



Número: **0028277-28.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 20ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **09/05/2019**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ALEXSANDRO GOMES DA SILVA (AUTOR)		Rodrigo Alves Dias (ADVOGADO) JAIME MARCAL DANTAS FILHO (ADVOGADO)	
TOKIO MARINE BRASIL SEGURADORA S.A. (RÉU)			
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
HENRIQUE AUGUSTO LEITE MARQUES (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
56446782	14/01/2020 16:26	2611741_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_JUR_01	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 20ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo: 00282772820198172001

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreeve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **ALEXSANDRO GOMES DA SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente.

A parte autora alega ter adquirido lesões decorrentes do acidente aludido na coluna vertebral, todavia, em sede administrativa não foi apurada a presença de qualquer sequela, conforme demonstrado abaixo:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA				
DADOS DO SINISTRO				
Número: 3180310693	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: 30/07/2018 Valoração do IML: 0 Perícia médica: Não Diagnóstico: TRAUMA DE TÓRAX TRAUMA NA COLUNA LOMBAR Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR ALTA Sequelas permanentes: Sequelas: Sem sequela Conduta mantida: Quantificação das sequelas: Documentos complementares: Observações: NOS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.				
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
ESPECIALISTA				
Empresa: Líder- Serviços AMD Grupo: EQ2 Nome: NELMA DE OLIVEIRA MARTINS FREITAS CRM: 5234195-7 UF do CRM: RJ Assinatura: 				

Após o deferimento de exame pericial médico, o ilustre expert apurou a presença de lesão na coluna vertebral em grau leve (25%).

Assim a ré impugna o ilustre laudo quanto à presença de sequelas na coluna vertebral, tendo em vista que, anteriormente, em sede administrativa, foi apurada a ausência de sequelas no segmento.

ADEMAIS, CUMPRE SALIENTAR QUE EM MOMENTO ALGUM A PARTE AUTORA COMPROVA A EXISTÊNCIA DAS LESÕES ALEGADAS, SEM DEMONSTRAR SEQUER UM ACOMPANHAMENTO OU TRATAMENTO MÉDICO QUE CONDIZA COM A INVALIDEZ PERMANENTE ADUZIDA.



Desta forma, os documentos médicos apresentados nos autos comprovam a AUSÊNCIA DE INVALIDEZ PERMANENTE do autor.

Ora, Exa., não é crível que com os avanços da medicina, os tratamentos realizados na parte autora serviram para agregar lesão à parte autora, haja vista que, conforme avaliado administrativamente, a parte autora não possuía sequelas permanentes.

É certo que o julgador não está adstrito à conclusão contida no laudo pericial, mas a simples leitura do mesmo demonstra que a r. Perito não buscou comprovar o suposto agravamento da lesão, somente limitando-se a responder os quesitos apresentados de maneira simplista e sem qualquer fundamentação.

Pelo exposto, a parte ré impugna o laudo pericial produzido, requerendo que seja afastada a conclusão pericial, devendo ser levado em consideração o conjunto fático-probatório dos autos, sobretudo os documentos médicos acostados na exordial, que demonstram a ausência de invalidez permanente, sendo os pedidos autorais julgados improcedentes.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RECIFE, 14 de janeiro de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/PE 4246

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br





Número: **0028277-28.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 20ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **09/05/2019**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ALEXSANDRO GOMES DA SILVA (AUTOR)		Rodrigo Alves Dias (ADVOGADO) JAIME MARCAL DANTAS FILHO (ADVOGADO)	
TOKIO MARINE BRASIL SEGURADORA S.A. (RÉU)			
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
HENRIQUE AUGUSTO LEITE MARQUES (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
56446783	14/01/2020 16:26	ANEXO 1	Outros (Documento)

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
PARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
CARTEIRA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

VALMIR HONORIO DA SILVA

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

CPF: **621.228.354-00** DATA NASCIMENTO: **30/01/1970**

FILIAÇÃO
**VALDENIR HONORIO DA SI
LVA
MARIA DA FENHA DO NASC
DIREITO**

PERMISSÃO: **COMUNICACAO** LUGAR: **BRASIL** CAT. HAB: **R**

Nº REGISTRO: **05601193700** VALIDADE: **28/06/2022** 1ª HABILITAÇÃO: **11/03/1997**

OBSERVAÇÃO:
MAX

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL: **PAULISTA, PE** DATA EMISSÃO: **31/08/2017**

Assinado por: **Charles Anderson Sousa Ribeiro**
Diretor Presidente
50881603055
PE081948661

PERNAMBUCO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1483262450

PRONTO PLASTIFICAR
1483262450

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
06 JUL 2018
Gerente Seguradora S/A
Av. ... 113 Loja 6
... CEP: 52011-040



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
PARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
CARTEIRA NACIONAL DE IDENTIDADE

VALMIR HONORIO DA SILVA

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

CPF
621.228.354-00

DATA NASCIMENTO
30/01/1970

FILIAÇÃO
**VALDEMIR HONORIO DA SI
LVA
MARIA DA FENHA DO NASC
DIREITO**

PERMISSÃO
00000000000000000000000000000000

LOCAL
00000000000000000000000000000000

CAT. HAB
2

Nº REGISTRO
05601193700

VALIDADE
28/06/2022

1ª HABILITAÇÃO
11/03/1997

OBSERVAÇÃO
MAX

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
PAULISTA, PE

DATA EMISSÃO
31/08/2017

Assinado eletronicamente por: **Charles Anderson Sousa Ribeiro**
Diretor Presidente

50981603055
PE081948661

PERNAMBUCO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1483262450

PRONTO PLASTIFICAR
1483262450

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
06 JUL 2018
Gen. Le. Seguradora S/A
Av. da Embaixada, 113 Laje 6
Rio de Janeiro - RJ CEP: 20011-040



PROIBIDO PLASTIFICAR

1422752504

VALIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS

ALVARÃO COMER DA SILVA

CPF: 114.812.318-12

RG: 102.741.414-71

DATA DE NASCIMENTO: 10/11/1982

LOCAL DE NASCIMENTO: RUA JOSE DA SILVA

ENDEREÇO: RUA JOSE DA SILVA

CEP: 0584507300

DATA DE EMISSÃO: 30/12/2021

DATA DE VALIDADE: 21/11/2012

PROIBIDO PLASTIFICAR

1422752504

PROIBIDO PLASTIFICAR

1422752504

REPUBLICA DE SANITÓRIO

02/01

VERIFICAÇÃO DE VERIFICAÇÃO

01 JUL 2018

Gente Separadora S.A.

Av. Antenor Costa, 713 - 1º andar

Recife - Pernambuco - PE 51011-000

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
PARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
CARTEIRA NACIONAL DE IDENTIDADE

VALMIR HONORIO DA SILVA

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

CPF: **621.228.354-00** DATA NASCIMENTO: **30/01/1970**

FILIAÇÃO
**VALDEMIR HONORIO DA SI
LVA
MARIA DA FENHA DO NASC
DIREITO**

PERMISSÃO: **00000000000000000000** LAC: **00000000** CAT. HAB: **2**

Nº REGISTRO: **05601193700** VALIDADE: **28/06/2022** 1ª HABILITAÇÃO: **11/03/1997**

OBSERVAÇÃO:
MAX

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL: **PAULISTA, PE** DATA EMISSÃO: **31/08/2017**

Assinado eletronicamente por: **Charles Anderson Sousa Ribeiro**
Diretor Presidente
50981603055
PE081948661

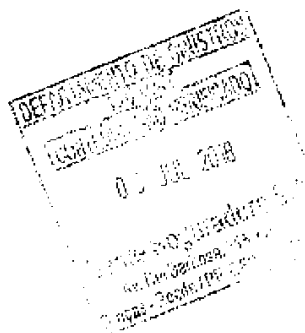
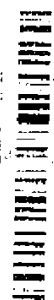
PERNAMBUCO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1483262450

PRONTO PLASTIFICAR
1483262450

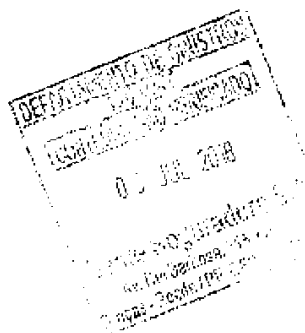
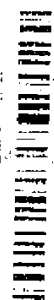
DEPARTAMENTO DE SINISTROS
06 JUL 2018
Gen. Le. Seguradora S/A
Av. da Embaixada, 113 Lapa 6
Rio de Janeiro - RJ CEP: 20011-040



[illegible][illegible]

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DETRAN - PE CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO	Nº 013224678258
VIA COD. EMISSÃO	IL. J. R. C. REGISTRO
1 1086306772	***** 2017
OSTRALJO TAVARES DE ALEJO	
OLINDA - PB	PLACA EDM0035
331 798 954-51	CHASSI SC6K6451UP0631130
***** AB	COMBUSTÍVEL ALCO/CASOL
PLACANTEUR	ANO FAB. 2015
***** AB	CONCESSIONÁRIA LARATIA
2P/149CL	VEIC. COTAÇÃO CA 1º *****
1 IPVA 2017 QUITADO	2º *****
V PARCELAMENTO - DOTAIS	3º *****
A 1	PREV. O TAMB. (R.C. F.S.) Nº 149
SEGURO FAGO	PREV. O TAMB. (R.C. F.S.) Nº 149
AL. FID. YAMAHA ROM CORP. LTDA	DIR. - FVACOLAS
OLINDA	DATA 01/05/17
Dir. Las Andrews Sousa Ribeiro Director Presidente INTRAN/PE	

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO COM MOTORES DE VELA, TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOA TRANSITANDO OU NÃO - SEGURO DPVAT	
PE Nº 013224678258 BILHETE DE SEGURO DPVAT JOSEMARILIO VAVAKES DE MELLO RUA TIBUÇA 156 CASA AGUAS COBRIDAS OLINDA-PE 53190-000	
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA www.seguradoralider.com.br SAC DPVAT 0800 022 1204	
Nº 1 Q31 798 064-51 CDS / CNPJ 01/05/17 DATA EMISSÃO PLAVAM PLACA PDH0035	
L086306772 ANOTADA 2015 09 MARCA / MODELO YAMAHA / XT1150 CROSSER 80 9C6GX2510E0031130 Nº CHASSI	
PRÊMIO TARIFÁRIO DESCONTOS CUSTO DO SEGURO (P) CUSTO DO SEGURO (R) CUSTO DO SEGURO (R) CUSTO DO SEGURO (R) CUSTO DO SEGURO (R)	
SEGURO FAZ CUSTO DO SEGURO (P) CUSTO DO SEGURO (R) CUSTO DO SEGURO (R) CUSTO DO SEGURO (R) CUSTO DO SEGURO (R)	
CUSTO DO SEGURO (P) CUSTO DO SEGURO (R) CUSTO DO SEGURO (R) CUSTO DO SEGURO (R) CUSTO DO SEGURO (R)	
SEGUROADORA LÍDER - DPVAT CNPJ 08.248.600/0001-04	



DETRAN

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADANIAS

DETRAN - PE
Nº 013224678258
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

PLACA: 031 798 064-51
CATEGORIA: 2P/149CL
FABRICAÇÃO: 2015
COR: PRATA

PLACA: 031 798 064-51
CATEGORIA: 2P/149CL
FABRICAÇÃO: 2015
COR: PRATA

PLACA: 031 798 064-51
CATEGORIA: 2P/149CL
FABRICAÇÃO: 2015
COR: PRATA

PLACA: 031 798 064-51
CATEGORIA: 2P/149CL
FABRICAÇÃO: 2015
COR: PRATA

PLACA: 031 798 064-51
CATEGORIA: 2P/149CL
FABRICAÇÃO: 2015
COR: PRATA

PLACA: 031 798 064-51
CATEGORIA: 2P/149CL
FABRICAÇÃO: 2015
COR: PRATA

PLACA: 031 798 064-51
CATEGORIA: 2P/149CL
FABRICAÇÃO: 2015
COR: PRATA

PLACA: 031 798 064-51
CATEGORIA: 2P/149CL
FABRICAÇÃO: 2015
COR: PRATA

PLACA: 031 798 064-51
CATEGORIA: 2P/149CL
FABRICAÇÃO: 2015
COR: PRATA

PLACA: 031 798 064-51
CATEGORIA: 2P/149CL
FABRICAÇÃO: 2015
COR: PRATA

PLACA: 031 798 064-51
CATEGORIA: 2P/149CL
FABRICAÇÃO: 2015
COR: PRATA

PLACA: 031 798 064-51
CATEGORIA: 2P/149CL
FABRICAÇÃO: 2015
COR: PRATA

PLACA: 031 798 064-51
CATEGORIA: 2P/149CL
FABRICAÇÃO: 2015
COR: PRATA

PLACA: 031 798 064-51
CATEGORIA: 2P/149CL
FABRICAÇÃO: 2015
COR: PRATA

PLACA: 031 798 064-51
CATEGORIA: 2P/149CL
FABRICAÇÃO: 2015
COR: PRATA

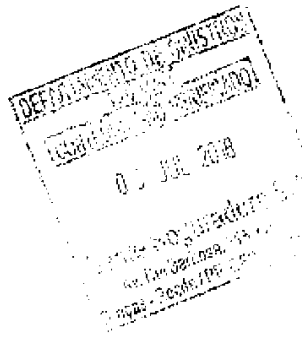
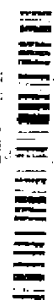
PLACA: 031 798 064-51
CATEGORIA: 2P/149CL
FABRICAÇÃO: 2015
COR: PRATA

PLACA: 031 798 064-51
CATEGORIA: 2P/149CL
FABRICAÇÃO: 2015
COR: PRATA

DEFENSORIA PÚBLICA DE CARUARU
01 JUL 2018
Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/01/2020 16:26:44
https://pje.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2001141626441000000055529818
Número do documento: 2001141626441000000055529818



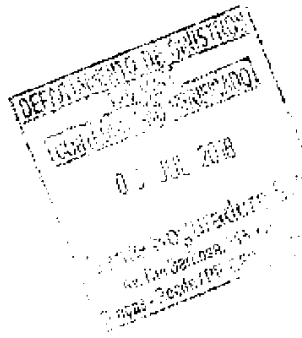
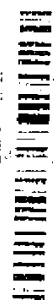
REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DOS CIDADÃOS		DETRAN - PE CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO	
Nº 0132246782258		Nº 0132246782258	
VIA CDS-RETOMADA		VIA CDS-RETOMADA	
1 1086306772		1 1086306772	
ROSIVALDO TAVARES DE ARILO		ROSIVALDO TAVARES DE ARILO	
OLTEIRA-PE		OLTEIRA-PE	
031 798 954-51		031 798 954-51	
PLACANTEUR		PLACANTEUR	
*****-PE		*****-PE	
ESTADO-PE		ESTADO-PE	
FAS /WOTCILETA		FAS /WOTCILETA	
YAMAHA /XZ150		YAMAHA /XZ150	
2P/149CL		2P/149CL	
1 IFVA 2017 QUITADO		1 IFVA 2017 QUITADO	
V PARA IFVA		V PARA IFVA	
A 1		A 1	
1º *****		1º *****	
2º *****		2º *****	
3º *****		3º *****	
PREM O FATOR (R\$) 107,480		PREM O FATOR (R\$) 107,480	
SEGURO FAGO		SEGURO FAGO	
AL. FID. YAMAHA ADM CORP. LTDA		AL. FID. YAMAHA ADM CORP. LTDA	
OLTEIRA		OLTEIRA	
Charles Andrews Sousa Ribeiro		Charles Andrews Sousa Ribeiro	
Diretor Presidente Interim/PE		Diretor Presidente Interim/PE	
01/05/17		01/05/17	

[illegible]

[illegible]

SIGUO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU FORA SUA CARGA, A PESSOA TRANSPORTADA QUE NÃO - SEGURO DPVAT	
PE Nº 013224678258 BILHETE DE SEGURO DPVAT	53190-00
DONALDINO LAVAKES DE MISO	
RUA TEJUCA 156 CASA AGÜAS CORRIDAS OLÍMPIA-PB	
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA	
www.seguradoralider.com.br	
SAC DPVAT 0800 022 1204	
WVA	PORQUEIRO DATA EMISSÃO
1	2017 01/05/17
CNPJ / CNPJ	LINHA
031.798.064-51	PDB0035
PL/VAM	MARCA/MODELO
L0R6306772	VANAGRA/XTEI 50 CROSSER RO
ANO/FAB.	KM O-MAX
2015 09	9060XZ510F0031130
PREMIO TARIFÁRIO	
FMS	TOMO DOS SEGUNTOS
CONTRATO QUOTA FMS	QUOTA FMS
SEGURO FAGO	DATA DA CONTRATAÇÃO
COAPURTA	BOLSA DDO
SEGURADORA LÍDER - DPVAT	
CNPJ 09.248.608/0001-04	

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT



JOSEVALDO TAVARES DE MELO

CPF: 4599810-558 PE

CPF: 031.798.064-53

DATA NASCIM: 31/06/1978

JOAO TAVARES DE MELO

JANETE MARIA DE MELO

PERMISAO: []

ACE: []

AR: []

VALIDAD: 10/02/2022

DATA EMISSAO: 04/09/2017

01897842519

1421268512

VALIDA EM TODOS OS TERRITORIOS NACIONAIS

PROIBIDO F. ASSIMILACAO

1421268512

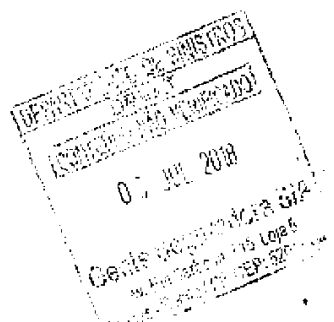
LOCAL: []

RECIFE PE

DATA EMISSAO: 10/02/2017

8020564153

PERNAMBUCO



JOSEVALDO TAVARES DE MELO

CPF: 4599810-558 PE

CPF: 031.798.064-53

DATA NASCIMENTO: 31/05/1978

JOAO TAVARES DE MELO

JANETE MARIA DE MELO

PERMISAO: []

ACE: []

AR: []

VALIDADEZ: 10/02/2022

DATA EMISSAO: 04/09/2017

01897842519

1421268512

VALIDA EM TODOS OS TERRITORIOS NACIONAIS

PROIBIDO F. ASSIMILACAO

1421268512

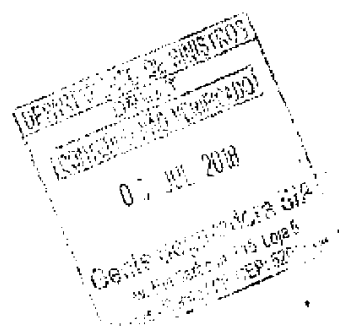
LOCAL: []

RECIFE PE

DATA EMISSAO: 10/02/2017

9820564153

PERNAMBUCO



1421268512

VALIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS

JOSEVALDO TAVARES DE MELO

CPF: 4599810-558 PE

CPF: 031.798.064-53

DATA NASCIM: 31/05/1978

JOAO TAVARES DE MELO

JANETE MARIA DE MELO

PERMISSÃO: []

ACE: []

AR: []

VALIDADEZ: 10/02/2022

DATA EMISSÃO: 04/09/2017

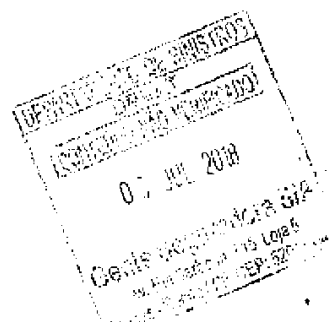
01897842519

LOCAL: []

RECIFE PE

DATA EMISSÃO: 10/02/2017

PERNAMBUCO



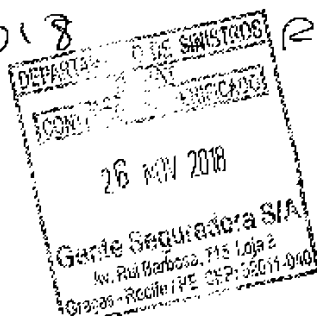
A SEGURADORA LIDER 488423
0427640/18

NA QUALIDADE DE PROCURADOR DA VÍTIMA
ALEXSANDRO GOMES DA SILVA, COM O SINIS-
TRO Nº 3180/428701, VENHO SOLICITAR
A ESTA SEGURADORA, UMA REANALIZE
NO SINISTRO SUPRA CITADO, ATÉ COM A
EMINÊNCIA DE UMA PERICIA 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 PERICIA 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: *Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior* (PROCURADOR)

EM: 26/11/2018 Recife - PE.



JOSEVALDO TAVARES DE MELO

CPF: 4599810-558 PE

CPF: 031.798.064-53

DATA NASCIMENTO: 31/05/1978

JOAO TAVARES DE MELO

JANETE MARIA DE MELO

PERMISAO: []

ACE: []

AR: []

VALIDADEZ: 10/02/2022

DATA EMISSAO: 04/09/2017

01897842519

1421268512

VALIDA EM TODOS OS TERRITORIOS NACIONAIS

PROIBIDO F. ASSIMILACAO

1421268512

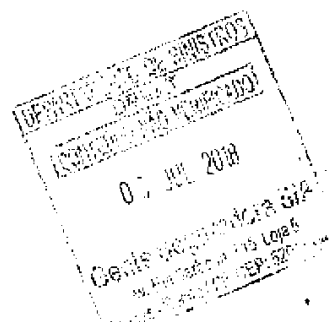
LOCAL: []

RECIFE PE

DATA EMISSAO: 10/02/2017

9820564153

PERNAMBUCO



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 PERÍCIA 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 PERÍCIA 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:

Alessandra Duraes Altaf

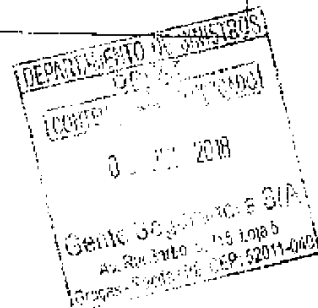
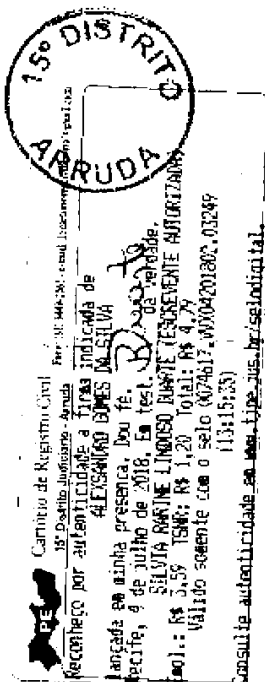


PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Alexsandro Gomes da Silva brasileiro(a),
estado civil CASADO profissão MECANICO bike CI RG nº
7148172 CPF/ME nº 102.742.414-71 residente e domiciliado(a)
à Rua CERFEIRA 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 nº 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 Lider, Seguradoras conveniadas a Lider, DPVAT e a Susep.
Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.



Recebe on de Julho de 2018.



Alexsandro Gomes da Silva
OUTORGANTE

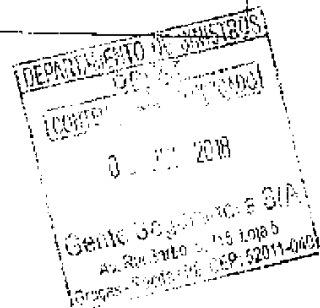
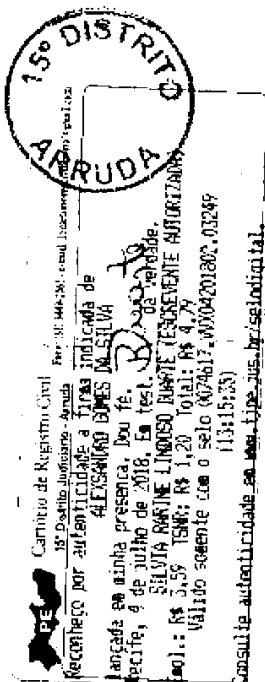


PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Alexsandro Gomes da Silva brasileiro(a),
estado civil CASADO profissão MECANICO bike CI RG nº
7148172 CPF/ME nº 102.742.414-71 residente e domiciliado(a)
à Rua CERFEIRA 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 nº 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 Lider, Seguradoras conveniadas a Lider, DPVAT e a Susep.
Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.



Recife 09 de Julho de 2018.



Alexsandro Gomes da Silva
OUTORGANTE

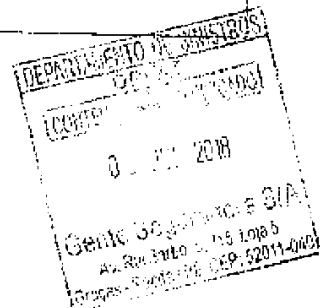
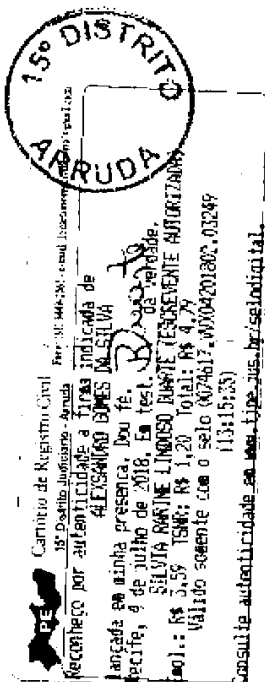


PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Alexsandro Gomes da Silva brasileiro(a),
estado civil CASADO profissão Mecânico bike CI RG nº
7148172 CPF/ME nº 102.742.414-71 residente e domiciliado(a)
à Rua CERFEIRA 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 nº RG: 2948595 com endereço profissional à
RUA: UBIARAFA, 16 na cidade de
OLINDA Estado de 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 Lider, Seguradoras conveniadas a Lider, DPVAT e a Susep.
Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.



Recebe on de Julho de 2018.



Alexsandro Gomes da Silva
OUTORGANTE

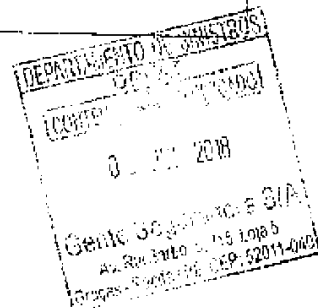
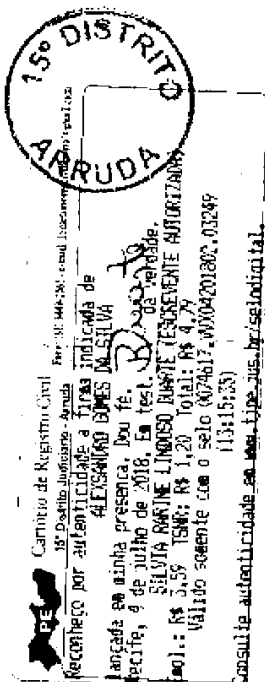


PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Alexsandro Gomes da Silva brasileiro(a),
estado civil CASADO profissão MECANICO bike CI RG nº
7148172 CPF/ME nº 102.742.414-71 residente e domiciliado(a)
à Rua CERFEIRA 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 nº 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 Lider, Seguradoras conveniadas a Lider, DPVAT e a Susep.
Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.



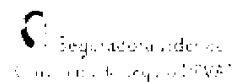
Recefe on de Julho de 2018.



Alexsandro 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

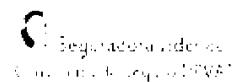
Data do cadastramento: 26/11/2018
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

VALMIR HONORIO DA SILVA

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

Pag. 00401/00402 - carta_01 - INVALIDEZ

00020201





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 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

Pag. 00185/00186 - carta_04 - INVALIDEZ

00050093



Carta nº 13749297



**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 - Orgão 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?** [X] Sim [] Não

**V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a
qualquer medida terapêutica)?** [X] 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.



ua

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**
 Endereço: **RUA CEREJEIRA**
 Bairro: **TABAJARA** Cidade: **OLINDA** Estado: **PE** CEP: **53.360-330**
 E-mail: _____ Telefone (DDD): **(81) 9.8790-9451**
 CPT titular da conta: **102.742.414-71** Profissão: **RECUSO**
 Número: _____ Complemento: _____

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

☒ **RECURSO INFORMAR** SEM RENDA
 R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ATÉ R\$ 1.000,00 ACIMA DE R\$ 10.000,00

☒ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
 BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ☒ **ITALU (341)**
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NCC: **8310** DAV: _____ **CONTA** NCC: **100783** DAV: **9**
 (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
BANCO NOME: _____ NCC: _____
AGÊNCIA NCC: _____ DAV: _____
 (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.

Recibo 29 de junho de 2018

Local e Data

+ Alexsandro Gomes da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPEF-001 V001/2017



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

Nome completo da vítima

102.742.414-71

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

RECUSADO

Endereço

RUA CEREJEIRA

Número

Complemento

Bairro

TABAJARA

Cidade

OLINDA

Estado

PE

CEP

53.360-330

E-mail

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

☒ RECURSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

RS 3.001,00 ATÉ RS 5.000,00

RS 5.001,00 ATÉ RS 7.000,00

ATÉ RS 1.000,00

ACIMA DE RS 10.000,00

RS 7.001,00 ATÉ RS 3.000,00

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

BRASESCO (237)

BANCO DO BRASIL (001)

☒ ITAÚ (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

BANCO

NOME

AGÊNCIA

Nº

AGÊNCIA

Nº

DAV

CONTA

Nº

DAV

DAV

CONTA

Nº

8310

100783

9

341

(Informar dígito se existir)

(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.

Recibo 29 de junho de 2018

Local e Data

+ Alexsandro Gomes da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPEF-001 V001/2017



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

Nome completo da vítima

102.742.414-71

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

RECUSADO

Endereço

RUA CEREJEIRA

Número

Complemento

Bairro

TABAJARA

Cidade

OLINDA

Estado

PE

CEP

53.360-330

E-mail

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

☒ RECURSO INFORMAR

RS 3.001,00 ATÉ RS 5.000,00

☐ SEM RENDA

RS 5.001,00 ATÉ RS 7.000,00

ATÉ RS 1.000,00

ACIMA DE RS 10.000,00

RS 3.001,00 ATÉ RS 3.000,00

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

BRANDESCO (237)

BANCO DO BRASIL (001)

☒ ITAÚ (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

BANCO

NOME

AGÊNCIA

Nº

AGÊNCIA

Nº

DAV

CONTA

Nº

DAV

8310

100783

9

(Informar dígito se existir)

(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.

Recibo 29 de junho de 2018

Local e Data

+ Alexsandro Gomes da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPEF-001 V001/2017



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

Nome completo da vítima

102.742.414-71

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

RECUSADO

Endereço

RUA CEREJEIRA

Número

Complemento

Bairro

TABAJARA

Cidade

OLINDA

Estado

PE

CEP

53.360-330

E-mail

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

☒ RECURSO INFORMAR

RS 3.001,00 ATÉ RS 5.000,00

☐ SEM RENDA

RS 5.001,00 ATÉ RS 7.000,00

ATÉ RS 1.000,00

ACIMA DE RS 10.000,00

DE RS 1.001,00 ATÉ RS 3.000,00

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

BRASESCO (237)

BANCO DO BRASIL (001)

☒ ITAÚ (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

BANCO

NOME

AGÊNCIA

Nº

AGÊNCIA

Nº

DAV

CONTA

Nº

DAV

DAV

DAV

8310

100783

9

(Informar dígito se existir)

(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.

Recibo 29 de junho de 2018

Local e Data

+ Alexsandro Gomes da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPEF-001 V001/2017





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/7ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0115002724**

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

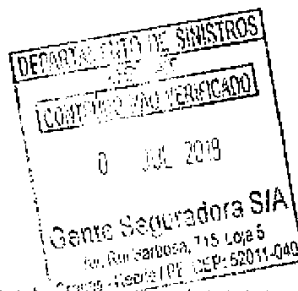
Complementa o BO Número: **17E0115003235**

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 (VÍTIMA)



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: **1ª. 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)

VEICULO1 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSINALDO TAVARES DE MELO**, que estava em posse

19/06/2018 16:47



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: **AUTOMOVEIL TOYOTA HILUX** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Descrição: **PLACA PGI-4472**

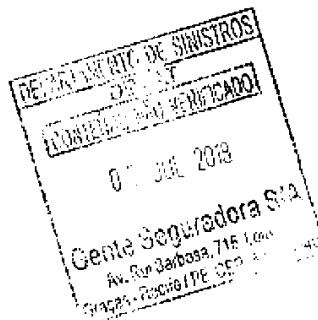
Complemento / Observação

A VÍTIMA INFORMA QUE NO LOCAL E HORA MENCIONADOS. O VEICULO DO AUTOR ULTRAPASSOU A VIA 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
(VÍTIMA)

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



19/06/2018 16:47





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/7ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0115002724**

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

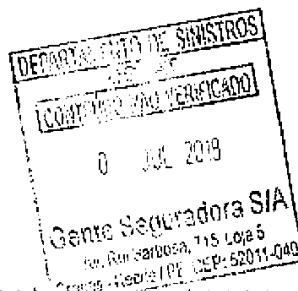
Complementa o BO Número: **17E0115003235**

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 (VÍTIMA)



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: **1ª. 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)

VEICULO1 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSINALDO TAVARES DE MELO**, que estava em posse

19/06/2018 16:47



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: **AUTOMOVEIL TOYOTA HILUX** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Descrição: **PLACA PGI-4472**

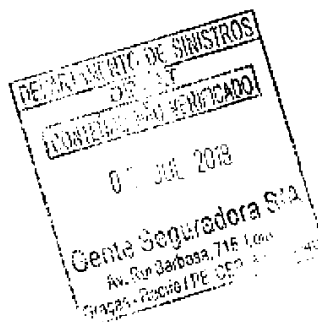
Complemento / Observação

A VÍTIMA INFORMA QUE NO LOCAL E HORA MENCIONADOS. O VEICULO DO AUTOR ULTRAPASSOU A VIA 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
(VÍTIMA)

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



19/06/2018 16:47





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/7ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0115002724**

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

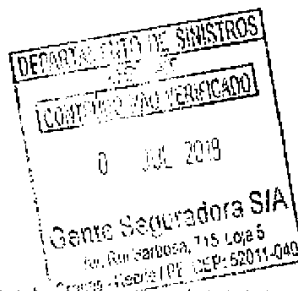
Complementa o BO Número: **17E0115003235**

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 (VÍTIMA)



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: **1ª. 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)

VEICULO1 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSINALDO TAVARES DE MELO**, que estava em posse

19/06/2018 16:47



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: **AUTOMOVEL TOYOTA HILUX** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Descrição: **PLACA PGI-4472**

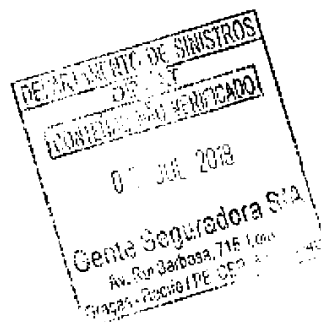
Complemento / Observação

A VÍTIMA INFORMA QUE NO LOCAL E HORA MENCIONADOS. O VEICULO DO AUTOR ULTRAPASSOU A VIA 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
(VÍTIMA)

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



19/06/2018 16:47





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/7ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0115002724**

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

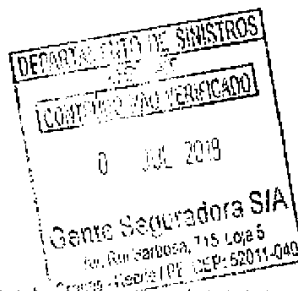
Complementa o BO Número: **17E0115003235**

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 (VÍTIMA)



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: **1ª. 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)

VEICULO1 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSINALDO TAVARES DE MELO**, que estava em posse

19/06/2018 16:47



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: **AUTOMOVEIL TOYOTA HILUX** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Descrição: **PLACA PGI-4472**

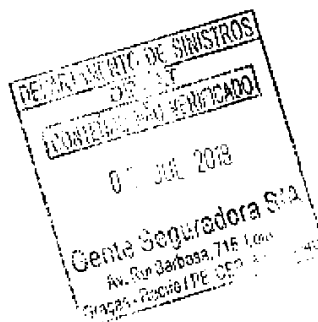
Complemento / Observação

A VÍTIMA INFORMA QUE NO LOCAL E HORA MENCIONADOS. O VEICULO DO AUTOR ULTRAPASSOU A VIA 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
(VÍTIMA)

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



19/06/2018 16:47



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 interdita 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

E-mail

Telefone (DDD)

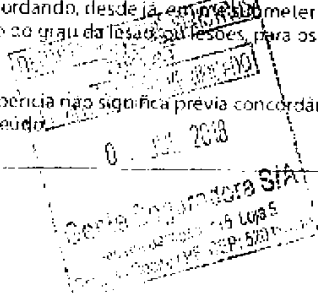
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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 atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atenda 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 ariame 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 não me meter à perícia médica às custas da Seguradora Lider 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

Lugar e Data

+ Alexsandro Gomes da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI001 V001/2017



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 interdita 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

E-mail

Telefone (DDD)

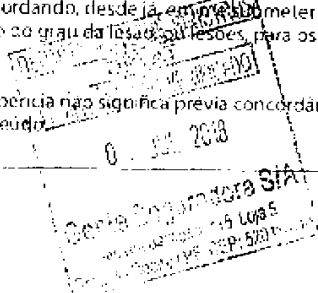
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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 atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atenda 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 ariame 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 não me meter à perícia médica às custas da Seguradora Lider DPVAT para a correta avaliação da existência e aferção 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

Lugar e Data

+ Alexsandro Gomes da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI001 V001/2017



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 interdita 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

E-mail

Telefone (DDD)

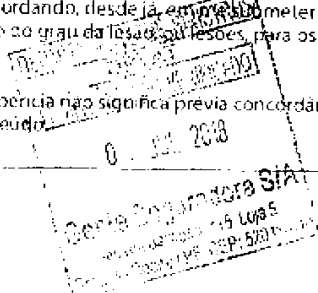
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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 atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atenda 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 arame 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 não me meter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e extensão 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

Lugar e Data

+ Alexsandro Gomes da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI001 V001/2017



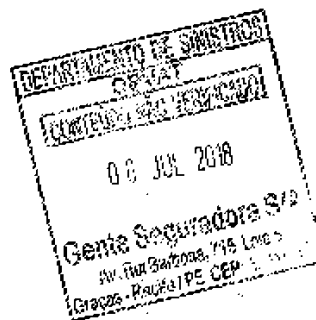


SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO

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/>, consultando 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/>, consultando 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



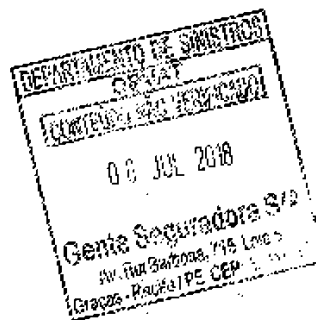


SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO

CERTIDÃO

Certidão n° 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 ° 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/>, consultando protocolo n° 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/>, consultando 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



celpe
Grupo Neoenenergia
www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.430, 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		DADOS 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 0002134390	
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA CEREJEIRA 2 LOTE 01 TABAJARA/CIDADE TABAJARA 53360-330 OLINDA PE		CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásico					
As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 474/2010), 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 147C.29DA.CD2B.F3AD.6D9A.7D23.910A.99E7					

[illegible][illegible]

INFORMAÇÕES IMPORTANTES Pague no ponto mais perto de você às variedades: rua do grande do sul 1001 frib. 111 - armazém popular do bairro, avenida chico science no 188 bultrini. <u>Lista completa em www.celpe.com.br</u> Na data de la tura a bandeira em vigor é a Vermelha. <u>Mais informações em www.ansel.gov.br</u> O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento. Pagto. em atraso gera multa 2% (Resolução 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 <table border="1"> <tr> <th>TENSÃO NOMINAL (V)</th> <th>LIMITE DE VARIAÇÃO (V)</th> </tr> <tr> <td></td> <td>MÍNIMO</td> <td>MÁXIMO</td> </tr> <tr> <td>220</td> <td>202</td> <td>231</td> </tr> </table>		TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)		MÍNIMO	MÁXIMO	220	202	231
TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)										
	MÍNIMO	MÁXIMO									
220	202	231									
		AUTENTICAÇÃO MECÂNICA									

CONTA CONTRATO	MES/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
004000404980	07/2018	112,75	23/07/2018	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este carnê será usado em leitora ótica.



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



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

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Atual(kWh)	0.5215800		kWh
		JUN 78	78.9
		MAI 18	147
		ABR 19	174
		MAR 18	194
		FEV 16	16.1
		JAN 18	15.0
		DEZ 17	17.0
		NOV 17	16.9
		OUT 17	15.7
		SET 17	15.3
		AGO 17	12.7
		JUL 17	15.2
		JUN 17	16.4

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

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NUMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		M. DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO - VAR.
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
00000003130736423	CAT	04/05/2018	9.808,00	05/06/2018	9.871,00	32	158,00	0,00	162,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 04/07/2018

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR AFURADO	METÀ MENSAL	METÀ TRIM.	METÀ ANUAL
abr/2018					
RIC-No de horas sem Energia	MO BOCE	0,00	4,55	9,31	19,82
RIC-No de vezes sem Energia		0,00	3,23	6,47	12,95
DMC Duração máxima de interrupção contínua		2,00	2,57	0,10	0,00
DIC Duração de interrupção em dia crítico					
Limite DICR: 12,72					
EGR-Valor Encargo de JCB = R\$ 44,37					
Nota: O consumidor pode solicitar a suspensão dos indicadores DIC, FC, DMC e DICR e qualquer retorno					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Essa conta poderá ser paga no credenciado mais perto de você. Confira a lista completa em www.celpe.com.br.
Na data de leitura a bandeira em vigor é a Vermelha. Mais informações em www.anel.gov.br.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de torção/cimento.
Pagto. em atraso gera multa 2% (R\$ 14.400,00), juros 13 a.m (R\$ 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.

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

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

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

838200000010 380600110025 502356014108 119815423931



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

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50060-902
CNPJ: 0.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.430, 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: 793.679.774-04

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

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

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

0002134390

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

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

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 DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	121,00	0,74722063	90,43
Acréscimo Bandeira VERMELHA			8,66
Contribuição Numeração Pública			9,84
ICMS Substituição-CDE-NE 015174214-04/05/18			0,84
PRÓ-CRIANÇA-(081)3472-8960 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
98,67	25,00	24,76	98,67	0,92	0,91
				0,91	0,91
				98,67	4,28
					4,24

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo(kWh)	0,57 (0,0000)		kWh
		JUL 18	121
		JUN 18	131
		MAR 18	142
		ABR 18	162
		MAR 18	169
		FEV 18	162
		JAN 18	183
		DEZ 17	332
		NOV 17	313
		OUT 17	305
		SET 17	287
		AGO 17	251
		JUL 17	318

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

DESCRIÇÃO	RE	%
Geração de Energia	34,27	34,59
Transmissão	4,78	4,27
Distribuição Celpe	11,34	10,22
Encargos Setoriais	5,01	5,09
Tributos	17,11	10,15
TOTAL	99,47	100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DE CONTADOR	CONSUMO (kWh)
0000002154528716	CAT	05/04/2018 5.216,60	04/07/2018 5.337,60	1.000	0,00

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	MÉDIA MENSAL	NÍVEL TRIM	MÉDIA ANUAL
Duração de Interrupção	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Frequência de Interrupção	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você há variedade: rua do grande do sul jardim Brasil farmácia popular do bairro, avenida Chico Science no 188 burlins ilusto completa em www.celpe.com.br.
Na data da fatura 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% (Resolução 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

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

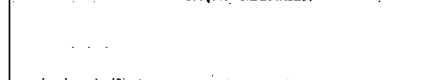
DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR (R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
004000404980	07/2018	112,75	23/07/2018	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

838700000010 127500110040 000404980104 149018033937



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



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

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Atual(kWh)	0.52156010		kWh
		JUN 78	78.9
		MAI 18	147
		ABR 19	174
		MAR 18	194
		FEV 16	16.1
		JAN 16	15.0
		DEZ 17	17.0
		NOV 17	16.0
		OUT 17	15.7
		SET 17	15.2
		AGO 17	12.7
		JUL 17	15.2
		JUN 17	16.1

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

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NUMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		MÊS DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO -VAR
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
030600003130736423	CAT	04/05/2018	9.808,60	05/06/2018	9.871,00	32	158,40	0,00	162,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 04/07/2018

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
RESERVAÇÃO	CONJUNTO	VALOR AFORRADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
abr/2018					
DIC-No de horas sem Energia	MO DOCE	0,00	4,55	9,31	19,82
DIC-No de vezes sem Energia		0,00	3,23	6,47	12,95
DMC Duração máxima de interrupção contínua		2,00	2,57	0,10	0,00
DICr Duração de interrupção em dia crítico					Limite DICr: 12,72
Estruturação Encargo de Mo = R\$ 44,37					
Nota: O consumidor pode solicitar a suspensão dos indicadores DIC, F.C, DMC e DICr e quaisquer outros					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

O cliente é compensado quando há votação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.

Pago, em atraso gera multa 2% (Real F.A.M.E.F.), Juros F.N.A.miles 10 (38-02) e atualização monetária no próx. mês.

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

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

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

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

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

838200000010 380600110025 502356014108 119815423931



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

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50060-902
CNPJ: 0.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.430, 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: 793.679.774-04

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 a
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
004000404980Nº DO CLIENTE
2001557614Nº DA INSTALAÇÃO
0002134390

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	90,43
Acréscimo Bandeira VERMELHA			8,66
Contribuição Numeração Pública			9,84
ICMS Subvenção-CDE-NE 015174214-04/05/18			0,84
PRÓ-CRIANÇA-(081)3472-8960 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
98,67	25,00	24,76	98,67	0,92	0,91
				0,91	0,91
				98,67	4,28
					4,24

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo(kWh)	0,57 (0,0000)		kWh
		JUL 18	121
		JUN 18	131
		MAR 18	142
		ABR 18	162
		MAR 18	169
		FEV 18	162
		JAN 18	183
		DEZ 17	332
		NOV 17	313
		OUT 17	305
		SET 17	287
		AGO 17	251
		JUL 17	318

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

DESCRIÇÃO	RE	%
Geração de Energia	34,27	34,59
Transmissão	4,78	4,27
Distribuição Celular	11,34	10,20
Encargos Setoriais	5,01	5,09
Tributos	17,11	10,15
TOTAL	99,41	100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DE CONTADOR	CONSUMO (kWh)
0000002154528716	CAT	05/04/2018 5.216,60	04/07/2018 5.337,60	1.000	0,00

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	MÉDIA MENSAL	NÍVEL TRIM	MÉDIA ANUAL
Duração de Interrupção	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Frequência de Interrupção	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você há variedade: rua do grande do sul jardim Brasil farmácia popular do bairro, avenida Chico Science no 188 bultrina ilusto completa em www.celpe.com.br.
Na data da fatura 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%(Res474/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.

NÍVEL DE TENSÃO

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

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

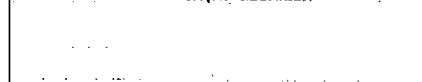
DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
004000404980	07/2018	112,75	23/07/2018	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

838700000010 127500110040 000404980104 149018033937



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



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 PRAZES DA SILVA
CPF: 470.384.214-04

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA UBRARAJARA 16

TABAJARA/CIDADE TABAJARA
53360-530 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

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

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Monofásico

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
Acrescimo Bandeira AMARELA			1,94
Acrescimo 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

Consumo Ativo(kWh): 0 52106000

HISTÓRICO DO CONSUMO

					KWh
JUN	18				163
MAR	18				147
ABR	18				174
MAR	18				154
FEV	16				161
JAN	16				150
DEZ	17				178
NOV	17				169
OUT	17				157
SET	17				152
AGO	17				127
JUL	17				152
JUN	17				166

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	KWh	%
Geração de Energia	43,45	34,97
Transmissão	5,23	4,28
Distribuição (Celpe)	24,77	19,94
Energia Solar	1,37	1,13
Tributos	16,51	12,44
TOTAL	124,24	100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWh)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
00060003130736423	CAT	04/05/2018	9.808,60	05/06/2018	9.971,00	32	15,40	0,00	162,40

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 04/07/2018

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

RESERVAÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	METAS MENSAL	METAS TRIMESTRAL	METAS ANUAL
RIC-No de horas sem Energia	RIC DOCE	0,00	4,55	9,31	19,82
RIC-No de vezes sem Energia		0,00	3,23	6,47	12,95
DMC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	2,37	0,30	0,00

Limite DICI: 12,22

Emissão do Encargo de Juc = R\$ 44,87

Total do consumidor pode solicitar a suspensão das medições DIC, RIC, DMC e DICI e qualquer outro.

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 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.

NÍVEL DE TENSÃO

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

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

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

838200000010 380600110025 502356014108 119815423931



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

http://atendimento.celpe.com.br/NDP_DCSRUCES_D-home-neoalgw-sap.com/servlet/login.neoennergia.com.RFCConversaoServlet?rodifa... 1/1

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 nº 9.613/98.

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 DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Rua Ubirajara</u>		Número <u>16</u>	Complemento
Bairro <u>Tabajara</u>	Cidade <u>Olinda</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>53.360-530</u>
Fone <u>(81) 9.8790-9451</u>		Telefone celular (DDD) <u>9.8287-3559</u>	

Recife, 29 de junho de 2018
Local e Data

Valmir Honorio da Silva
Assinatura do Declarante

DLDR1 001 V0001/2017



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 COAF**².

¹ Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

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 Invalididade 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 LIDER DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço		Número	Complemento
Rua <u>UBIRAFARA</u>		<u>16</u>	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>Tabajara</u>	<u>Olinda</u>	<u>PE</u>	<u>53.360-530</u>
Telefone comercial (DDD)		Telefone celular (DDD)	
<u>(81) 9.8790-9451</u>		<u>9.8287-3559</u>	

Recife 29 de junho de 2018
Local e Data

Valmir Honorio da Silva
Assinatura do Declarante

DLDR1 001 V0001/2017



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 nº 9.613/98.

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 Invalididade 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 DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Rua Ubirajara</u>		Número <u>16</u>	Complemento
Bairro <u>Tabajara</u>	Cidade <u>Olinda</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>53.360-530</u>
Fone <u>(81) 9.8790-9451</u>		Telefone celular (DDD) <u>9.8287-3559</u>	

Recife 29 de junho de 2018
Local e Data

Valmir Honorio da Silva
Assinatura do Declarante

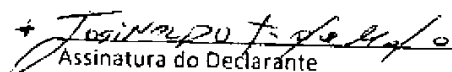
DLDR1 001 V0001/2017



Declaração do Proprietário do Veículo

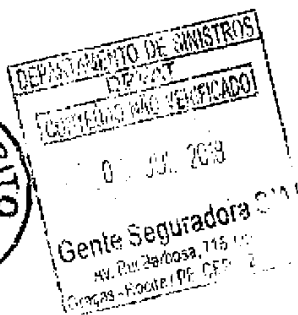
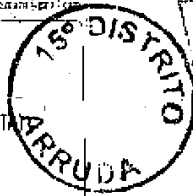
Eu, JOSINALDO TAVARES DE MELO,
RG nº 4.599.810, data de expedição 10/02/17,
Órgão SOS-PE, portador do CPF nº 031.798.064-51, com
domicílio na cidade de SLINDA, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Tiaguca, Alto da Conquista, nº 156,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado 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 ciclota.
Modelo: YAMAHA / XTZ 150 CROSSER ED.
Ano: 2015.
Placa: PDH 0035.
Chassi: 9E6D82510F0031130.
Data do Acidente: 19/07/2017.
Local e Data: _____


Assinatura do Declarante

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

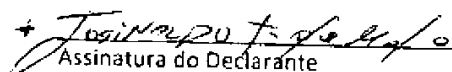
Cartório de Registro Civil
15º Distrito Judiciário - Arruda
Reconheço por autenticidade a firma indicada de
JOSINALDO TAVARES DE MELO
lançada em minha presença. Dou fé.
Recife, 5 de julho de 2018. Em test. _____ da verdade.
ANA PAULA DE VASCONCELOS FERREZ TRESREVENTE SUBSTITUTA
Enl.: R\$ 3,59 TSM: R\$ 1,20 Total: R\$ 4,79
Válido somente com o selo 0074617.XG504201802.03373
(10:52:02)
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital.



Declaração do Proprietário do Veículo

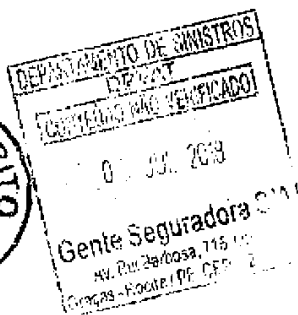
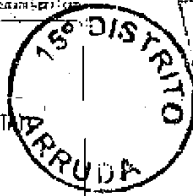
Eu, JOSINALDO TAVARES DE MELO,
RG nº 4.599.810, data de expedição 10/02/17,
Órgão SOS-PE, portador do CPF nº 031.798.064-51, com
domicílio na cidade de ULINDA, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Tiaguá, Alto da Conquista, nº 156,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado 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 ciclota.
Modelo: YAMAHA / XTZ 150 CROSSER ED.
Ano: 2015.
Placa: PDH 0035.
Chassi: 9E6D82510F0031130.
Data do Acidente: 19/07/2017.
Local e Data: _____


Assinatura do Declarante

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

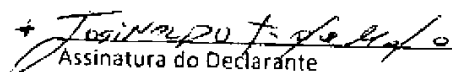
Cartório de Registro Civil
15º Distrito Judiciário - Arruda
Reconheço por autenticidade a firma indicada de
JOSINALDO TAVARES DE MELO
lançada em minha presença. Dou fé.
Recife, 5 de julho de 2018. Em test. _____ da verdade.
ANA PAULA DE VASCONCELOS FERREZ TRESCEVENTE SUBSTITUTA
Enl.: R\$ 3,59 TSM: R\$ 1,20 Total: R\$ 4,79
Válido somente com o selo 0074617.XG504201802.03373
(10:52:02)
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital.



Declaração do Proprietário do Veículo

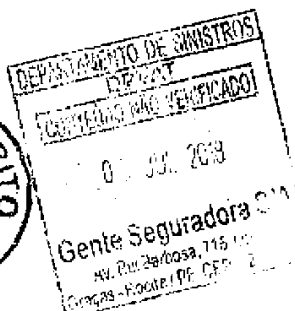
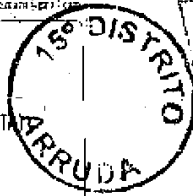
Eu, JOSINALDO TAVARES DE MELO,
RG nº 4.599.810, data de expedição 10/02/17,
Órgão SOS-PE, portador do CPF nº 031.798.064-51, com
domicílio na cidade de ULINDA, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Tiaguá, Alto da Conquista, nº 156,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado 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.

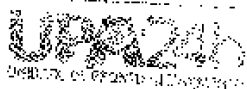
Veículo: MOTO CICLETA.
Modelo: YAMAHA / XTZ 150 CROSSER ED.
Ano: 2015.
Placa: PDH 0035.
Chassi: 9E6D82510F0031130.
Data do Acidente: 19/07/2017.
Local e Data: _____


Assinatura do Declarante

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

Cartório de Registro Civil
15º Distrito Judiciário - Arruda
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 FERREZ TRESCEVENTE SUBSTITUTA
Enl.: R\$ 3,59 TSM: R\$ 1,20 Total: R\$ 4,79
Válido somente com o selo 0074617.XG504201802.03373
(10:52:02)
Consulte autenticidade em www.tipe.jus.br/selodigital.





UPA OLINDA - OLINDA



Atendimento: 1168425

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

Senha da Classificação:

0198

Paciente: 108232 ALEXSANDRO DOMES DA SILVA Sexo: MASCULINO
Nome Social:
Data de Nascimento: 05/05/1990 Idade: 28 anos Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO
Nome da Mãe: MARIA INACIOLINA FRANCISCA DOS SANTOS Nome do Pai:
Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA CRM: 1234567
Endereço: C/SAO JOSE 2 Bairro: CIDADE TABAJARA
Cidade/UF: OLINDA/PE Cep: 53350310 Usuário Atendimento: S.T.P. JAHU, TF
RG (Identidade): Data de Emissão:
CPF (Cadastro de Pessoa Física): Fone: 83445747
CRN (Cadastro de Registro de Nucleo): Data de Emissão CRN:

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____
Exame Principal: *Exame de 1º grau*
Exame de 2º grau
Exame de 3º grau

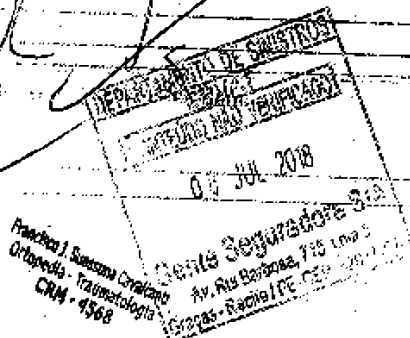
História Clínica: *FRATURA DE COTOVELO*
EM 19/07/2018

Condição Terapêutica: *IMPLANTE*

Prontidão Clínica: *OK*

Assinatura: _____ Senha: _____

Carimbo:



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 14:18

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

Prioridade:

URGÊNCIA - AMARELO

Cor:

AMARELO

Queixa Principal:

PACIENTE TRAZIDO PELOS BOMBEIROS, VITOMA 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

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1





Secretaria de Saúde do Recife

RECEITUÁRIO



PREFEITURA DO
RECIFE

CLINICA GOUVEIA DE BARROS
Recife - PE

Unidade de Saúde:

Secretaria de Saúde

Recife - PE

Distrito Sanitário:

Nome:

Alxandro Jous do Aluê

Registro Nº

Cartão SUS Nº

Condição Médica

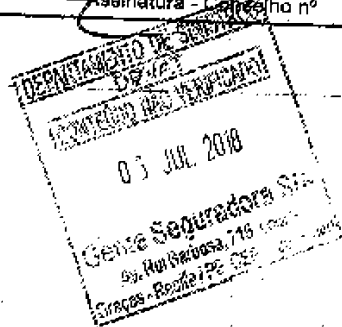
O paciente acima referido
foi vítima de acidente automobilístico
com lesão na coluna
fratura do processo transverso
de L1. No momento em que
deixou o Cid: 532.0

Giovanni Mota
Otopedia
CRM 108147/PE

15/08/17

Data:

Assinatura - Cartão nº





UPA 24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
OLINDA

GESTÃO
IMIP

0246682/18

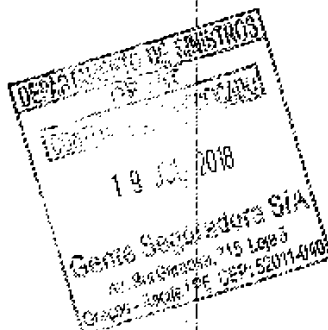
RECEITUÁRIO

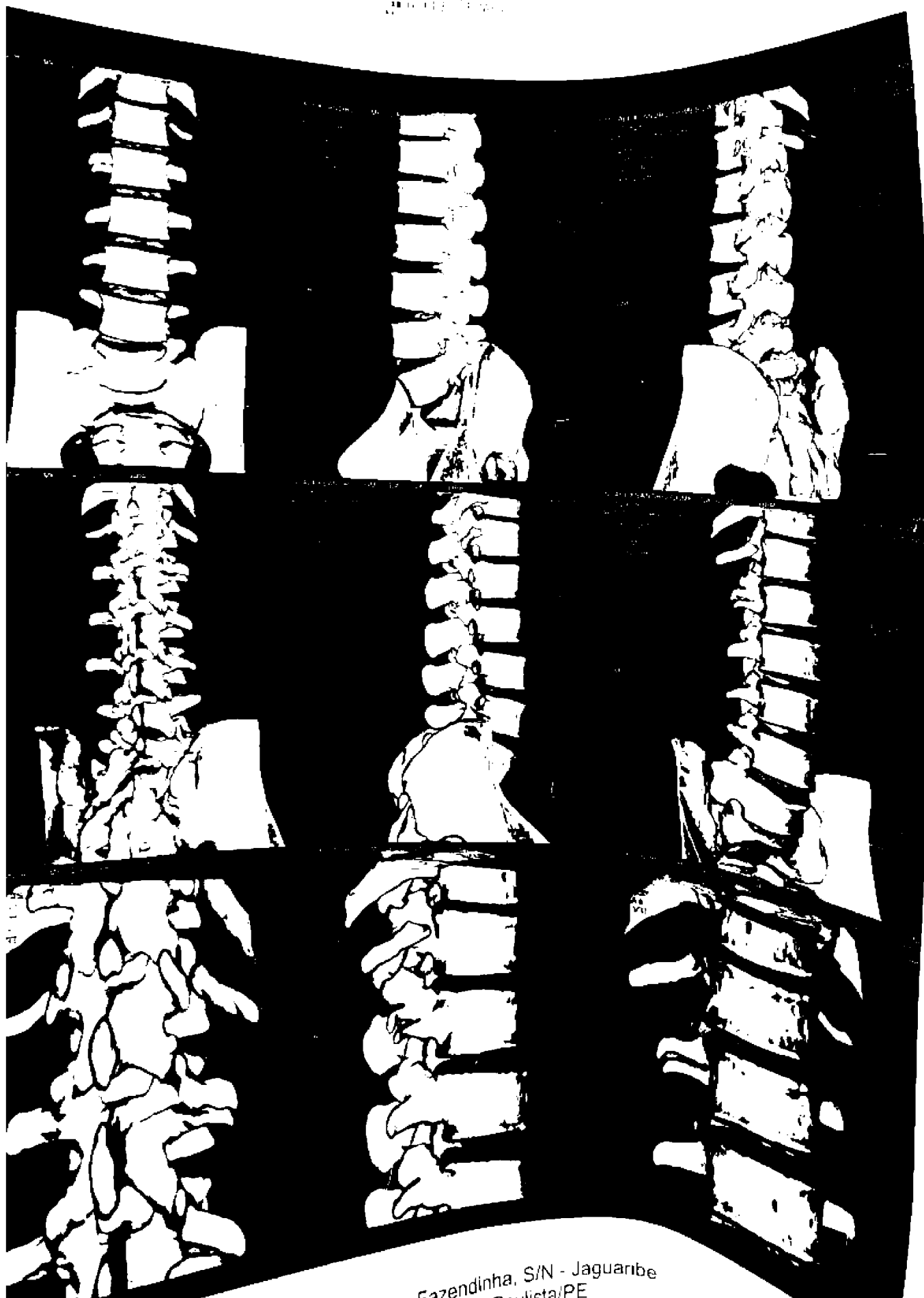
Luiz Moraes

O Sr. Alexandre Gomes de
S. M., natural de PE de
Tramete, em 18/07/17,
compareceu a este Unidade
Hospitalar, apresentando dor
lombos e intestos de mais
intensidade nos últimos 10 dias,
de origem futura LA, com
resonância magnética, com
CID: S32.0. Cometeu
e/ou outros procedimentos
em 18/07/17

Dr. Luiz Moraes
Ortopedia/Traumatologia
CRM: 5713

O LEITE MATERNO É O MELHOR ALIMENTO PARA SEU FILHO

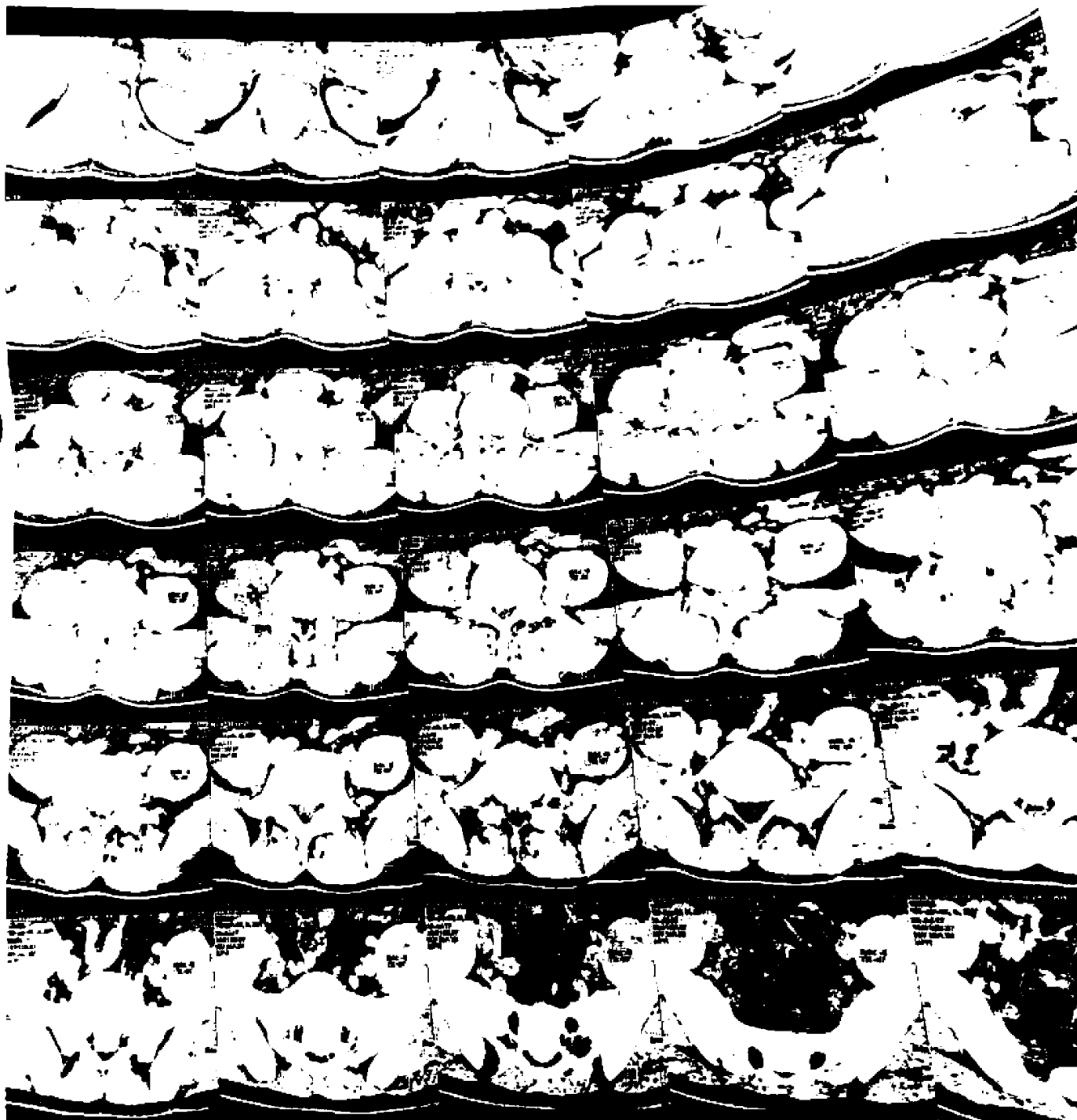




cazendinha, S/N - Jaguaribe
Carilista/PE

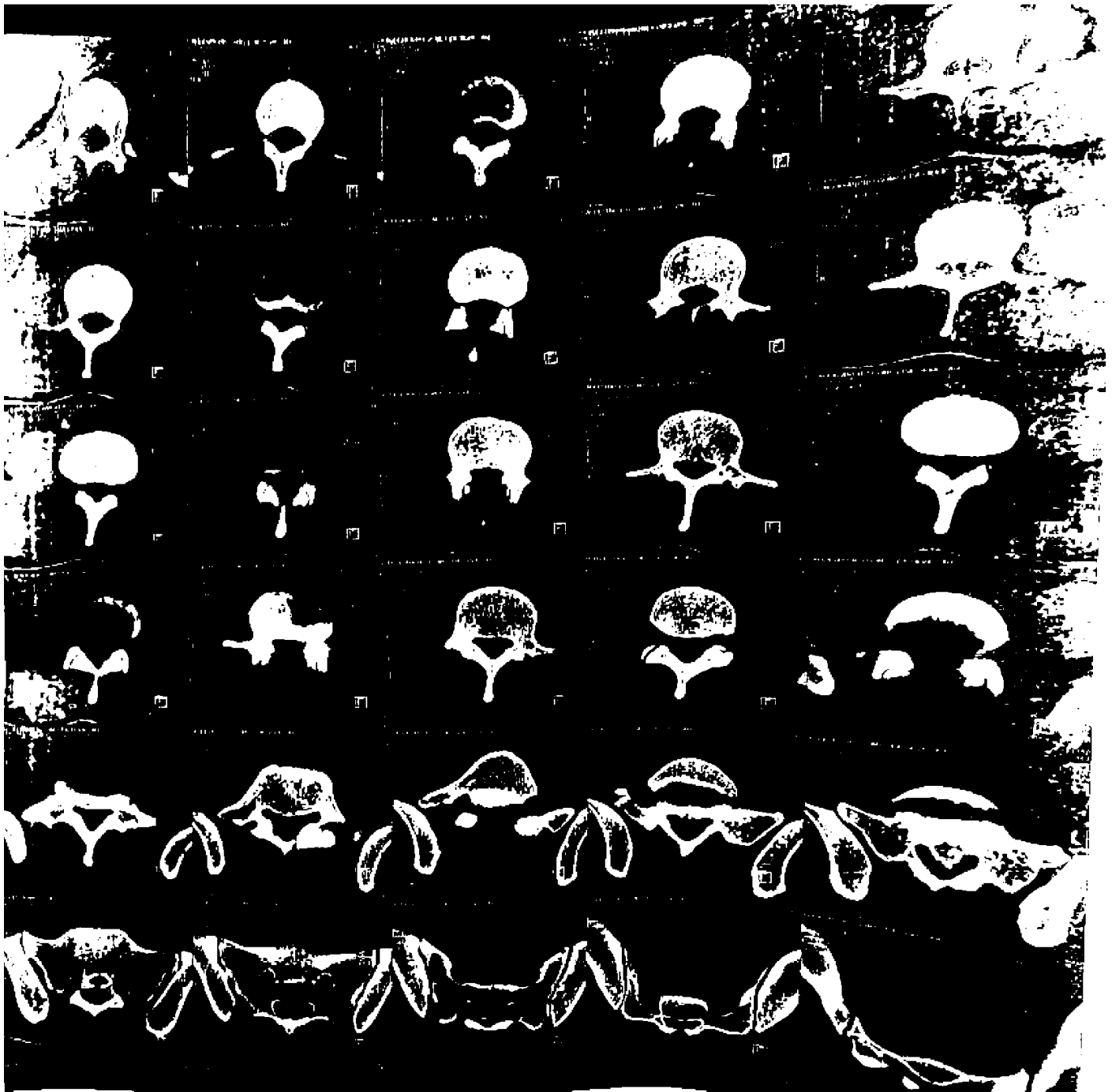
Scanned by CamScanner





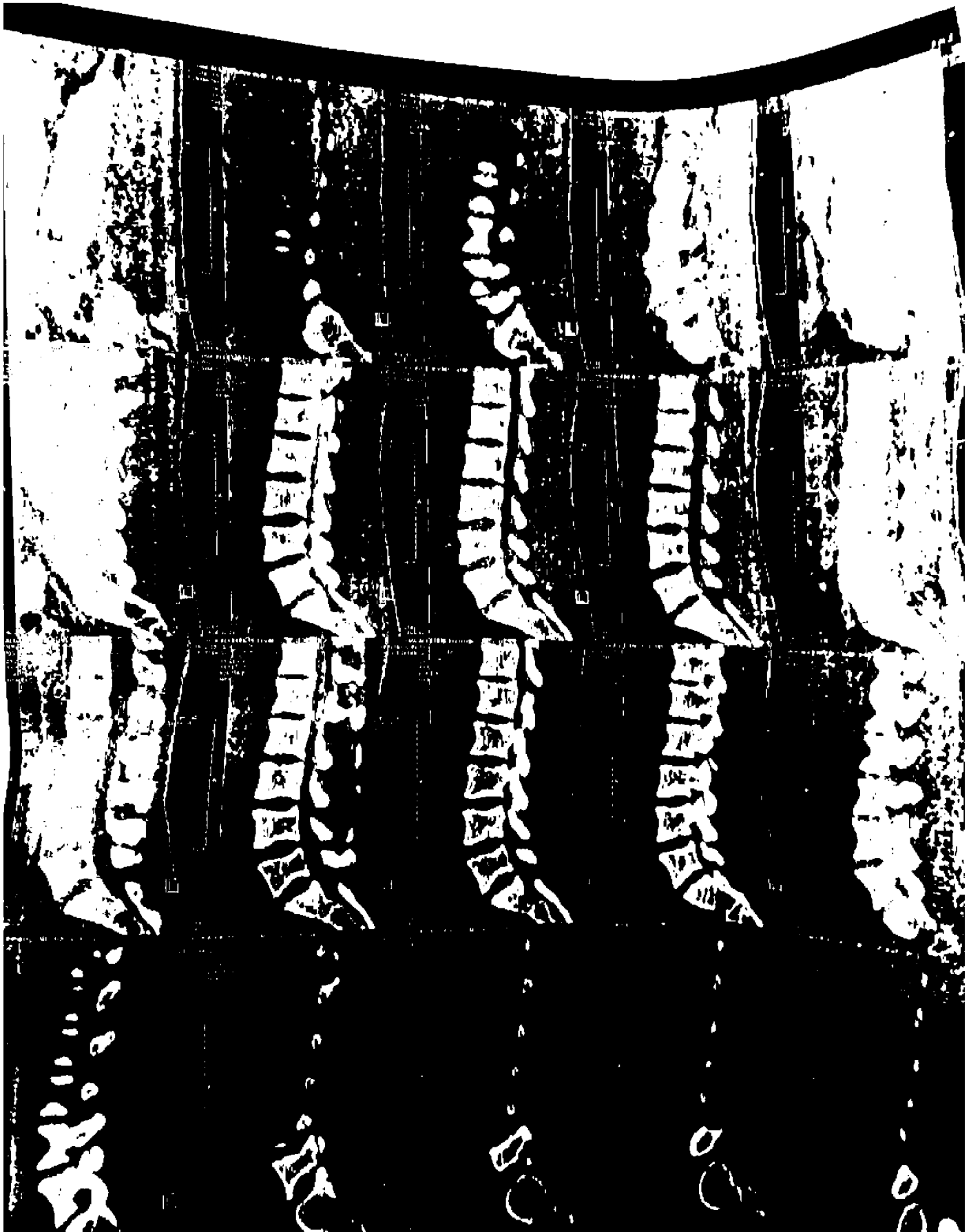
Scanned by CamScanner





Scanned by CamScanner





Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/01/2020 16:26:44
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20011416264410000000055529818>
Número do documento: 20011416264410000000055529818

Num. 56446783 - Pág. 68

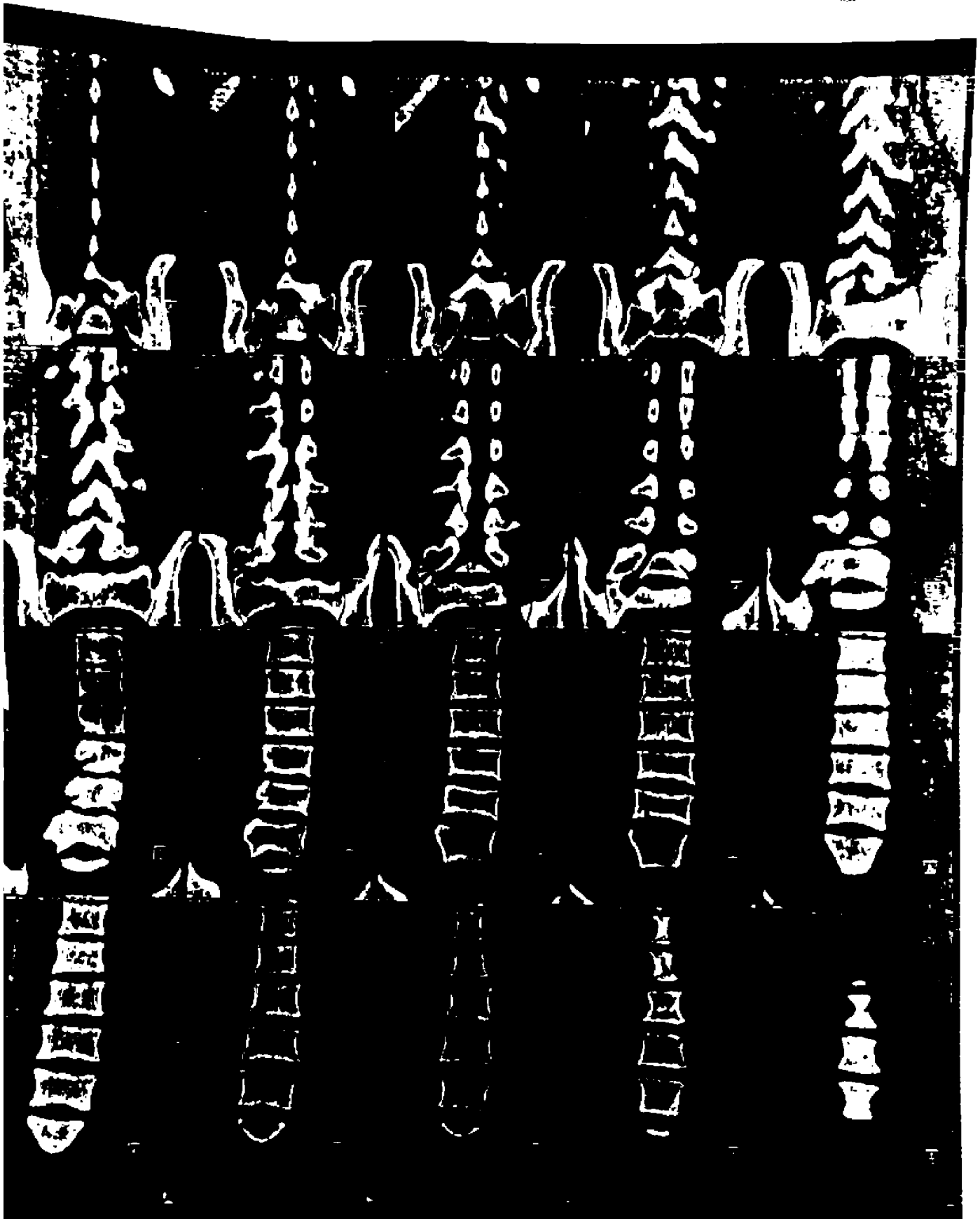


Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/01/2020 16:26:44
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20011416264410000000055529818>
Número do documento: 20011416264410000000055529818

Num. 56446783 - Pág. 69



Scanned by CamScanner





Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/01/2020 16:26:44
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20011416264410000000055529818>
Número do documento: 20011416264410000000055529818

Num. 56446783 - Pág. 71



Scanned by CamScanner





Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/01/2020 16:26:44
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20011416264410000000055529818>
Número do documento: 20011416264410000000055529818

Num. 56446783 - Pág. 73

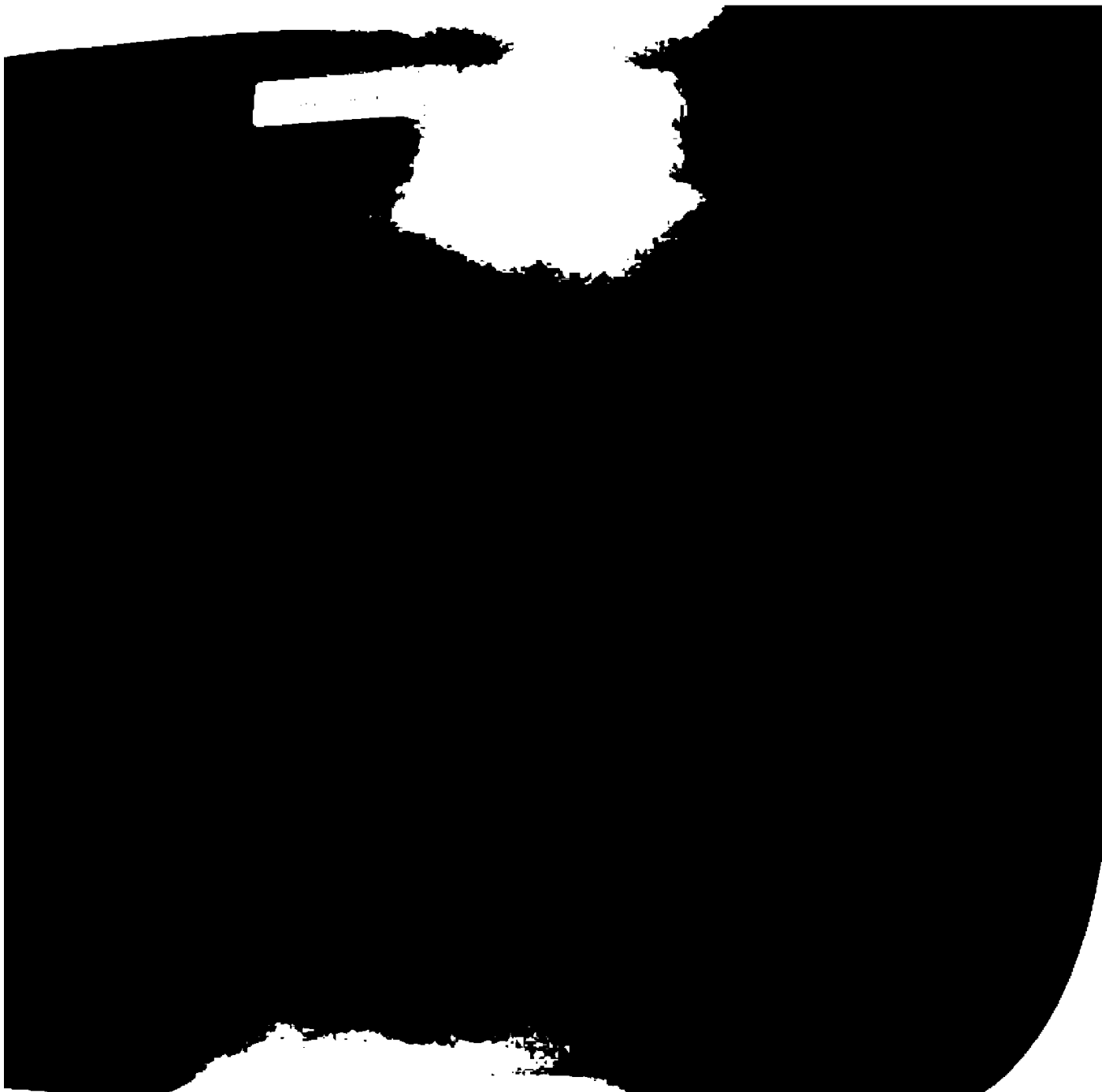


Scanned by CamScanner



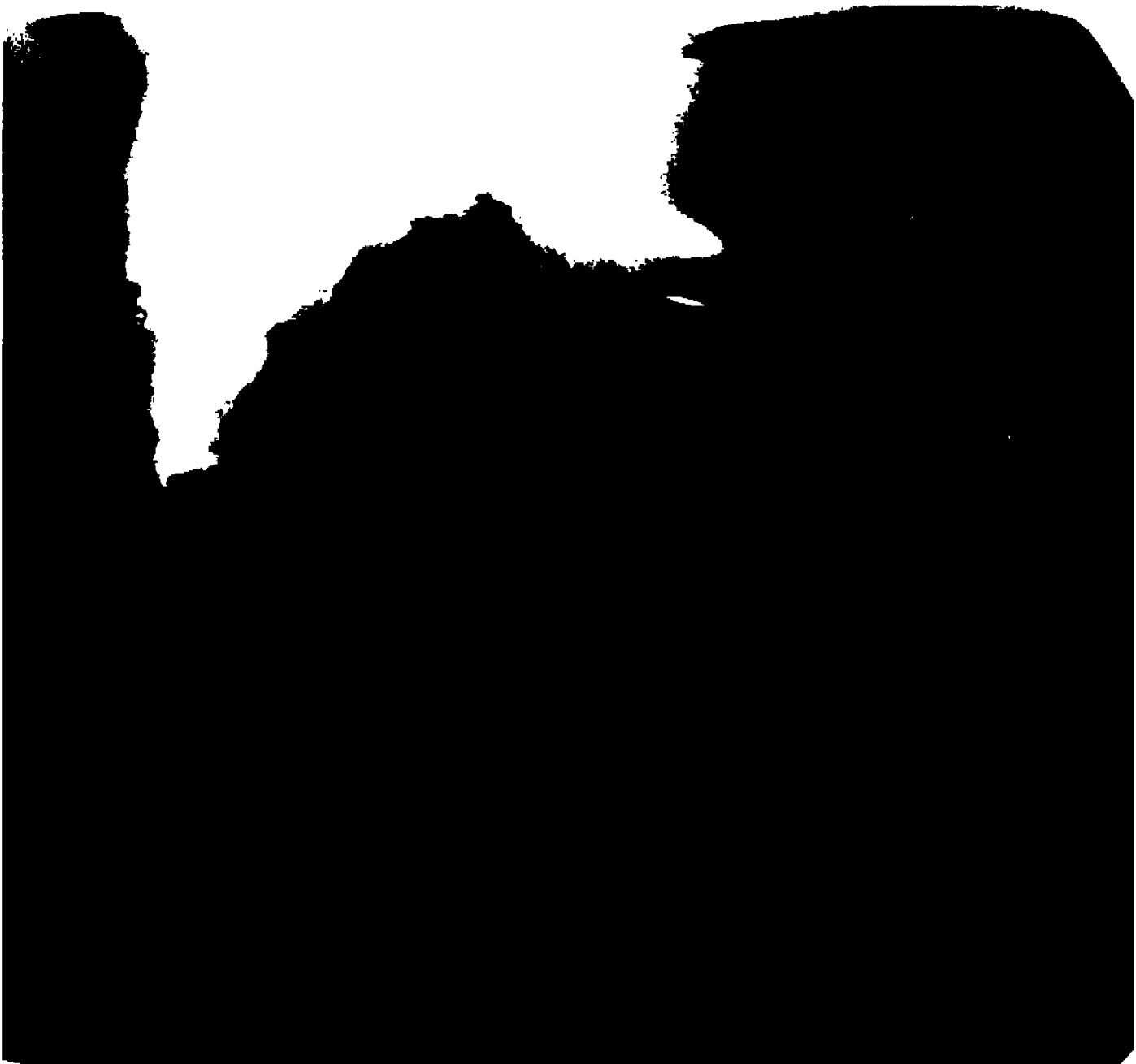
Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/01/2020 16:26:44
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20011416264410000000055529818>
Número do documento: 20011416264410000000055529818

Num. 56446783 - Pág. 74



Scanned by CamScanner







UPA 24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
OLINDA

GESTÃO
IMIP

0246682/18

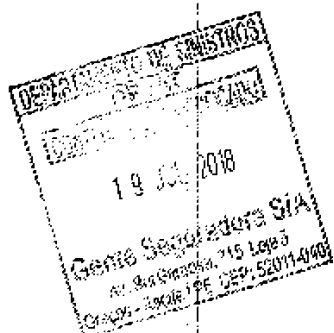
RECEITUÁRIO

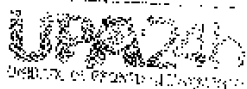
Luiz Moraes

O Sr. Alexandre Gomes de
S. M., natural de PE de
Tramete, em 18/07/18,
compareceu a este Unidade
Hospitalar, apresentando dor
lombos e dores de membros
inferiores, com sinais de
osteoporose, com
exame físico normal, com
CID: S32.0. Com o exame
de laboratório normal,
em 18/07/18.

Dr. Luiz Moraes
Ortopedia/Traumatologia
CRM: 5713

O LEITE MATERNO É O MELHOR ALIMENTO PARA SEU FILHO





UPA OLINDA - OLINDA



Atendimento: 1168425

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

Senha da Classificação:

0198

Paciente:

108232

ALESSANDRO DOMES DA SILVA

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data de Nascimento: 05/01/1990

Idade: 28 anos

Convênio: 2

SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: MARIA INACIOLINA FRANCISCA DOS SANTOS

Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA

CRM: 1234567

Endereço: C/SAO PAULO

Cidade/UF: OLINDA

Bairro: CIDADE TABAJARA

RG (Identidade):

Cap: 53350310

Usuário Atendimento: S.T.P. JAHU.TF

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Data de Emissão:

CRN (Cadastro de Registro de Nucleo):

Fone: 83445747

Data de Emissão CRN:

Peso:

Altura:

Temperatura:

FUSÃO DE TRATAMENTO

Hora:

Exame Principal:

Exame Secundário:

História Clínica:

Condição Terapêutica:

Prontidão Inicial:

Destino:

Transferência:

Para:

Senha:

Carimbo do Nucleo:

DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PRONTO ATENDIMENTO
07 JUL 2018Gente Seguradora S/A
Av. Rio Barbosa, 715 Lda 5
Sorocaba - Racha/PE CEP: 55010-000Francisco J. Sussana Chalch
Ortopedia, Traumatologia
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 14:18

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

Prioridade:

URGENCIA - AMARELO

Cor:

AMARELO

Queixa Principal:

PACIENTE TRAZIDO PELOS BOMBEIROS, VITOMA 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

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1





Secretaria de Saúde do Recife

RECEITUÁRIO



PREFEITURA DO
RECIFE

Unidade de Saúde: **CLINICA GOUVEIA DE BARROS**
Secretaria de Saúde do Recife - DS
Nome: **Alxandro Jous de Almeida**

Registro Nº _____ Cartão SUS Nº _____

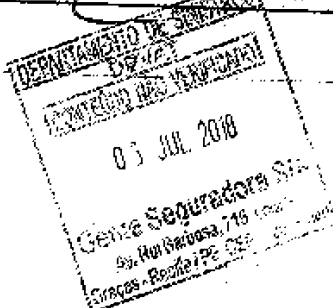
Condição Médica

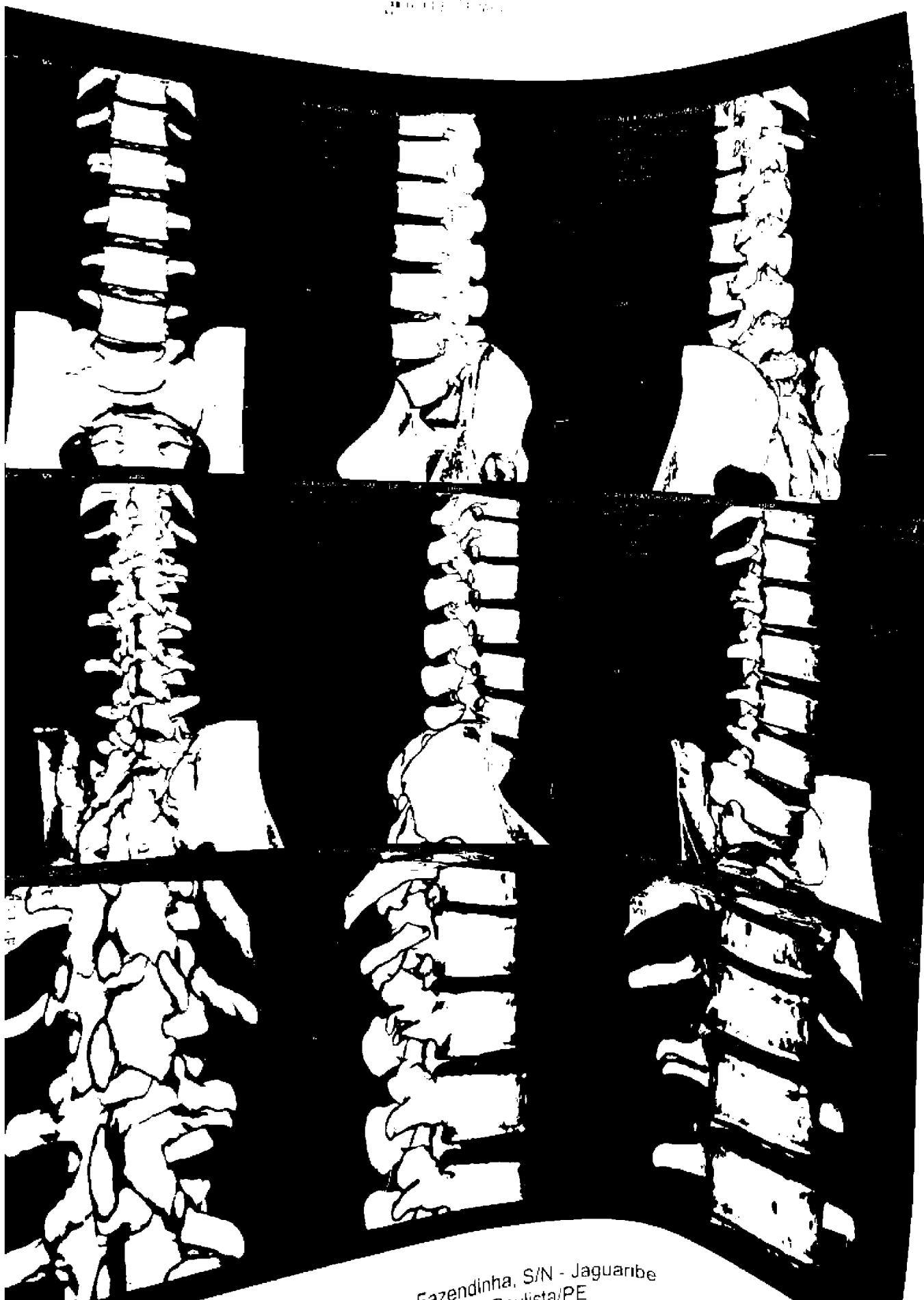
O paciente acima referido
foi vítima de acidente automobilístico
com lesão na coluna
fratura do processo transverso
de L1. No momento em consulto
desta CID : S32.0

Giovanni Mota
Otopedia
CRM 108147/PE

Data: 15/08/17

Assinatura - Cartão nº _____

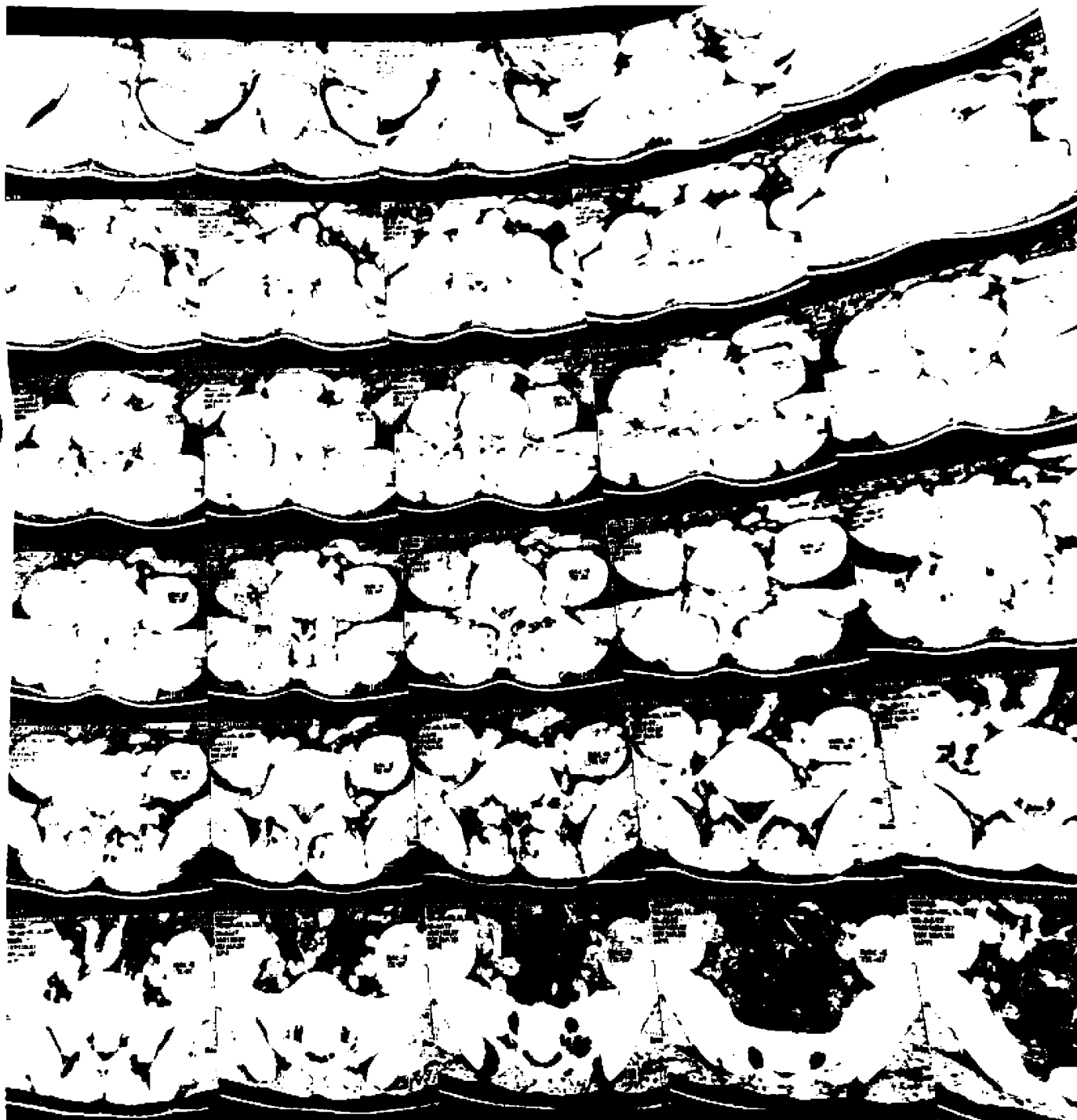




cazendinha, S/N - Jaguaribe
Carilista/PE

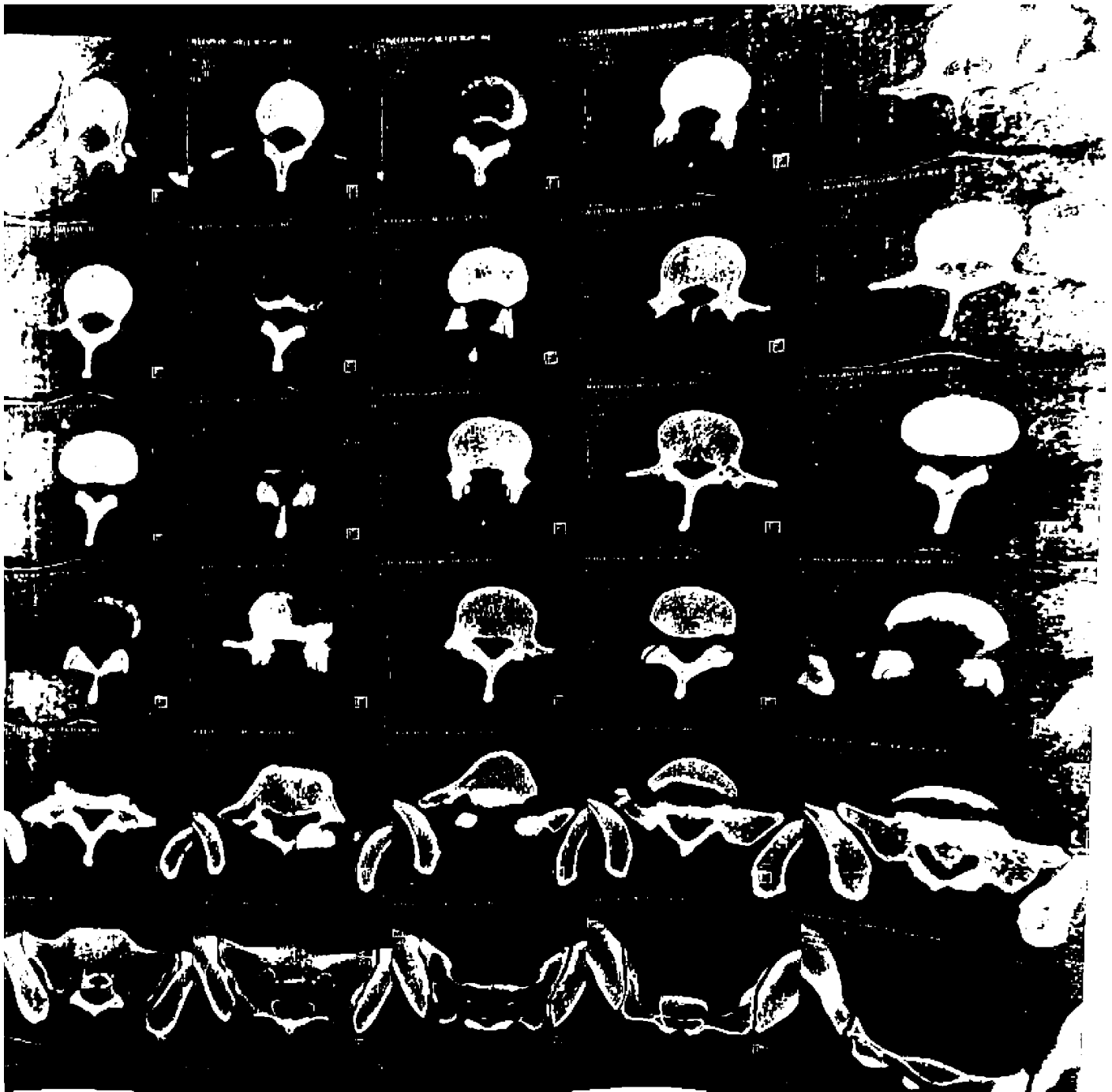
Scanned by CamScanner





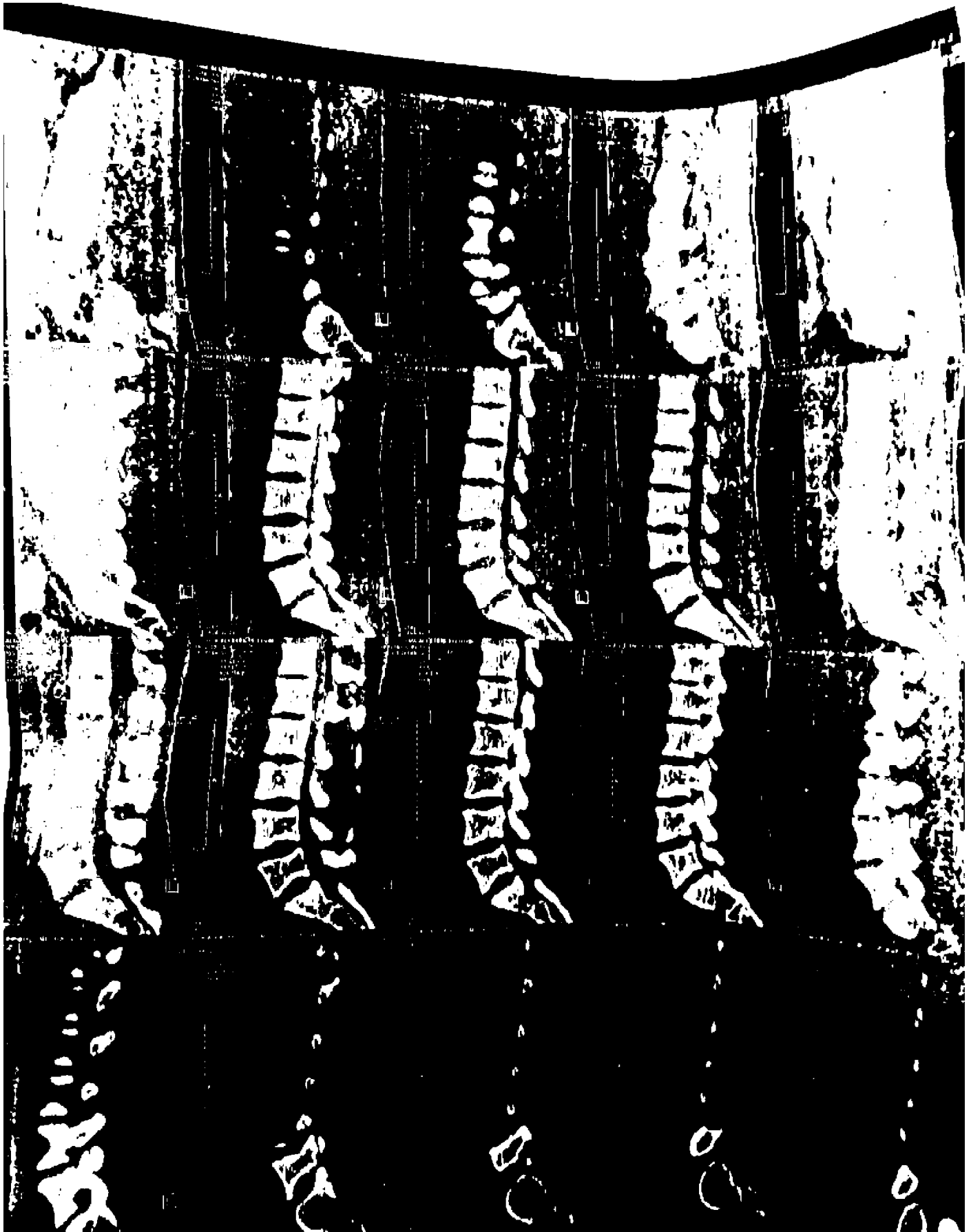
Scanned by CamScanner





Scanned by CamScanner





Scanned by CamScanner



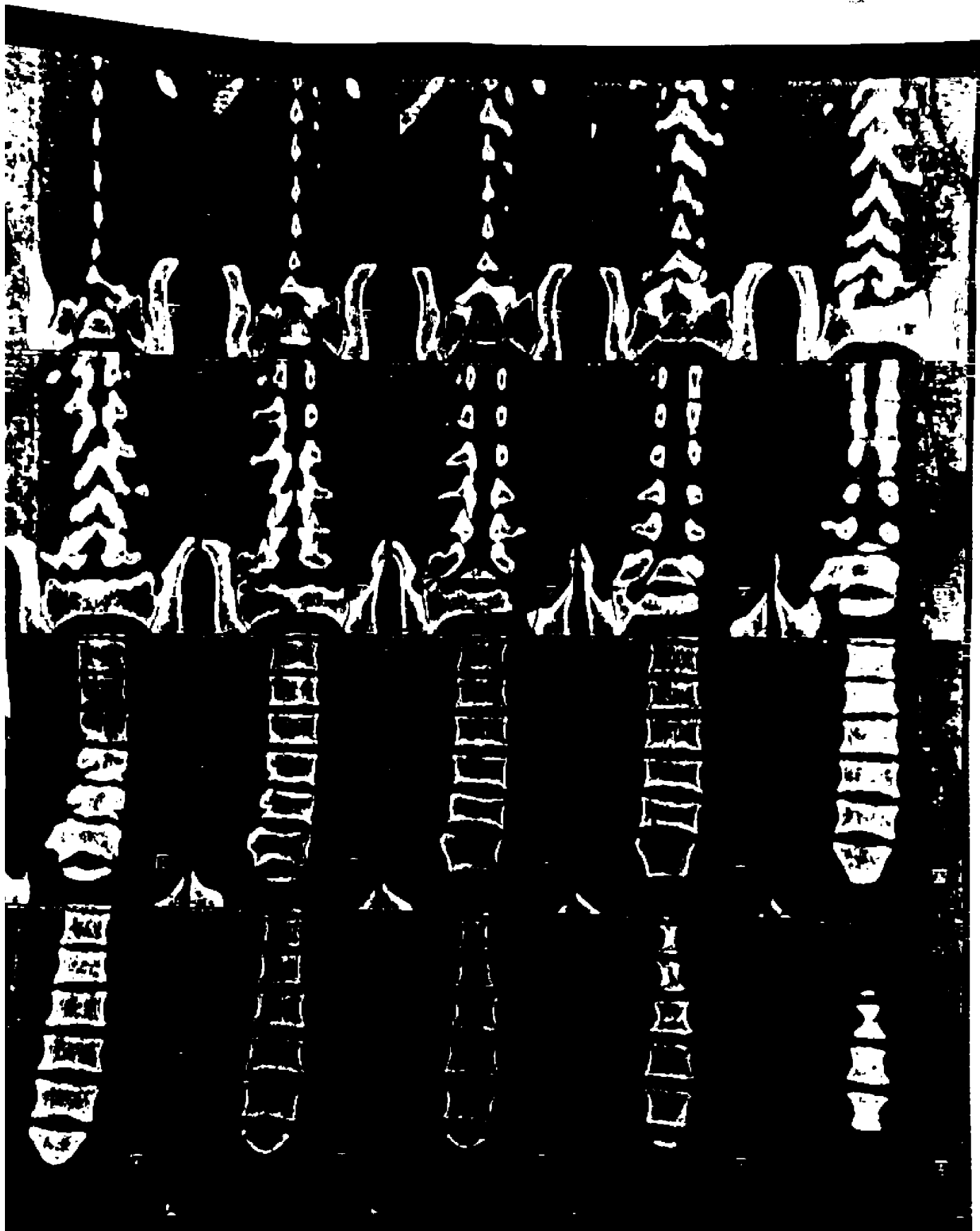


Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/01/2020 16:26:44
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20011416264410000000055529818>
Número do documento: 20011416264410000000055529818

Num. 56446783 - Pág. 85



Scanned by CamScanner





Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/01/2020 16:26:44
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20011416264410000000055529818>
Número do documento: 20011416264410000000055529818

Num. 56446783 - Pág. 87



Scanned by CamScanner





Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/01/2020 16:26:44
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20011416264410000000055529818>
Número do documento: 20011416264410000000055529818

Num. 56446783 - Pág. 89

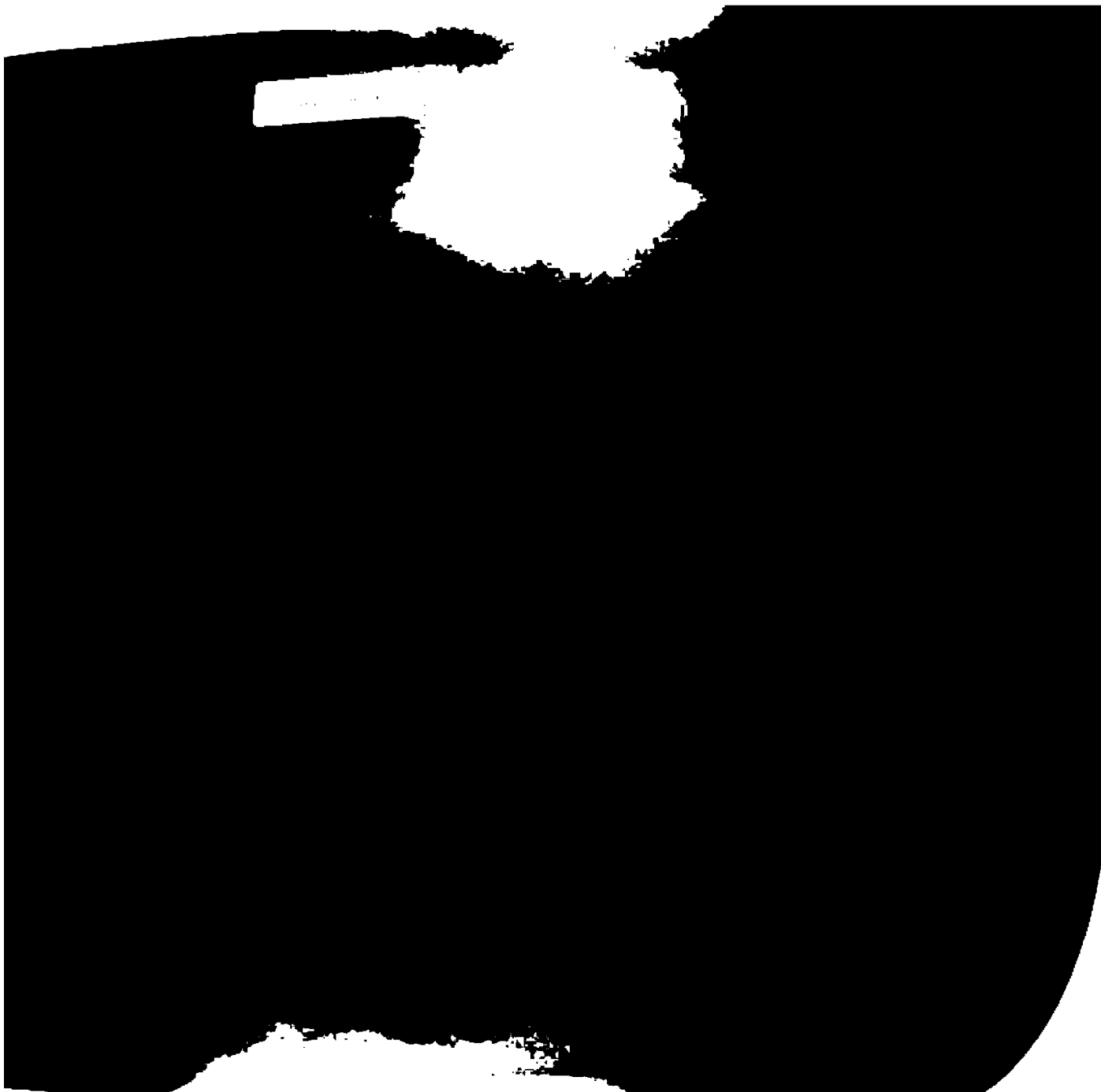


Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/01/2020 16:26:44
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20011416264410000000055529818>
Número do documento: 20011416264410000000055529818

Num. 56446783 - Pág. 90

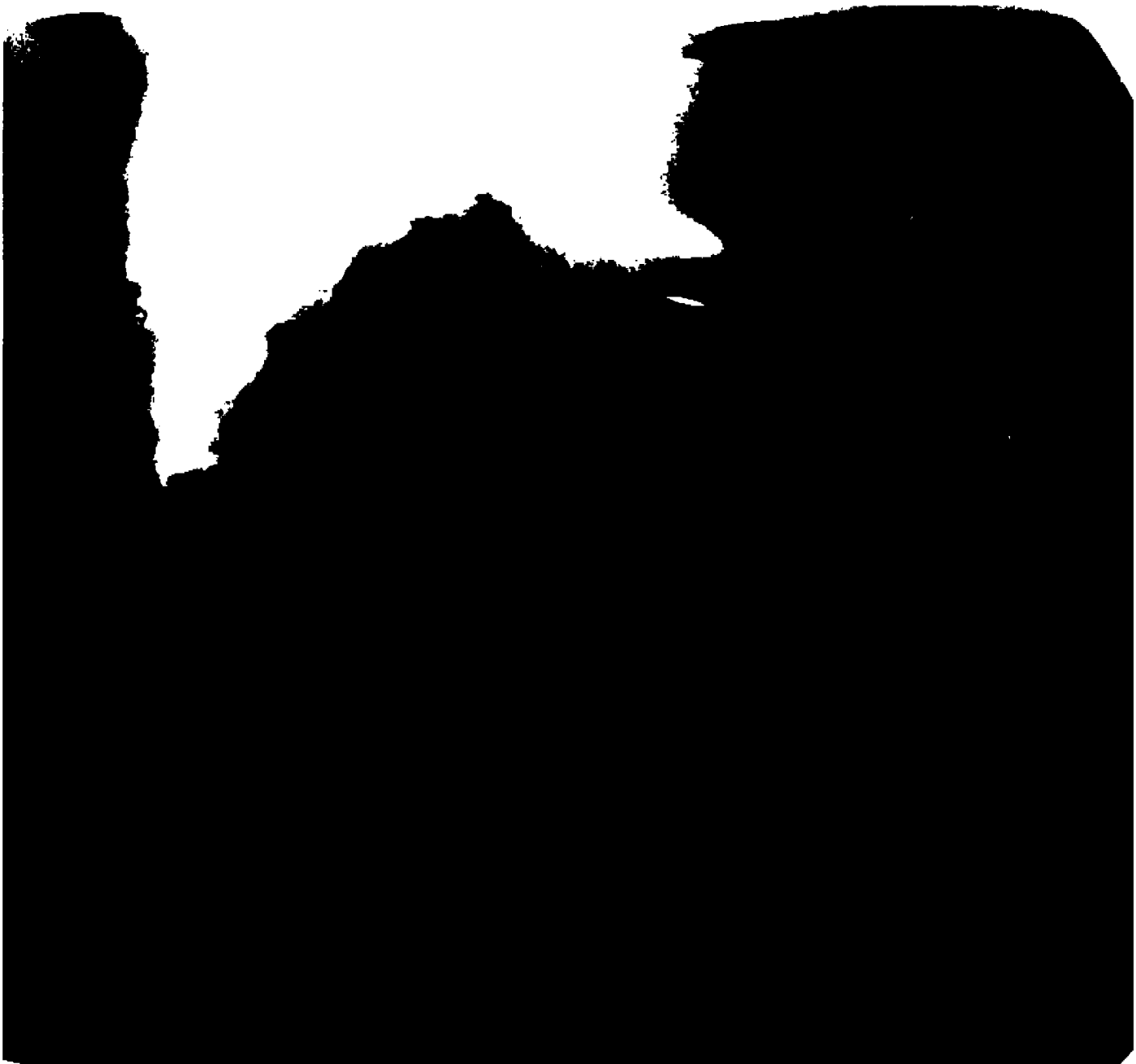


Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/01/2020 16:26:44
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20011416264410000000055529818>
Número do documento: 20011416264410000000055529818

Num. 56446783 - Pág. 91





UPA 24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
OLINDA

GESTÃO
IMIP

0246682/18

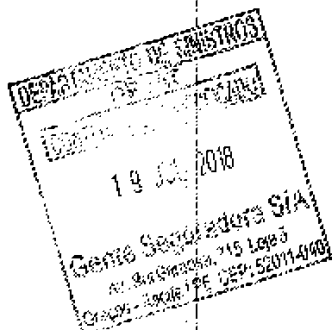
RECEITUÁRIO

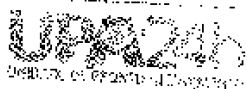
Luiz Moraes

O Sr. Alexandre Gomes de
S. M., natural de PE de
Tramete, em 18/07/18,
compareceu a este Unidade
Hospitalar, apresentando dor
lombos e intestos de mais
intensidade nos últimos 10 dias,
de origem futura LA, com
resonância magnética, com
CID: S32.0. Cometeu
e/ou outros procedimentos
em 18/07/18

Dr. Luiz Moraes
Ortopedia/Traumatologia
CRM: 5713

O LEITE MATERNO É O MELHOR ALIMENTO PARA SEU FILHO





UPA OLINDA - OLINDA



Atendimento: 1168425

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

Senha da Classificação:

0198

Paciente:

108232

ALEXSANDRO DOMES DA SILVA

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data de Nascimento: 05/05/1990

Idade: 28 anos

Convênio: 2

SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: MARIA INACIOLINA FRANCISCA DOS SANTOS

Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA

CRM: 1234567

Endereço: C/SAO PAULO

Cidade/UF: OLINDA

Bairro: CIDADE TABAJARA

RG (Identidade):

Cap: 53350310

Usuário Atendimento: S.T.P. JAHU.TF

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Data de Emissão:

CRN (Cadastro de Registro de Nucleo):

Fone: 83445747

Data de Emissão CRN:

Peso:

Altura:

Temperatura:

FUSION DO TRATAMENTO

Hora:

Exame Principal:

Exame Físico:

Hiperemia Ocular:

Condição Terapêutica:

Pré-Atendimento:

Destino:

Transferência:

Para:

Carimbo:

DEPARTAMENTO DE SAÚDE

PRONTO ATENDIMENTO

07 JUL 2018

Gente Seguradora S/A

Francisco J. Sussana Chalchil
Ortopedia, Traumatologia
CRM - 4568

Senha:



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 14:18

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

Prioridade:

URGENCIA - AMARELO

Cor:

AMARELO

Queixa Principal:

PACIENTE TRAZIDO PELOS BOMBEIROS, VITOMA 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

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1





Secretaria de Saúde do Recife

RECEITUÁRIO



PREFEITURA DO
RECIFE

Unidade de Saúde: **CLINICA GOUVEIA DE BARROS**
Secretaria de Saúde do Recife - DS
Nome: **Alxandre Jous de Almeida**

Registro Nº _____ Cartão SUS Nº _____

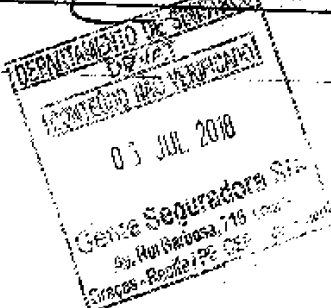
Condicionamento

O paciente acima referido
foi vítima de acidente automobilístico
com lesão na coluna
fratura do processo transverso
de L1. No momento em que
deixou o Cid: 532.0

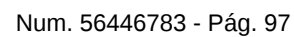
Giovanni Mota
Otopedia
CRM 108147/PE

Data: 15/08/17

Assinatura - Cartão nº _____



DEPARTAMENTO DE SINTOSIS
DE 1941
COMISSÃO DE PROFISSIONAL
05 JUL 2009
Gente Seguradora S/A
Av. Raulino Costa, 715 - Lapa
Cidade: Rio de Janeiro - RJ



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADANIA
PARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
CARTEIRA NACIONAL DE IDENTIDADE

VALMIR HONORIO DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / CÓD. EMISSÃO / UF
2948595 SSP PE

CPF: **621.228.354-00** DATA NASCIMENTO: **30/01/1970**

PRIMAÇÃO
VALMIR HONORIO DA SI
LVA
MARIA DA FENHA DO NASC
MENTO

PERMISSÃO: **COMUNICACAO** LAC: **RECEBIM** CAT. HAB: **R**

Nº REGISTRO: **05601193700** VALIDADE: **28/06/2022** 1ª HABILITAÇÃO: **11/03/1997**

OBSERVAÇÃO:
MAX

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL: **PAULISTA, PE** DATA EMISSÃO: **31/08/2017**

Assinado eletronicamente por: **Charles Anderson Sousa Ribeiro**
Diretor Presidente
50981603055
PE081948661

PERNAMBUCO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1483262450

PRONTO PLASTIFICAR
1483262450

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
RECEBIM
06 JUL 2018
Gerente Seguradora S/A
Av. da Liberdade, 113 Laje 6
Rio de Janeiro - RJ CEP: 20011-040

