

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, 07 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200140894

Vítima: CARLOS ALEXANDRE DA SILVA

Data do Acidente: 17/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CARLOS ALEXANDRE DA SILVA

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

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, 24 de Abril de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200140894 **Vítima: CARLOS ALEXANDRE DA SILVA**

Data do Acidente: 17/12/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CARLOS ALEXANDRE DA SILVA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **CARLOS ALEXANDRE DA SILVA**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **104**

Agência: **000004738**

Conta: **0000012365-5**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

 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:

041 371 254 06

4 - Nome completo da vítima:

Carlos Alexandre da Silva

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 Alexandre da Silva

6 - CPF:

041 371 254 06

7 - Profissão:

Porteiro

8 - Endereço:

Avenida Floresta

9 - Número:

928

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Alto Sol Nascente

12 - Cidade:

Olinda

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

53200-100

15 - E-mail:

alexandre.silva.0874@gmail.com

16 - Tel.(DDD):

(81) 924610699

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
 SEM RENDA

 R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 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)

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 4738 013 CONTA: 00012365 5

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, 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

 Sim

 Não

31 - Vítima teve irmãos?

 Sim

 Não

32 - Se tinha irmãos, informar

 Sim

 Não

33 - Vítima deixou

 Sim

 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.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

 Olinda, 06 de Abril de 2020
 Fábio Mendes da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Boletim de Ocorrência

Boletim de ocorrência



file:///C:/Users/Policia Civil/inforpol-5.0.9/xml/B...



ASL-0090749/20
maria.rodrigues.3999
06/04/2020 17:41:08

TOLIN
DELEGACIA
CIRCUITO
DESEC

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 016ª CIRCUNSCRIÇÃO - ÁGUA FRIA -
DP16ªCIRC DIM/2ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 20ED106000647

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 05/03/2020 às
16:24

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado)
que aconteceu no dia 17/12/2019 às 20:10

Fato ocorrido no endereço: RUA JOSE OSORIO, 1 - Bairro: MADALENA -
RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL - CEP: 50610-280
Local do Fato: VIA PÚBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
CARLOS ALEXANDRE DA SILVA (VITIMÁ)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a)
Sr(a): CARLOS ALEXANDRE DA SILVA

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a)
Sr(a): DESCONHECIDO

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

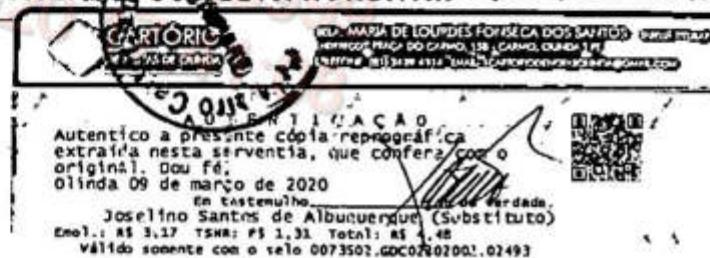
CARLOS ALEXANDRE DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe:
VERA LUCIA DA SILVA Pai: JOAO JERONIMO DA SILVA Data da Nascimento: 21/8/1979
Naturalidade: TIMBAUBA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 5772078/SDS/PE (RG).
04137128406 (CPF) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 2º GRAU COMPLETO Prolissão:
VIGILANTE Telefones Celulares:
- 084610699

Residencial: AV. FLORESTA, N 928, ÁGUAS COMPRIDAS - OLINDA/PERNAMBUCO
/BRASIL

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

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

MOTOCICLETA 1 (VEÍCULO), que estava em posse do(a) Sr(a): CARLOS ALEXANDRE
DA SILVA
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/XR Objeto apreendido: N/A



ASL

0090749/20
maria.rodrigues.3999
06/04/2020 17:41:08

ASL

0090749/20
maria.rodrigues.3999
06/04/2020 17:41:08

ASL

0090749/20
maria.rodrigues.3999
06/04/2020 17:41:08

ASL-0090749/20

maria.rodrigues.3999
06/04/2020 17:41:08

ASL-0090749/20

maria.rodrigues.3999
06/04/2020 17:41:08

ASL-0090749/20

maria.rodrigues.3999
06/04/2020 17:41:08

EMBRANCO

Cor: VERMELHA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

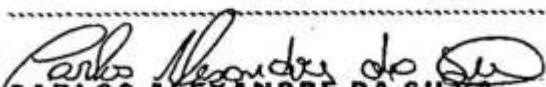
Placa: PGSS149 (PERNAMBUCO/OLINDA)
Descrição: XR 300

MOTOCICLETA 2 (VEÍCULO), que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO Objeto
spreendido: NÃO
Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Complemento / Observação

RELATA A VÍTIMA QUE CONDUZIA A MOTOCICLETA 1, E AO CHEGAR NA RUA JOSÉ OSÓRIO, NAS IMEDIACOES DO CARTÓRIO DE IMÓVEIS, QUANDO ESTAVA PARADO NA TRANSVERSAL, A MOTOCICLETA 2 QUE VEIO CORTANDO OS VEÍCULOS ACABOU COLIDINDO COM A MOTOCICLETA 1, A VÍTIMA FORA SOCORRIDA PELO SAMU E CONDUZIDO PARA A UPA DA CAXANGA E, POSTERIORMENTE PARA O HGV.

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


CARLOS ALEXANDRE DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: SILVANO PEREIRA SOARES - Matrícula: 3848638
(Liberado em 05/03/2020 às 16:46)



ASL-0090749/20
maria.rodrigues.3999
06/04/2020 17:41:08

EMBRANCO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200140894 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CARLOS ALEXANDRE DA SILVA **Data do acidente:** 17/12/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/04/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE FÉMUR DIREITO.

FRATURA LUXAÇÃO DOS OSSOS DO PÉ DIREITO. NÃO INFORMA QUAL OSSO ACOMETIDO.
SÍNDROME COMPARTIMENTAL DE PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO.
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS 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 LEVE DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

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
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

 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:

041 371 254 06

4 - Nome completo da vítima:

Carlos Alexandre da Silva

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 Alexandre da Silva

6 - CPF:

041 371 254 06

7 - Profissão:

Porteiro

8 - Endereço:

Avenida Floresta

9 - Número:

928

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Alto Sol Nascente

12 - Cidade:

Olinda

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

53200-100

15 - E-mail:

alexandre.silva.0874@gmail.com

16 - Tel.(DDD):

(81) 924610699

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
 SEM RENDA

 R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 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)

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 4738 013 CONTA: 00012365 5

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, 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

 Sim

 Não

31 - Vítima teve irmãos?

 Sim

 Não

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos:

Falecidos:

 Sim

 Não

pais/avós vivos?

 Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente, 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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

 Olinda, 06 de Abril de 2020
 Fábio Mendes da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 17/04/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CARLOS ALEXANDRE DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04738

CONTA: 000000012365-5

Nr. da Autenticação 4E626B81BE9CEEA



0002907

CARLOS ALEXANDRE DA SILVA
AV FLORESTA 928
CASA - AT SOL NASCENTE
53200-100 OLINDA - PE

PC-00



270220

Fechamento próxima fatura: 27/03/2020

Postagem: 27/02/2020
Vencimento: 08/03/2020
Emissão: 27/02/2020

Titular **CARLOS ALEXANDRE DA SILVA**
Cartão **5283.XXXX.XXXX.5430**

Pra que esperar a fatura impressa chegar em casa? Mude já para a Fatura Digital. Ligue: 3003-3030. É rapidinho!

vencimento

08/03/2020

A) pagamento total

239,51

B) pagamento mínimo

35,93

C) parcelas fixas

26,78

+23x 26,78

B) Pagamento mínimo: optando por pagar quantia entre o valor constante nesta opção e o total da fatura, você estará financiando a diferença pelo crédito rotativo. Se você efetuar um pagamento inferior ao pagamento mínimo, você estará em atraso, incorrendo em juros, multa e mora.

Limites de crédito R\$

Límite total de crédito	1.210,00
Límite utilizado no mês	239,51
Retirada de recursos País(saque)	60,00
Retirada de recursos Exterior(saque)	210,00

Caso você não pague a fatura integralmente, haverá cobrança de juros sobre as novas compras a partir da data de sua realização até o pagamento total da fatura. Somente as compras lançadas após o pagamento integral da fatura não terão incidência de juros.

Compra presencial
com o uso do cartão e senha.

Veja outras opções na 2ª folha

Lançamentos: compras e saques**CARLOS A SILVA (final 9180)**

DATA	ESTABELECIMENTO	VALOR EM R\$
28/01	PLANO 01 RIO DE JANEIR	49,97

Lançamentos no cartão (final 9180) 49,97**CARLOS A SILVA (final 5430)**

DATA	ESTABELECIMENTO	VALOR EM R\$
18/01	CENTAUR 100 02/05 RECIFE	70,03
18/01	CENTAUR 100 RECIFE	-0,16
01/02	FARMACIA H TRABALHADOR RECIFE	19,98
07/02	MERCADOPAGO *LPREL01/02	72,87
18/02	PAG*PanificadoraFlore OLINDA	21,32

Continua...

Itaú**Banco Itaú S.A. 341-7 34191.75439 02843.552049 00173.090002 2 000**

Número do Documento 00143028435/0157158

Nome do Pagador/CPF/CNPJ CARLOS ALEXANDRE DA SILVA - 041.371.254-06

Nome do Beneficiário/CPF/CNPJ HIPERCARD BANCO MÚLTIPLA S.A - 03.012.230/0001-69

Endereço do Beneficiário PÇA ALFREDO EGYDIO DE S.ARANHA, 100, TOS 7º A, JABAQUARA - SÃO PAULO - SP

recibo do pagador

175/43028435-5

R\$ 239,51

08/03/2020

Autenticação Mecânica

Banco Itaú S.A.		341-7	34191.75439 02843.552049 00173.090002 2 000				
Local de Pagamento		Pague sua fatura nos caixas do Grupo Big, ou em qualquer banco, mesmo após o vencimento. Prefira pagar sempre até o dia do vencimento para não gerar encargos e/ou rescisão contratual. Em caso de atraso, os encargos serão cobrados na próxima fatura.					Data de Vencimento
							08/03/2020
Name do Beneficiário/CPF/CNPJ	HIPERCARD BANCO MÚLTIPLA S.A - 03.012.230/0001-69						Agência / Código Beneficiário
PCA ALFREDO EGYDIO DE S.ARANHA, 100, TOS 7º A, JABAQUARA - SÃO PAULO - SP							2040/01730-9
Data de Documento	Número do Documento	Espéde DOC.	Aerite	Data de Processamento		Nossa Número	
08/03/2020	00143028435/0157158	FT	N	27/02/2020		175/43028435-5	
Uso de Banco	Cartão	Espéde	Quantidade	Valor		(+) Valor do Documento	
	175	R\$					R\$ 239,51
Instruções de responsabilidade do beneficiário.						(-) Descontos / Abatimentos	
Indique o valor que deseja pagar no campo "Valor Pago". Dê preferência ao pagamento total. Não sendo possível, você terá as seguintes opções: (i) pagar quantia a partir do valor constante em "Pagamento Mínimo", financiando o restante pelo crédito rotativo; (ii) optar por uma das opções de "Parcelas Fixas", pagando o valor exato da parcela até a data do vencimento.						(+) Juros / Multa	
						(+) Valor Pago	
Nome do Pagador/CPF/CNPJ/Endereço/Cidade/UF/CEP CARLOS ALEXANDRE DA SILVA - 041.371.254-06 AV FLORESTA 928 - 53200-100 OLINDA - PE - CASA - AT SOL NASCENTE							
Sacador Avulso:							



Autenticação Mecânica - Ficha de Comprovação



Comprovante de residência

**Resumo da fatura em R\$**

Total da fatura anterior	174,68
Pagamento efetuado em 07/02/2020	- 174,68
Saldo financiado	0,00
Lançamentos atuais	239,51
Total desta fatura	239,51

Atenção: em caso de pagamento inferior ao valor total, o consumidor deve arcar com as taxas e encargos apontados nesta fatura, indiretamente sobre a diferença entre o valor total e o valor pago.



CARLOS ALEXANDRE DA SILVA		01139347	700002287149
810281	MASCULINO	40a Sm 15d	CLINICA TRAUMATOLOGICA, CLTRAU

Documentacao medico - hospitalar



Relatório de Alta Hospitalar
ORTOPEDIA/TRAUMATO

Diagnóstico:

HD: FRATURA FECHADA DE FEMUR DIREITO + FRATURA-LUXAÇÃO DE OSSOS DO PÉ DIREITO + SIND COMPARTIMENTAL DE PÉ D
PACIENTE EVOLUI BEM E SEM QUEIXAS.

Tratamento:

18/12/2019: TTT CIRURGICO DE FRATURA FECHADA DE FEMUR DIREITO + FRATURA-LUXAÇÃO DE OSSOS DO PÉ DIREITO +
SIND COMPARTIMENTAL DE PÉ D
PACIENTE DE ALTA DO GRUPO DO PÉ
13/01/2020: RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO + APOSIÇÃO DE TRAÇÃO TRANSTIBIAL
20/01/2020: TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE FEMUR DIREITO

OBS:

ALTA HOSPITALAR
RETORNO AO AMBULATORIO DE DR ARTHUR EM 15 DIAS
ATB E ANALGESIA
CARGA ZERO

Condições Clínicas (no momento da Alta)

MELHORADO

DATA DA INTERNAÇÃO	DATA DA ALTA
17/12/2019	04/02/2020

Recife, 04 DE FEVEREIRO DE 2020

Dr. Emmanuel Costa
Médico
CRM: 27967

EMMANUEL COSTA MACIEL - CRM: Nº.27967

LAUDO PARA EMISSÃO DE AIH

CARTÃO SUS:

SENHA:

NOME DO PACIENTE:

DATA DE NASCIMENTO:

SEXO:

Nº DO REGISTRO:

NOME DA MÃE:

ENDEREÇO:

Nº:

BLOCO:

APT:

BAIRRO:

MUNICÍPIO:

UF:

CEP:

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

HISTÓRIA CLÍNICA:

EXAME FÍSICO:

PRINCIPAIS RESULTADOS DOS EXAMES COMPLEMENTARES:

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓDIGO

DESCRIÇÃO DA CLÍNICA/ESPECIALIDADE

CARATÉR DA INTERNAÇÃO

DATA: _____ / _____ / _____

DATA: _____ / _____ / _____

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE DA INTERNAÇÃO

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO AUTORIZADOR

PARA USO DAS UNIDADES PÚBLICAS

AUTORIZAÇÃO PARA INTERNAÇÃO EM UNIDADE COMPLEMENTAR

NOME DA UNIDADE:

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSABILIDADE PELO ENCAMINHAMENTO

Avenida General San Martin s/n – Centro
Recife/PE – CEP 50.680-050
Fone: 081.81846100

DATA DO ENCAMINHAMENTO

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Nº DA	026.02.2020
DATA	27.02.2020

Atendendo ao requerimento da Sra. **ELIANE ROSA MARTINS DA SILVA**, portadora do Documento de Identidade nº **5624967** SDS/PE e inscrita no CPF/MF sob o nº **028.307.214-89**, e declaramos que consta em nossos arquivos a ocorrência de nº **S-723154**, que no dia 17 de dezembro de 2019 o paciente Sr. **CARLOS ALEXANDRE DA SILVA**, portador do Documento de Identidade nº **5772678** SDS/PE e inscrito no CPF/MF sob o nº **041.371.254-06**, foi atendido por nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Metropolitano do Recife, vítima de acidente de trânsito envolvendo moto, por volta das 20h10, na Rua José Osório, imediações entre o Cartório Imóveis e a Teixeira Veículos, no bairro Madalena, Recife/PE, sendo conduzido para a UPA Caxangá e, posteriormente, redirecionado para o Hospital Getúlio Vargas.

Recife, 27 de fevereiro de 2020.

Dr. Sérgio Parente Costa.
Gerente de Informação e Avaliação
SAMU Metropolitano - Recife

Sérgio Parente Costa

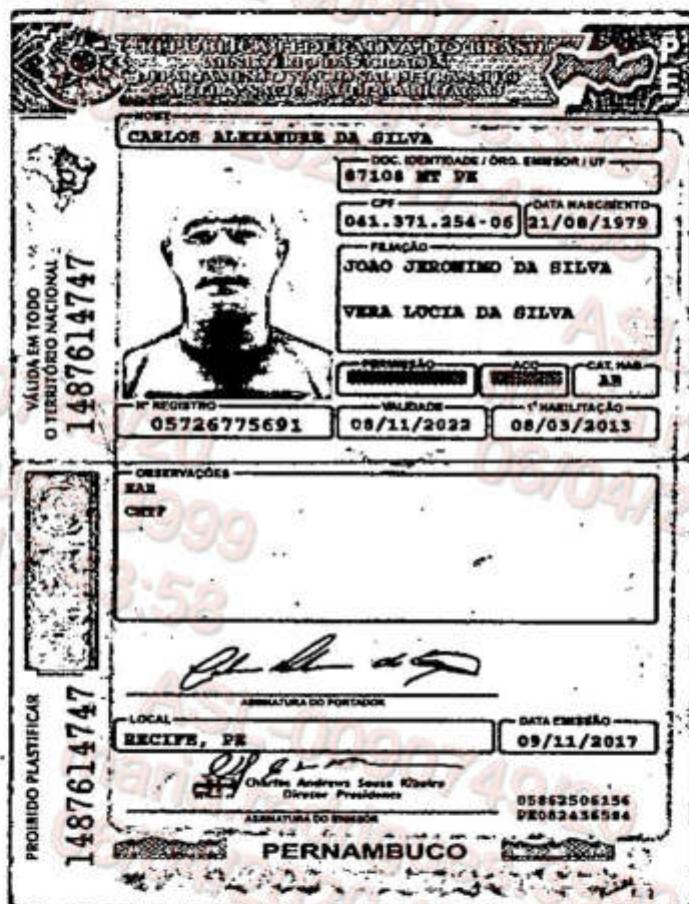
Dr. Sergio Parente Costa
Gerente de Informação e Avaliação
SAMU Metropolitano do Recife

SAMU METROPOLITANO DO RECIFE

Avenida Manoel Borba, 951 Boa Vista Recife – PE

CEP – 50.060.140 Fone: 3355-7450

Documentos de identificação





DUT



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - PE **Nº 014801457483**
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIAZ CÓD. RENAVAM R.N.T.R.C. EXERCÍCIO
1 566564475 ***** 2019

NOME

CARLOS ALEXANDRE DA SILVA

OLIMADA - PE

CPF / CNPJ **041.371.254-06** PLACA **PGS5140**

PLACA ANT / UF ******* / PB** CHASSI **9C2ED1120DR001381**

ESPECIE TIPO **PAS / MOTOCICLETA** COMBUSTIVEL **ALCO/GASOL**

MARCA / MODELO **HONDA/XRE 300** ANO FAB. **2013** ANO MOD. **2013**

CAP / POT / CIL **2P/291CL** CATEGORIA **PARTIC** COR PREDOMINANTE **VERMELHA**

	COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC / COTAS
I	IPVA 2019 QUITADO		*****
P			*****
V	FADIA IPVA.	PARCELAMENTO / COTAS	*****
A	1	*****	3 *****

PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) **80.11** IOF (R\$) **0.32** PRÉMIO TOTAL (R\$) **84.58** DATA DE PAGAMENTO **21/02/19**

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA

OLIMADA **Roberto Carlos Moreira Fontelles** LOCAL **22/02/19**
Roberto Carlos Moreira Fontelles

DIRETOR PRESIDENTE DETAN/PE

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0109901/20

Vítima: CARLOS ALEXANDRE DA SILVA

CPF: 041.371.254-06

CPF de: Próprio

Data do acidente: 17/12/2019

Titular do CPF: CARLOS ALEXANDRE DA SILVA

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

CARLOS ALEXANDRE DA SILVA : 041.371.254-06

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: 07/04/2020
Nome: CARLOS ALEXANDRE DA SILVA
CPF: 041.371.254-06

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/04/2020
Nome: Eduardo Rodrigo de Sousa Borges
CPF: 077.643.254-06

CARLOS ALEXANDRE DA SILVA

Eduardo Rodrigo de Sousa Borges

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0109901/20

Número do Sinistro: 3200140894

Vítima: CARLOS ALEXANDRE DA SILVA

CPF: 041.371.254-06

CPF de: Próprio

Data do acidente: 17/12/2019

Titular do CPF: CARLOS ALEXANDRE DA SILVA

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médica-hospitalar

Outros

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: 02/09/2020
Nome: CARLOS ALEXANDRE DA SILVA
CPF: 041.371.254-06

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/09/2020
Nome: Fabiana Lucia Duarte Rosa Pereira
CPF: 089.616.657-07

CARLOS ALEXANDRE DA SILVA

Fabiana Lucia Duarte Rosa Pereira

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0109901/20

Vítima: CARLOS ALEXANDRE DA SILVA

CPF: 041.371.254-06

CPF de: Próprio

Data do acidente: 17/12/2019

Titular do CPF: CARLOS ALEXANDRE DA SILVA

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

CARLOS ALEXANDRE DA SILVA : 041.371.254-06

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: 07/04/2020
Nome: CARLOS ALEXANDRE DA SILVA
CPF: 041.371.254-06

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/04/2020
Nome: Eduardo Rodrigo de Sousa Borges
CPF: 077.643.254-06

CARLOS ALEXANDRE DA SILVA

Eduardo Rodrigo de Sousa Borges