-NF 011295671-03/04/18			1,05
TOTAL DA FATURA			138,06

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS								
ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
124,24	25,00	31,06	124,24	0,79	0,98	124,24	3,66	4,54

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo(kWh)	0,52158050		kWh
COMPOSIÇÃO DO CONSUMO		JUN 18	163
	R\$ %	MAI 18	147
Gerção de Energia	43,45 34,97	ABR 18	174
Transmissão	5,29 4,28	MAR 18	156
Distribuição (Cotpo)	24,77 19,94	FEV 18	161
Encargos Setoriais	6,37 5,13	JAN 18	159
Tributos	36,58 29,44	DEZ 17	178
TOTAL	124,24 100	NOV 17	166
		OUT 17	157
		SET 17	152
		AGO 17	127
		JUL 17	152
		JUN 17	168

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		M D A S	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
000000003130736423	CAT	04/05/2018	9.808,00	05/06/2018	9.971,00	32	3.000.000	0,00	163,00

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
abr/2018					
DIC-No.de horas sem Energia	RIO DOCE	0,00	4,95	9,91	19,82
FIC-No.de vezes sem Energia		0,00	3,23	6,47	12,95
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	2,77	9,30	9,00
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico			Limite DICRI: 12,22		
EUA-Dividendo Encargo de Uso = R\$ 44,87					
Nota: Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Essa conta poderá ser paga no credenciado mais perto de você. Confira a lista completa em www.celpe.com.br. Na data da leitura e bandeira em vigor é a Vermelha. Mais informações em www.aneel.gov.br.

O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão do fornecimento. Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês.

O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

NÍVEIS DE TENSÃO		
TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA		

DESTAQUE AQUI			
CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO
002502356014	06/2018	138,06	14/06/2018

TALÃO DE PAGAMENTO

Evite dobrar, perfurar ou rasurar.
Este canhoto será usado em leitora ótica.

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

MARLENE FRANCISCA DOS SANTOS

CPF: 793.879.774-04

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA CEREJEIRA 2
LOTE 01TABAJARA/CIDADE TABAJARA
53360-330 OLINDA PE

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010),
tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à
disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no
site www.celpe.com.br

DATA DE VENCIMENTO

23/07/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

112,75

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

04/07/2018

DATA DA APRESENTAÇÃO

04/07/2018

NÚMERO DA NOTA FISCAL

022563069

CONTA CONTRATO

004000404980

Nº DO CLIENTE

2001557614

Nº DA INSTALAÇÃO

0902134390

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

147C.29DA.CD2B.F3AD.6D9A.7D23.910A.99E7

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	121,00	0,74722063	90,41
Acréscimo Bandeira VERMELHA			8,66
Contribuição Iluminação Pública			9,84
ICMS Subvenção-CDE-NF 015174214-04/05/18			0,84
PRÓ-CRIANÇA-(081)3452-8960 0800 031 8989			3,00
TOTAL DA FATURA			112,75

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
99,07	25,00	24,76	99,07	0,92	0,91	99,07	4,28	4,24

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo(kWh): 0,52199030

Consumo Ativo(kWh): 0,52199030

Consumo Ativo(kWh): 0,52199030

Consumo Ativo(kWh): 0,52199030

Consumo Ativo(kWh): 0,52199030

Consumo Ativo(kWh): 0,52199030

Consumo Ativo(kWh): 0,52199030

Consumo Ativo(kWh): 0,52199030

Consumo Ativo(kWh): 0,52199030

Consumo Ativo(kWh): 0,52199030

Consumo Ativo(kWh): 0,52199030

Consumo Ativo(kWh): 0,52199030

Consumo Ativo(kWh): 0,52199030

Consumo Ativo(kWh): 0,52199030

Consumo Ativo(kWh): 0,52199030

Consumo Ativo(kWh): 0,52199030

Consumo Ativo(kWh): 0,52199030

Consumo Ativo(kWh): 0,52199030

Consumo Ativo(kWh): 0,52199030

Consumo Ativo(kWh): 0,52199030

Consumo Ativo(kWh): 0,52199030

Consumo Ativo(kWh): 0,52199030

Consumo Ativo(kWh): 0,52199030

Consumo Ativo(kWh): 0,52199030

Consumo Ativo(kWh): 0,52199030

Consumo Ativo(kWh): 0,52199030

Consumo Ativo(kWh): 0,52199030

Consumo Ativo(kWh): 0,52199030

Consumo Ativo(kWh): 0,52199030

Consumo Ativo(kWh): 0,52199030

Consumo Ativo(kWh): 0,52199030

Consumo Ativo(kWh): 0,52199030

Consumo Ativo(kWh): 0,52199030

Consumo Ativo(kWh): 0,52199030

Consumo Ativo(kWh): 0,52199030

Consumo Ativo(kWh): 0,52199030

Consumo Ativo(kWh): 0,52199030

Consumo Ativo(kWh): 0,52199030

Consumo Ativo(kWh): 0,52199030

Consumo Ativo(kWh): 0,52199030

Consumo Ativo(kWh): 0,52199030

Consumo Ativo(kWh): 0,52199030

Consumo Ativo(kWh): 0,52199030

Consumo Ativo(kWh): 0,52199030

Consumo Ativo(kWh): 0,52199030

Consumo Ativo(kWh): 0,52199030

Consumo Ativo(kWh): 0,52199030

Consumo Ativo(kWh): 0,52199030

Consumo Ativo(kWh): 0,52199030

Consumo Ativo(kWh): 0,52199030

Consumo Ativo(kWh): 0,52199030

Consumo Ativo(kWh): 0,52199030

Consumo Ativo(kWh): 0,52199030

Consumo Ativo(kWh): 0,52199030

HISTÓRICO DO CONSUMO

MÊS	CONSUMO (kWh)
JUL 18	121
JUN 18	131
MAY 18	142
ABR 18	162
MAR 18	169
FEV 18	162
JAN 18	163
DEZ 17	332
NOV 17	313
OCT 17	305
SET 17	287
AGO 17	251
JUL 17	318

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

RE	%
Geração de Energia	34,27 34,59
Transmissão	4,18 4,22
Distribuição (Celpe)	19,54 19,72
Ercargos Setoriais	5,03 5,08
Tributos	27,91 28,38
TOTAL	99,97 100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DESENVOLVIDO	CONSUMO	VALOR
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA			
00000003154528716	CAT	05/06/2018	5.216,00	04/07/2018	5.337,00	1.000	0,00	121,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 03/08/2018

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM	META ANUAL
DIC-No.de horas sem Energia	RIO DOCE	0,28	4,95	9,91	19,82
FIC-No.de vezes sem Energia		1,00	3,23	6,47	12,95
DMC-Duração máxima de Interrupção contínua		0,28	2,77	8,00	0,90
DIC-Duração de Interrupção em dia crítico					Limite DICRI: 12,22
DMC-Valor de Encargo de Uso					R\$ 33,31

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você b/w variedades: rua rio grande do sul jardim Brasil / farmacia popular do bairro: avenida chico science no 188 b/trins i lista completa em www.celpe.com.br.
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Vermelha. Mais informações em www.aneel.gov.br.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.
O consumidor pode cancelar a cobrança de serviços de terceiros na fatura a qualquer tempo - Art 7º REN 581/13.

NÍVEIS DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MESIANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO
004000404980	07/2018	112,75	23/07/2018

TALÃO DE PAGAMENTO

Evite dobrar, perfurar ou rasurar.
Este canhoto será usado em leitora ótica.

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

838700000010 127500110040 000404980104 149018033937



celpe
Grupo Neoenergia
www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE ALDENICE PRAZERES DA SILVA CPF: 420.384.214-04	DATA DE VENCIMENTO 14/06/2018		DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 05/06/2018	CONTA CONTRATO 002502356014
	TOTAL A PAGAR (R\$) 138,06		DATA DA APRESENTAÇÃO 05/06/2018	N° DO CLIENTE 2001246428
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA UBIRAJARA 16 TABAJARA/CIDADE TABAJARA 53360-530 OLINDA PE	CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásico		N° DA INSTALAÇÃO 0002139336	
	RESERVADO AO FISCO 2C12.24BE.311C.D4A2.6147.99D0.07C6.9EF9			
As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br				

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	163,00	0,73927710	120,50
Acréscimo Bandeira AMARELA			1,94
Acréscimo Bandeira VERMELHA			1,80
Contribuição Iluminação Pública			12,77
ICMS Subvenção-CDE-NF 011295671-03/04/18			1,05
TOTAL DA FATURA			138,06

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS								
ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
124,24	25,00	31,06	124,24	0,79	0,98	124,24	3,66	4,54

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo(kWh)	0,52198050		kWh
COMPOSIÇÃO DO CONSUMO		JUN 18	163
	R\$ %	MAI 18	147
Geração de Energia	43,45 34,97	ABR 18	174
Transmissão	5,29 4,28	MAR 18	156
Distribuição (Cotpo)	24,77 19,94	FEV 18	161
Encargos Setoriais	6,37 5,13	JAN 18	159
Tributos	36,58 29,44	DEZ 17	178
TOTAL	124,24 100	NOV 17	166
		OUT 17	157
		SET 17	152
		AGO 17	127
		JUL 17	152
		JUN 17	168

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL										DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh	DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA										
000000003130736423	CAT	04/05/2018	9.808,00	05/06/2018	9.971,00	32	0,00	163,00							
												abr/2018			
										DIC-No.de horas sem Energia	RIO DOCE	0,00	4,95	9,91	19,82
										FIC-No.de vezes sem Energia		0,00	3,23	6,47	12,95
										DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	2,77	0,10	0,00
										DICR-Duração de interrupção em dia crítico					Limite DICR: 12,22
										Encargamento Encargo de Uso = R\$ 44,87					
										Todo consumidor pode solicitar a operação dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI e quaisquer outros					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Essa conta poderá ser paga no credenciado mais perto de você. Confira a lista completa em www.celpe.com.br. Na data da leitura a bandeira em vigor é a Vermelha. Mais informações em www.aneel.gov.br. O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão do fornecimento. Pagto. em atraso gera multa 2%(Res.414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês. O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

NÍVEIS DE TENSÃO		
TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA		

DESTAQUE AQUI				
CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
002502356014	06/2018	138,06	14/06/2018	<p>Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.</p>

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - 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 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

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 VALMIR HONORIO DA SILVA inscrito (a) no CPF/CNPJ 621.228.354 / 00 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário ALEXSANDRO GOMES DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 102.742.414 / 71, do sinistro de DPVAT cobertura InvalidadeZ da Vítima ALEXSANDRO GOMES DA SILVA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 102.742.414 / 71, 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, 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 Ubirajara</u>		Número <u>16</u>	Complemento
Bairro <u>Tabajara</u>	Cidade <u>Olimpia</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>53.360-530</u>
Email		Telefone comercial(DDD) <u>(81) 9.8790-9451</u>	Telefone celular (DDD) <u>9.8287-3559</u>

Recife, 29 de junho de 2017
Local e Data

Valmir Honorio da Silva
Assinatura do Declarante

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - 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 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

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 VALMIR HONORIO DA SILVA inscrito (a) no CPF/CNPJ 621.228.354 / 00 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário ALEXSANDRO GOMES DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 102.742.414 / 71, do sinistro de DPVAT cobertura InvalidadeZ da Vítima ALEXSANDRO GOMES DA SILVA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 102.742.414 / 71, 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, 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 Ubirajara</u>		Número <u>16</u>	Complemento
Bairro <u>Tabajara</u>	Cidade <u>Olimpia</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>53.360-530</u>
Email		Telefone comercial(DDD) <u>(81) 9.8790-9451</u>	Telefone celular (DDD) <u>9.8287-3559</u>

Recife, 29 de junho de 2017
Local e Data

Valmir Honorio da Silva
Assinatura do Declarante

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - 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 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

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 VALMIR HONORIO DA SILVA inscrito (a) no CPF/CNPJ 621.228.354 / 00 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário ALEXSANDRO GOMES DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 102.742.414 / 71, do sinistro de DPVAT cobertura InvalidadeZ da Vítima ALEXSANDRO GOMES DA SILVA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 102.742.414 / 71, 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, 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 Ubirajara</u>		Número <u>16</u>	Complemento
Bairro <u>Tabajara</u>	Cidade <u>Olimpia</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>53.360-530</u>
Email		Telefone comercial(DDD) <u>(81) 9.8790-9451</u>	Telefone celular (DDD) <u>9.8287-3559</u>

Recife, 29 de junho de 2017
Local e Data

Valmir Honorio da Silva
Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, JOSINALDO TAVARES DE MELO,

RG nº 4.599.810, data de expedição 10/02/17,

Órgão SDS-PE, portador do CPF nº 031.798.064-51, com

domicílio na cidade de OLINDA, no Estado de

PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

RUA TIGUCA, ALTO DA CONCURSÃO, nº 156,

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima ALEXSANDRO GOMES DA SILVA cujo o condutor era

ALEXSANDRO GOMES DA SILVA.

Veículo: MOTO CICLETA.

Modelo: YAMAHA / XT 2150 CROSSER ED.

Ano: 2015.

Placa: PDH 0035

Chassi: 9E6D82510F0031130

Data do Acidente: 19/07/2017

Local e Data: _____

+ JOSINALDO TAVARES DE MELO
Assinatura do Declarante

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

PE Cartório de Registro Civil
15º Distrito Judiciário - Arruda
Fone: (81) 3448-1061 - e-mail: 15cartoriocivil@pe.gov.br

Reconheço por autenticidade a firma indicada de
JOSINALDO TAVARES DE MELO
lançada em minha presença. Dou fé.
Recife, 5 de julho de 2018. Em test. _____ da verdade.

ANA PAULA DE VASCONCELOS FERRAZ (ESCREVENTE SUBSTITUTA)
Enol.: R\$ 3,59 TSMR: R\$ 1,20 Total: R\$ 4,79
Válido somente com o selo 0074617.X6904201802.03373
(10:52:02)

Consulte autenticidade em www.tipe.us.br/seledigital.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DEVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
06 JUL 2018
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Ld.
Graciosa - Recife/PE CEP: 52

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, JOSINALDO TAVARES DE MELO,

RG nº 4.599.810, data de expedição 10/02/17,

Órgão SDS-PE, portador do CPF nº 031.798.064-51, com

domicílio na cidade de OLINDA, no Estado de

PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

RUA TIGUCA, ALTO DA CONQUISTA, nº 156,

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima ALEXSANDRO GOMES DA SILVA cujo o condutor era

ALEXSANDRO GOMES DA SILVA.

Veículo: MOTO CICLETA.

Modelo: YAMAHA / XTZ 150 CROSSER ED.

Ano: 2015.

Placa: PDH 0035

Chassi: 9E6D82510F0031130

Data do Acidente: 19/07/2017

Local e Data: _____

+ JOSINALDO TAVARES DE MELO
Assinatura do Declarante

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

PE Cartório de Registro Civil
15º Distrito Judiciário - Arruda
Fone: (81) 3448-1061 - e-mail: 15cartoriocivil@pe.jus.br

Reconheço por autenticidade a firma indicada de
JOSINALDO TAVARES DE MELO
lançada em minha presença. Dou fé.
Recife, 5 de julho de 2018. Em test. _____ da verdade.
ANA PAULA DE VASCONCELOS FERRAZ (ESCREVENTE SUBSTITUTA)
Enol.: R\$ 3,59 TSMR: R\$ 1,20 Total: R\$ 4,79
Válido somente com o selo 0074617.XG904201802.03373
(10:52:02)
Consulte autenticidade em www.tipe.jus.br/seledigital.



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DEVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
06 JUL 2018
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Ld.
Graças - Recife/PE CEP: 52

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, JOSINALDO TAVARES DE MELO,

RG nº 4.599.810, data de expedição 10/02/17,

Órgão SOS-PE, portador do CPF nº 031.798.064-51, com

domicílio na cidade de OLINDA, no Estado de

PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

RUA TIGUCA, ALTO DA CONCURSÃO, nº 156,

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima ALEXSANDRO GOMES DA SILVA cujo o condutor era

ALEXSANDRO GOMES DA SILVA.

Veículo: MOTO CICLETA.

Modelo: YAMAHA / XT 2150 CROSSER ED.

Ano: 2015.

Placa: PDH 0035

Chassi: 9E6D82510F0031130

Data do Acidente: 19/07/2017

Local e Data: _____

+ JOSINALDO TAVARES DE MELO
Assinatura do Declarante

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

PE Cartório de Registro Civil
15º Distrito Judiciário - Arruda
Fone: (81) 3448-1061 - e-mail: 15cartoriocivil@pe.gov.br

Reconheço por autenticidade a firma indicada de
JOSINALDO TAVARES DE MELO
lançada em minha presença. Dou fé.
Recife, 5 de julho de 2018. Em test. _____ da verdade.

ANA PAULA DE VASCONCELOS FERRAZ (ESCREVENTE SUBSTITUTA)
Enol.: R\$ 3,59 TSMR: R\$ 1,20 Total: R\$ 4,79
Válido somente com o selo 0074617.XG904201802.03373
(10:52:02)

Consulte autenticidade em www.tipe.us.br/seledigital.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
06 JUL 2018
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Ld.
Graciosa - Recife/PE CEP: 52

Atendimento: 1168425

Data e Hora: 19/07/2018 14:17

Senha da Classificação:

0198

Paciente: 108232 ALEXSANDRO SOARES DA SILVA

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data de Nascimento: 03/07/1998 Idade: 20 anos

Convênio: 2

SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: MARILYN FRANCISCA DOS SANTOS

Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA

CRM: 1234567

Endereço: CEREJEIRA

Cidade/UF: OLINDA

RG (Identidade):

Cap: 68350310

Bairro: CIDADE TABAJARA

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Usuário Atendimento: S.T.P. JAH/CL.TF

CRM (Cadastro de Registro de Médico):

Data de Emissão:

Fone: 83445747

Data de Emissão CRN:

Peso:

Altura:

Temperatura:

PROCURADO DE TRATAMENTO

Hora:

Queixa Principal:

Exame Físico:

História da Doença:

Conduta Terapêutica:

Prescrição de Medicamentos:

Destino:

Transferência:

Para:

Senha:

RECEBIMENTO DE SUSCITAÇÃO
07 JUL 2018Centro Seguradora S.A.
Av. Rio Barbosa, 175 Lm 5
Grupos - Radiol PE 00020
CRM - 4568

1168425

UPA 24 HORAS - OLINDA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 19/07/2017 14:13

Nome Paciente: ALEXSANDRO GOMES DA SILVA
Cód. Paciente: 108232
Data de Nascimento: 03/06/1989
Sexo: Masculino
Idade: 28
Senha: 0198
Convênio: 2 - SUS - PRONTO ATENDIMENTO
Atendimento: 1168425
SAME:

Período: 19/07/2017 14:14 - 19/07/2017 14:16

MARIA TACIANA DE OLIVEIRA CAMPOS - COREN: 127026 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:

URGENCIA - AMARELO

Cor:

AMARELO

Queixa Principal:

PACIENTE TRAZIDO PELOS BOMBEIROS, VITIMA DE COLISÃO CARRO /MOTO, TRAUMA EM TORAX E BACIA, CONSCIENTE, ORIENTADO, NG TCE

Observação:

USIATT, NG ALERGIA

Fluxograma sintoma:

SITUAÇÕES ESPECIAIS

Discriminador(es):

- PACIENTES EM AMBULÂNCIA DO SAMU, BOMBEIRO E MUNICIPAIS

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA



Acolhido(a) por: MARIA TACIANA DE OLIVEIRA CAMPOS - COREN: 127026 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 01/08/2017 15:24



Secretaria de Saúde do Recife

RECEITUÁRIO



PREFEITURA DO
RECIFE

Unidade de Saúde:

CLINICA GOMBEIA DE BARROS
Recife / DS

Nome:

Secretaria de Saúde
Bela Vista Distrito Sanitário:
Alexandre Jovis de Almeida

Registro Nº

Cartão SUS Nº

Lesões lumbares

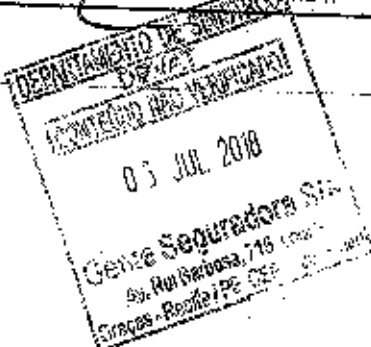
O paciente acima referido
foi vítima de acvd. automobilísti-
co com lesão na coluna
fratura do processo transverso
de L1. No momento em curso
dos 5. Cid: S32.0

Giovanni Mota
Otopedia
CRM 108147PE

Data:

15/08/17

Assinatura - Carimbo nº



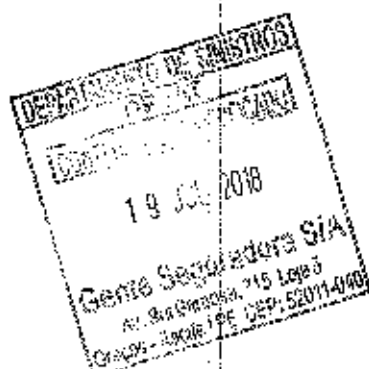
RECEITUÁRIO

Dr. Luiz Moraes

O Sr. Alexandre Gomes de
S. B., natural de PE de
Tramete, em 19/07/17,
compareceu a este Unidade
Hospitalar, apresentando dor
torção e inchaço de membros
inferiores na região de coxa e
de pernas, futuro LA, com
varicela aguda, com
Cid: S32.0. Com o exame
e o tratamento realizado
em 19/07/17.

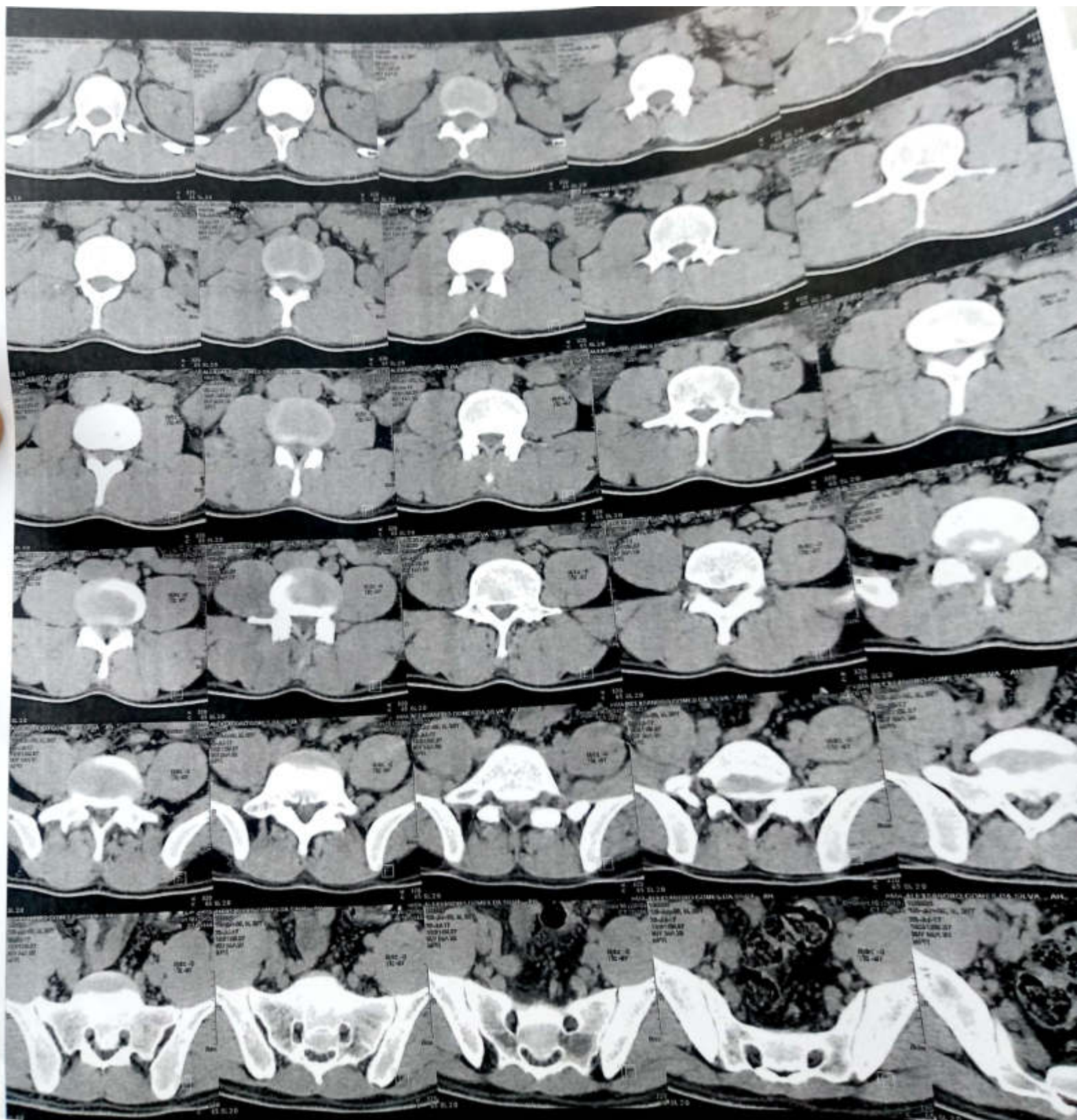
Dr. Luiz Moraes
Ortopedia Traumatologia
CRM: 53713

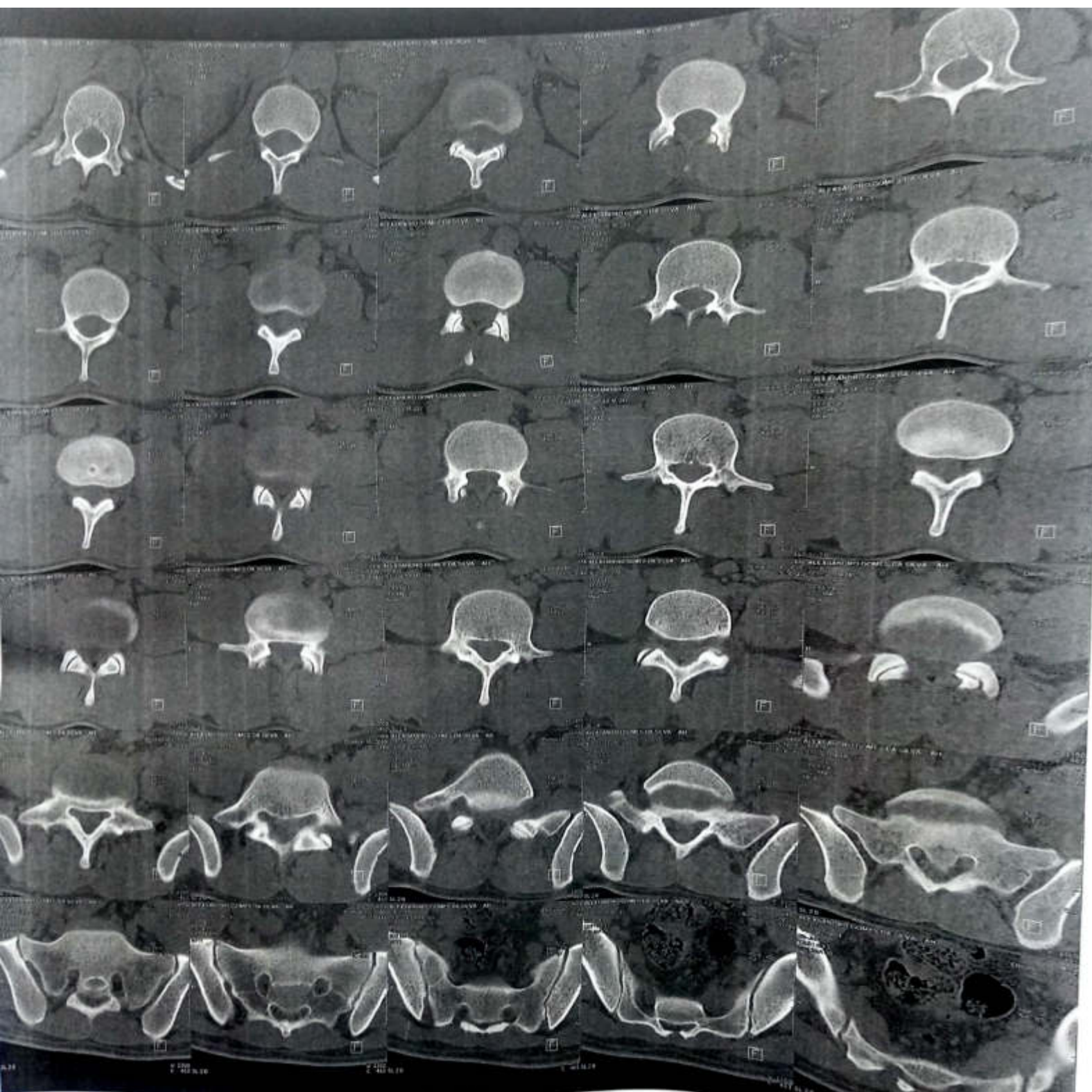
O LEITE MATERNO É O MELHOR ALIMENTO PARA SEU FILHO





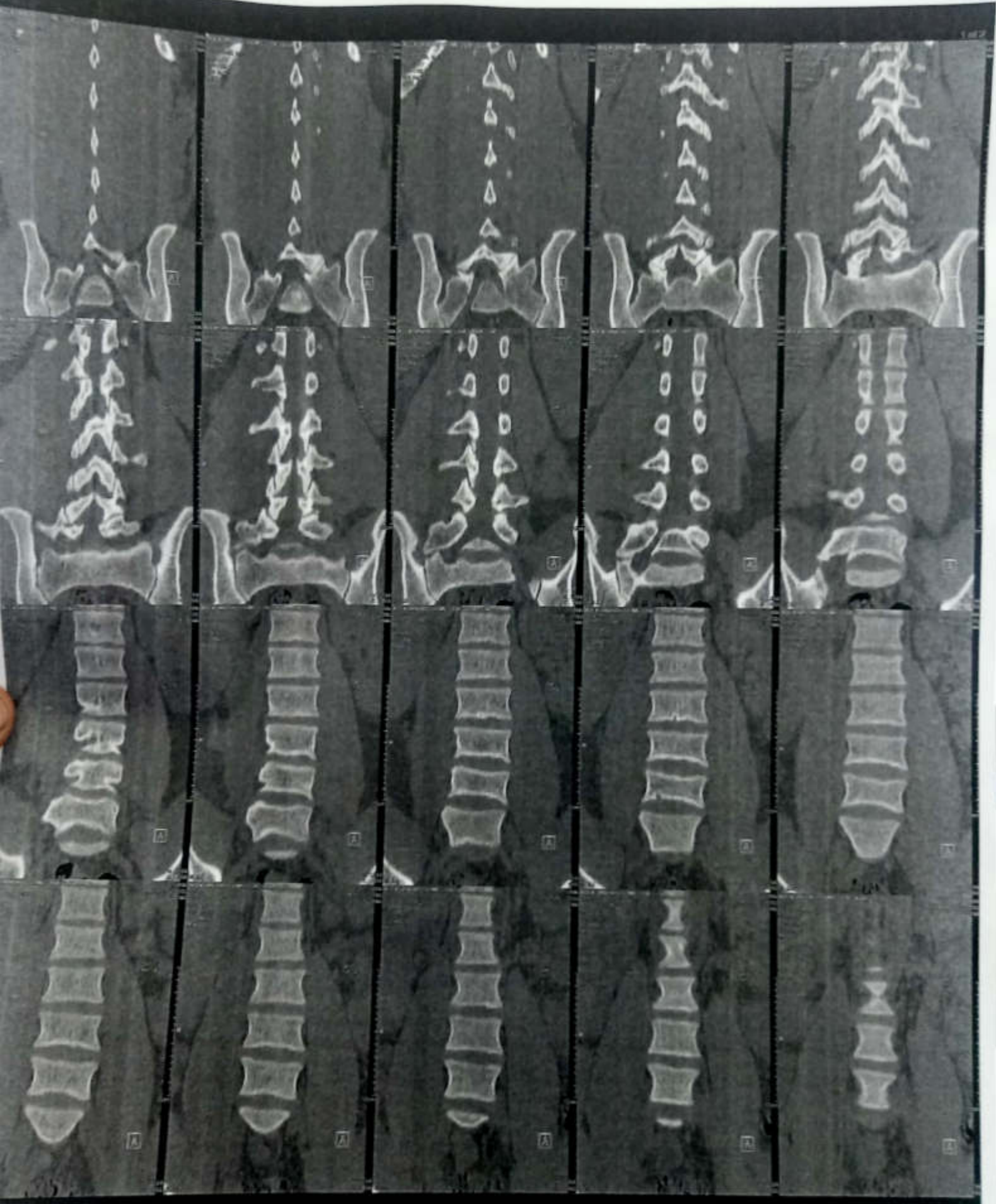
Fazendinha, S/N - Jaguaribe
Caulista/PE

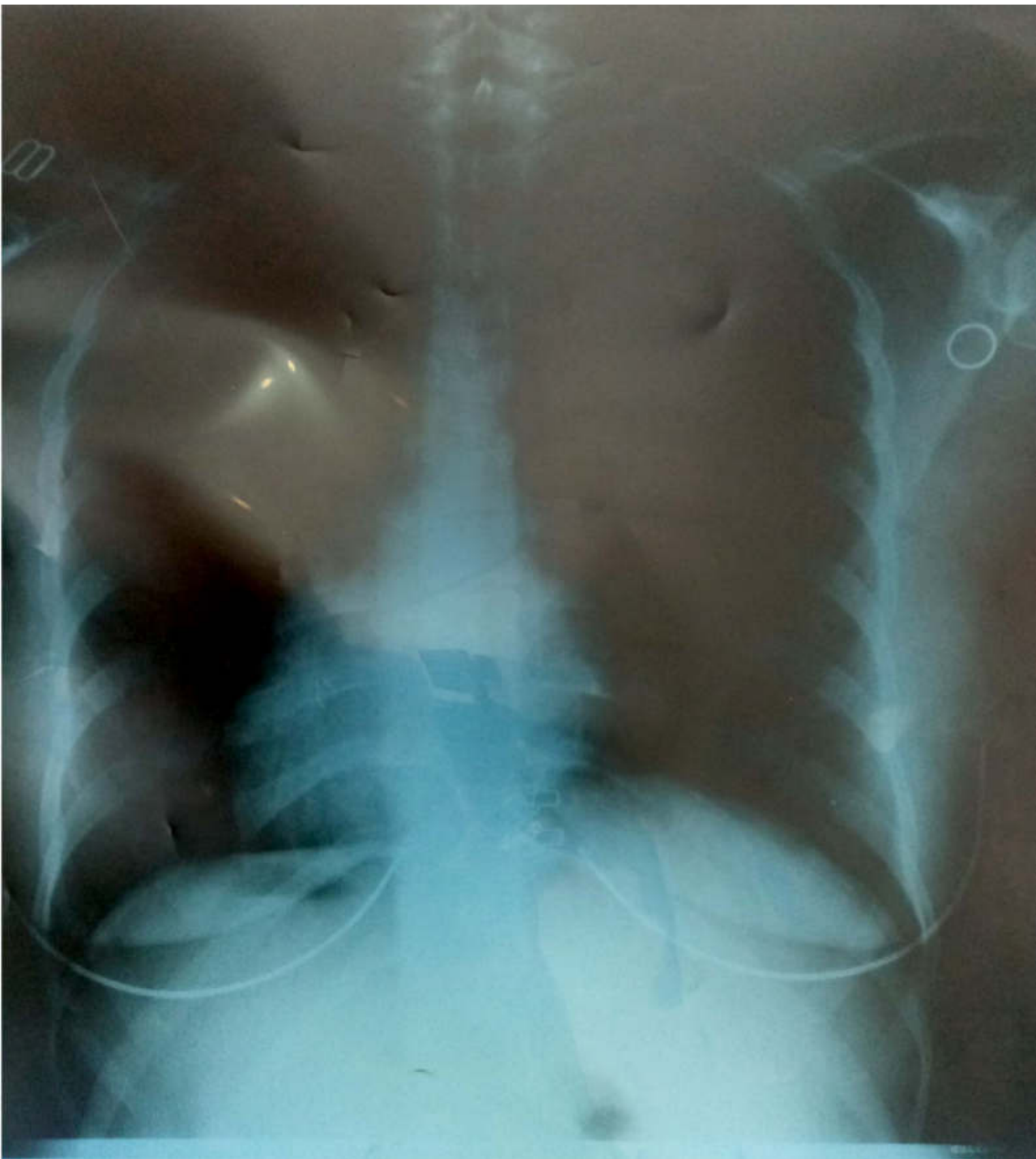


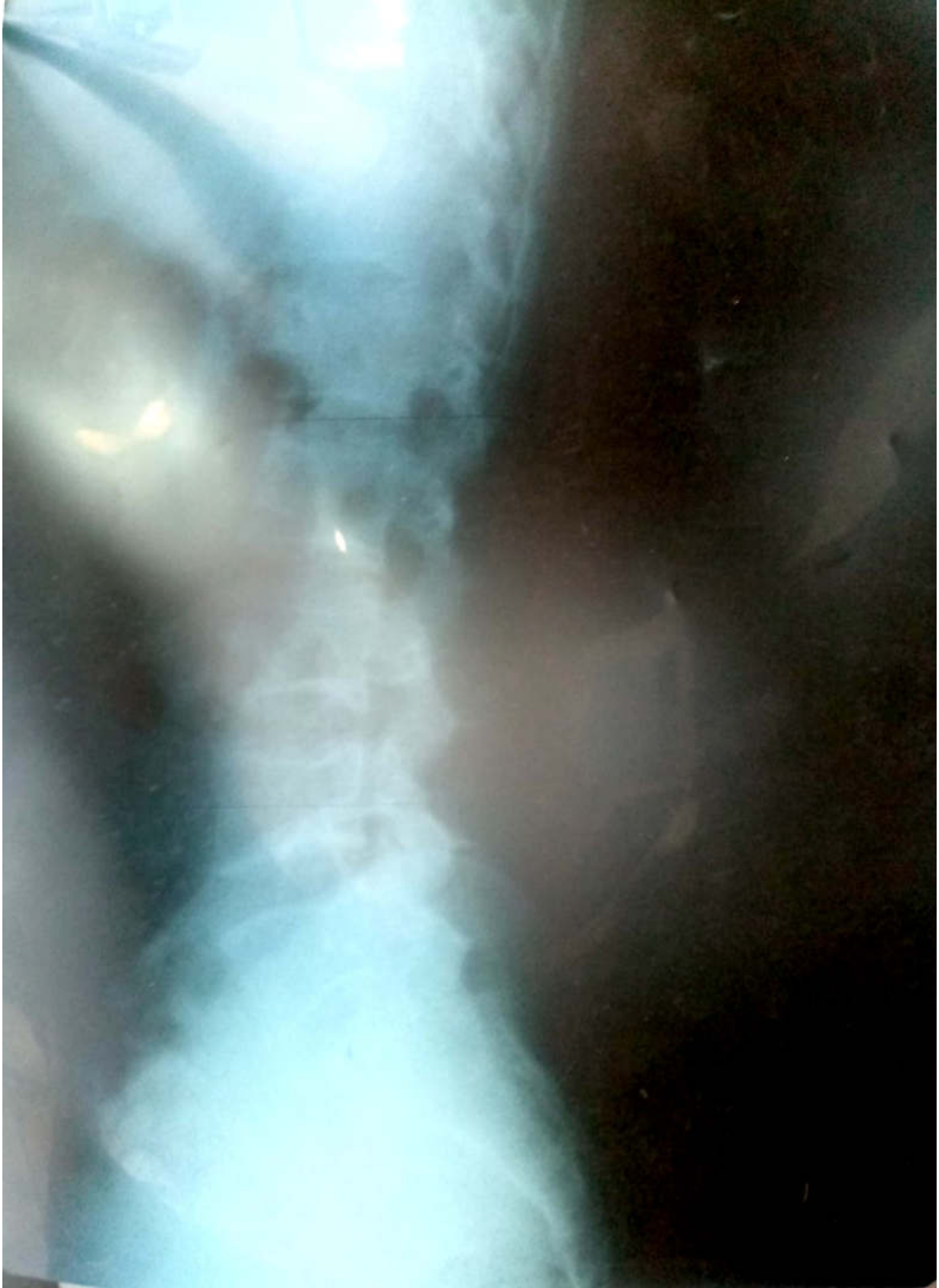




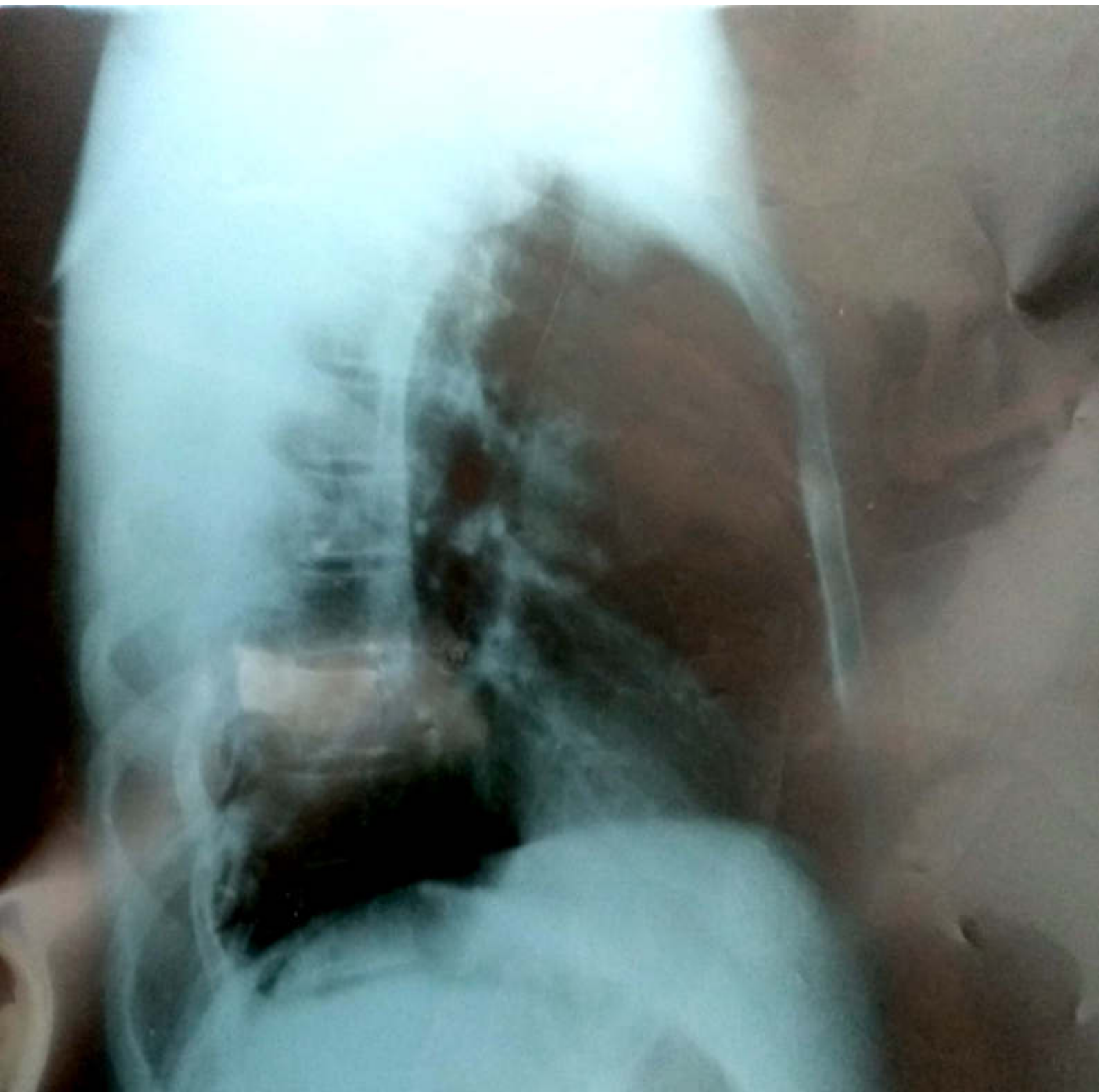
















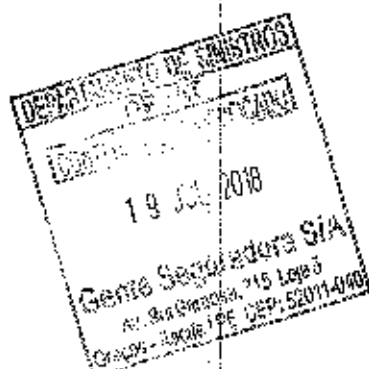
RECEITUÁRIO

Dr. Luiz Moraes

O Sr. Alexandre Gomes de
S. B., natural de PE de
Tramete, em 19/07/17,
compareceu a este Unidade
Hospitalar, apresentando dor
torção e inchaço de membros
inferiores na região de coxa e
de pernas, futuro LA, com
varicela aguda, com
Cid: S32.0. Com o exame
e o tratamento realizado
em 19/07/17.

Dr. Luiz Moraes
Ortopedia Traumatologia
CRM: 53713

O LEITE MATERNO É O MELHOR ALIMENTO PARA SEU FILHO



Atendimento: 1168425

Data e Hora: 19/07/2017 14:17

Senha da Classificação:

0198

Paciente: 108232 ALEXSANDRO SOARES DA SILVA

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data de Nascimento: 03/07/1993 Idade: 24 anos

Convênio: 2

SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: MARILYN FRANCISCA DOS SANTOS

Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA

CRM: 1234567

Endereço: CEREJEIRA

Cidade/UF: OLINDA

RG (Identidade):

Cap: 68350310

Bairro: CIDADE TABAJARA

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Usuário Atendimento: S.T.P. JAHU.TF

CRM (Cadastro de Registro de Médico):

Data de Emissão:

Fone: 83445747

Data de Emissão CRN:

Peso:

Altura:

Temperatura:

FISICUS DO TRATAMENTO

Hora:

Queixa Principal:

Exame Físico:

História Clínica:

Conduta Terapêutica:

Prescrição:

Destino:

Transferência:

Para:

Senha:

RECEBIMENTO DE SUSCITAÇÃO
07 JUL 2018Centro Seguradora S.A.
Av. Rio Barbosa, 175 Lda 5
Graciosa - Recife/PE CEP: 50020-000
CRM - 4568

1168425

UPA 24 HORAS - OLINDA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 19/07/2017 14:13

Nome Paciente: ALEXSANDRO GOMES DA SILVA
Cód. Paciente: 108232
Data de Nascimento: 03/06/1989
Sexo: Masculino
Idade: 28
Senha: 0198
Convênio: 2 - SUS - PRONTO ATENDIMENTO
Atendimento: 1168425
SAME:

Período: 19/07/2017 14:14 - 19/07/2017 14:16

MARIA TACIANA DE OLIVEIRA CAMPOS - COREN: 127026 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:

URGENCIA - AMARELO

Cor:

AMARELO

Queixa Principal:

PACIENTE TRAZIDO PELOS BOMBEIROS, VITIMA DE COLISÃO CARRO /MOTO, TRAUMA EM TORAX E BACIA, CONSCIENTE, ORIENTADO, NG TCE

Observação:

USIATT, NG ALERGIA

Fluxograma sintoma:

SITUAÇÕES ESPECIAIS

Discriminador(es):

- PACIENTES EM AMBULÂNCIA DO SAMU, BOMBEIRO E MUNICIPAIS

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA



Acolhido(a) por: MARIA TACIANA DE OLIVEIRA CAMPOS - COREN: 127026 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 01/08/2017 15:24



Secretaria de Saúde do Recife

RECEITUÁRIO



PREFEITURA DO
RECIFE

Unidade de Saúde:

CLINICA GOUVEIA DE BARROS
Recife / PE

Nome:

Flaviano José de Almeida
Distrito Sanitário:

Registro Nº

Cartão SUS Nº

Lesão medular

O paciente acima referido
foi vítima de aced. automobilísti-
co com lesão na coluna
bordura do processo transverso
de L1. No momento em curso
de J5. CID : S32.0

Giovanni Mota
Otopedia
CRM 108147PE

Data:

15/08/17

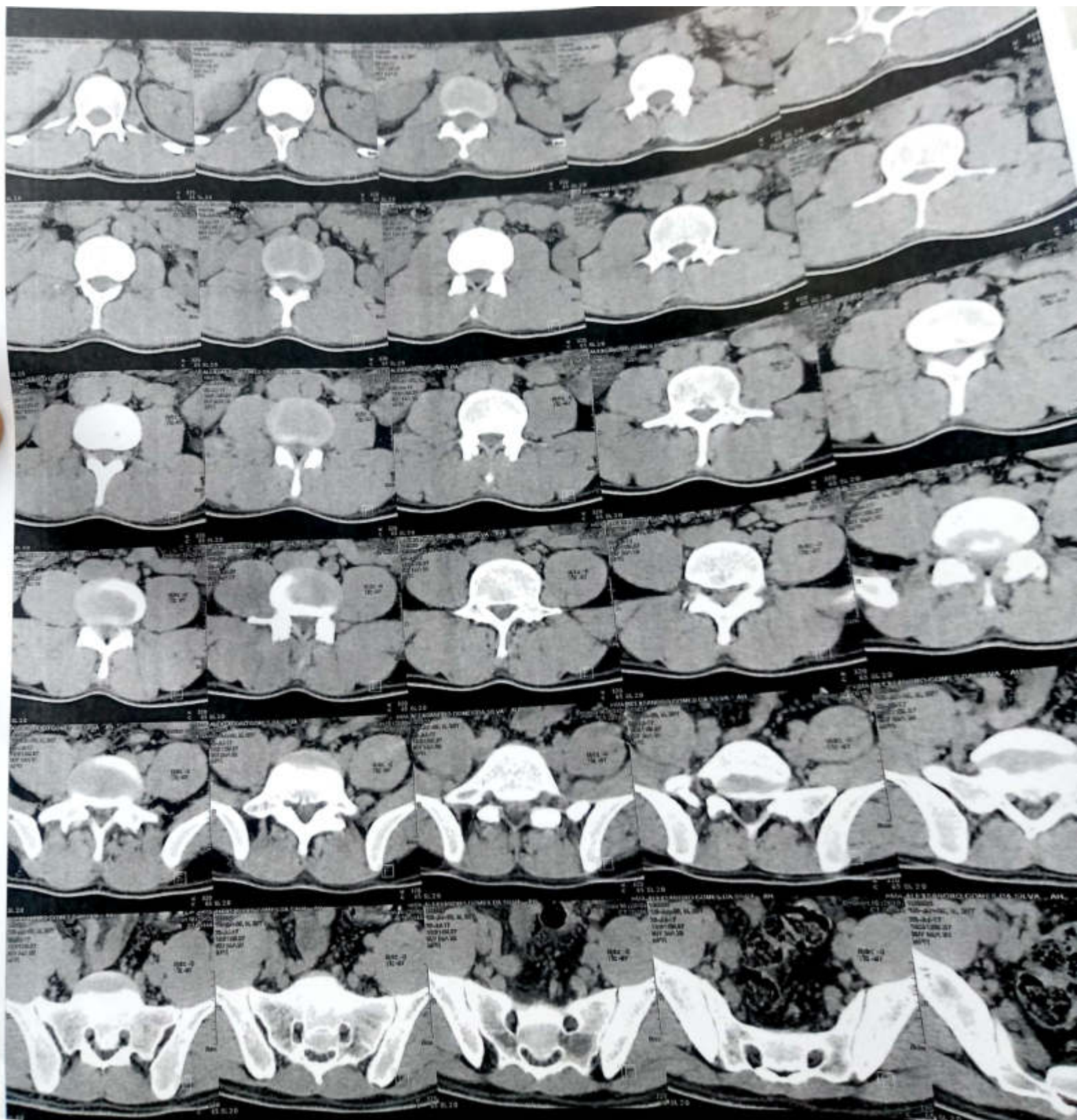
3

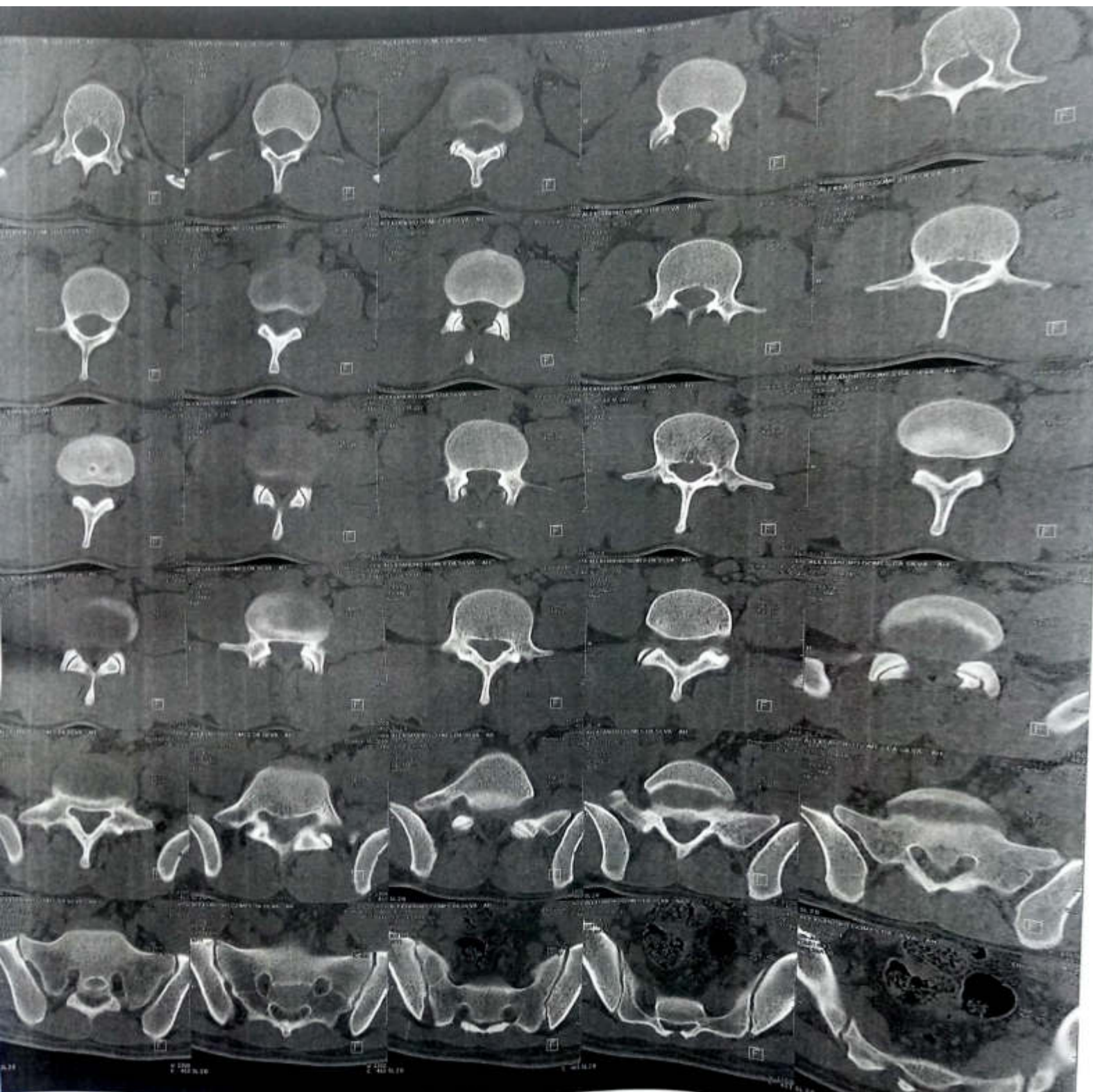
Assinatura - Carimbo nº

DEPARTAMENTO DE SAÚDE
03 JUL 2018
Genes Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 716 (Copa)
Graças - Recife/PE 51011-000



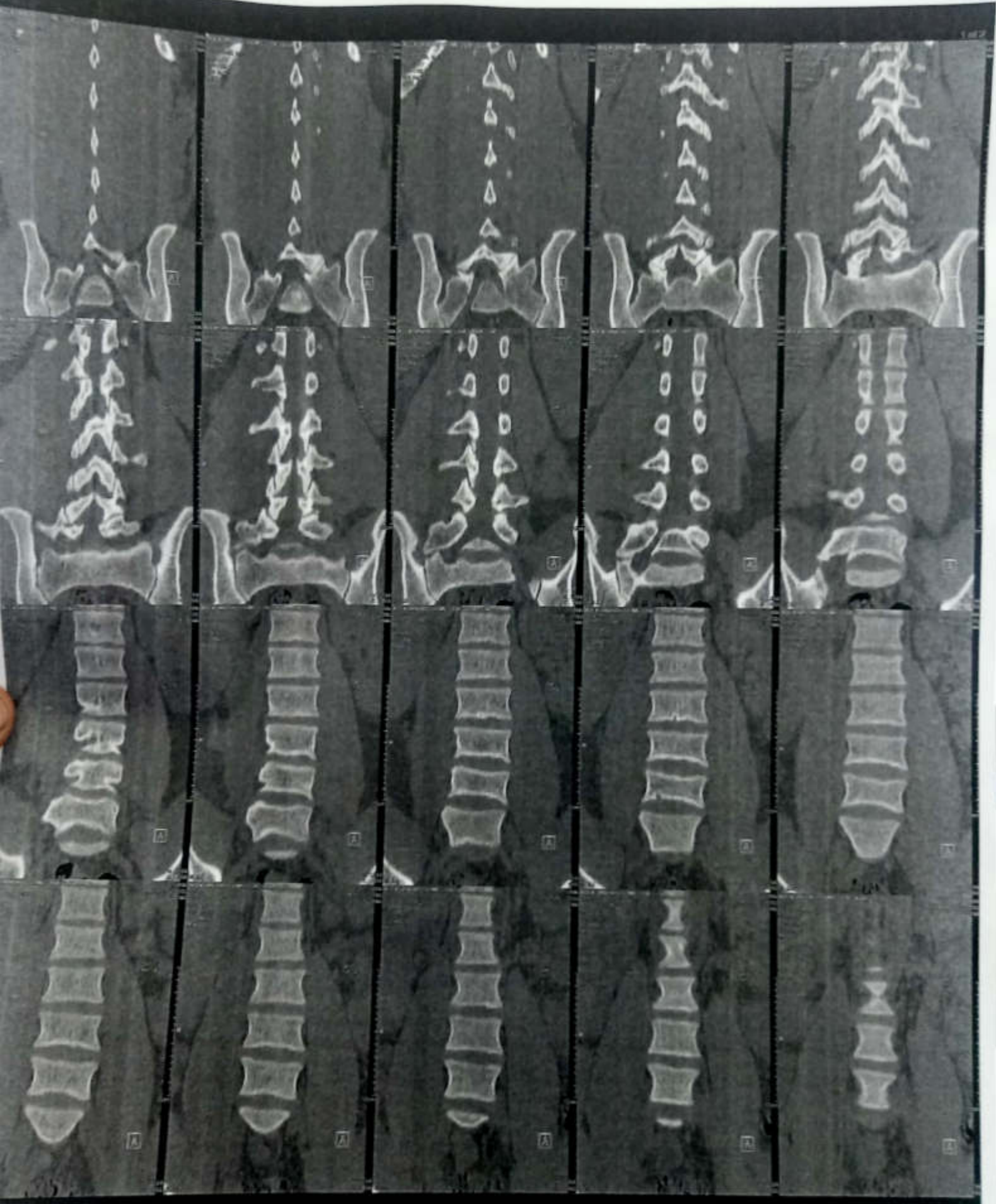
Fazendinha, S/N - Jaguaribe
Cauilista/PE

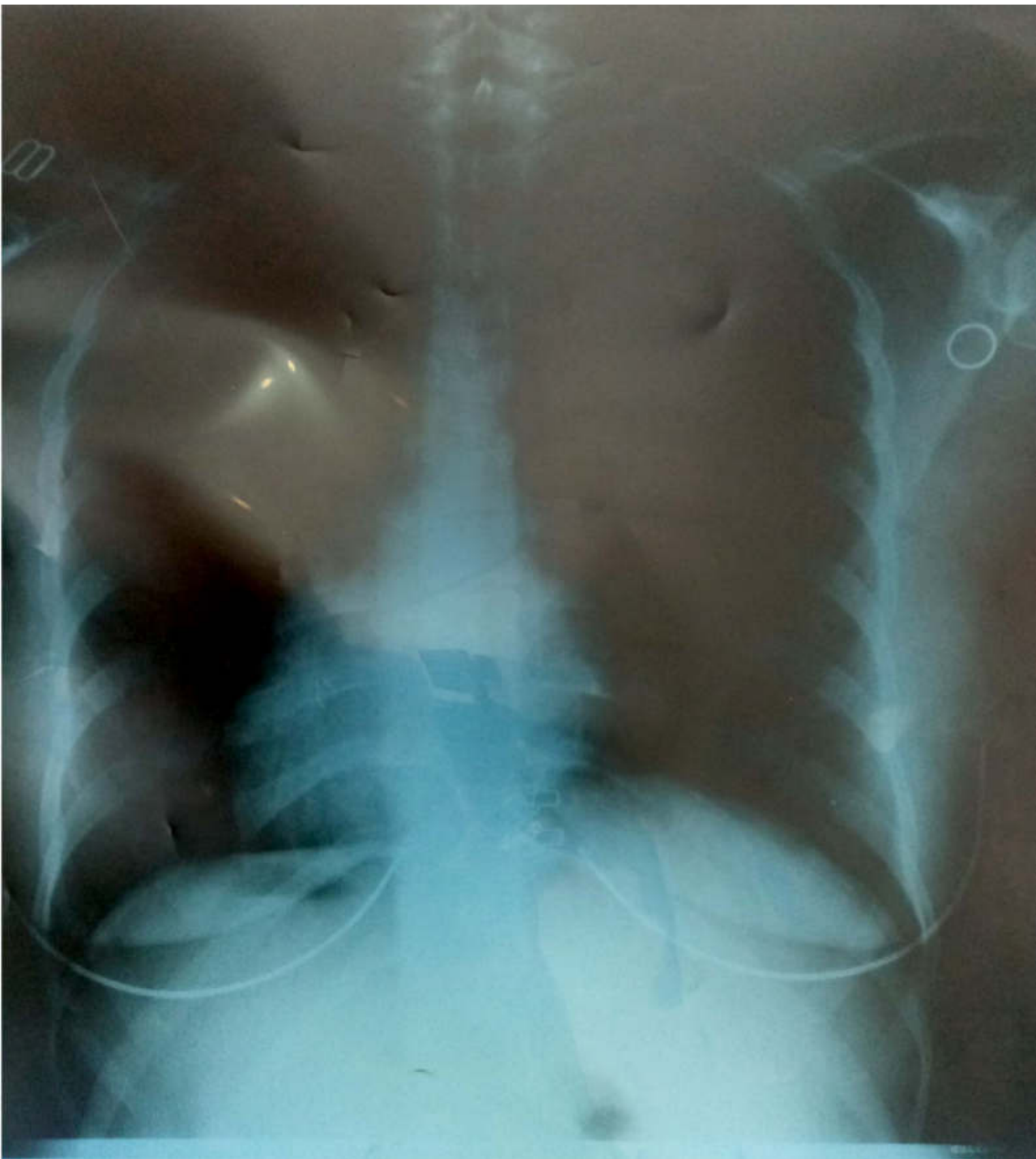


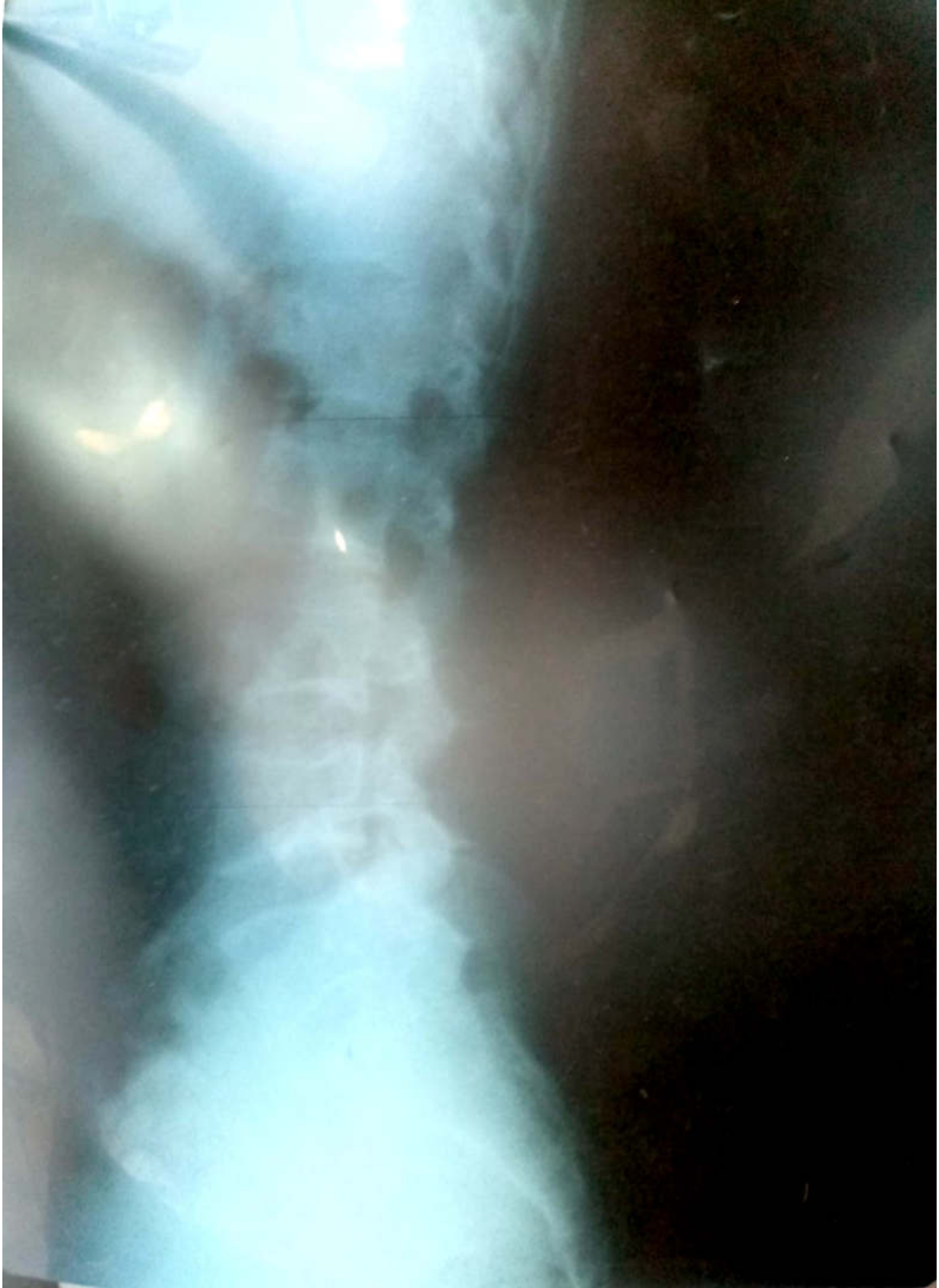




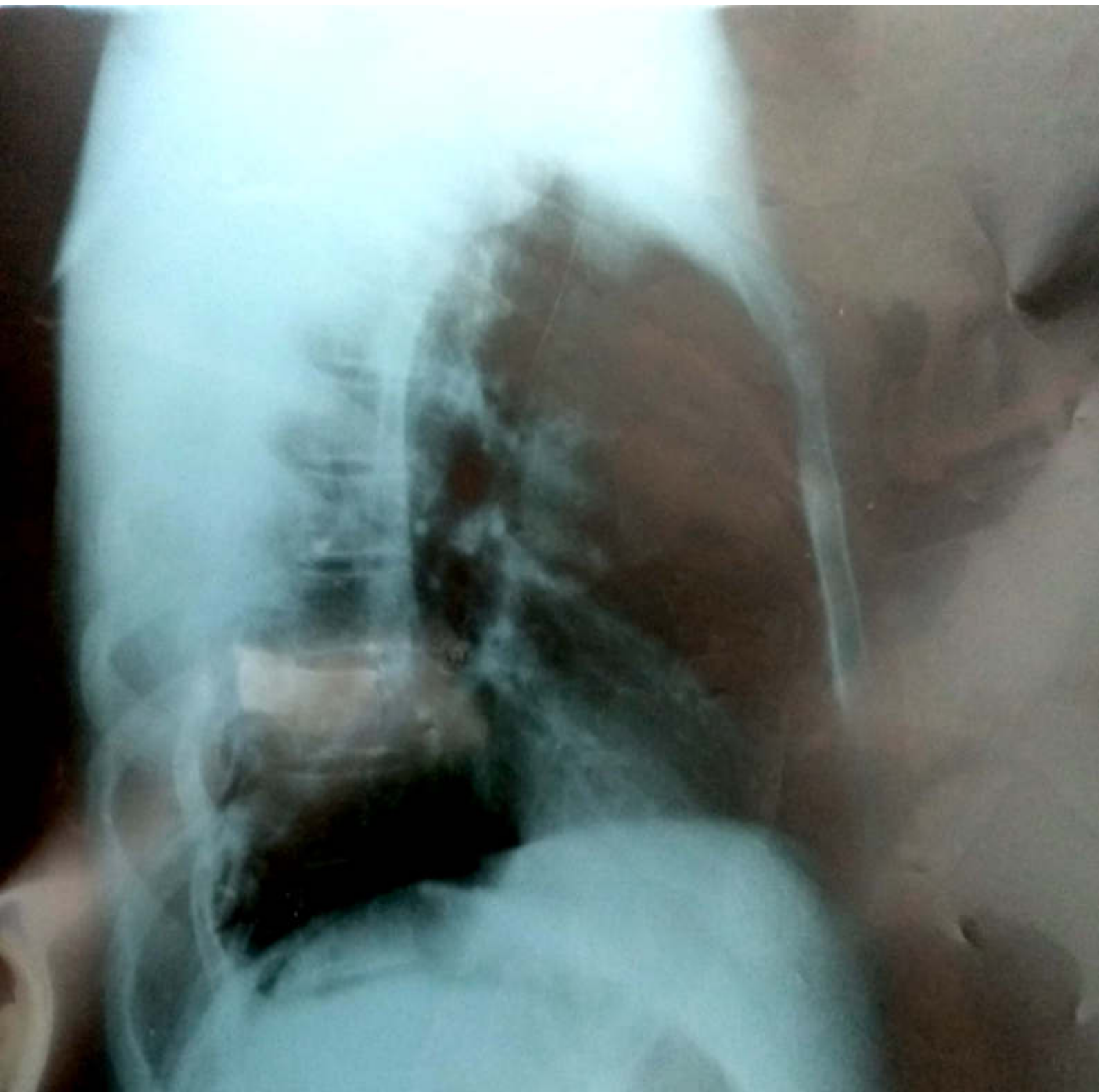
















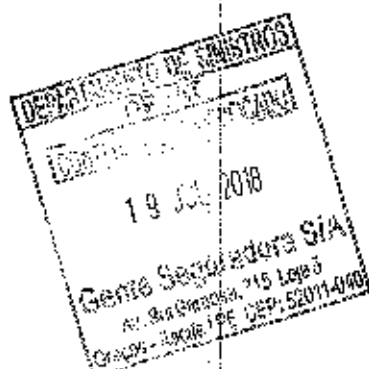
RECEITUÁRIO

Dr. Luiz Moraes

O Sr. Alexandre Gomes de
S. B., natural de PE de
Tramete, em 19/07/17,
compareceu a este Unidade
Hospitalar, apresentando dor
torção e inchaço de membros
inferiores na região de coxa e
de pernas, futuro LA, com
varicela aguda, com
Cid: S32.0. Com o exame
e o tratamento realizado
em 19/07/17.

Dr. Luiz Moraes
Ortopedia Traumatologia
CRM: 3713

O LEITE MATERNO É O MELHOR ALIMENTO PARA SEU FILHO



Atendimento: 1168425

Data e Hora: 19/07/2018 14:17

Senha da Classificação:

0198

Paciente: 108232 ALEXSANDRO SOARES DA SILVA

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data de Nascimento: 03/07/1998 Idade: 20 anos

Convênio: 2

SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: MARCELIANE FRANCISCA DOS SANTOS

Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA

CRM: 1234567

Endereço: CEREJEIRA

Cidade/UF: OLINDA

RG (Identidade):

Cap: 68350310

Bairro: CIDADE TABAJARA

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Usuário Atendimento: S.T.P. JAHU.TF

CRM (Cadastro de Registro de Médico):

Data de Emissão:

Fone: 83445747

Data de Emissão CRN:

Peso:

Altura:

Temperatura:

PROCURADO DE TRATAMENTO

Hora:

Queixa Principal:

Exame Físico:

História da Doença:

Conduta Terapêutica:

Prescrição de Medicamentos:

Destino:

Transferência:

Para:

Senha:

RECEBIMENTO DE SUSCITAÇÃO
07 JUL 2018Centro Seguradora S.A.
Av. Rio Barbosa, 175 Lda 5
Grupos - Radiol PE 00020
CRM - 4568

1168425

UPA 24 HORAS - OLINDA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 19/07/2017 14:13

Nome Paciente: ALEXSANDRO GOMES DA SILVA
Cód. Paciente: 108232
Data de Nascimento: 03/06/1989
Sexo: Masculino
Idade: 28
Senha: 0198
Convênio: 2 - SUS - PRONTO ATENDIMENTO
Atendimento: 1168425
SAME:

Período: 19/07/2017 14:14 - 19/07/2017 14:16

MARIA TACIANA DE OLIVEIRA CAMPOS - COREN: 127026 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:

URGENCIA - AMARELO

Cor:

AMARELO

Queixa Principal:

PACIENTE TRAZIDO PELOS BOMBEIROS, VITIMA DE COLISÃO CARRO /MOTO, TRAUMA EM TORAX E BACIA, CONSCIENTE, ORIENTADO, NG TCE

Observação:

USIATT, NG ALERGIA

Fluxograma sintoma:

SITUAÇÕES ESPECIAIS

Discriminador(es):

- PACIENTES EM AMBULÂNCIA DO SAMU, BOMBEIRO E MUNICIPAIS

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA



Acolhido(a) por: MARIA TACIANA DE OLIVEIRA CAMPOS - COREN: 127026 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 01/08/2017 15:24



Secretaria de Saúde do Recife

RECEITUÁRIO



PREFEITURA DO
RECIFE

Unidade de Saúde:

CLINICA GOUVEIA DE BARROS
Recife / DS

Nome:

Secretaria de Saúde
Bairro de Santa Cruz
Bela Vista Distrito Sanitário:
Alexandre Jovis de Almeida

Registro Nº

Cartão SUS Nº

Lesão medular

O paciente acima referido
foi vítima de aced. automobilísti-
co com lesão na coluna
fratura do processo transversos
de L1. No momento em curso
de J5. CID : S32.0

Giovanni Mota
Otopedia
CRM 108147PE

Data:

15/08/17

3

Assinatura - Carimbo nº

DEPARTAMENTO DE SAÚDE
SECRETARIA DE SAÚDE
03 JUL 2018
Genes Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 716 (Cidade)
Graças - Recife/PE 51011-000

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 DEPARTAMENTO NACIONAL DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITACAO

NOME: ALEXANDRO GOMES DA SILVA
 CPF: 7148173-308 PE
 DATA DE NASCIMENTO: 102-742.414-71 03/08/1989
 FLACAO: JACILANO GOMES DA SILVA
 MARLENE FRANCISCA DOS SANTOS
 PERMISSAO: CAT. PAB AB
 VALIDADE: 30/12/2021 21/11/2012
 F. RESIDENTE: 0564507380

OBSERVAÇÕES: sem observações

LOCAL: OLINDA - PE
 DATA EMISSAO: 30/12/2016
 ASSINATURA DO PROPRIETARIO: *Alexandro Gomes da Silva*
 ASSINATURA DO EMISSOR: *[Assinatura]*
 68577581815
 FE076995062

VALIDA EM TODOS OS TERRITORIOS NACIONAIS
 1422752504

PROIBIDO PLASTIFICAR
 1422752504

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 DE VAT
 CONTEUDO NAO VERIFICADO
 06 JUL 2018
 Gente Seguradora S/A
 Av. Rua Barbosa, 715 Lda 5
 Gracas - Recife / PE CEP 52-111-1400

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO

VALDEMIR HONORIO DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
2948595 SSP PE

CPF
621.228.354-00

DATA NASCIMENTO
30/01/1970

FILIAÇÃO
**VALDEMIR HONORIO DA SI
LVA
MARIA DA PENHA DO NASC
IMENTO**

PERMISSÃO
00000000000000000000

ACC
00000000000000000000

CAT. HAB
B

Nº REGISTRO
05601193700

VALIDADE
28/08/2022

1ª HABILITAÇÃO
11/03/1997

OBSERVAÇÕES
EAR

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
PAULISTA, PE

DATA EMISSÃO
31/08/2017

Charles Andrews Souza Ribeiro
Diretor Presidente

ASSINATURA DO EMISSOR

50981603055
PE081048661

PERNAMBUCO

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1483262450

PROIBIDO PLASTIFICAR
1483262450

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTENIDO NÃO VERIFICADO
06 JUL 2018
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 6
Recife - Recife/PE CEP: 52011-040