
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



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, retorne 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: 4 - Nome completo da vítima:

04137125406

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: 04137125406
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) 984610699

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)

☐ 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 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 (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 Líder 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 nascituro (vair nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

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 - 1ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Olinda, 06 de Abril, de 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Boletim de Ocorrência

Boletim de ocorrência



File:///C:/Users/Policia Civil/infopol-5.0.9/xml/B...



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

BOLETIM DE Ocorrência Nº. 20E0106000647

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 PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

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

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a)
Sr(a): CARLOS ALEXANDRE DA SILVA
VEICULO: (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 de Nascimento: 21/8/1979
Naturalidade: TIMBAUBA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 5772078/9DS/PE (RG).
04137125406 (CPF) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 2ª. GRAU COMPLETO Profissão:
VIGILANTE Telefones Celulares:
- 084610899**

Residencial: **AV. FLORESTA, N 028, AGUAS 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 (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): CARLOS ALEXANDRE
DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/XR** Objeto apreendido: **NÃO**

CARTÃO DE AUTENTICAÇÃO

Autentico a presente cópia reprográfica
extraída nesta serventia, que confero com o
original. Dou fé:
Olinda 09 de março de 2020
En testemunha da verdade,
Joselino Santos de Albuquerque (Substituto)
Escr.: AS 1.17 TSMR: PS 1.31 Total: AS 1.48
Válido somente com o selo 0073507.GDC0207001.02493

20E0106000647

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

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

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

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

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

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

EMBRANCO

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

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

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

Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PGS8149** (PERNAMBUCO/OLINDA)

Descrição: **XR 300**

MOTOCICLETA 2 (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **NS**

Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

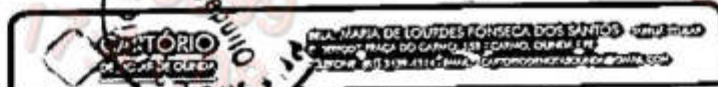
Complemento / Observação

RELATA A VÍTIMA QUE CONDUZIA A MOTOCICLETA 1, E AO CHEGAR NA RUA JOSÉ OSÓRIO NAS IMEDIAÇÕES DO CARTÓRIO DE IMOVEIS, 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 CAXANGÁ 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)



ATTESTAÇÃO
Autentico a presente cópia reprodutível
extraída nesta serventia, que confere com o
original. Dou fé:
Olinda 10 de março de 2020
Em testemunho
Claudio Santos Oliveira (Escritor Autorizado)
Emol.: R\$ 3,17 TSM?: R\$ 1,31 Total: R\$ 4,48
Válida somente com o selo 0077502.VLC02207002.02695



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

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

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

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

EM BRANCO

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

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

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

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

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

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE FÊMUR 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: 4 - Nome completo da vítima:

04137125406

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: 04137125406
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) 984610699

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)

☐ 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 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 (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 Líder 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 nascituro (ou nascos)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

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 - 1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Olinda, 06 de Abril, de 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

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 4E626B81BE9CEEAE

Hipercard



PC-00

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



270220

Postagem: 27/02/2020
Vencimento: 08/03/2020
Emissão: 27/02/2020
Fechamento próxima fatura: 27/03/2020

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

Veja outras opções na 2ª folha

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\$

Limite total de crédito	1.210,00
Limite 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.

Lançamentos: compras e saques

DATA	ESTABELECIMENTO	VALOR EM R\$
28/01	PLANO DI RIO DE JANEIR	49,97
Lançamentos no cartão (Final 9180)		49,97

DATA	ESTABELECIMENTO	VALOR EM R\$
18/01	CENTAURO 100 RECIFE	70,03
18/01	CENTAURO 100 RECIFE	-0,16
01/02	FARMACIA H TRABALHADOR RECIFE	19,98
07/02	MERCADOPAGO *LPRELO1/02	72,87
18/02	PAG*PanificadoraFlore OLINDA	21,32

Continua...

☒ Compra presencial com o uso do cartão e senha.

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 MÚLTIPLO S.A - 03.012.230/0001-69
Endereço do Beneficiário PÇA ALFREDO EGYDIO DE S. ARANHA, 100, TOS 7ª A, JABAQUARA - SÃO PAULO - SP

Nome Número 175/43028435-5
Valor do Documento R\$ 239,51
Vencimento 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
Nome do Beneficiário/CPF/CNPJ/Endereço HIPERCARD BANCO MÚLTIPLO S.A - 03.012.230/0001-69 PÇA ALFREDO EGYDIO DE S. ARANHA, 100, TOS 7ª A, JABAQUARA - SÃO PAULO - SP				Agência / Código Beneficiário 2040/01730-9
Data do Documento 08/03/2020	Número do Documento 00143028435/0157158	Espécie DOC FT	Anexo N	Data do Processamento 27/02/2020
Uso do Banco	Carteira 175	Espécie R\$	Quantidade	Valor R\$ 239,51
Instruções de responsabilidade do beneficiário. 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.				(-) Descontos / Abatimentos (+) 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 Avalista:				



Autenticação Mecânica - Ficha de Compensação



CARLOS ALEXANDRE DA SILVA		01139347	700002287149
810281	MASCULINO	40a 5m 15d	CLINICA TRAUMATOLOGICA, CLTRAU

Documentação médico - 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 TRACÃO 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

 Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco HOSPITAL Getúlio Vargas 		NOME DA UNIDADE:	
		HOSPITAL GETÚLIO VARGAS	
		CGC Nº:	
		10.572.048/0005-51	
LAUDO PARA EMISSÃO DE AIH		(03 vias)	
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		CARATER 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 RESPONSÁVEL PELA ENCAMINHAMENTO		DATA DO ENCAMINHAMENTO	
Avenida General San Martín s/n – Contleiro Recife/PE – CEP 60.690-060 Fone: 0XX81.9184800			
HGV.1024.V.1.2013.			

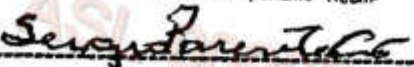
DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

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



Dr. Sérgio 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

ASL-0090749/20
maria.rodriques.3999
06/04/2020 17:43:58

ASL-0090749/20
maria.rodriques.3999
06/04/2020 17:43:58
Documentos de identificação



TERMINAL RECEPTIVO DO CARIÓTIPO
SISTEMA DE REGISTRO E EMISSÃO DE DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO
ESTADO DE PERNAMBUCO

Nome: CARLOS ALEXANDRE DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF: 87108 MT PE

CPF: 041.371.254-06 **DATA NASCIMENTO:** 21/08/1979

FILIAÇÃO:
JOAO JERONIMO DA SILVA
VERA LUCIA DA SILVA

PROFISSÃO: ☒ **ACQ:** ☒ **CAT. HAB:** AR

Nº REGISTRO: 05726775691 **VALIDADE:** 08/11/2022 **1ª HABILITAÇÃO:** 08/03/2013

OBSERVAÇÕES:
RAC
CHFF

ASSINATURA DO PORTADOR:

LOCAL: RECIFE, PE **DATA EMISSÃO:** 09/11/2017

ASSINATURA DO EMISSOR:
Carlos Alexandre da Silva
Diretor Presidente

PERNAMBUCO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1487614747

PROIBIDO PLASTIFICAR
1487614747

ASL-0090749/20
maria.rodriques.3999
06/04/2020 17:43:58

ASL-0090749/20
maria.rodriques.3999
06/04/2020 17:43:58

ASL-0090749/20
maria.rodrigues.3999
06/04/2020 17:44:14

ASL-0090749/20
maria.rodrigues.3999
06/04/2020 17:44:14

DUT



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL			
MINISTÉRIO DAS CIDADES			
DETRAN - PE		Nº 014801457483	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
VIA	CÓD. RENAVAL	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO
1	566564475	*****	2019
NOME			
CARLOS ALEXANDRE DA SILVA			
OLINDA-PE			
CPF / CNPJ		PLACA	
041.371.254-06		PGS5140	
PLACA ANT / UF		CHASSI	
***** / PE		9C2ED1120DR001381	
ESPÉCIE TIPO		COMBUSTÍVEL	
PAS / MOTOCICLISTA		ALCO / GASOL	
MARCA / MODELO		ANO FAB.	ANO MOD.
HONDA / XRE 300		2013	2013
CAP / POT / CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE	
2P / 291CL	PARTIC	VERMELHA	
COTA ÚNICA		VENC. COTA ÚNICA	
IPVA 2019 QUITADO		1ª *****	
FAXA I.P.V.A.		2ª *****	
1		3ª *****	
PARCELAMENTO / COTAS			

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)	IOF (R\$)	PRÊMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
80.11	0.32	84.58	21/02/19
OBSERVAÇÕES			
SEM RESERVA			
LOCAL		DATA	
OLINDA		22/02/19	
Robert Carlos Moreira Fontelles			
DIRETOR PRESIDENTE DETRAN/PE			

ASL-0090749/20
maria.rodrigues.3999
06/04/2020 17:44:14

ASL-0090749/20
maria.rodrigues.3999
06/04/2020 17:44:14

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0109901/20

Vítima: CARLOS ALEXANDRE DA SILVA

CPF: 041.371.254-06

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 17/12/2019

Titular do CPF: CARLOS ALEXANDRE DA SILVA

CPF de: Próprio

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

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 17/12/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: CARLOS ALEXANDRE DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-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

CARLOS ALEXANDRE DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 17/12/2019

Titular do CPF: CARLOS ALEXANDRE DA SILVA

CPF de: Próprio

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