



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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VÉHICULO

VA: 1 1124470364 RENAVAM: 094.143.934-70 EXERCÍCIO: 2019

CLAUDIO ALEXANDRE DE OLIVEIRA

BELO JARDIM - PE

CPF/CNPJ:
094.143.934-70

PLACA:
FDM5207

PLACA ANT / UF:
094.143.934-70 / PE

CHASSI:
SC2NC4400GR021477

ESPECIE TIPO:

MAS / MOTO/CICLETA

COMBUSTÍVEL:
ALCO/GÁSOL

MARCA / MODELO:

HONDA / CB 250F / TWISTER

ANO FAB: 2019 ANO MOD: 2019

CAP / POT / CIL:

CB/249CC

CATEGORIA:

PARTIC

COR PREDOMINANTE:

FRETA

I: COTA ÚNICA
P: DPVAT 2019 QUITADO

VEND. COTA ÚNICA
1: *

VEICO / COTAS
2: *

V: ENXALPAVA
A: PARCELAGEM / COTAS
1: *****

3: *****

PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) 107,00 PREMIO TOTAL (R\$) 107,02/19

OBSERVAÇÕES:
Aut. CTO. DA FINANCIERA DA S.P.T.

SELÓ JARDIM
PAGAMENTO: CESTAS / HOTEL / TURISMO /
ESTOQUE / FRETE / VENDA

DATA:
20/06/19

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA VARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PE N° 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

BAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO: 2019 DATA EMISSÃO: 20/06/19

VA: 1 094.143.934-70 RENAVAM: 1124470364 MARCA / MODELO:
FDM5207 HONDA / CB 250F / TWISTER

ANO FAB: 2019 ANO MOD: 2019 CHASSI:
SC2NC4400GR021477

PRÉMIO TARIFÁRIO

DESENTRALIZADO: 36,05 CUSTO DO SEGURO (R\$): 40,05

CUSTO DO BILHETE (R\$): 4,19 PAGAMENTO: 01/22 TOTAL SERVIDO P/ SEGURO (R\$): 84,55

X: COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO: 20/02/19

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.468/0001-04

RESERVA DE GUARDA E BILHETE DPVAT
RESERVA DE GUARDA E BILHETE DPVAT

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

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETTRAN - PE **Nº 014487467205**
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	CÓD. RENAVAM	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO
1	1124470954	*****	2019
CLAUDIO ALEXANDRE DE OLIVEIRA			
NOME			
BELÔ JARDIM - PE			
CPF / CNPJ	PLACA		
094.149.984-70	PDM5207		
PLACA ANT / UF	CHASSI		
***** / PE	9C2MC4400GR021477		
ESPECIE TIPO	COMBUSTÍVEL		
MOTOR/CICLISTA	ALCO/GASOL		
MARCA / MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.	
HONDA/CB 250F TWISTER	2016	2016	
CAP / POT / CIL.	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE	
29/249CL	PARTIC	PRETA	
I P V A	VENC. COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC. / COTAS
	IPVA 2019 QUITADO		1* *****
	FAIXA IPVA	PARCELAMENTO / COTAS	2* *****
		*****	3* *****
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)	IOF (R\$)	PRÉMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
80.11	0.33	84.56	20/02/19
OBSERVAÇÕES			
AL. FID. BV FINANCEIRA SA CFI			
BELÔ JARDIM		DATA	
Roberto Lemos Mototaxi Rentátil		20/06/19	
DIRETOR FRESI EXPEDIDOR			

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

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS 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

VIA	CPF / CNPJ	EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
1	094.149.984-70	2019	20/06/19
RENAVAM	PLACA		
1124470954	PDM5207		
MARCA / MODELO	ANFAB	CFI	CHASSI
HONDA/CB 250F TWISTER	09		9C2MC4400GR021477
PRÉMIO TARIFÁRIO			
FNS (R\$)	DENATRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)	
36.05	4.01	40.06	
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	TOTAL SERVIÇO PELO SEGURO (R\$)	
4.15	0.32	84.56	
PAGAMENTO			
<input checked="" type="checkbox"/> COTA ÚNICA	<input type="checkbox"/> PARCELADO	DATA DE QUITAÇÃO	
		20/02/19	

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04

DESTAQUES: S GUARDE O BILHETE DPVAT
ELE 010.2 DE PEGUE CERTIFICATÓRIO.

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0000616/20

Vítima: CARLOS OLIVEIRA ALEXANDRE

CPF: 047.544.194-05

CPF de: Próprio

Data do acidente: 06/07/2019

Titular do CPF: CARLOS OLIVEIRA
ALEXANDRE

Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

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 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

ASL-0381874/19
marta.santos
02/01/2020 09:48:53

BELO JARDIM (PE), 30 DE OUTUBRO 2019.

A LIDER

CONVÉNIO DPVAT

VÍTIMA: CARLOS OLIVEIRA ALEXANDRE

TIPO DE INDENIZAÇÃO: INVALIDEZ

SINISTRO n° 3190572118

Prezado Senhor(a),

Solicito de V.S^a, 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.S^a, 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

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

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

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 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

A 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

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

Isabelli 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

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO PLATÔ TIBIAL DIREITO. P8
FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DA PERNAS 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

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO PLATÔ TIBIAL DIREITO. P8
FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DA PERNAS 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: <u>Carlos Oliveira Alexandre</u>
NACIONALIDADE: <u>BRASILEIRA</u>
PROFISSÃO: <u>Pivôr</u>
IDENTIDADE: <u>6.746.594-505/PE</u> CPF: <u>047.544.194-05</u>
DATA DO ACIDENTE: <u>06/07/2019</u>
COBERTURA: <u>invalidez</u>
VÍTIMA: <u>Carlos Oliveira Alexandre</u>
ENDEREÇO: <u>Rua Antônio Moreira, 299-A, Bairro: Santo Antônio - Belo Jardim (PE).</u>

OUTORGADO

NOME: <u>Eduardo José de Albuquerque Fernandes</u>
NACIONALIDADE: <u>BRASILEIRA</u>
PROFISSÃO: <u>Funcionário Público Aposentado</u>
IDENTIDADE: <u>309.2028-557/PE</u> CPF: <u>574.940.534-68</u>
ENDEREÇO: <u>Rua João Batista, nº 370, centro, Suébin (PE).</u>

PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUIU MEU BASTANTE PRÓCURADOR E OUTORGADO, ACIMA QUALIFICADO, A QUEM CONFIÓ 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 PÓR AUTENTICIDADE)



PROCURAÇÃO:

OUTORGANTE

NOME: CARLOS OLIVEIRA ALEXANDRE
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
PROFISSÃO: Pintor
IDENTIDADE: 6.746.594 - SDS/PB. CPF: 047.544.394-03
DATA DO ACIDENTE: 06/07/2019
COBERTURA: INVALIDEZ.
VÍTIMA: CARLOS OLIVEIRA ALEXANDRE.
ENDEREÇO: Rua Antônio Moreira, 299-A, Bairro: Santo Antônio - Belo Jardim (PE).

OUTORGADO

NOME: EDUARDO JOSÉ DE ALBUQUERQUE FERNANDES
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
PROFISSÃO: Funcionário Público Aposentado
IDENTIDADE: 3092028 - SSP/PB. CPF: 574.940.534-68
ENDEREÇO: Rua João Batista, nº 370, Centro, Serraria (PE).

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

Belo Jardim - PE 8 DE AGOSTO DE 2019

CARLOS OLIVEIRA ALEXANDRE

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0381874/19

Vítima: CARLOS OLIVEIRA ALEXANDRE

CPF: 047.544.194-05

CPF de: Próprio

Data do acidente: 06/07/2019

Titular do CPF: CARLOS OLIVEIRA
ALEXANDRE

Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

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 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: Isabelli Antonia dos Santos Ursulino
CPF: 106.719.384-79

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Isabelli Antonia dos Santos Ursulino

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0000616/20

Vítima: CARLOS OLIVEIRA ALEXANDRE

CPF: 047.544.194-05

CPF de: Próprio

Data do acidente: 06/07/2019

Titular do CPF: CARLOS OLIVEIRA
ALEXANDRE

Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

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 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

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, 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:	<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:	
	047.544.194-05	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		
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
PIUTOR	RUA Antônio Moreira	299-A	CASA
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
SANTO ANÔNIO	BELO JARDIM	PE	55.150-000
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD): (81)989268090		

DADOS CADASTRAIS

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:	<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00
21 - DADOS BANCÁRIOS:	<input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)	
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)		
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: BRADESCO	
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	AGÊNCIA: 2169	CONTA: 0700-228 9
AGÊNCIA: _____	CONTA: _____	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IMI) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):			
<input checked="" type="checkbox"/> Não há IMI que atende a região do acidente ou da minha residência; ou	<input type="checkbox"/> O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou	<input type="checkbox"/> O IMI 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 Lider 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.			

INVALIDEZ PERMANENTE

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

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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.

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

34	35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido	38 - 1º Nome: CPF:
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido	Assinatura da testemunha	
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido	39 - 2º 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)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

TESTEMUNHAS

55L039

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 N°. 19E0194002166

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

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (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 PÚBLICA**

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/NÃO 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

**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**

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: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
047.544.194-05 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		
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
PIUTOR	RUA Antônio Moreira	299-A	CASA
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
Santo Antônio	BELO JARDIM	PE	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:

RECUZO 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. Assinalar uma opção):
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: CONTA:
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: **BRADESCO**

AGÊNCIA: **2169** CONTA: **0700-228** 9
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

- Não há IMI que atende a região do acidente ou da minha residência; ou
 O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 O IMI 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 de 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:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:			
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:			
28 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não teve filhos?	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (varísser): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não teve irmãos?	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e proverem 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 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

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

36 - Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | 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)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (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: (81) 3726.2233

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que CARLOS OLIVEIRA
ALEXANDRE residente RUA SILVERIO PACHECO
LINS, 299 SANTO ANTÔNIO esteve internado
nesto Hospital no período de 06.07.2019 à
com diagnóstico de CID:

FRATURA PERNAS (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



CELPE

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 do 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

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMISSÃO
070234718	ÚNICA	19/07/2019
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
19/07/2019	2003021168	4235578

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA ANTONIO MOREIRA 299 A

STO ANTONIO/BELO JARDIM
BELO JARDIM PE
55150-000

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	30,000000	0,19218255	5,76
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	35,000000	0,32945580	11,53
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,25
Contrib Ilum Pública Municipal			3,03
Multa por atraso-NF 062620999 - 20/05/19			0,58
Multa por atraso-NF 068500983 - 18/06/19			0,43
Juros por atraso-NF 068500983 - 18/06/19			0,09
Juros por atraso-NF 062620999 - 20/05/19			0,20
Atualização IGPM-NF 068500983 - 18/06/19			0,09
Atualização IGPM-NF 062620999 - 20/05/19			-0,09
Compensação DMIC 05/19			-0,23
Bônus ITAIPIU - art 21 da Lei 10.438/2002			-0,75

TOTAL DA FATURA

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	LEITURA	ATUAL DATA	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
82002200	CAT	18-06-2019	6.827,00	19-07-2019	6.832,00	31	1,00000		55,00

HISTÓRICO DE CONSUMO		INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS			COMPOSIÇÃO DO CONSUMO			
Mês/Ano	kWh		BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO			
JUL 19	65		ICMS			Geração de Energia	R\$ 0,14	48,41%
JUN 19	81		PIS	17,64	0,82	Transmissão	R\$ 0,90	5,13%
MAR 19	96		COFINS	17,64	3,01	Distribuição (Custo)	R\$ 5,45	31,07%
ABR 19	64					Pérdida de Energia	R\$ 1,72	9,81%
MAR 19	103					Encargos Salariais	R\$ 0,53	3,02%
FEV 19	77					Tributos	R\$ 0,80	4,50%
JAN 19	81					Total	R\$ 17,64	100%

Consumo Ativo até 30 kWh 0,19218255
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh 0,32945580

Consumo Ativo até 30 kWh 0,18326450
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh 0,31420200

7BCD1115 5343 4852 IDHU E1000 60C18 2353

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

Para mais informações, pedir desconto ou efetuar outras reivindicações, entre em contato com a Celpe ou com a Agência Mais, através dos telefones 1800-100-1000 e 1800-100-1002, respectivamente. Mais informações sobre a tarifa social de energia elétrica, acesse o site www.celpe.com.br. Mais informações sobre a tarifa social de energia elétrica, acesse o site www.mais.com.br.

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao 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 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 Manuel Alves de Moura</u>		Número	<u>64</u>	Complemento	<u>Casa</u>	
Bairro	<u>Centro</u>	Cidade	<u>Sucubim</u>	Estado	<u>PE</u>	CEP	<u>55.750-000</u>
Email	<u>ejafernandes@yahoo.com.br.</u>		Telefone comercial(DDD)	<u>(81) 3634-5167</u>	Telefone celular (DDD)	<u>(81) 99665-0454.</u>	

Sucubim 9 de setembro de 2019.
Local e Data



Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Claudio Alexandre de Oliveira

RG nº 8373540, data de expedição 15/06/2019

Órgão SIS/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 Adolfo Oliveira 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: FDM-6207

Chassi: 9C2MC44006R031477

Data do Acidente: 06/07/2019

Local e Data: Belo Jardim 27/08/2019

Claudio Alexandre de Oliveira

Assinatura do Declarante

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: ERICKSON VARGAS DOS SANTOS
Telefone: (81) 3726-2599

Reconheço, por Autenticidade a firma de CLAUDIO ALEXANDRE
DE OLIVEIRA - Deu fé - Belo Jardim/PE, 28/08/2019 - Emol.
R\$ 3,59; TANR: 0,80; FERF: R\$ 0,04; FUNSSG: R\$ 0,08;
PERC: 0,40; Total: R\$ 4,91

Ewerton Gabriel de Melo
ESCREVENTE AUTORIZADO

Selo: 0131425.DLJ08201901.01563 28/08/2019 15:15:44

Consulta autenticidade em www.tjpe.jus.br/seadigital

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Cláudio Alexandre de Oliveira,
RG nº 8373540, data de expedição 15/08/2019,
Órgão SOS/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 Antônio 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: Honda 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) 3726-2588

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 14

Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital



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 ANTONIO esteve internado
BELO JARDIM/PE 06.07.2019 a
nesta Hospital no periodo de _____ com diagnóstico de CID

FRATURA PERNAS(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

[Assinatura]
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 INTERMAÇÃO E ALTA HOSPITALAR

Register No.

06-03-19

Data

१८४

Hotels

Unidade de Saúde: HOSPITAL JÚLIO ALVES DE LIRA

 SECRETARIA DE SAÚDE		SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO HOSPITAL JÚLIO ALVES DE LIRA FOLHA DE INTERNAÇÃO E ALTA HOSPITALAR	Registro N°: Data: 06-07-19 Hor: 10:28									
Unidade de Saúde: HOSPITAL JÚLIO ALVES DE LIRA												
PACIENTE	NÚMERO DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNH)		DOCUMENTO IDENTITÁRIO (CPF)									
	Nome: Cássia Oliveira Alexandre Data de Nascimento: 01/01/83 Sexo: ma Naturalidade: Beb Cor: Pele Endereço: Silvânia Rachada, 100, Sra. Ate Procedência: Belo Jardim		Idade: 36 a Estado Civil: Casado Profissão: funcionário Telefone: (84) 3222-8087 (84) 3222-8088									
	Responsável: O J. Oliveira Parentesco: _____ Endereço: Silvânia Fone: _____ Trazido por: Maria Fone: _____											
	Local do Acidente: _____ Data: _____ Hora: _____											
OCORRÊNCIA	NATUREZA DO ACIDENTE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Casual</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Acid. do Trânsito</td> <td><input type="checkbox"/> Tentativa de Suicídio</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Queda</td> <td><input type="checkbox"/> Intoxicação</td> <td><input type="checkbox"/> Outras Causas</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Acid. do Trabalho</td> <td><input type="checkbox"/> Agressão</td> <td></td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> Casual	<input checked="" type="checkbox"/> Acid. do Trânsito	<input type="checkbox"/> Tentativa de Suicídio	<input type="checkbox"/> Queda	<input type="checkbox"/> Intoxicação	<input type="checkbox"/> Outras Causas	<input type="checkbox"/> Acid. do Trabalho	<input type="checkbox"/> Agressão	
	<input type="checkbox"/> Casual	<input checked="" type="checkbox"/> Acid. do Trânsito	<input type="checkbox"/> Tentativa de Suicídio									
	<input type="checkbox"/> Queda	<input type="checkbox"/> Intoxicação	<input type="checkbox"/> Outras Causas									
	<input type="checkbox"/> Acid. do Trabalho	<input type="checkbox"/> Agressão										
Acidentado: <input type="checkbox"/> Clínico <input checked="" type="checkbox"/> Empírgico												
História da Doença Atual: <p style="font-size: 2em; margin-top: 10px;">fractura de joelho</p> <p>Dia 10/01/2010 sofreu trauma na perna</p> <p>Este é o dia 3º dia que faz parte da</p>												
EXAME FÍSICO												
ATENÇÃO MÉDICA	Pressão Arterial:	P脉:	Temperatura:	Peso:								
	120/80 mmHg P脉: 72/min. Temperatura: 37°C Peso: 65 kg											
	Coração, pulmões, abdômen											
	Diagnóstico Provisório: <p>Era fractura exposta no D.</p>											
RECEPCIONISTA	REGISTRO DE LETRA MEDICO CRMPE											

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 com Registro Hospitalar: 229065.

OBS: Vítima de Acidente de Trânsito.

Atenciosamente,

Caruaru, 08 de Agosto 2019

Fax: 794.975/0233
E-mail: samese@seap.pe.gov.br
Av. José Rodrigues da Jesus, Km 130
Bairro Indianópolis - Caruaru - PE - CEP 55.024.000

setor de Arquivo (same)

SISTEMA DE SERVIÇO DO MUNICÍPIO

HOSPITAL D'OLIVEIRA 25/04/2014



REGISTRO DE ACESSO PARA ESPECIALISTA

ACIDENTE

REGISTRO

DATA: 25/04/2014

TRAMITAÇÃO: PESQUISA CLÍNICA

TIPO:

DATA:

TIPO:

LOCAL: MARINHO DE SOUZA

DEPARTAMENTO: SECRETARIA

INTENDÊNCIA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL REGIONAL DO AGreste - HRA

RESUMO DE ALTA

Nome: Carlos Oliveira Alexandre

Prontuário: 829065

Data: 06 / 07 / 19 Hora: _____

DIAGNÓSTICO:

Fractura de tibia + fibula diáfisis + plato.

AMBULATÓRIO DE EGRESO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Paciente menor, alta da entropedia, sob orientação do Dr. Marcello Capela
Egraminizado para combutátorio do Dr. Bibório, 15 dias pós alta.

TRATAMENTO REALIZADO:

Faciente el paciente quare en plato, fibula e tibia, com histeria de este
criado, por sugrido por Dr. Capela fixador de Ilizarov. Encamado

En el consultorio de Dr. Lobo el fijo el esterno tronco del vaso sanguíneo arteria.

Alta Hospitalar: Data: 18 / 07 / 19

PL + Dr. Verma cap
4pm. 31 sec

Silva
Ass. do Médico e CRM
Canimbo

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Nº 6.746.594

DATA DE EMISSÃO 04/09/2013

NOME: << CARLOS OLIVEIRA ALEXANDRE >>

PAIS: << JOSÉ JOÃO ALEXANDRE >>

MÃE: << MARIA DE FÁTIMA OLIVEIRA ALEXANDRE >>

NATURALIDADE:

BELO JARDIM - PE

LUGAR DE NASCIMENTO

09/09/1982

DOCUMENTO: << CC 5394 L 138 P.291V CART.BELO
JARDIM-PE 15.07.2007 >>

D47.544.194-05

ASSINATURA DO DIRETOR
LEONILSON JUNIOR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
MUNICÍPIO DE BELO JARDIM
CERTIFICO DE QUE O PORTADOR É VERDADEIRAMENTE

OIR - 20

CARLOS OLIVEIRA ALEXANDRE

CARTERA DE IDENTIDADE

