

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 6.746.594 DATA DE EMISSÃO 04/09/2013

NOME << CARLOS OLIVEIRA ALEXANDRE >>

FILIAÇÃO << JOSÉ JOÃO ALEXANDRE >>  
<< MARIA DE FÁTIMA OLIVEIRA ALEXANDRE >>

NATURALIDADE BELO JARDIM - PE DATA DE NASCIMENTO 09/09/1982

DOC. ORIGIN << CC.6304 L.13B F.261V CART.BELO JARDIM-PE 15.07.2009 >>

CPF 047.544.194-05

LEI Nº 11.105/2006

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO OIR - 20  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO LAURENTE SUZUKI



CARLOS OLIVEIRA ALEXANDRE

CARTEIRA DE IDENTIDADE

ASL-0381874/19  
marta.santos  
02/01/2020 09:48:27

ASL-0381874/19  
marta.santos  
02/01/2020 09:48:27

ASL-0381874/19  
marta.santos  
02/01/2020 09:48:27

ASL-0381874/19  
marta.santos  
02/01/2020 09:48:27

ASL-0381874/19  
marta.santos  
02/01/2020 09:48:27

# CONTEMP

6-7-79 6:00 PM FAX 101-124-000

CHPJ 09.248.8080001-08

[illegible]



ASL-0381874/19  
marta.santos  
02/01/2020 09:48:45

ASL-0381874/19  
marta.santos  
02/01/2020 09:48:45

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 014487467205  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD. RENAVAM 1124470964 R.N.T.R.C. \*\*\*\*\* EXERCÍCIO 2019

NOME CLAUDIO ALEXANDRE DE OLIVEIRA

BELO JARDIM-PE

CPF / CNPJ 094.149.984-70

PLACA PDM6207

PLACA ANT / UF \*\*\*\*\* / PE

CHASSI 9C2MC4400GR021477

ESPECIE TIPO PAS / MOTOCICLETA

COMBUSTÍVEL ALCO / GASOL

MARCA / MODELO HONDA / CB 250F TWISTER

ANO FAB. 2016 ANO MOD. 2016

CAP / POT / CL 2E / 248CL

CATEGORIA PARTIC

COR PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA IPVA 2019 QUITADO

VENC. COTA ÚNICA 1° \*\*\*\*\*

FAIXA IPVA 1

PARCELAMENTO / COTAS \*\*\*\*\*

2° \*\*\*\*\*

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 20.11

IOF (R\$) 0.32

PRÊMIO TOTAL (R\$) 34.58

DATA DE PAGAMENTO 28/02/19

OBSERVAÇÕES AL. FID. EV FINANCEIRA 3A C F I

BELO JARDIM

DATA 20/06/19

DIRETOR PRES

EXPEDIENTE

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

PE Nº 014487467205 BILHETE DE SEGURO DPVAT

CLAUDIO ALEXANDRE DE OLIVEIRA

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

BELO JARDIM-PE

EXERCÍCIO 2019

DATA EMISSÃO 20/06/19

VIA 1

CPF / CNPJ 094.149.984-70

PLACA PDM6207

RENAVAM 1124470964

MARCA / MODELO HONDA / CB 250F TWISTER

ANO FAB. 2016

CAT. TAR. 09

CHASSI 9C2MC4400GR021477

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) 26.05

DETRAN (R\$) 4.01

CUSTO DO SEGURO (R\$) 40.06

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4.15

IOF (R\$) 0.32

TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$) 84.58

\* COTA ÚNICA

PAGAMENTO

PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO 28/02/19

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.008/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT ELE NÃO É DE PORTA OBRIGATORIO.

ASL-0381874/19  
marta.santos  
02/01/2020 09:48:45

ASL-0381874/19  
marta.santos  
02/01/2020 09:48:45

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0000616/20

**Vítima:** CARLOS OLIVEIRA ALEXANDRE

**CPF:** 047.544.194-05

**Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

**Data do acidente:** 06/07/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** CARLOS OLIVEIRA ALEXANDRE

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

### EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 574.940.534-68

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

### CARLOS OLIVEIRA ALEXANDRE : 047.544.194-05

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

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

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 02/01/2020  
Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES  
CPF: 574.940.534-68

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/01/2020  
Nome: Marta Marinho dos Santos  
CPF: 492.294.514-87

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Marta Marinho dos Santos



BELO JARDIM (PE), 30 DE OUTUBRO 2019.

À LÍDER

CONVÊNIO DPVAT

VÍTIMA: CARLOS OLIVEIRA ALEXANDRE

TIPO DE INDENIZAÇÃO: INVALIDEZ

SINISTRO nº 3190572118

Prezado Senhor(a),

Solicito de V.Sª, que meu processo de INVALIDEZ seja REANALISADO, uma vez que eu fui vítima de acidente de trânsito, fato ocorrido no dia 06/07/2019, onde sofri FRATURA EXPOSTA DA MINHA PERNA DIREITA, coloquei placa e parafuso fiz todo tratamento médico e mesmo assim ENCONTRO-ME ATUALMENTE COM SEQUELAS. Não fui submetido a PÉRICIA por um médico indicado pela Líder para avaliar minha seqüela e negaram meu pagamento. Em contato com o atendimento da Líder fui orientado a fazer uma carta explicando a situação para que então eu possa ser avaliado por um medico indicado pela Líder e receba a importância a que tenho Direito.

DIANTE DO EXPOSTO, solicito de V.Sª, que meu processo seja REANALISADO para que seja liberado o valor que realmente me é de direito, uma vez que estou com seqüelas. Estou a disposição da Seguradora para ser avaliada por qualquer médico indicado pela Líder.

Certo de vossa atenção

Fico no aguardo.

CARLOS OLIVEIRA ALEXANDRE

CARLOS OLIVEIRA ALEXANDRE

## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0381874/19

Vítima: CARLOS OLIVEIRA ALEXANDRE

CPF: 047.544.194-05

Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

Data do acidente: 06/07/2019

Titular do CPF: CARLOS OLIVEIRA  
ALEXANDRE

CPF de: Próprio

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

#### EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 574.940.534-68

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

#### CARLOS OLIVEIRA ALEXANDRE : 047.544.194-05

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

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

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

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

#### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 31/10/2019  
Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES  
CPF: 574.940.534-68

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 31/10/2019  
Nome: Isabelly Antonia dos Santos Ursulino  
CPF: 106.719.384-79

Isabelly Antonia dos Santos Ursulino

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190572118 **Cidade:** Belo Jardim **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** CARLOS OLIVEIRA ALEXANDRE **Data do acidente:** 06/07/2019 **Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 18/10/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO PLATÔ TIBIAL DIREITO. P8  
FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DA PERNA DIREITA. P5

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE. P5  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO MEMBRO INFERIOR  
DIREITO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** VÍTIMA JÁ INDENIZADA EM SINISTRO ANTERIOR Nº 2011328232 EM NÍVEL MODERADO PARA O MEMBRO  
INFERIOR DIREITO. SINISTRO ATUAL LESIONADO NO MESMO SEGMENTO CORPORAL. SEQUELA JÁ INDENIZADA  
CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190572118 **Cidade:** Belo Jardim **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** CARLOS OLIVEIRA ALEXANDRE **Data do acidente:** 06/07/2019 **Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 18/10/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO PLATÔ TIBIAL DIREITO. P8  
FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DA PERNA DIREITA. P5

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE. P5  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** VÍTIMA JÁ INDENIZADA EM SINISTRO ANTERIOR Nº 2011328232 EM NÍVEL MODERADO PARA O MEMBRO INFERIOR DIREITO. SINISTRO ATUAL LESIONADO NO MESMO SEGMENTO CORPORAL. SEQUELA JÁ INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00



# PROCURAÇÃO:

OUTORGANTE

NOME:	CARLOS OLIVEIRA ALEXANDRE
NACIONALIDADE:	BRASILEIRA
PROFISSÃO:	Pintor
IDENTIDADE:	6.746.594 - SDS/PE. CPF: 047.544.194-05
DATA DO ACIDENTE:	06/07/2019
COBERTURA:	INVALIDEZ
VÍTIMA:	CARLOS OLIVEIRA ALEXANDRE
ENDEREÇO:	RUA ANTONIO MOREIRA, 299-A, BAIRRO: SANTO ANTONIO - BELO JARDIM (PE).

OUTORGADO

NOME:	EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES
NACIONALIDADE:	BRASILEIRA
PROFISSÃO:	FUNÇÃO PÚBLICA APOSENTADO
IDENTIDADE:	3092028 - SSP/PE. CPF: 574.940.534-68
ENDEREÇO:	RUA JOÃO BATISTA, nº 370, CENTRO, SUDOBIM (PE).

PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR E OUTORGADO, ACIMA QUALIFICADO, A QUEM CONFIO PODERES PARA REPRESENTAR-ME PERANTE AS SEGURADORAS QUE CONSTITUI O CONSÓRCIO DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

BELO JARDIM - PE 8 DE AGOSTO DE 2019



CARLOS OLIVEIRA ALEXANDRE  
 ASSINATURA DO OUTORGANTE  
 (RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

Reconheço por Autenticidade a firma de CARLOS OLIVEIRA ALEXANDRE. Dou fé. Belo Jardim/PE, 27/08/2019. Emol: R\$ 2,50; TSNR: D, 80; FERN: R\$ 0,04; FORT: R\$ 0,08; FANC: 0,40; Total: R\$ 4,91. Maria Luiza da Silva  
 Selo: 013425.XEQ09201901.00095 27/08/2019 11:04:10  
 Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/sistema digital.

# PROCURAÇÃO:

OUTORGANTE

NOME:	CARLOS OLIVEIRA ALEXANDRE
NACIONALIDADE:	BRASILEIRA
PROFISSÃO:	PILOT
IDENTIDADE:	6.746.594 - SDS/PE. CPF: 047.544.194-05
DATA DO ACIDENTE:	06/07/2019
COBERTURA:	INVALIDEZ
VÍTIMA:	CARLOS OLIVEIRA ALEXANDRE.
ENDEREÇO:	RUA ANTONIO MOREIRA, 299-A, BAIRRO: SANTO ANTONIO - BELO JARDIM (PE).

OUTORGADO

NOME-	EDUARDO JOSÉ DE ALBUQUERQUE FERNANDES
NACIONALIDADE-	BRASILEIRA
PROFISSÃO-	FUNÇÃOARIO PUBLICO APOSENTADO
IDENTIDADE-	3092028- SSP/PE. CPF: 574.940.534-68
ENDEREÇO-	RUA JOÃO BATISTA, nº 370, CENTRO, SUCUBIM (PE).

PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR E OUTORGADO, ACIMA QUALIFICADO, A QUEM CONFIO PODERES PARA REPRESENTAR-ME PERANTE AS SEGURADORAS QUE CONSTITUI O CONSÓRCIO DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

BELO JARDIM - PE 8 DE AGOSTO DE 2019



X CARLOS OLIVEIRA ALEXANDRE

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

Reconheço por Autenticidade a firma de CARLOS OLIVEIRA ALEXANDRE. Dou fé. Belo Jardim/PE, 27/08/2019. E-mail: R\$ 3,59; TSNR: 0,80; FERM: R\$ 0,04; ON/EG: R\$ 0,08; FERC: 0,40; Total: R\$ 4,91. Extrato assinado. Selo: 0131425.XEQ08201901.00099 27/08/2019 11:04:10 Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/seledigital.

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0381874/19

**Vítima:** CARLOS OLIVEIRA ALEXANDRE

**CPF:** 047.544.194-05

**Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

**Data do acidente:** 06/07/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** CARLOS OLIVEIRA  
ALEXANDRE

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

### EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 574.940.534-68

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

### CARLOS OLIVEIRA ALEXANDRE : 047.544.194-05

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

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

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 31/10/2019  
Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES  
CPF: 574.940.534-68

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 31/10/2019  
Nome: Isabelly Antonia dos Santos Ursulino  
CPF: 106.719.384-79

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Isabelly Antonia dos Santos Ursulino



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0000616/20

**Vítima:** CARLOS OLIVEIRA ALEXANDRE

**CPF:** 047.544.194-05

**Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

**Data do acidente:** 06/07/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** CARLOS OLIVEIRA ALEXANDRE

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

### EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 574.940.534-68

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

### CARLOS OLIVEIRA ALEXANDRE : 047.544.194-05

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

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

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 02/01/2020  
Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES  
CPF: 574.940.534-68

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/01/2020  
Nome: Marta Marinho dos Santos  
CPF: 492.294.514-87

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Marta Marinho dos Santos

---

**Rio de Janeiro, 09 de Outubro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190572118**

**Vítima: CARLOS OLIVEIRA ALEXANDRE**

**Data do Acidente: 06/07/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), CARLOS OLIVEIRA ALEXANDRE**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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 informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 047.544.194.05 3 - CPF da vítima: 047.544.194.05 4 - Nome completo da vítima: CARLOS OLIVEIRA ALEXANDRE

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

5 - Nome completo: CARLOS OLIVEIRA ALEXANDRE 6 - CPF: 047.544.194.05  
7 - Profissão: Pintor 8 - Endereço: RUA ANTÔNIO MOREIRA 9 - Número: 299-A 10 - Complemento: CASA  
11 - Bairro: SANTO ANTÔNIO 12 - Cidade: BELO JARDIM 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55.150-000  
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (81) 989268090

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

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

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

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

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:  CONTA:

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BRADESCO

AGÊNCIA: 2169 5 CONTA: 0700228 9

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (r/civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:   
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:   
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vairascor)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Bele Jardim (PE), 09/09/2019.

X CARLOS OLIVEIRA ALEXANDRE

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)





552039

0348362/19

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 104ª CIRCUNSCRIÇÃO - BELO JARDIM - DP104ªCIRC  
DINTER1/15ªDESEC

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0194002166**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **23/08/2019** às **14:37**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)** que aconteceu no dia **6/7/2019** às **11:20**

Fato ocorrido no endereço: **RUA SILVESTRE PACHECO LINS, 1 - Bairro: SANTO ANTONIO - BELO JARDIM/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)  
CARLOS OLIVEIRA ALEXANDRE (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **CARLOS OLIVEIRA ALEXANDRE**



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

**CARLOS OLIVEIRA ALEXANDRE (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA DE FATIMA OLIVEIRA ALEXANDRE Pai: JOSE JOAO ALEXANDRE Data de Nascimento: 9/9/1982 Naturalidade: BELO JARDIM / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 6746594/SDS/PE (RG), 04754419405 (CPF) Estado Civil: DESCONHECIDO Escolaridade: DESCONHECIDO Telefones Celulares: - 989268090**

Endereço Residencial: **RUA SILVESTRE PACHECO LINS, 1 - CEP: 0 - Bairro: SANTO ANTONIO - BELO JARDIM/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

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

**HONDA/CB 250F TWISTER (VEICULO)**, que estava em posse do(a) Sr(a): **CARLOS OLIVEIRA ALEXANDRE**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NAO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **PDM6207 (PERNAMBUCO/BELO JARDIM)** Renavam: **1124470864** Chassi: **9C2MC4400GR021477**  
Ano Fabricação/Modelo: **2016/2016** Combustível: **ALCO/GASOL**  
Descrição: **PROPRIETÁRIO: CLAUDIO ALEXANDRE DE OLIVEIRA**

## Complemento / Observação

A VITIMA AFIRMA QUE NAO É HABILITADA. QUE NO DIA E LOCAL DO FATO CONDUZIA A MOTO DO SEU IRMAO QUANDO DE REPENTE CAIU E QUEBROU A PERNA, SENDO SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADO AO HOSPITAL LOCAL, DONDE FOI TRANSFERIDO AO HRA-CARUARU. DEPOIS FOI EMCAMINHADO PARA O ESPECIALISTA PARA REALIZAR CIRURGIA ELETIVA.

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

α CARLOS OLIVEIRA ALEXANDRE  
CARLOS OLIVEIRA ALEXANDRE  
(VITIMA)

B.O. registrado por: **JOÃO PAULO PEREIRA DE SOUZA** - Matrícula: 297086-4



ASL-0381874/19  
marta.santos  
02/01/2020 09:46:15

ASL-0381874/19  
marta.santos  
02/01/2020 09:46:15

ASL-0381874/19  
marta.santos  
02/01/2020 09:46:15

ASL-0381874/19  
marta.santos  
02/01/2020 09:46:15

ASL-0381874/19  
marta.santos  
02/01/2020 09:46:15

ASL-0381874/19  
marta.santos  
02/01/2020 09:46:15



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 047.544.194.05 3 - CPF da vítima: 047.544.194.05 4 - Nome completo da vítima: CARLOS OLIVEIRA ALEXANDRE

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

5 - Nome completo: CARLOS OLIVEIRA ALEXANDRE 6 - CPF: 047.544.194.05  
7 - Profissão: Pintor 8 - Endereço: RUA ANTÔNIO MOREIRA 9 - Número: 299-A 10 - Complemento: CASA  
11 - Bairro: SANTO ANTÔNIO 12 - Cidade: BELO JARDIM 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55.150-000  
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (81) 989268090

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

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

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

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

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:  CONTA:

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BRADESCO

AGÊNCIA: 2169 5 CONTA: 0700.228 9

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:   
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:   
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vair nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Belo Jardim (PE), 09/09/2019.

X CARLOS OLIVEIRA ALEXANDRE

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)





Prefeitura de

**Belo Jardim**

A mudança começa com trabalho

## HOSPITAL REGIONAL DE BELO JARDIM

CNPJ: 10.260.222/0001-05

Rua Dr. Henrique Nascimento, s/nº

Belo Jardim - PE - CEP: 55.150-000

Fone: (0\*\*81) 3726.2233

### DECLARAÇÃO

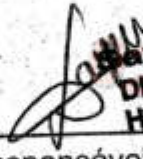
Declaro para os devidos fins que CARLOS OLIVEIRA  
ALEXANDRE residente RUA SILVERIO PACHECO  
LINS, 299 SANTO ANTÔNIO esteve internado  
BELO JARDIM PE 06.07.2019 à  
neste Hospital no período de \_\_\_\_\_ com diagnóstico de CID:  
FRATURA PERNA(D) prontuário nº \_\_\_\_\_

OBS: O original se encontra disponível ao INSS para averiguação neste arquivo.

OBS: Por motivo de danificação dos prontuários os mesmos estão sendo refeitos.

Belo Jardim 12/08/2019

Responsável

  
Dayuri Pereira  
Diretora Adjunta  
HJAL / UPA 24 hs





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

**NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA**

Companhia Energética de Pernambuco  
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE. CEP 50050-902  
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

**DADOS DO CLIENTE**

CARLOS OLIVEIRA ALEXANDRE

CPF 047 544 194-05 NIS 13441081454

**CLASSIFICAÇÃO**B1 RESIDENCIAL  
BAIXA RENDA COM NIS**ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA**

RUA ANTONIO MOREIRA 299 A

STO ANTONIO/BELO JARDIM  
BELO JARDIM PE  
55150-000

Nº DA NOTA FISCAL	SERIE	EMIÇÃO
070234718	ÚNICA	19/07/2019
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
19/07/2019	2003021188	4235578

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
4013191170	07/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA
26/07/2019	20/08/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	21,04

**DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL**

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,0000000	0,19218255	5,78
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	35,0000000	0,32945580	11,53
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,25
Contrib. Ilum. Pública Municipal			3,03
Multa por atraso-NF 082620989 - 20/05/19			0,58
Multa por atraso-NF 088500863 - 18/06/19			0,43
Juros por atraso-NF 088500863 - 18/06/19			0,08
Juros por atraso-NF 082620989 - 20/05/19			0,20
Atualização IGPM-NF 088500863 - 18/06/19			0,09
Atualização IGPM-NF 082620989 - 20/05/19			0,09
Compensação CMC 05/19			-0,23
Bônus ITAIPU - art 21 da Lei 10.438/2002			-0,75
			21,04

**TOTAL DA FATURA****DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL**

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
67002203	CA1	18-06-2019	6 827,00	19-07-2019	6 862,00	31	1,00000		65,00

**HISTÓRICO DE CONSUMO**

Mês/Ano kWh

JUL 19 65

JUN 19 81

MAI 19 96

ABR 19 64

MAR 19 103

FEV 19 77

JAN 19 81

DEZ 18 91

NOV 18 88

OUT 18 60

SET 18 74

AGO 18 74

JUL 18 62

**INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS**

	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS			
PIS	17,64	0,82	0,14
COFINS	17,64	3,81	0,66

**COMPOSIÇÃO DO CONSUMO**

	R\$	%
Geração de Energia	0,14	45,41%
Transmissão	0,90	5,13%
Distribuição (Cotpo)	5,45	31,07%
Perdas de Energia	1,72	9,81%
Energia Setorial	0,53	3,02%
Tributos	0,80	4,56%
Total	17,64	100%

**TARIFAS APLICADAS**Consumo Ativo até 30 kWh  
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh0,18328450  
0,31420300

/BCD/0115 5343 4852 1000 0108 80C/B 2353

**INFORMAÇÕES DE INTERESSE**

Para mais informações consulte o site da Companhia ou ligue para o 0800 00 00 00. A Companhia não se responsabiliza por danos materiais ou morais decorrentes do uso indevido dos dados fornecidos. A Companhia não se responsabiliza por danos materiais ou morais decorrentes do uso indevido dos dados fornecidos.





**CELPE**  
Companhia Energética de Pernambuco  
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-002  
CNPJ 10.835.820/0001-98 | INSC. EST. 0005940-93 | www.celpe.com.br

**DADOS DO CLIENTE**  
AURIANA MARIA MOURA DE A. FERNANDES  
**ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA**  
RUA JOAO BATISTA 370  
CENTRO/SURUBIM  
SURUBIM/PE  
55750-000

CPF 945.234.444-04

**CLASSIFICAÇÃO**  
BT RESIDENCIAL  
RESIDENCIAL

DATA	UNICA	DATA
07/20/2020	UNICA	05/05/2019
08/05/2020	UNICA	04/08/2019
09/09/2018	UNICA	03/05/2008

7005749888	08/2019
12/08/2019	04/08/2019
98,16	

**DESCRIÇÃO DA UNIDADE FISCAL**

QUANTIDADE	PREÇO UNIT.	VALOR UNIT.
113,00000000	0,71545172	80,82
		2,01
		0,29
		0,84
		0,81

Consumo Ativo(Watt)  
Atividade Bandeira AMARELA  
Atividade Bandeira VERMELHA  
Condição Bandeira VERMELHA  
KMS Subestação-CDE-UF 0005454910-060519

**TOTAL DA FATURA** 98,16

PERÍODO	TIPO DA	DATA	ANTERIOR	LEITURA	DATA	ATUAL	LEITURA	Nº DE	DIAS	CONSTANTE	ALÍQUOTA	CORREÇÃO (KWH)
07/20/2019	CONTADOR	04/07/2019	25.505,20	25.505,20	05/08/2019	26.548,38	32	1,0000				113,00

PERÍODO	TIPO DA	DATA	ANTERIOR	LEITURA	DATA	ATUAL	LEITURA	Nº DE	DIAS	CONSTANTE	ALÍQUOTA	CORREÇÃO (KWH)
07/20/2019	CONTADOR	04/07/2019	25.505,20	25.505,20	05/08/2019	26.548,38	32	1,0000				113,00

PERÍODO	TIPO DA	DATA	ANTERIOR	LEITURA	DATA	ATUAL	LEITURA	Nº DE	DIAS	CONSTANTE	ALÍQUOTA	CORREÇÃO (KWH)
07/20/2019	CONTADOR	04/07/2019	25.505,20	25.505,20	05/08/2019	26.548,38	32	1,0000				113,00

**DESCRIÇÃO DA UNIDADE FISCAL**

**DESCRIÇÃO DA UNIDADE FISCAL**



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO  
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> 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**<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> 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 EDUARDO JOSÉ DE A. FERNANDES inscrito (a) no CPF 574.940.534 / 68 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário CARLOS OLIVEIRA ALEXANDRE inscrito (a) no CPF sob o Nº 047.544.194 / 05 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima CARLOS OLIVEIRA ALEXANDRE, inscrito (a) no CPF sob o Nº 047.544.194 / 05, 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 MANOEL ALVES DE MOURA</u>		Número <u>64</u>	Complemento <u>CASA</u>
Bairro <u>CENTRO</u>	Cidade <u>SURUBIM</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55.750-000</u>
Email <u>efafernandes@yahoo.com.br</u>		Telefone comercial(DDD) <u>(81) 3634 5167</u>	Telefone celular (DDD) <u>(81) 99665 0454</u>

SURUBIM, 9 de setembro de 2019.

Local e Data

Eduardo Fernandes

Assinatura do Declarante

## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, CLÁUDIO ALEXANDRE DE OLIVEIRA

RG nº 8373540, data de expedição 15/02/2019

Órgão SDS/PE, portador do CPF nº 094.149.984/70, com

domicílio na cidade de Belo Jardim, no Estado de

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

RUA ANTONIO MOREIRA, nº 299-A,

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

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

vítima CARLOS OLIVEIRA ALEXANDRE, cujo o condutor era

CARLOS OLIVEIRA ALEXANDRE

Veículo: MOTOCICLETA

Modelo: Honda CB250F

Ano: 2016

Placa: EDM-6207

Chassi: 9C2MC44006R031477

Data do Acidente: 06/07/2019

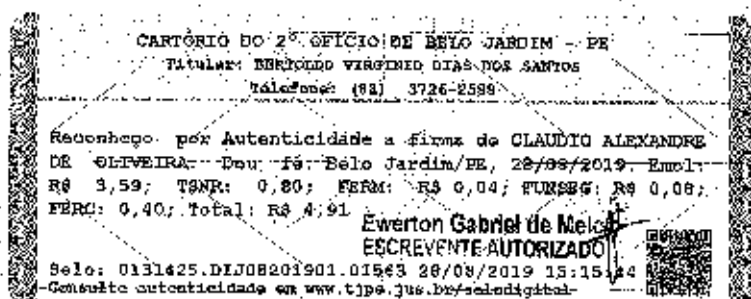
Local e Data: BELO JARDIM 27/08/2019

CLÁUDIO ALEXANDRE DE OLIVEIRA

Assinatura do Declarante

CARLOS OLIVEIRA ALEXANDRE

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





## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, CLÁUDIO ALEXANDRE DE OLIVEIRA,

RG nº 8373540, data de expedição 15/02/2019,

Órgão SDS/PE, portador do CPF nº 094.149.984/70, com

domicílio na cidade de Bele Jardim, no Estado de

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

RUA ANTONIO MOREIRA, nº 299-A,

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

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

vítima CARLOS OLIVEIRA ALEXANDRE, cujo o condutor era

CARLOS OLIVEIRA ALEXANDRE.

Veículo: MOTOCICLETA

Modelo: MONDA CB250F

Ano: 2016

Placa: PDM-6207

Chassi: 9C2MC44006R031477

Data do Acidente: 06/07/2019

Local e Data: BELO JARDIM 27/08/2019

CLÁUDIO ALEXANDRE DE OLIVEIRA

Assinatura do Declarante

X CARLOS OLIVEIRA ALEXANDRE

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

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE BELO JARDIM - PE	
Titular: BERTOLDO VIRGINIO DIAS DOS SANTOS	
Telefone: (81) 3726-2388	
Reconheço por Autenticidade a firma de CLAUDIO ALEXANDRE DE OLIVEIRA. Dou fé: Belo Jardim/PE, 28/08/2019. Emol: R\$ 3,59; TSNR: 0,80; FERM: R\$ 0,04; FUNSEG: R\$ 0,08; PERC: 0,40; Total: R\$ 4,91	
Ewerton Gabriel de Melo ESCREVENTE AUTORIZADO	
Selo: 0131425.DIJ08201901.01563 28/08/2019 15:15:44	
Consulte autenticidade em <a href="http://www.tjpe.jus.br/selodigital">www.tjpe.jus.br/selodigital</a>	





Prefeitura de  
**Belo Jardim**  
*A mudança começa com trabalho*

**HOSPITAL REGIONAL DE BELO JARDIM**

CNPJ: 10.260.222/0001-05

Rua Dr. Henrique Nascimento, s/nº

Belo Jardim - PE - CEP: 55.150-000

Fone: (0\*\*81) 3726.2233


## DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que CARLOS OLIVEIRA  
ALEXANDRE residente RUA SILVERIO PACHECO  
LINS, 299 SANTO ANTÔNIO esteve internado  
BELO JARDIM/PE neste Hospital no período de 06.07.2019 a  
com diagnóstico de CID:  
FRATURA PERNA(D) prontuário nº \_\_\_\_\_

OBS: O original se encontra disponível ao INSS para averiguação neste arquivo.

OBS: Por motivo de danificação dos prontuários os mesmos estão sendo refeitos.

Belo Jardim 12/08/2019

  
Mayuri Pereira  
Diretora Adjunta  
HJAL / UPA 24 hs  
Responsável



Prefeitura de  
**Belo Jardim**  
A mudança começa com trabalho

**SECRETARIA DE SAÚDE**

SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO

HOSPITAL JÚLIO ALVES DE LIRA

FOLHA DE INTERNAÇÃO E ALTA HOSPITALAR

Registro Nº

Data

Hora

06-07-19  
12:28

Unidade de Saúde: **HOSPITAL JÚLIO ALVES DE LIRA**

NÚMERO DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

DOCUMENTO IDENTIDADE / CPF

PACIENTE

Nome:

Data do Nascimento:

Sexo:

Cor:

Estado Civil:

Naturalidade:

Profissão:

Endereço:

Procedência:

Telefone:

RESPONSÁVEL

Responsável:

Parentesco:

Endereço:

Fone:

Trazido por:

Endereço:

Fone:

OCORRÊNCIA

Local do Acidente:

Data:

Hora:

NATUREZA  
DO  
ACIDENTE

☐ Casual

☒ Acid. do Trânsito

☐ Tentativa de Suicídio

☐ Queda

☐ Intoxicação

☐ Outras Causas

☐ Acid. do Trabalho

☐ Agressão

Acondimento: ☐ Clínico

☒ Cirúrgico

História da Doença Atual:

ATENÇÃO MÉDICA

Pressão Arterial:

Pulso:

Temperatura:

Peso:

*normal, pulso 70*

*coração, pulmão*

Diagnóstico Provisório:

*Infarto agudo do miocárdio*

RECEPCIONISTA

MÉDICO CRAMEPE



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE DR. WALDEMIRO FERREIRA  
SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICA - SAME



**DECLARAÇÃO**

Declaro para os devidos fins que o Sr (a) **Carlos Oliveira Alexandre**, Esteve interno nesta unidade de saúde no Período do dia **06/07/2019 a 18/07/2019** co Registro Hospitalar: **229065**.

**OBS: Vítima de Acidente de Trânsito.**

**Atenciosamente;**

**Caruaru, 08 de Agosto 2019**

08.794.975/0269-71  
FUSAM - Hospital Regional do Agreste  
BR 232, Km 130  
Ind. Indianópolis - CEP 55060-000  
Caruaru - PE

  
setor de Arquivo (same)



0255 444 444

[illegible]



## SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Unidade de Saúde: Hospital Regional de Caruaru

Paciente: JOÃO CARLOS DE SOUZANº do Registro: 1.2.10.1Data: 10/01/2013Nº da Leito: 10Profissional: Dr. João Carlos de SouzaMódulo: Unidade de Saúde

Atividade:

Assunto: Exame clínicoLocal: Unidade de Saúde

Tempo:

Descrição da Operação: Exame clínico de rotina de rotinaAssinatura do Operador: Dr. João Carlos de SouzaObservações: Exame clínico de rotina de rotina

Exame clínico de rotina de rotina de rotina

Assinatura do Operador: Dr. João Carlos de Souza

## DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1. Exame clínico de rotina de rotina

2. Exame clínico de rotina de rotina de rotina

3. Exame clínico de rotina de rotina de rotina

4. Exame clínico de rotina de rotina de rotina

5. Exame clínico de rotina de rotina de rotina

6. Exame clínico de rotina de rotina de rotina

7. Exame clínico de rotina de rotina de rotina

8. Exame clínico de rotina de rotina de rotina

9. Exame clínico de rotina de rotina de rotina

10. Exame clínico de rotina de rotina de rotina

11. Exame clínico de rotina de rotina de rotina

12. Exame clínico de rotina de rotina de rotina

13. Exame clínico de rotina de rotina de rotina



550

4212

1000

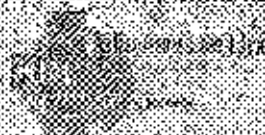
02/24/2014

ANESTHESIOLOGY

[illegible]

Assim, a taxa de crescimento para o país da Europa é:





Serviço de Saúde do Município  
HOSPITAL JULIO ALVES DE LIRA



## ENCAMINHAMENTO PARA ESPECIALISTA

PACIENTE: Carlos Roberto de Souza

RECEBIDO: 13/05/2013

DIAGNÓSTICO: Doença cardíaca

PLANO DE TRATAMENTO: Medicamentoso

EXAME COMPLEMENTAR: Exame de sangue

EXAME COMPLEMENTAR: Exame de urina

EXAME COMPLEMENTAR: Exame de fezes

EXAME COMPLEMENTAR: Exame de imagem

EXAME COMPLEMENTAR: Exame de laboratório

EXAME COMPLEMENTAR: Exame de histologia

EXAME COMPLEMENTAR: Exame de citologia

EXAME COMPLEMENTAR: Exame de microbiologia

EXAME COMPLEMENTAR: Exame de parasitologia

EXAME COMPLEMENTAR: Exame de imunologia

EXAME COMPLEMENTAR: Exame de genética

EXAME COMPLEMENTAR: Exame de toxicologia

EXAME COMPLEMENTAR: Exame de patologia

EXAME COMPLEMENTAR: Exame de fisiologia

EXAME COMPLEMENTAR: Exame de anatomia

EXAME COMPLEMENTAR: Exame de fisiopatologia

EXAME COMPLEMENTAR: Exame de farmacologia

EXAME COMPLEMENTAR: Exame de epidemiologia

EXAME COMPLEMENTAR: Exame de saúde pública

EXAME COMPLEMENTAR: Exame de medicina

EXAME COMPLEMENTAR: Exame de odontologia

EXAME COMPLEMENTAR: Exame de veterinária

EXAME COMPLEMENTAR: Exame de zootecnia

EXAME COMPLEMENTAR: Exame de fitoterapia

EXAME COMPLEMENTAR: Exame de fitopatologia

EXAME COMPLEMENTAR: Exame de fitoquímica

EXAME COMPLEMENTAR: Exame de fitofarmacologia

EXAME COMPLEMENTAR: Exame de fitoquímica

EXAME COMPLEMENTAR: Exame de fitofarmacologia

EXAME COMPLEMENTAR: Exame de fitoquímica

EXAME COMPLEMENTAR: Exame de fitofarmacologia

EXAME COMPLEMENTAR: Exame de fitoquímica

EXAME COMPLEMENTAR: Exame de fitofarmacologia

EXAME COMPLEMENTAR: Exame de fitoquímica

EXAME COMPLEMENTAR: Exame de fitofarmacologia

EXAME COMPLEMENTAR: Exame de fitoquímica

EXAME COMPLEMENTAR: Exame de fitofarmacologia

EXAME COMPLEMENTAR: Exame de fitoquímica

EXAME COMPLEMENTAR: Exame de fitofarmacologia

EXAME COMPLEMENTAR: Exame de fitoquímica

EXAME COMPLEMENTAR: Exame de fitofarmacologia

EXAME COMPLEMENTAR: Exame de fitoquímica

EXAME COMPLEMENTAR: Exame de fitofarmacologia

EXAME COMPLEMENTAR: Exame de fitoquímica

EXAME COMPLEMENTAR: Exame de fitofarmacologia

EXAME COMPLEMENTAR: Exame de fitoquímica

EXAME COMPLEMENTAR: Exame de fitofarmacologia

LOCAL DA UNIDADE DE ORIGEM  
LOCAL DA UNIDADE DE DESTINO  
OUTRO SERVIÇO

# SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

## HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE - HRA

### RESUMO DE ALTA

Nome: Carlos Oliveira Alexandre

Prontuário: 229065

Data: 06 / 07 / 19

Hora: \_\_\_\_\_

#### DIAGNÓSTICO:

Fratura de tíbia + fíbula diagnóstica + platô.

#### AMBULATÓRIO DE EGRESSO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Paciente recebe alta da ortopedia, sob orientação de Dr. Marcelo Capela  
Encaminhado para ambulatório de Dr. Libório, 15 dias pós alta.

#### TRATAMENTO REALIZADO:

Paciente c/ fratura grave de platô, fíbula e tíbia, com história de oste  
mielíte, foi sugado por Dr. Capela, fixador de Ilizarov. Encaminhado  
ao ambulatório de Dr. Libório c/ fixador externo transcutâneo e/  
tratamento com cirurgia elétrica.

Alta Hospitalar: Data: 18 / 07 / 19

Hora: \_\_\_\_\_



Pl + Dr. Marcelo Capela  
CRM: 21522

Ass. do Médico e CRM  
Carimbo







## श्री १३३

Georganos Enterprises, Inc.  
Attn: George E. Georganos, Sr.  
10000 E. 1st Ave., Suite 100  
Denver, CO 80231  
Tel: (303) 733-1111  
Fax: (303) 733-1112  
E-mail: george@georganos.com

ALBERTO DEL CASTILLO

UNIVERSIDADE DA UNIDADE CONSTITUCIONAL  
RUA JULIO BRUNO, 330

CPFF-97; 124.444-05

CONTROL RUBIN  
SURBIM PE.  
55750-000

CLASIFICACIÓN:  
E: RESIDENCIAL  
RESIDENCIAL

7005749888	03/2019
12/08/2019	04/09/2019
98.16	

07200412C2	UNCA	876500
------------	------	--------

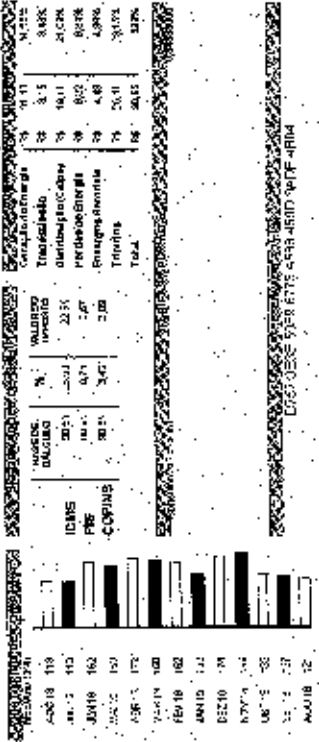
Constituinte A2040 (K-04)  
 Avenida Pin Brandão, 1496 - A  
 APT. 102 - BARRA VERMELHA  
 FORTALEZA, CEARÁ  
 CEP: 60.000-000  
 Fone: (085) 351.0000

	WALCH 086
-87.8	7.7
0.9	3.3
2.8	2.8
0.77545172	
113.00000000	

TOTAL DAF: 4.76A

25.

INFO	TIPO DE TRANSACAO	DATA	VALOR	DATA	VALOR	STATUS	COMANDO (MM)
MEMORIAL	CAI	04-03-2019	25.942,00	04-03-2019	25.942,00	OK	17.10



0967038X= 5719 6775 4543 4510 96DF 4F1M

[illegible]