



Número: **0023257-22.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 14ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **19/05/2020**

Valor da causa: **R\$ 9.450,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ALEXSANDRO ALAMBERG DA SILVA MELO (AUTOR)		BRUNO LEONARDO NOVAES LIMA (ADVOGADO) MANOELA TRIGUEIRO CAROCA CAVALCANTI (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
72166773	07/12/2020 15:34	2736913_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 14ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo: 00232572220208172001

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

DA FALTA DE NEXO DE CAUSALIDADE

AUSÊNCIA DE DOCUMENTOS MÉDICOS CONCLUSIVOS

A Lei que regula a indenização pleiteado pelo Autor é a Lei n.º 6.194/74, modificada pelas Leis 8.441/92 e 11.482/07. Estas leis determinam que deve existir nexo de causalidade e efeito entre a invalidez e o acidente noticiado.

O autor apresentou sua tese de maneira simplista, pois segundo ela, bastaria informar ao juízo que a fora acometida de acidente automobilístico e sofre com dores em decorrência do sinistro.

Em contrapartida, verifica-se na presente demanda que não há qualquer documento corroborando a suposta invalidez permanente, o autor não demonstra qualquer tratamento médico ou qualquer acompanhamento, fisioterapia ou qual atestasse que o membro não exerceria a função da mesma forma natural.

Desta forma, sempre que um problema jurídico vai ter na indagação ou na pesquisa da causa, desponta a sua complexidade maior.

Mesmo que haja culpa e dano, não existe obrigação de reparar, se entre ambos não se estabelecer a relação causal.

Portanto, como não há nexo causalidade entre a invalidez e o suposto acidente noticiado, confia no alto grau de competência de Vossa Excelência, sendo certo que a presente demanda deverá ser julgada totalmente improcedente, com fundamento no artigo 487, I, da Lei Processual Civil.


DO LAUDO PERICIAL

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

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



A parte autora alega ter adquirido lesões decorrentes do acidente aludido, no membro inferior direito, todavia, em sede administrativa não foi apurada a presença de qualquer sequela, conforme demonstrado abaixo:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA		 <small>Administradora do Seguro DPVAT</small>		
DADOS DO SINISTRO				
Número: 3190709581	Cidade: Taquaritinga do Norte	Natureza: Invalidez Permanente		
Vítima: ALEXSANDRO ALAMBERG DA SILVA MELO	Data do acidente: 17/09/2019	Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A		
PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA				
Data da análise: 20/12/2019				
Valoração do IML: 0				
Perícia médica: Não				
Diagnóstico: TRAUMA EM MEMBRO INFERIOR DIREITO.				
Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA.				
Sequelae permanentes:				
Sequelae: Sem sequela				
Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelae (Evolução Sem Sequela Permanente)				
Nome do documento faltante:				
Apontamento do Laudo do IML:				
Conduta mantida:				
Quantificação das sequelae:				
Documentos complementares:				
Observações:				
Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.				
DANOS				
DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

Após o deferimento de exame pericial médico, o ilustre expert apurou a presença de lesão no membro inferior direito em grau leve (25%).

Assim a ré impugna o ilustre laudo quanto à presença de sequelae no membro inferior direito, tendo em vista que, anteriormente, em sede administrativa, foi apurada a ausência de sequelae no segmento.

Ora, Exa., não é crível que com os avanços da medicina, os tratamentos realizados na parte autora serviram para agregar lesão à parte autora, haja vista que, conforme avaliado administrativamente, o membro superior esquerdo possuía amplitude de movimentos preservada, sem a presença de sequelae permanentes.

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



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

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RECIFE, 3 de dezembro de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/PE 4246

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR - 07/12/2020 15:34:43
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120715344344300000070749314>
Número do documento: 20120715344344300000070749314

Num. 72166773 - Pág. 3



Número: **0023257-22.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 14ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **19/05/2020**

Valor da causa: **R\$ 9.450,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
ALEXSANDRO ALAMBERG DA SILVA MELO (AUTOR)	BRUNO LEONARDO NOVAES LIMA (ADVOGADO) MANOELA TRIGUEIRO CAROCA CAVALCANTI (ADVOGADO)
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)	RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
72166 774	07/12/2020 15:34	Recibo de Apresentação de Documentos	Outros (Documento)



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, 19 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190709581

Vítima: ALEXSANDRO ALAMBERG DA SILVA MELO

Data do Acidente: 17/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ALEXSANDRO ALAMBERG DA SILVA MELO

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

Carta nº 15263868

Pag. 01625/01626 - carta_01 - INVALIDEZ





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, 26 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190709581 Vítima: ALEXSANDRO ALAMBERG DA SILVA MELO

Data do Acidente: 17/09/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), ALEXSANDRO ALAMBERG DA SILVA MELO

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT. Realizado tratamento conservador, conforme documento médico, datado de 17/09/2019, emitido pelo Dr. PEDRO H S FONTES CRM nº 27713 - PE, da Instituição FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE TAQUARITINGA DO NORTE, que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00587/00588 - carta_31 - INVALIDEZ

00060294



Carta nº 15297036



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:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

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

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

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

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

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA:

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: 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? 31 - Vítima teve irmãos? 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

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, 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

27/09/2019





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 130ª CIRCUNSCRIÇÃO - TAQUARITINGA DO NORTE -
DP130ªCIRC DINTER1/17ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0220000627**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **03/10/2019** às **15:26**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **17/9/2019** às **21:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE TAQUARITINGA DO NORTE, 1, BAIRRO MARILIA - PRÓX AO POSTO DO INSS - Bairro: CENTRO - TAQUARITINGA DO NORTE/PERNAMBUCO /BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
PEDRO BEZERRA DE LIMA (OUTRO)
ALEXSANDRO ALAMBERG DA SILVA MELO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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



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

ALEXSANDRO ALAMBERG DA SILVA MELO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: ROSIMERY GALINDO DA SILVA MELO Pai: SANDRO ALAMBERG DE MELO Data de Nascimento: 28/5/1993 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE TAQUARITINGA DO NORTE, 02, RUA RIO UNA - CAPIBARIBE, N 02 - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - TAQUARITINGA DO NORTE/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE TAQUARITINGA DO NORTE, 1 - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - TAQUARITINGA DO NORTE/PERNAMBUCO/BRASIL**

PEDRO BEZERRA DE LIMA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Data de Nascimento: 1/1/1990 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: **RUA MANJERICAO, 1 - CEP: 55000-000 - Bairro: ENGENHO VELHO - JABOATÃO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **PEDRO BEZERRA DE LIMA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ALEXSANDRO ALAMBERG DA SILVA MELO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PFE4559** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **257470778** Chassi: **9C2KD0550BR507509**

03/10/2019 15:13



Ano Fabricação/Modelo: **2010/2011** Combustível: **ALCO/GASOL**
Descrição: **MODELO HONDA NXR150 BROZ ES**

Complemento / Observação

RELATA A VÍTIMA QUE CONDUZIA A MOTOCICLETA DE PLACA PFE-4559, PRÓXIMO AO POSTO DO INSS DESTE MUNICÍPIO E QUE NO MOMENTO ESTAVA CHOVENDO, QUANDO SE ACIONOU O FREIO DIANTEIRO A MOTOCICLETA CAPOTOU TENDO A MESMA CAÍDO EM CIMA DA PERNA DIREITA DA VÍTIMA, OCASIONANDO LESÕES PELO CORPO. INFORMA QUE APÓS O ACIDENTE DEU ENTRADA NO HOSPITAL SEVERINO PEREIRA, NESTE MUNICÍPIO, ONDE RECEBEU ATENDIMENTOS MÉDICOS. É O QUE CUMPRE REGISTRAR.

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


ALEXSANDRO ALAMBERO DA SILVA MELO
(VÍTIMA)

B.O. registrado por:  EDJANE DE CASSIA MARTINS PEREIRA - Matrícula: 3873021



03/10/2019 15:13



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:
107.424.394-37 ALEXSANDRO ALAMBERG DA SILVA MELO

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

5 - Nome completo: ALEXSANDRO ALAMBERG DA SILVA MELO 6 - CPF: 107.424.394-37
7 - Profissão: REC. INF 8 - Endereço: RUA RIO UNA 9 - Número: 02 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: BRASILIA 12 - Cidade: TABOARATINGA DO NORTE 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55790-000
15 - E-mail: AFSEGUROS1994@YAHOO.COM.BR 16 - Tel.(DDD): 81-99665-0454

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:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: SANTANDER
AGÊNCIA: 4147 CONTA: 1018916 4
(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 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) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai 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.

NÃO ALFABETIZADO

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 - 1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data, TABOARATINGA DO NORTE 27/09/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

27/09/2019





Tarifa Social de Energia Elétrica: Citada 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 10.838.832/0001-08 | Insc. Est. 0055943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
 ROSIMERY GALINDO DA SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
 RUA RIO UNIA 12

CPF 845 895 314-53

BRASILIA/TAQUARITINGA DO NORTE
 TAQUARITINGA DO NORTE PE
 55790-000

CLASSIFICAÇÃO
 B1 RESIDENCIAL
 RESIDENCIAL

NUMERO DA CONTA	7029233440	MÊS	09/2019
DATA DE EMISSÃO	27/09/2019	DATA DE VENCIMENTO	23/10/2019
VALOR A PAGAR (R\$)	58,39		

Nº DA UNIDADE CONSUMIDORA	079300678	UF	UNIA	CONSUMIDOR	29008/2019
DATA DE EMISSÃO	27/09/2019	Nº DO CLIENTE	2001600302	Nº DA UNIDADE CONSUMIDORA	6624012

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Abdo (Wh)	81,0000000	0,77952320	47,55
Achecamento Bandeira VERMELHA			3,48
Contrib. Rum. Pública Municipal			3,77
ICMS Subvenção-CDE-NF 070710751-23/07/19			- 0,75
Multa por atraso-NF 070720751-23/07/19			1,70
Juros por atraso-NF 070720751-23/07/19			1,18
TOTAL DA FATURA			58,39

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
Nº DO	TIPO DA	ANTERIOR	ATUAL	Nº DE	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)		
079300678	FUNÇÃO	25/09/2019	27/09/2019	178,00	1,00000		81,00		

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO		COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
SETE 81	17,80	34,50%	
AGO 18	1,77	3,47%	
AL 18	10,71	21,00%	
23115- 120	3,37	6,61%	
MAI 18	2,91	5,82%	
ABR 18	16,08	31,50%	
MAR 18	81,81	100%	
FEV 18			
JAN 18			
DEZ 18			
NOV 18			
OUT 18			
SET 18			

As informações aqui apresentadas são de caráter informativo e não representam qualquer garantia de fornecimento. Caso haja interrupção do fornecimento, a Companhia Energética de Pernambuco não se responsabiliza. Para mais informações, consulte o site da Companhia Energética de Pernambuco: www.celpe.com.br

ATENÇÃO! A CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO			
EM ATUALIZAÇÃO DE DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE			
VENCIMENTO	DÉBITO	VENCIMENTO	DÉBITO
26/09/19	20,00	20/09	20,00

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA NAS INTERRUPÇÕES				TENSÃO DE TENSÃO	
CONSUMO	VALOR	LIMITE	LIMITE	TENSÃO	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)
SBC	0,00	0,01	0,00	220	202 - 239
FC	0,00	0,00	0,00		
SBC	0,00	0,00	0,00		

CONTA Nº 7029233440	MÊS	09/2019	DATA	27/09/2019	TOTAL A PAGAR (R\$)	58,39
Pagamento através de Débito Automático em Conta Corrente.						
Banco 033-7 Agência 4147						
Com o débito automático sua conta fica sempre em dia. Você pode solicitar o cancelamento do serviço a qualquer momento. Para mais informações ligue 116						





NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

DADOS DO CLIENTE
ALVARO MORAES DE A. FERNANDES

ENDEREGO DA UNIDADE CONSUMIDORA

CPF 045 234 444-08

CENTRO SURBIM
SURBIM PE
55750-000

CLASSIFICAÇÃO
BT - RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

Nº DA NOTA FISCAL	MÊS	EMISSÃO
018/2018	04	07/10/2018

APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
WATER 2019	201100000	1753300

7005749888	10/2019
14/10/2019	07/11/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	102,74

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ab-ox(VH)	108,0000000	0,81066952	87,55
Acrescimo Bandeira AMARELA			0,50
Acrescimo Bandeira VERMELHA			5,01
Cartão Imp. Pública Municipal			8,84
ICMS Subst.ing. Co. E- NF 08022476-0403718			0,78
ICMS Subst.ing. Co. E- NF 07204420-0509619			0,80
Multiplicador NF 07584039-0403819			1,35
Juros por atraso NF 07584039-0403819			0,11

TOTAL DA FOLHA

102.74

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
637914	LA7	04/09/2019	36.138,00	07/10/2019	36.257,00	32	7.00000		108,00

UNIVERSITY OF MICHIGAN

1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2654, 2655, 2656, 2657, 2658, 2659, 2660, 2661, 2662, 2663, 2664, 2665, 2666, 2667, 2668, 2669, 2670, 2671, 2672, 2673, 2674, 2675, 2676, 2677, 2678, 26

COMPARAÇÃO DO CONSUMO

VEICULOS DE TRIBUTOS			Geração de Energia	
Set 18 - 09			R\$ 28,47	20,65%
Set 19 - 01			R\$ 3,23	2,47%
Agv 19 - 11			R\$ 19,81	17,07%
At 19 - 10			R\$ 6,17	6,62%
Ar 19 - 02			R\$ 4,61	4,98%
			R\$ 28,00	22,73%
			Total	R\$ 93,00

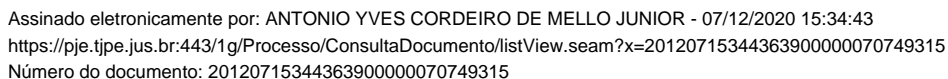
TRIPLES APPLICABLE

Month	Cases
MAR 19	189
APR 19	167
MAY 19	171
JUN 19	176
JUL 19	185
AUG 19	187
SEP 19	187

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

[illegible]

As curules das pernas de
formaldehyde (formol) ou 40%
de 40% O₂ também produzem
um efeito semelhante a tribolita, ve-
lho e O₂ em a dessecção, para a
conservação, embora os resultados de
dessecção não são
www.cnpq.gov.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/BIBLIOTECABWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

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

Pelo exposto, eu EDUARDO JOSE DE A. FERNANDES inscrito (a) no CPF 574.940.534 / 68 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário ALEXSANDRO ALAMBERG DA SILVA MELO inscrito (a) no CPF sob o Nº 107.424.394 / 37, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima ALEXSANDRO ALAMBERG DA SILVA MELO, inscrito (a) no CPF sob o Nº 107.424.394 / 37, 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 JOAO BATISTA</u>		Número <u>370</u>	Complemento <u>CASA</u>
Bairro <u>CENTRO</u>	Cidade <u>SURUBIM</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55750-000</u>
Email <u>AFSGUROS1994@YAHOO.COM.BR</u>		Telefone comercial(DDD) <u>81-99665-0454</u>	Telefone celular (DDD) <u>81-98133-5022</u>

TABOARA, 17 de DEZEMBRO de 2019
DO NORTE Local e Data

Eduardo Fernandes
Assinatura do Declarante



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, PEDRO BEZERRA DE LIMA,

RG nº 3.059.104, data de expedição 30/10/13,

Órgão SDS/PE, portador do CPF nº 460.453.724/53, com

domicílio na cidade de TAQUARITINGA DO NORTE, no Estado de

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

_____, nº _____,

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 ALEXSAUDEO ALAMBERG DA S. MELO, cujo o condutor era

ALEXSAUDEO ALAMBERG DA S. MELO.

Veículo: MOTOCICLETA.

Modelo: NXR 150 BEOS

Ano: 2010

Placa: DFE-4559

Chassi: 9CZKD0550B1507509

Data do Acidente: 17/09/2019.

Local e Data: TAQUARITINGA DO NORTE (PE), 27/09/2019.



Pedro Bezerra de Lima
Assinatura do Declarante

Alexsandro Alamborg da Silva Melo

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






FUNDATA

Fundação Municipal de Saúde de Taquaritinga do Norte
Mantenedora do HOSPITAL GERAL SEVERINO PEREIRA DA SILVA
CNPJ-01.683.480/0001-03

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o **Sr. Alexsandro Alamberg da Silva Melo**, nascido 28 de maio 1993, deu entrada neste hospital no dia 17 de setembro de 2019 em caráter de urgência, Vítima de acidente de trânsito, conforme consta em nosso arquivo ficha ambulatorial em anexo.

Taquaritinga do Norte, 25 de setembro de 2019.


Hidequel D. Bezerra da Silva
Presidente - FUNDATA-Em Exercício
Portaria nº. 295/2019

Rodovia PE -130, Km 08. Taquaritinga do Norte - PE. Telefone: (081) 3733-1192.
E-mail: fundata@hotmail.com



67

NOME: ALEXANDRO ALAMBERGHI DA SILVA MELO SEXO: M
IDADE: 26 COR: PARDAS ESTADO CIVIL: SOLTEIRO CPF: SUS:
PAI: MÃE:
ENDEREÇO: RUA DA PAPOLAS Nº
BAIRRO: ZAMBA CIDADE: TAQUARITINGA DO NORTE UF: PE

DIN
28/05/1993

ATENDIMENTO MÉDICO

ANAMNÉSIA

Amada da minha mãe. Vozes maravilhosas,
diferentes, em diferentes tons, mas sempre a favor
da minha mãe e da minha família.

() ALTA () OBSERVAÇÃO () ITERNAMENTO () TRANSFERÊNCIA () ÓBITO

PROCEDIMIENTO:

Discrepancy Comp / 1 cup 11 cups. ~~Jul 23:05~~
 Vitamin / 1 cup 11 cups. ~~Excp~~
 No. of MID (K, +onegulo 2 pellets) incubated pela
 mania
 imobilizante tala leito.

Pedro H. S. Fontes
MÉDICO
CRM-PE 27713

ATEDENTE: NEVES







Ministério da Fazenda
Receita Federal

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF



Número

107.424.394-37

Nome

ALEXSANDRO ALAMBERG DA SILVA MELO

Nascimento

28/05/1993



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

Nome
EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

CPF
3092028-000 PE

CPF
576.940.534-68

Data Nascimento
04/06/1968

Plano
AMARO FERNANDES DE
OLIVEIRA SOBRINHO
DALVANI COSTA DE
ALBUQUERQUE FERNANDES

Função
ACC

ACC
ACC

ACC
ACC

Nº Registro
01410781208

Validade
15/12/2020

Possibilidade
25/09/1986

Observações
A

Local
SANTA CRUZ DO CAPIMARI - PE

Data Emissão
16/12/2015

Assinatura do Detentor
47567078291
PE070299467

Assinatura do Emissor
47567078291
PE070299467

Detran - PE - PERNAMBUCO

**VALIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS**
1219484604

PROIBIDAS PLASTIFICAR
1219484604



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1
COD. RENAVAM 257470778
RATIFIC. 2019

PEDEIRO BEZERRA DE LIMA

TAQ. DO NORTE-PE 0

460.463.724-53
PLACA ANT. / LIK
***** / PE
9C2KXD0550BR507509

PLACA PFE4559

PAS / MOTOCICLETA
MARCA / MODELO
HONDA / NXR150 BROS ES

2P / 149CL
CAP. / POT. / CL.
PARTIC
VERMELHA

1 IPVA 2019 QUITADO
FAIXA LPVA
1 *****
2 *****
3 *****

PREMIO TARIFARIO (R\$) 0.32
PREMIO TOTAL (R\$) 04.58
DATA DE PAGAMENTO 22/02/19

SEM RESERVA

DATA 22/02/19

TRQ. Dd 15/11/25

ROBERTO CARLOS MORAES FORTALEZA

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 014802009930 BILHETE DE SEGURO DPVAT
PEDRO BEZERRA DE LIMA

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

TAQ. DO NORTE-PE 0

460.463.724-53
PLACA PFE4559

HONDA / NXR150 BROS ES

9C2KXD0550BR507509

PREMIO TARIFARIO 4.01
CUSTO DO SEGURO (R\$) 40.06

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4.15
CUSTO TOTAL (R\$) 44.16
DATA DE QUITACAO 22/02/19

SEGURADORA LIDER - DPVAT

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT

ESTE NAO E DE PORTE OBRIGATORIO.



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0459707/19

Vítima: ALEXSANDRO ALAMBERG DA SILVA MELC

CPF: 107.424.394-37

CPF de: Próprio

Data do acidente: 17/09/2019

Titular do CPF: ALEXSANDRO ALAMBERG
DA SILVA MELO

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
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

ALEXSANDRO ALAMBERG DA SILVA MELO : 107.424.394-37

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: 18/12/2019
Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 574.940.534-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/12/2019
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Marta Marinho dos Santos



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190709581 **Cidade:** Taquaritinga do Norte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALEXSANDRO ALAMBERG DA SILVA **Data do acidente:** 17/09/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A
MELO

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA EM MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00



PROCURAÇÃO:

OUTORGANTE

NOME:	ALEXSANDRO ALAMBERG DA SILVA MELO.
NACIONALIDADE:	BRASILEIRA
PROFISSÃO:	REC. INF.
IDENTIDADE:	8.656.119 - SDS/PE.
DATA DO ACIDENTE:	17/09/2019.
COBERTURA:	INVALIDEZ.
VÍTIMA:	ALEXSANDRO ALAMBERG DA SILVA MELO.
ENDEREÇO:	

OUTORGADO

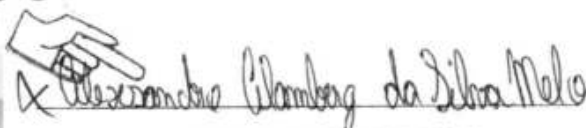
NOME-	EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES.
NACIONALIDADE-	BRASILEIRA.
PROFISSÃO-	FUNCIONÁRIO PÚBLICO APOSENTADO.
IDENTIDADE-	3092028-SDS/PE e CPF. 574.940.534/68.
ENDEREÇO-	RUA JOÃO BATISTA, nº 370, CENTRO, SUBURBIM (PE).

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 CONSTUI O CONSÓRCIO DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

Luis Otávio Prazin Bezerra
- Substituto -

TAQUARITINGA - PE 27 DE SETEMBRO DE 2019
DO NORTE





ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0459707/19

Vítima: ALEXSANDRO ALAMBERG DA SILVA MELC

CPF: 107.424.394-37

CPF de: Próprio

Data do acidente: 17/09/2019

Titular do CPF: ALEXSANDRO ALAMBERG
DA SILVA MELO

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
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

ALEXSANDRO ALAMBERG DA SILVA MELO : 107.424.394-37

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: 18/12/2019
Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 574.940.534-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/12/2019
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Marta Marinho dos Santos

