

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, 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

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, 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

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Círculo(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - RG ou CPF

3 - CPF da vítima

4 - Nome completo da vítima:
400.942.744-02 ALEXANDRO NOGUEIRA DE FREITAS

5 - ESTADO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 415/2017

6 - CPF

7 - CPF

ALEXANDRO NOGUEIRA DE FREITAS

SERV. GERAIS
PINHA

8 - Endereço:

9º TV S. BENEDITO

9 - Número:

81

10 - Complemento:

(C)

11 - Bairro:

RECIFE

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

51018-652

15 - E-mail:

81983161306

16 - Tel (DDD):

81983161306

DADOS CADASTRAIS

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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: ITAÚ (341)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(7)

(Informar o dígito se existir)

(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 da 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.

23 - Declaro que o prazo de 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 custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por terceiro administrador, 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, e assim discorrer no seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado
civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo24 - 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: Sim Não29 - Se tinha filhos, informar
Vivos Falecidos30 - Vítima deixou
nascituro (varascer)? Sim Não31 - Vítima
teve irmãos? Sim Não32 - Se tinha irmãos, informar
Vivos Falecidos33 - Vítima deixou
parentéis vivos? Sim Não

28 - Declaro também que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem estar com vida e em plena saúde, ainda que de curta duração, caso a declaração não verdadeira possa gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, abatido de seu capitalista original, por infração ao artigo 229 do Código Penal.

34

35 - Nome da 1ª CEGUEIRA DE CUSTO DA REGIÃO

36 - CPF da 1ª CEGUEIRA DE CUSTO DA REGIÃO

37 - 1º TITULAR DA CEGUEIRA DE CUSTO DA REGIÃO

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

RECIFE, 03 DE SETEMBRO DE 2020

X ALEXANDRO NOGUEIRA DE FREITAS

(Assinatura da vítima/beneficiário/declarante)

40 - Assinatura da Poder de Ação (Poder)

41 - Assinatura da Poder de Ação (Poder)



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 - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **19/3/2019** no periodo 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 PÚBLICA**

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)**

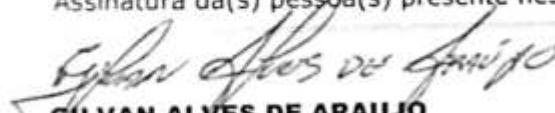
Placa: **PCY4672** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **103895905** Chassi: **9C2KC1660FR025252**
Ano Fabricação/Modelo: **2014/2015** Combustível: **ALCO/GASOL**
Descrição: **TITAN EX RENAVAM 1038959052**

VEÍCULO 2 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **BRANCA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

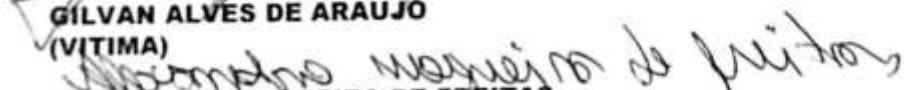
Complemento / Observação

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**

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Círculo(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - RG ou CPF

3 - CPF da vítima

4 - Nome completo da vítima:
400.942.744-02 ALEXANDRO NOGUEIRA DE FREITAS

5 - ESTADO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 415/2017

6 - CPF

7 - CPF

ALEXANDRO NOGUEIRA DE FREITAS

SERV. GERAIS
PINHA

8 - Endereço:

9º TV S. BENEDITO

9 - Número:

81

10 - Complemento:

(C)

11 - Bairro:

RECIFE

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

51018-652

15 - E-mail:

81983161306

16 - Tel (DDD):

81983161306

DADOS CADASTRAIS

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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: ITAÚ (341)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

7

(Informar o dígito se existir)

(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 da 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.

23 - Declaro que o prazo de 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 custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por terceiro administrador, 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, e assim discorrer no 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:

 Sim Não

29 - Se tinha filhos, informar

Vivos Falecidos

30 - Vítima deixou

nascer/renascer?

 Sim Não

31 - Vítima

 Sim Não

teve irmãos?

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos

Falecidos

33 - Vítima deixou

paráclaves vivos?

 Sim Não

Entendo e tenho que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente comprovado, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem estar vivos e em pleno exercer, ainda que queimado, o direito de declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal, por infração ao artigo 229 do Código Penal.

34

35 - Nome da 1ª testemunha (até 3 pedidos de roteiro)

36 - CPF da 1ª testemunha (até 3 pedidos de roteiro)

37 - RG da 1ª testemunha (até 3 pedidos de roteiro)

38 - 1º | Nome:

CPF

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF

Assinatura da testemunha

RECIFE, 03 DE SETEMBRO DE 2020

ALEXANDRO NOGUEIRA DE FREITAS

(Assinatura da vítima/beneficiário/declarante)

40 - Assinatura do representante legal (se houver)

FMS 001 V002 2012

CTC RECIFE PE PL2
BEATRIZ NOGUEIRA DE FREITAS
2 TV S BENEDETO 81 C
PINA
51011-652 RECIFE PE

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

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOSÉ DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-002
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-03



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

107-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. EDF 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

2001355309

Nº DA INSTALAÇÃO

002395198

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	0,38280179	71,10
Contrib. Ium. Pública Municipal			31,09
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	%	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPPOSTO
155,64	25,00	38,91	1,04	1,51	155,64	4,79	7,45

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo(kWh)-TUSD

0,28838999

Consumo Ativo(kWh)-TE

0,3102655006

HISTÓRICO DO CONSUMO

kWh

MAR 20

FEV 20

JAN 20

DEZ 19

NOV 19

OUT 19

SET 19

AGO 19

JUL 19

JUN 19

MAI 19

ABR 19

MAR 19

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

R\$ %

Geração de Energia

46,70 11,28

Transmissão

5,44 1,34

Eletrogeração (Celpe)

34,39 22,18

Encargos Saturação

8,08 5,20

Tributos

47,87 30,82

Páginas de Energia

10,02 8,44

TOTAL

155,64 100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL						
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº	CONSTANTE	AJUSTE
MC61974	CAT	14/02/2020	54.415,00	17/03/2020	54.611,00	32
					1,00009	0,99
						196,00

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

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL			
Jan/2020								
DNC-Não deixa sem Energia	GAZONETRO	0,00	25,00	53,17	104,34			
FIC-Não deixa sem Energia		0,00	3,11	6,32	12,43			
DNC-Duração média de Interrupção constante		0,00	12,22	0,00	0,00			
DNC-Duração da Interrupção em dia critico			Límite DCR: 12,22					
EURO-Valor do Encargo de Uso = R\$ 58,44								
Total Consumidor pode verificar a ocorrência das indicações DNC, FIC, DCR e qual seu tempo.								

INFORMAÇÕES IMPORTANTES						
Pague no ponto mais perto de você! ag correios forum ruy barbosa/avenida advogado josé paulo cavalcanti lila joana bessa / uniller/ avenida lins 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 no nível de tensão de fornecimento.						
Págto. em atraso gera multa 2% (Res 414/ANEEL), Juros 1% a.m.(Lei 10.438/02) e atualização monetária no prazo, mês.						
O Cliente é compensado quando há descumprimento de prazo definido para os padrões de atendimento comercial.						

NÍVEIS DE TENSÃO			
TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)		
	MINIMO	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 64

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/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSSEGURADO. 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 Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Giselle Valinco 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 700.942.744 / 02

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

inscrito (a) no CPF sob o Nº 700.942.744 / 02 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

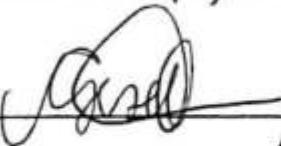
Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

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:	<u>Rua Francisco Alves</u>	Número:	<u>105</u>	Complemento:	<u>104</u>
Bairro:	<u>Ilha do Leite</u>	Cidade:	<u>Recife</u>	Estado:	<u>PE</u>
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**

C E R T I D Ã O

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

GSL

RS

Gustavo Souza Leão
CRM - 11075

Dr. Gustavo Souza Leão.

HOSPITAL GETULIO VARGAS
EMERGÊNCIA



1- IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: ALEXSANDRO NOGUEIRA DE FREITAS
Data Nasc.: 12/07/1994 Idade: 24 Sexo: MASCULINO
OPF: RG:

ATENDIMENTO: 698437

Prontuário: 1114127

Endereço: 20 TRAVESSA SAO BENEDITO

Bairro: PINA

CEP: 51011652

Fone: 83043467

Cidade: RECIFE

Nº: 81

Estado: PE

Nome da Mãe: SOLANGE MARIA NOGUEIRA

Acompanhante:

Profissão:

Nome do Conjugue:

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: *Quente vítima de colisão de moto (ciclistas na garupa). Não consegue se levantar: não consegue se levantar, não consegue se levantar. Presente impressão de espasmo. Tropismo para o lado esquerdo.*

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:

Condições de imobilização adequadas: Sim Não Transporte Realizado por:

Observações: *DMO HAS E Alergicos (dipiridam)*

Exame Físico:

A: Geral Via aérea está pélvia: Sim Não O paciente fala: Sim Não Temp.: Cº

EEG: A.G. consciente, orientado, imóvel, corado, hidratado, agradável.

B: Respiratório

Suspeita de dificuldade para respiração contínua.

C: Circulatório PA: x mmm Pulso: bpm:

PA: 110/70 mmHg, P: 111, FC: 73 bpm.

D: Exames Neurológico

Deficiência motora: MSD MSE MID MIE Pupilas: Isocônicas Anisocônicas

Glasgow: Abertura Ocular

Glasgow: Resposta Verbal

Escore: 1 Hora: 21:30

Escore: 5 Hora: 21:30

Glasgow: Resposta Motora

Escore: 5 Hora: 21:30



HOSPITAL GETULIO VARGAS
EMERGÊNCIA



E: Abdômen

Diagnóstico Inicial:

Exames Solicitados: 1 - Patologia Clínica

Exames Solicitados: 1 - Especializados

Resultado de Exames:

Prescrição

2 - Dieta zero

3 - Sopro no abdômen

Código Procedimento:

Nº 2

Ass. Médico + Carimbo

Código Procedimento:

Tratamento / Procedimentos: 1 - SFR, FFR, TENS em EV em 300

2 - SFR, 1000ml EV em 10h

3 - Leucocitofeno 100mg CFTA + 100ml SFC 0,9% EV 8h

Indicação Cirúrgica: Sim Não Motivo:

Evolução de Enfermagem:

6. Gastroenterologia

Ass. Médico + Carimbo

Ass. Enfermeira + Carimbo

Diag. Definitivo:

Definição do Caso:

Internamento Cirurgia Óbito Termo de Alta a Pedido Evadiu-se

Condicão de Alta:

Curado
 Inalterado
 Óbito

Melhorado
 Piorado

Informação do Serviço Social

Confirmação do Nome:

Assist. Social:

Confirmação do Endereço:

Assist. Social

Providências:

Alto Transferência Estudo de Caso Exames Externos:

Observações:

Autorização para Alta / Internamento / Transferência

Médico:

CRM/CRO:

Data:

Hora:

Termo de Responsabilidade Para Internamento:

- Estou ciente das normas existentes 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 nosocomio, bem como tenho absoluto 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

Nome: Smiles de Oliveira
CRM-PE 26513



NOME:

Alessandro Moyses de Freitas

Nº DO REGISTRO:

SETOR:

DATA DE ADMISSÃO:

9183/11

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, TATô 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	ASSINATURA (ORIENTADO):
NAO	

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.

10/01/2013
Eduardo
HGV

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:	

Periodo: 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 MÍD E MÍD + LESÃO EM DORSÔ 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

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

NOME

GISELLE VALENCA DE MEDEIROS



DOC. IDENTIDADE/ÓRG. EMISSOR/UF

2574273 SSP PE

09

DATA NASCIMENTO

633.249.034-91

20/10/1966

FUNÇÃO

SÓLON DE MEDEIROS

FILHO

MIRIAM VALENCA DE
MEDEIROS

POSSUIÇÃO

ACE

CARNE

0

Nº REGISTRO

03981614101

VENCIMENTO

30/10/2018

VALIDITAÇÃO

12/11/1985

OBSEVAÇÕES

sem observações

ANEXO 01 DA DOCUMENTAÇÃO

LOCAÇÃO

RECIFE - PE

DATA EMISSÃO

31/10/2011

18562471131
PE043470238

DISTRIBUIR PELA PERMANEÇO

VÁLIDA EM TOME
DE TERRITÓRIO NACIONAL
473953700

PRODUTO PLASTIFICADO

473953700

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS FINANÇAS

DENTRAN

SEGURADO COMPENSARÁ OS DANOS PESEJANTES CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OLTRENCHE SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO. - **SEGURADO DPMVAT**

014804051653

HOME 112

160

CILIA ESTELLEN DE ARDUO

PAULSEN-PE

T.I.N.S / MOTOCICLISTA		ALCOHOL/GASOL.	
MARCA / MODELO		ANO FAB.	ANO MONT.
HONDA/CG 150 TITAN EX		2014	2014

PRÉMIO TOTAL (R\$) — 100 (R\$)	PRÉMIO TOTAL (R\$) — 074,00 (R\$)
00 11	01.32 34.58

AU. FTD. BY GILDEMEISTER 10 C 71

SEGURADORA LÍDER • DPVAT

CHPJ D9-245-405-1001-04

DESTACOU E GUARDE O BILHETE. DPVA
VIAZ VENDE OS BILHETES DE TRES A Vinte

卷之三

— CÓD. RÉPAGAM —
1038959052

RECEBI O CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENÇA.

— DE —

ASIGNATURA

四

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 9.132.497-505/PE, CPF/MF nº 100.242.744-02, com
endereço residencial na 2º TUS 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:

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

Recife, 27 de maio de 2019.

CARTÓRIO DO 11º DISTRITO JUDICIÁRIO PINA E BOA VIAGEM

Maria Aparecida L.A. Soares - Oficial - Tabella
Francisco Emmanuel Lopes - Subst. - Cedima Moraes de Lima Gonçalves - Subst.
Av. Engº Domingos Ferreira, 183 - Boa Viagem - Recife - PE - Fone: (81) 3276-0048

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

Cedima Moraes de Lima Gonçalves (Substituta)

Emol. R\$ 3,39 TSNR R\$ 1,52 Total: R\$ 4,91

Selo: 0074789 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