
Rio de Janeiro, 11 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200324978

Vítima: ALEXANDRO NOGUEIRA DE FREITAS

Data do Acidente: 19/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GISELLE VALENCA DE MEDEIROS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ALEXANDRO NOGUEIRA DE FREITAS

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, contados 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, 18 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200324978

Vítima: ALEXANDRO NOGUEIRA DE FREITAS

Data do Acidente: 19/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), ALEXANDRO NOGUEIRA DE FREITAS

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 26/04/2019, emitido pelo Dr. GUSTAVO LEÃO CRM nº 11075 - PE, da Instituição HOSPITAL GETÚLIO VARGAS, que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200324978 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALEXANDRO NOGUEIRA DE FREITAS **Data do acidente:** 19/03/2019 **Seguradora:** MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/09/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CRÂNIO ENCEFÁLICO LEVE.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA. PÁG 2

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Recuperação Completa)

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

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

1 - Nome da vítima: ALEXANDRO NOGUEIRA DE FREITAS 3 - CPF da vítima: 700.942.744-02 4 - Nome completo da vítima: ALEXANDRO NOGUEIRA DE FREITAS

REQUISITOS DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSP Nº 415/2017

5 - Nome: ALEXANDRO NOGUEIRA DE FREITAS 6 - CPF: 700.942.744-02
 7 - Estado: PE 8 - Endereço: S. BENEDITO 9 - Número: 81 10 - Complemento: C
 11 - Bairro: PINA 12 - Cidade: RECIFE 13 - Estado: PE 14 - CEP: 51011-652
 15 - E-mail: 819 83161306 16 - Tel (DDD): 819 8316 1306

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
☐ 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: ITAU (341)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 1632

CONTA: 39497

(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 5.194/74), 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

Declaro 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, as ordens da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 5.194/74.

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

☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: ☐ Sim ☐ Não

30 - Vítima deixou nascituro (em nasc)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: ☐ Sim ☐ Não

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 provarão esta condição quando e onde for exigido, sob pena de qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilização criminal, por infração do artigo 209 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem preencheu o pedido (a seguir)

36 - CPF legível de quem preencheu o pedido (a seguir)

37 - Assinatura de quem preencheu o pedido (a seguir)

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

RECIFE, 03 DE SETEMBRO DE 2020

Alexandro Nogueira de Freitas

Assinatura da vítima/beneficiário (delegante)



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 009ª CIRCUNSCRIÇÃO - IPSEP - DP9ªCIRC DIM/3ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0099000940**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **09/04/2019** às **17:04**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumados) que aconteceu no dia **19/3/2019** no período da **Tarde**

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE IMBIRIBEIRA (BAIRRO), 1, VIADUTO DOM JOÃO, VIA MANGUE SENTIDO BOA VIAGEM** - Bairro: **IMBIRIBEIRA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **WALMART**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
GILZA ESTELITA DE ARAUJO (OUTRO)
GILVAN ALVES DE ARAUJO (VITIMA)
ALEXANDRO NOGUEIRA DE FREITAS (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **GILVAN ALVES DE ARAUJO**

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

GILVAN ALVES DE ARAUJO (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **CLEONICE ESTELITA DE ARAUJO** Pai: **GENIVALDO ALVES DE ARAUJO** Data de Nascimento: **11/9/1971** Naturalidade: **PAULISTA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **3489510/SDS/PE (RG), 61502952491 (CPF), 04462060703 (CNH)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **BOMBEIRO CIVIL** Telefones Celulares: **- 985067209**

Endereço Residencial: **BAIRRO DE PINA (BAIRRO), 787, AVENIDA ENCANTA MOÇA, PINA - CEP: 55000-000 - Bairro: PINA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL, IGREJA BATISTA**

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

ALEXANDRO NOGUEIRA DE FREITAS (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **SOLANGE MARIA NOGUEIRA** Pai: **SANDRO OLIVEIRA FREITAS** Data de Nascimento: **12/7/1994** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **9132797/SDS/PE (RG), 70024274402 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AUTONOMO(A)** Telefones Celulares: **- 984059111**

Endereço Residencial: **BAIRRO DE PINA (BAIRRO), 81, SEGUNDA TRAVESSA SÃO BENEDITO - CEP: 55000-000 -**

Bairro: PINA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL

GILZA ESTELITA DE ARAUJO (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO** / **PERNAMBUCO / BRASIL**

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

MOTOCICLETA HONDA CG 150 TITAN EX (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **GILZA ESTELITA DE ARAUJO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **GILVAN ALVES DE ARAUJO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PCY4672** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **103895905** Chassi: **9C2KC1660FR025252**
Ano Fabricação/Modelo: **2014/2015** Combustível: **ALCO/GASOL**
Descrição: **TITAN EX RENAVAL 1038959052**

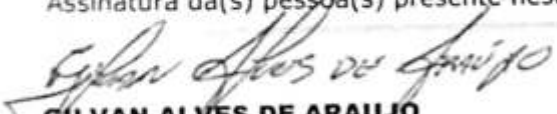
VEÍCULO 2 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEI/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **BRANCA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

INFORMA O SR GILVAN QUE NA DATA DO FATO TRAFEGAVA EM SUA MOTOCICLETA PELO LOCAL DO FATO COM ALEXANDRO EM SUA GARUPA QUANDO FOI ATINGIDO POR UM VEÍCULO POR UM MOTORISTA DESCONHECIDO. AS VÍTIMAS VIERAM AO CHÃO E SOFRERAM LESÕES CORPORAIS. O MOTORISTA DESCONHECIDO SE EVADIU. AS VÍTIMAS FORAM SOCORRIDAS PELO CORPO DE BOMBEIROS SOB O PROTOCOLO DE ATENDIMENTO 2019APH000474 E LEVADAS PARA O HOSPITAL GETÚLIO VARGAS. AS VÍTIMAS SENTEM-SE LESADAS E VÊM A ESTA DELEGACIA REGISTRAR O ACIDENTE. NADA MAIS DIGNO DE REGISTRO.

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


GILVAN ALVES DE ARAUJO
(VITIMA)


ALEXANDRO NOGUEIRA DE FREITAS
(VITIMA)


B.O. registrado por: **MARCOS VINÍCIUS MATTOSO DE MOURA** - Matrícula: **296983-1**

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

1 - Nome da vítima: **ALEXANDRO NOGUEIRA DE FREITAS** 3 - CPF da vítima: **700.942.744-02** 4 - Nome completo da vítima: **ALEXANDRO NOGUEIRA DE FREITAS**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSP Nº 415/2017

5 - Nome: **ALEXANDRO NOGUEIRA DE FREITAS** 6 - CPF: **700.942.744-02**
7 - Nome: **SERV. GERAIS** 8 - Endereço: **99 TV S. BENEDITO** 9 - Número: **81** 10 - Complemento: **C**
11 - Bairro: **PINA** 12 - Cidade: **RECIFE** 13 - Estado: **PE** 14 - CEP: **51011-652**
15 - E-mail: **819 83161306** 16 - Tel (DDD): **819 8316 1306**

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
☐ 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: **ITAU (341)**

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: **1632**

CONTA: **39497**

(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 5.194/74), 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

Declaro 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, as ordens da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 5.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordar 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 - Caso de Parentesco com a vítima: ☐ Sim ☐ Não

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 (em nasc)? ☐ 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 provarão esta condição quando entre em ação, 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 229 do Código Penal.

34

35 - Nome legítimo de quem assinou o pedido (a) (rogo):

36 - CPF legítimo de quem assinou o pedido (a) (rogo):

37 - Assinatura de quem assinou o pedido (a) (rogo):

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

RECIFE, 03 DE SETEMBRO DE 2020

Alexandro Nogueira de Freitas

Assinatura da vítima/beneficiário (de representante)



CTC RECIFE PE PL2

BEATRIZ NOGUEIRA DE FREITAS

2 TV S BENEDITO 81 C

PINA

51011-652 RECIFE PE

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2ª VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-03



CELPE

www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599

Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

GISELLE VALENCA DE MEDEIROS

CPF: 833.249.034-01

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA FRANCISCO ALVES 105 -PR AP-104
COND EDIFR SIGMA TRADE CENTER

ILHA DO LEITE/RECIFE
50070-490 RECIFE PE

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010),
tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à
disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no
site www.celpe.com.br

DATA DE VENCIMENTO

31/03/2020

TOTAL A PAGAR (R\$)

190,55

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

17/03/2020

DATA DA APRESENTAÇÃO

24/03/2020

NÚMERO DA NOTA FISCAL

101060686

CONTA CONTRATO

002525983016

Nº DO CLIENTE

2001355389

Nº DA INSTALAÇÃO

0002995198

CLASSIFICAÇÃO

B3 COMERCIAL - OUTROS SERVIÇOS E OUTRAS ATIVIDADES
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

9389.320D.ECFE.6DD8.3374.8BE4.87DA.91BF

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)-TUSD	196,00	0,43137188	84,54
Consumo Ativo(kWh)-TE	196,00	0,36280179	71,10
Contrib. Ilum. Pública Municipal			31,00
Multa por atraso-NF 097163786 - 14/02/20			3,48
Juros por atraso-NF 097163786 - 14/02/20			0,34
TOTAL DA FATURA			190,55

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS								
ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
155,64	25,00	38,91	155,64	1,04	1,61	155,64	4,75	7,45

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo(kWh)-TUSD 0,28630000
Consumo Ativo(kWh)-TE 0,35085000

HISTÓRICO DO CONSUMO

		kWh
MAR 20	196,00	196
FEV 20	196,00	222
JAN 20	196,00	119
DEZ 19	196,00	226
NOV 19	196,00	219
OCT 19	196,00	239
SET 19	196,00	223
AGO 19	196,00	223
JUL 19	196,00	236
JUN 19	196,00	255
MAI 19	196,00	255
ABR 19	196,00	242
MAR 19	196,00	252

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Geração de Energia	48,70	25,58
Transmissão	5,94	3,12
Distribuição (Celpe)	34,36	18,03
Encargos Setoriais	8,08	4,24
Tributos	47,87	25,12
Perdas de Energia	15,63	8,19
TOTAL	155,64	100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

HÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DEAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
MC81974	CAT	14/02/2020 54.415,10	17/03/2020 54.611,00	32	1,00000	0,00	196,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 17/04/2020

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPTÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR AJUSTADO	METAS MENSAL	METAS TRIMESTRAL	METAS ANUAL
Jan/2020					
DIC-Id. de horas sem Energia	GAZONETRO	0,00	25,00	52,17	104,34
FIC-Id. de vezes sem Energia		0,00	3,11	6,22	12,43
DMC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	12,27	0,00	0,00
DICR-Duração de interrupção em dia crítico					Limite DICR: 12,27
ELERD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 58,48					
Todo Consumidor pode solicitar a suspensão das tarifas DMC, FIC, DMC e DICR e qualquer tarifa.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! ag correios forum ruy barbosa: avenida advogado jose paulo cavalcanti ilha joana bezerra / unilur: avenida lima petit boa vista lista completa em www.celpe.com.br.
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês.
O cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

NÍVEIS DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
002525983016	03/2020	190,55	31/03/2020	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

PAGAMENTO ATRAVÉS DE FICHA DE COMPENSAÇÃO

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINALASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP 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 Giselle Valença de Medeiros

inscrito (a) no CPF/CNPJ 633.249.034 / 91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

ALEXANDRO NOGUEIRA DE FREITAS inscrito (a) no CPF sob o Nº 700.242.744 02

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima ALEXANDRO NOGUEIRA DE FREITAS

inscrito (a) no CPF sob o Nº 700.242.744 / 02 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: Rua Francisco Alves

Número: 105

Complemento: 104

Bairro: Ilha do Leite

Cidade: Recife

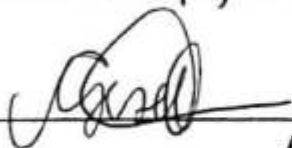
Estado: PE

CEP:

E-mail:

Tel.(DDD):

Local e Data: Recife, 03 de Setembro, 2020.



Assinatura do Declarante



SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO

CERTIDÃO

Certidão nº 2019APH000475 Div. Op.

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr(ª). ALEXANDRO NOGUEIRA DE FREITAS, 24 anos, BRASILEIRA(a), SOLTEIRO(a), RG nº 9132797 SDS-PE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 700.242.744-02, residente à 2ª TRAV SAO BENEDITO, nº 00081, PINA, RECIFE -PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 19/03/2019, por volta das 18:54 hs, no endereço: VIA MANGUE, S/N, BOA VIAGEM RECIFE-PE, referente a um(a) COLISÃO, envolvendo MOTOCICLETA CG HONDA DE COR VERMELHA E PLACA PCY4672-PE, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr(ª) ALEXANDRO NOGUEIRA DE FREITAS, inscrito sob o CPF nº 700.242.744-02 e Registro Geral nº 9132797, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) CB 710284-4 MICAEL. Foi transportado(a) para o HOSPITAL GETULIO VARGAS. Registrado(a) com o prontuário nº 1114127. Ficou aos cuidados do médico GIOVANNI, registro 26518. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

Posição em 15/04/2019

A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site <http://www.cbm.pe.gov.br/>, consultar protocolo nº 2019APH000475

Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife/PE - CEP 50050-180

Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 00.358.773/0001-44



BOLETIM DE ESCLARECIMENTO

NOME: ALEXSANDRO NOGUEIRA DE FREITAS

1. Ocorrência da Emergência: 698437

1.1 - Atendimentos em: 19/03/19

1.2 - Às 20 horas e 57 minutos.

1.3 - Internado:

1.4 - Retirou-se às hr. e min.

2. Internamento Eletivo – Reg. Geral No. 1114127

2.1 – Internado em:

2.2 - Alta em:

3. Hipótese Diagnóstica: TCE LEVE.
ESCORIAÇÕES EM DORSO.

4. Tratamento: CURATIVO.
MEDICAÇÃO PARA DOR.

5. Observação: ACIDENTE COM MOTOCICLETA.

DATA: 26.4.2019

HORA: 11:07:25

PASTA: 01.04.2019

GBL

RS

Gustavo Souza Leão
CRM - 11075

Dr. Gustavo Souza Leão.



HOSPITAL GETULIO VARGAS EMERGÊNCIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: ALEXSANDRO NOGUEIRA DE FREITAS

ATENDIMENTO: 698437

Prontuário: 1114127

Data Nasc.: 12/07/1994

Idade: 24

Sexo:

MASCULINO

CPF:

RG:

CNS:

Endereço: 20 TRAVESSA SAO BENEDITO

Bairro: PINA

Cidade: RECIFE

Nº: 81

Estado: PE

CEP: 51011652

Fone: 83043467

Profissão:

Nome da Mãe: SOLANGE MARIA NOGUEIRA

Acompanhante:

Nome do Conjuge:

Local de Procedência: VIA URBANA

Clinica: CIRURGIA GERAL

Ocorrência: AUT. ENF. ZENAIDE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO

Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐

2 - ATENDIMENTO DATA: 19/03/2015 HORA: 20:57 h Médico:

Queixa Principal / HDA: *Queixa principal de acidente de trânsito (ciclismo na "garupa"). Não lembra da colisão, mas não se lembra, não se lembra de detalhes. Presente sensação de capotamento. Trauma físico moderado.*

História do Trauma

Perda da Consciência: Sim ☐ Não ☐

Episódio Emético: Sim ☐ Não ☐

Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐

Acidente de Trânsito: Sim ☐ Não ☐

Tipo:

Colisão: Sim ☐ Não ☐

Tipo:

Motorista: ☐ Passageiro: ☐

Atropelamento: Sim ☐ Não ☐

Local de Impacto:

Vítima de Ferimento: Sim ☐ Não ☐

Tipo:

Sofreu Queda: Sim ☐ Não ☐ Altura: m

Queimadura: Sim ☐ Não ☐

Per:

Transporte Realizado por:

Condições de imobilização adequadas: Sim ☐ Não ☐

Per que:

Observações: DM ⊖ HAS ⊖ Alergicus ⊕ (diploma)

Exame Físico

A: Geral

Via aérea esta pérvia: Sim ☐ Não ☐

O paciente fala: Sim ☐ Não ☐

Temp.: C°

GG: R. c., consciente, orientado, insuspeito, corado, hidratado, afeto sigmático.

B: Respiratório

auscultação dificultada por respiração entalada.

C: Circulatório

PA:

x

mmm

Pulso:

bpm:

PA: 120/80, BIF: 12/12 FC: 73 bpm.

D: Exames Neurológico

Deficiência motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐

Pupilas: Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐

Glasgow: Abertura Ocular

Glasgow: Resposta Verbal

Glasgow: Resposta Motora

Escore: 4

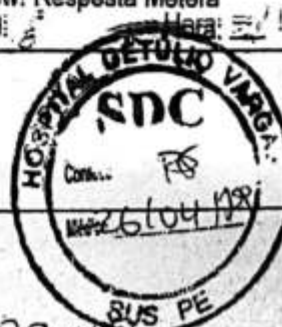
Hora: 21:30

Escore: 5

Hora: 22:15

Escore: 6

Hora: 21:30



HOSPITAL GETULIO VARGAS EMERGÊNCIA



E: Abdômen

Diagnóstico Inicial:

Exames Solicitados : 1 - Patologia Clínica

Exames Solicitados : 1 - Especializados

Resultado de Exames:

Tratamento / Procedimentos:

Indicação Cirúrgica: Sim ☐ Não ☐

Evolução de Enfermagem:

Diag. Definitivo:

Definição de Caso:

☐ Internamento ☐ Cirurgia ☐ Óbito ☐ Termo de Alta a Pedido ☐ Evadiu-se

Informação do Serviço Social

Confirmação do Nome:

Confirmação do Endereço:

Providências: Alta ☐ Transferência ☐ Estudo de Caso ☐ Exames Externos: ☐

Observações:

Autorização para Alta / Internamento / Transferência

Médico:

Termo de Responsabilidade Para Internamento:

- Estou ciente das normas existente neste Hospital, as quais integralmente e autorizo a realização de tratamentos, clínicos e/ou cirúrgicos, inclusive transfusões e sem os exames complementares e transporte se forem necessários.

Data: _____ Nome completo legível: _____

Nº da Identidade: _____ Assinatura: _____

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido:

- Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocômio, bem como tenho absoluta conhecimento sobre as consequências que deste ato possam advir.

Data: _____ Nome completo legível: _____

Nº da Identidade: _____ Assinatura: _____

Cadastramento: 19/03/2019 20:57 h CLAUDIOAS Impressão: 19/03/2019 20:57 h CLAUDIOAS

Médico

Guarany Soares de Vasconcelos
Médico
CRM-PE 25518



NOME:

Nº DO REGISTRO:

SETOR:

DATA DE ADMISSÃO:

**ASSINALAR COM X TODOS OS ITENS DE RISCO IDENTIFICADOS.
CONSIDERAR A EXISTÊNCIA DO RISCO QUANDO ASSINALAR UM OU MAIS ITENS.**

IDADE > OU IGUAL 65 ANOS

CRIANÇAS < OU IGUAL 5 ANOS

COMPROMETIMENTO NEUROLÓGICO

DEPRESSÃO E/OU ANSIEDADE

☒ PREJUÍZO DO EQUILÍBRIO DA MARCHA

DÉFICIT SENSITIVO, ACUIDADE AUDITIVA; TATO E VISUAL DIMINUÍDA

☒ HISTÓRIA PRÉVIA DE QUEDA

ALTERAÇÃO METABÓLICA (EX: HIPOGLICEMIA)

OBESIDADE MÓRBIDA OU BAIXO ÍNDICE DE MASSA CORPÓREA

SEDAÇÃO/ANESTESIA

MEDICAMENTO QUE ALTERAM O SISTEMA NERVOSO CENTRAL

URGÊNCIA URINÁRIA/INTESTINAL

HIPOTENSÃO ORTOSTÁTICA

PACIENTE CIRÚRGICO

CASO O PACIENTE APRESENTE UM OU MAIS FATORES DE RISCO, COLOCAR PULSEIRA ROXA NO MSD.

☒ COLOCADO PULSEIRA ROXA☐ NÃO SE APLICA

ENTREGA DO FOLDER DE ORIENTAÇÃO AO PACIENTE/ACOMPANHANTE:

☐ SIM☐ NÃO

ASSINATURA (ORIENTADO):

RECOMENDAÇÕES:

1. Orientar paciente e acompanhante quanto ao risco de queda e necessidade de solicitação da enfermagem para sua locomoção e mobilização;
2. Manter a cama na posição baixa, com rodas travadas e grades de proteção elevadas;
3. Orientar a não trancar portas;
4. Orientar a não andar nem circular na enfermaria ou corredor no momento da limpeza;
5. Manter a área de circulação, livre de móveis e utensílios;
6. Auxiliar na deambulação dos pacientes que apresentarem dificuldade de marcha ou déficit sensitivo ou motor;
7. Estimular o uso de acessórios de apoio;
8. Conscientizar a família sobre a importância da presença de um acompanhante e comunicar a enfermagem quando houver necessidade de ausentar-se;
9. Manter iluminação adequada durante a noite;
10. Orientar a evitar apoiar-se na cama, móveis e parapeitos de janelas;
11. Manter o acompanhamento da enfermagem no momento do transporte;
12. Orientar o acompanhante para ficar atento às brincadeiras das crianças e a utilização de brinquedos;
13. Não deixar o paciente sozinho no banheiro ou durante o banho;
14. Intensificar a atenção a pacientes que estão em uso de sedativo e hipnótico, tranquilizante, diurético, anti-hipertensivo, anti-parkinsonianos.

ENFERMEIRA/COREN:

HOSPITAL GETULIO VARGAS

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER_V2

Data e hora retirada da senha: 19/03/2019 20:51

	Nome Paciente:	ALEXSANDRO NOGUEIRA DE FREITAS
	Cód. Paciente:	
	Data de Nascimento:	12/07/1994
	Sexo:	Masculino
	Idade:	24
	Senha:	E0033
	Convênio:	
Atendimento:		
SAME:		

Período: 19/03/2019 20:52 - 19/03/2019 20:53

ZENAIDE MARIA PEREIRA DA SILVA BARROS - COREN: 56525 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: **AMARELO - URGENTE**

Cor: AMARELO

Queixa Principal: REFERE ACIDENTE DE MOTO COM DOR + EDEMA EM MID E MID + LESÃO EM DORSO HÁ +/- 2 H, NEGA DESMAIO E VOMITO

Observação: TRAZIDO PELO BOMBEIRO SEM SENHA

Fluxograma sintoma: TRAUMA MAIOR

Discriminador(es): - DOR MODERADA?

Especialidade: CIRURGIA GERAL

Sinais Vitais Lidos: - ESCALA DE GLASGOW ADULTO: 15
- REGUA DE DOR: 7

Acolhido(a) por: ZENAIDE MARIA PEREIRA DA SILVA BARROS - COREN: 56525 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 19/03/2019 20:53

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

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

NOME

GISELLE VALENCA DE MEDEIROS

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF

2574273 SSP PE

CPF

633.249.034-91

DATA NASCIMENTO

20/10/1966

FUNÇÃO

SOLO DE MEDEIROS

FILED

KIRIAN VALENCA DE
MEDEIROS

PERMISÃO

ACC

CALHES

Nº REGISTRO

03981614101

VALIDADE

28/10/2016

V. HABILITAÇÃO

12/11/1985

OBSERVAÇÕES

sem observações

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL

RECIFE - PE

DATA EMISSÃO

31/10/2011

ASSINATURA DO CENSO

18542471121

PE043470238

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

VÁLIDA EM TODOS
O TERRITÓRIO NACIONAL
473953700

PROIBIDO PLASTIFICAR
473953700

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

DETRAN - PE

Nº 014804051658

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO GENEALCULO

1 1038959052 ***** 2019

CILZA ESTELITA DE ARAUJO

PAULISTA-PB

921.043.984-87

PLACA

9C2KCL660R025252

ENS / MOTOCICLETA

ALCEG/GRSOL

HONDA/CG 150 TITAN EX

2014 2015

2P/149CL

CATEGORIA

VERMELHA

IPVA 2019 QUITANDO

1

PARCELAMENTO / COTAS

3

20.11

Q. 32

84.58

07/02/19

AL. FID. EV BILHETE/RA SA C F I

EXATISTA

05/04/19

DIRETOR PRESIDENTE DETRAN/PE

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

PE Nº 014804051658 BILHETE DE SEGURO DPVAT

CILZA ESTELITA DE ARAUJO

53403-495

RUA FERREIRA DE MORAES 1613

CASA V. TORRES GALVAO PAULISTA-PB

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
FAÇA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 0222 1204

1

921.043.984-87

PLACA

PCY4672

1038959052

HONDA/CG 150 TITAN EX

2014

09

9C2KCL660R025252

PRÊMIO TARIFÁRIO

36.05

4.01

40.06

4.15

0.32

84.58

07/02/19

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.348.405/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT
ELE É UM DOS DE FORTES OBRIGATORIO.

014804051658
RECIBO PE Nº

RECEBI O CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENÇA.

PCY4672

COD. RENOVAÇÃO
1038959052

ASSINATURA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0255721/20

Vítima: ALEXANDRO NOGUEIRA DE FREITAS

CPF: 700.242.744-02

CPF de: Próprio

Data do acidente: 19/03/2019

Titular do CPF: ALEXANDRO NOGUEIRA DE FREITAS

Seguradora: MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

GISELLE VALENCA DE MEDEIROS : 633.249.034-91

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

ALEXANDRO NOGUEIRA DE FREITAS : 700.242.744-02

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: 10/09/2020
Nome: GISELLE VALENCA DE MEDEIROS
CPF: 633.249.034-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/09/2020
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

GISELLE VALENCA DE MEDEIROS

Marta Marinho dos Santos

PROCURAÇÃO

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante abaixo qualificado confere ao outorgado, também qualificado, os poderes abaixo transcritos:

OUTORGANTE:

Nome: ALEXANDRO NOGUEIRA DE FREITAS
brasileiro (a), estado civil: SOLTEIRO, profissão: SERV. GERAIS,
RG nº 9.132.797 SDS/PE, CPF/MF nº 100.242.742-02, com
endereço residencial na 2ª TV S BENEDITO, Nº 81 C, PINA
RECIFE PE CEP 51018-652

OUTORGADO:

Nome: Giselle Valença de Medeiros, brasileira, advogada, RG nº 2574273 SSP/PE, CPF/MF nº 633.249.034-91, com endereço profissional à Rua Francisco Alves, 105, sala 104, Ilha do Leite, Recife – PE.

PODERES:

Amplios poderes para praticar os atos administrativos do Seguro Obrigatório – DPVAT.

Recife, 27 de maio de 2019.



Alexandro Nogueira de Freitas
outorgante

CARTÓRIO DO 11º DISTRITO JUDICIÁRIO PINA E BOA VIAGEM
Marta Azeiteiro L. A. Soares - Oficial - Tabelião
Francisco Emmanuel L. Soares - Subst. - Quedina Moraes de L. Gonçalves - Subst.
Aut. Engº Domingos Ferreira, 183 - Boa Viagem - Recife - PE - Fone: (81) 3326-0048

Reconheço por autenticidade a firma indicada de
Alexandro Nogueira de Freitas
lançada em minha presença. Dou fé.
Recife, 27 de maio de 2019 16:51:19

Em testemunho da verdade
Quedina Moraes de Lima Gonçalves (Substituta)
Emol. R\$ 3,39 TSNR R\$ 1,52 Total: R\$ 4,91
Selo: 0074799 DWF05201916.00348



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0255721/20

Vítima: ALEXANDRO NOGUEIRA DE FREITAS

CPF: 700.242.744-02

CPF de: Próprio

Data do acidente: 19/03/2019

Titular do CPF: ALEXANDRO NOGUEIRA DE FREITAS

Seguradora: MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

GISELLE VALENCA DE MEDEIROS : 633.249.034-91

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

ALEXANDRO NOGUEIRA DE FREITAS : 700.242.744-02

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: 10/09/2020
Nome: GISELLE VALENCA DE MEDEIROS
CPF: 633.249.034-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/09/2020
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

GISELLE VALENCA DE MEDEIROS

Marta Marinho dos Santos