

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

NOME: **ALEXANDRE SEVERINO DE SOUZA**
 DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR: UF
58073 MT PE
 CPF: **080.827.214-48**
 DATA NASCIMENTO: **15/10/1987**
 FILIAÇÃO:
LUIS SEVERINO DE SOUZA
MARIA KELIA DE SOUZA
 PERMISSÃO: **PROVISÓRIA**
 VALIDADE: **30/04/2010**
 DATA EMISSÃO: **13/07/2011**
 Nº REGISTRO: **35268367150**

OBSERVAÇÃO:
 A
 RAR

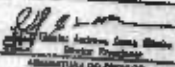
Assinatura: *Alexandre Severino de Souza*
 Assinatura de Portador: _____
 LOCAL: **CAMPINA, PE**
 Oficial: *André Luiz Sousa Ribeiro*
 Diretor Provisório
 Assinatura do Emissor: _____
PERNAMBUCO

DATA EMISSÃO: **16/05/2017**
 16906411760
 PE066367150

VALHA EM TODOS
 OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
1424730589
 PROIBIDO FALSIFICAR
1424730589

VÁLIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
1302534384

PRÉDIO PLASTIFLEX
1302534384

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO	
CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
NOME MARCON ANTONIO DE ALMEIDA	
	DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR / UF 4250494 SSP PE
	CPF 919.419.304-34
	DATA NASCIMENTO 16/05/1971
FILIAÇÃO MARCELO CORREIA DE ALMEIDA MARIA JOSE DE ALMEIDA	
PERMISSÃO []	AGE []
DET. HAB. []	[]
Nº REGISTRO 00495815750	VALIDADE 19/10/2021
PROMISSÃO 25/01/1999	
OBSERVAÇÕES SEM OBSERVAÇÕES	
LOCAL CARPIZ - PE	
DATA EMISSÃO 15/10/2016	
 Manoel Antonio Costa Neto Diretor Presidente ABRANTIA DO BRASIL	
38943336846 PR073270847	
DETRAN - PE (PERNAMBUCO)	

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES

DETRAN - PE

Nº 014085333107

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEICULO

04878157511

VIA
1

COD. RENAVAM

894418440

RATRO

NOME/ENDEREÇO

VALTER SIQUEIRA DA SILVA
RUA JOSE ANTONIO DE LIMA 7
CASA D FLORESTINHA
CARPINA-PE

55817-305

CPF/CNPJ

706.417.574-68

PLACA

KEG6274

NOME ANTERIOR

MARIA JOSE GOMES DA SILVA

PLACA ANT/UF

CHASSI

9C2KC08107R016969

ESPECIE TIPO

PAS /MOTOCICLETA

COMBUSTIVEL

GASOLINA

MARCA/MODELO

HONDA/CG 150 TITAN K3

ANO FAB. - ANO MOD.

2006 2007

CAP/POT/CL

2P/149CL

CATEGORIA

BARTIC

COR PREDOMINANTE

VERMELHA

20183734

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA

DOCUMENTO VALIDO SOMENTE PARA TRANSFERENCIA
EM LOCAL SEGURO

LOCAL

CARPINA-PE

DATA

09/11/18

Charles Andrews Sousa Ribeiro

Director Presidente DETRAN/PE

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios de Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0339042/19

Vítima: ALEXANDRE SEVERINO DE SOUZA

CPF: 080.827.214-48

Seguradora: ALFA SEGURADORA

Data do acidente: 11/12/2018

Títular do CPF: ALEXANDRE SEVERINO DE SOUZA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA : 919.419.384-34

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

ALEXANDRE SEVERINO DE SOUZA : 080.827.214-48

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: 01/10/2019
Nome: MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA
CPF: 919.419.384-34

MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 01/10/2019
Nome: Josyelli de Oliveira Cabral
CPF: 054.598.464-55

Josyelli de Oliveira Cabral

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Alexandre Severino De Souza
 DATA DO ACIDENTE 11/02/2018 CPF DA VÍTIMA 080.827.214-48
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____
 ENDEREÇO DO PORTADOR LO PRIMAVERA
 Nº 05 COMPLEMENTO _____ BAIRRO PRIMAVERA
 CIDADE PAUDALHO UF PE CEP 55825-000
 E-MAIL marcosfeitosa25@hotmail.com TELEFONE (81) 99534-7625

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- () BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () PROCURAÇÃO E CIRCULAR 445 (NO CASO DO REPRESENTANTE SER PROCURADOR)

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- () NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () PROCURAÇÃO E CIRCULAR 445 (NO CASO DO REPRESENTANTE SER PROCURADOR)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO**
- MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
 - COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
 - PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA

DATA _____
 IDENTIDADE 4259899
 ASSINATURA [Assinatura]

RESPONSÁVEL PELA DIGITALIZAÇÃO NA SEGURODORA

DATA _____
 NOME _____
 ASSINATURA _____

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190560346 **Cidade:** Paudalho **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALEXANDRE SEVERINO DE SOUZA **Data do acidente:** 11/12/2018 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE MALÉOLO LATERAL E MEDIAL DO TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (FIXADOR EXTERNO) E ALTA MÉDICA. (P1 P2 P7)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADO DO TORNOZELO
ESQUERDO.

**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 completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190560346 **Cidade:** Paudalho **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALEXANDRE SEVERINO DE SOUZA **Data do acidente:** 11/12/2018 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE MALÉOLO LATERAL E MEDIAL DO TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (FIXADOR EXTERNO) E ALTA MÉDICA. (P1 P2 P7)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADO DO TORNOZELO ESQUERDO.

**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 completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

Rio de Janeiro, 03 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190560346

Vítima: ALEXANDRE SEVERINO DE SOUZA

Data do Acidente: 11/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ALEXANDRE SEVERINO DE SOUZA

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, 13 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190560346

Vítima: ALEXANDRE SEVERINO DE SOUZA

Data do Acidente: 11/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ALEXANDRE SEVERINO DE SOUZA

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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: ALEXANDRE SEVERINO DE SOUZA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 341

Agência: 000002917

Conta: 0000010216-8

Tipo: CONTA CORRENTE

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: ☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 080.827.214-48 4 - Nome completo da vítima: ALEXANDRE SEVERINO DE SOUZA

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

5 - Nome completo: ALEXANDRE SEVERINO DE SOUZA 6 - CPF: 080.827.214-48
7 - Profissão: MAO ROSSUI 8 - Endereço: Rua Protetada 9 - Número: 72 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: CAMPO 12 - Cidade: CAPOA DE ITHERA 13 - Estado: RJ 14 - CEP: 55840-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 81-99253-2981

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\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.500,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.000,00 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: ITAU

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 2917 CONTA: 10216

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Capoa de Itabora 27/08/2019
Alexandre Severino de Souza

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Complete



Itaucard 2.0



Itaú

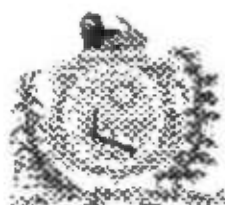
5202 3411 5465 2344

07/26

ALCANTARA S 3012A

Internatio

masterco



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 047ª CIRCUNSCRIÇÃO - PAUDALHO
DP47ªCIRC DINTER1/11ªDESEC

27/09/2019 17:05

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0137001994

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 27/09/2019 às
17:57

Complementa o BO Número: 19E0137001975

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia 11/12/2018 às 07:30

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE LAGOA DO ITAENGA, 1 - Bairro:**
CENTRO - LAGOA DE ITAENGA/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: **NAO INFORMADO**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
VALTER SIQUEIRA DA SILVA (OUTRO)
ALEXANDRE SEVERINO DE SOUZA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

ALEXANDRE SEVERINO DE SOUZA (presente no plantão) - Sexo: Masculino Mãe:
MARIA ZELIA DE SOUZA Pai: LUCAS SEVERINO DE SOUZA Data de Nascimento: 16/10/1987
Naturalidade: **PAUDALHO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **58073/MT/PE (RG),**
98982731448 (CPF) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 2º. GRAU COMPLETO Profissão:
VENDEDOR(A) Telefones Celulares:
- 997365811

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE LAGOA DO ITAENGA, 42, RUA PROJETA - CAMPO -**
CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - LAGOA DE ITAENGA/PERNAMBUCO/BRASIL

DESCONHECIDO (não presente no plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

VALTER SIQUEIRA DA SILVA (não presente no plantão) - Sexo:
Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **VALTER SIQUEIRA DA SILVA**,
que estava em posse do(a) Sr(a): **ALEXANDRE SEVERINO DE SOUZA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 TITAN K9** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KKG-6274** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **894413440** Chassi:

9C2KC02197R010900

Ano Fabricação/Modelo: **2006/2007** Combustível: **GASOLINA**

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

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMÓVEL/VW/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**

Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

RELATA ALEXANDRE SEVERINO DE SOUZA, QUE NA MANHÃ DO DIA 11.12.2018 CONDUZIA SUA MOTOCICLETA DE PLACA KKG-6274 NA VIA EM TELA, QUANDO AO PASSAR NUM CRUZAMENTO, UM AUTOMÓVEL NÃO RESPEITANDO A PREFERÊNCIA, COLIDIU CONTRA A LATERAL DE SUA MOTOCICLETA. A VÍTIMA INFORMA QUE; COM A COLISÃO ACABOU CAINDO AO CHÃO E, FRATURANDO A PERNA ESQUERDA. ALEXANDRE INFORMA TAMBÉM QUE FORA SOCORRIDO POR UMA AMBULÂNCIA DA CIDADE PARA O HOSPITAL LOCAL, SENDO POSTERIORMENTE TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS NO RECIFE, E EM SEGUIDA PARA O HOSPITAL ARMINDO MOURA EM MORENO.

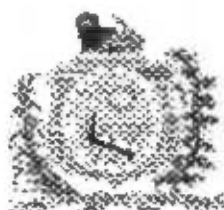
Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

Alexandre Severino de Souza

ALEXANDRE SEVERINO DE SOUZA
(VÍTIMA)

S.O. registrado por: **JOSE RICARDO RAMOS DE ANDRADE** - Matrícula: **319717-4**





**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 047ª CIRCUNSCRIÇÃO - PAUDALHO -
DP47ªCIRC DINTER1/H1ªDESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0137001975

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 23/09/2019 às 17:18

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia 11/11/2018 às 07:30

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE LAGOA DO ITAENGA, 1 - Bairro: CENTRO - LAGOA DE ITAENGA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **NÃO INFORMADO**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
VALTER SIQUEIRA DA SILVA (OUTRO)
ALEXANDRE SEVERINO DE SOUZA (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):
ALEXANDRE SEVERINO DE SOUZA

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

ALEXANDRE SEVERINO DE SOUZA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA ZELIA DE SOUZA Pai: LUCAS SEVERINO DE SOUZA Data de Nascimento: 18/10/1987 Naturalidade: PAUDALHO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 82873/MT/PE (RG), 8382721442 (CPF) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 2º. GRAU COMPLETO Profissão: VENDEDOR(A) Telefones Celulares: - 887366311

Endereço Residência: **MUNICÍPIO DE LAGOA DO ITAENGA, 42, RUA PROJETA - CAMPO - CEP: 55600-000 - Bairro: CENTRO - LAGOA DE ITAENGA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

VALTER SIQUEIRA DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): VALTER SIQUEIRA DA SILVA,

que estava em posse do(a) Sr(a): **ALEXANDRE SEVERINO DE SOUZA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 TITAN K3** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KK08274** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **894418440** Chassi:
9C2KC02107R016988
Ano Fabricação/Modelo: **2006/2007** Combustível: **GASOLINA**

GOL (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMÓVEL/YW/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

RELATA ALEXANDRE SEVERINO DE SOUZA, QUE NA MANHÃ DO DIA 11.11.2018 CONDUZIA SUA MOTOCICLETA DE PLACA KK0-8274 NA VIA EM TELA, QUANDO AO PASSAR NUM CRUZAMENTO, UM AUTOMÓVEL NÃO RESPEITANDO A PREFERÊNCIA, COLIDIU CONTRA A LATERAL DE SUA MOTOCICLETA. A VÍTIMA INFORMA QUE; COM A COLISÃO ACABOU CAINDO AO CHÃO E, FRATURANDO A PERNA ESQUERDA. ALEXANDRE INFORMA TAMBÉM QUE FORA SOCORRIDO POR UMA AMBULÂNCIA DA CIDADE PARA O HOSPITAL LOCAL, SENDO POSTERIORMENTE TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS NO RECIFE, E EM SEGUIDA PARA O HOSPITAL ARMINDO MOURA EM MORENO.

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

Alexandre Severino de Souza
ALEXANDRE SEVERINO DE SOUZA
(VITIMA)

B.O. registrado por:  **JOSE RICARDO RAMOS DE ANDRADE** - Matrícula: **219717-4**



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
UNIDADE MISTA JOSEFA CAVALCANTI
DE PETRIBÚ

Senha: 5574365

FICHA DE OBSERVAÇÃO/OU EMERGÊNCIA

110

11/ 12/ 18

Hora de Chegada:

07:53h

Hora de Salida:

Note:

Alexandre Serrenne de young

Registro N° 500.619

Second,

~~Ch~~

Made

431

Case

Estado Civil:

Naturalidade

Pseudolites - PE

Endericc

A. Manuel Hernandez

Responsible:

Eden (Virginia)

HDA.

Acidente motor-veículo, com fratura humeral (F) + contusão (E). 11 anos, com Glasgow 15.

EXAME FÍSICO

Pressão Arterial

130 x 80

Also

Temperatura:

Peso:

Reso.

HGT:

Diagnosis: CO

Rep: space $\rightarrow$ but not metric internal model
note taking?

PRESCRIÇÃO MÉDICA

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

① Travel 50 yd - 3 q. + 100 yd

② Arrest and return

920.941.5

$f \in \mathcal{C}_0^\infty(\mathbb{R}^n)$

09:2010

458609

Handwritten signature

Dr. Barbara Almeida
MEDICA
CRM-PB 11072
CREMEPE 25993

Assinatura do Médico - CREMEPE

ITAÚ – UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 09/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ALEXANDRE SEVERINO DE SOUZA

BANCO: 341

AGÊNCIA: 02917

CONTA: 000000010216-8

Autenticação:

2630C6C66C0E41BAE3AE7E4FB31FB611FA32764551AB326FB5A5E077B8D9C2ED

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 10.835.932/0001-00
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
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

PAULO AGOSTINHO DE SOUZA
CPF: 484.716.424-04 NIS: 16624422700

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA PROJETADA 42
CAMPO LAGOA ITAENGA
55840-000 LAGOA DE ITAENGA 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

29/08/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

50,25

DATA DE EMISSÃO DA NOTA FISCAL

22/08/2019

DATA DA APRESENTAÇÃO

22/08/2019

NÚMERO DA NOTA FISCAL

074568506

CONTA CONTRATO

007012009687

Nº DO CLIENTE

200080664

Nº DA INSTALAÇÃO

000565924

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

DF91.1267.85DF.8398.C8D4.91BE.31FF.EC9C

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,00	0,18124808	5,73
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,00	0,32784818	22,94
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	27,00	0,48175822	13,27
Acrescimo Bandeira AMARELA			0,30
Acrescimo Bandeira VERMELHA			2,33
Contrib. Ilum. Pública Municipal			5,68
TOTAL DA FATURA			50,25

EM ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE.

Vencido	De Receb	Valor
30/07/19	02/08/19	34,37
31/07/19	23/07/19	41,43

Este comunicado NÃO substitui avisos de débito anteriores e NÃO contempla débitos em discussão judicial. Caso a suspensão do fornecimento persista por dois ciclos de faturamento, poderá ocorrer o encerramento do contrato, podendo também sofrer cobrança conforme os critérios definidos no Art. 99, REB 414/Anatel. Podem ocorrer ações de cobrança, bem como inclusão nos registros de restrições de crédito SPC e SERASA.

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo até 30 kWh	0,18124808
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	0,32784818
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	0,47126380

HISTÓRICO DO CONSUMO

Mês	Consumo (kWh)
AGO 19	127
JUL 19	137
JUN 19	110
MAY 19	122
ABR 19	141
MAR 19	167
FEV 19	136
JAN 19	100
DEZ 18	114
NOV 18	141
OUT 18	142
SET 18	129
AGO 18	123

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Descrição	R\$	%
Geração de Energia	21,75	43,30
Transmissão	2,10	4,18
Distribuição (Cabo)	13,30	26,46
Encargos Setoriais	1,30	2,62
Tributos	1,84	3,68
Perdas de Energia	4,18	8,32
TOTAL	44,57	100

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
0,00		0,00	44,57	0,74	0,32	44,57	3,42	1,52

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
00000000000000000000	CAT	23/07/2018	7.407,00	22/08/2019	7.534,00	30	1,00000	0,00	127,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 29/09/2019

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	METAS MENSAL	METAS TRIMESTRAL	METAS ANUAL
Jun/2019					
DIC-Mo de horas sem Energia	GLORIA DO GOIA	0,00	5,67	11,34	22,69
FC-Mo de horas sem Energia		0,00	3,36	5,72	13,45
DMC-Duração máxima de Interrupção contínua		0,00	3,28	0,00	0,00
DICR-Duração de Interrupção em dia crítico					Limite DMC: 12,22
EU30-Valor do Encargo de Uso: R\$ 20,93					
Tudo é transmitido para a leitura e a aplicação das metas de interrupção de energia.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você (atm: av. São Sebastião 222 centro / livraria e papelaria nossa em: av. São Sebastião 145 centro). Liste completa em www.celpe.com.br.
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Vermelha. 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% (Res 414/ANEEL), Juros 1% a.m (Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês.
Isenção do ICMS conforme art. 9, XLVIII, a, 2.2.2. do RICMS-PE.
Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei Nº 10.438 de 26/04/02 - R\$ 32,60.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.
Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.

NÍVEL DE TENSÃO

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

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MES/ANO	TOTAL A PAGAR (R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
007012009687	08/2019	50,25	29/08/2019	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

838000000009 502500110075 012009687100 142200062133



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

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 0005943-93



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

MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA
CPF: 819.419.384-34 NIS: 12523181675

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

LO PRIMAVERA 5-PR -
PRIMAVERA/PAUDALHO
55825-006 PAUDALHO 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

24/09/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

52,77

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

17/09/2019

DATA DA APRESENTAÇÃO

17/09/2019

NÚMERO DA NOTA FISCAL

077730127

CONTA CONTRATO

007026223177

Nº DO CLIENTE

2915924566

Nº DA INSTALAÇÃO

0006458346

CLASSIFICAÇÃO

**B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS
Monofásico**

RESERVADO AO FISCO

A744.1899.5CF3.4049.11C5.4EBA.7738.6753

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	36,88	0,18168125	5,75
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,88	0,32911071	23,03
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	16,88	0,49386687	7,88
Acrescimo Bandeira VERMELHA			2,79
Contrib. Ilum. Pública Municipal			12,12
Multa por atraso-NF 070040833 - 18/07/19			0,73
Juros por atraso-NF 070040833 - 18/07/19			0,34
Atualização ICPM-NF 070040833 - 18/07/19			0,12
TOTAL DA FATURA			52,77

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS		PIS		COFINS	
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
0,00		0,00	38,46	0,81	0,31
					3,72
					1,48

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo até 30 kWh	0,18168125	BET 18	116
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	0,32911071	AGO 18	116
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	0,49386687	JUL 18	116
		JUN 18	128
		MAY 18	137
		ABR 18	135
		MAR 18	128
		FEV 18	108
		JAN 18	109
		DEZ 17	106
		NOV 17	112
		OUT 17	106
		BET 18	115

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
R\$	%
Geração de Energia	19,18 48,63
Transmissão	1,93 4,89
Distribuição (Celpe)	11,73 28,73
Encargos Setoriais	1,15 2,91
Tributos	1,77 4,49
Perdas de Energia	5,09 12,35
TOTAL	39,48 100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DE FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
000000003170284725	CAT	19/08/2019 2.724,00	17/09/2019 2.840,00	28	1,0088	0,00	116,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LECTURA: 18/10/2019

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

Descrição	CONJUNTO	VALOR APURADO	METÀ MENSAL	METÀ TRIM.	METÀ ANUAL
jul/2019					
DSC-No.de horas sem Energia	PAUDALHO	0,00	10,87	21,74	43,48
FIC-No.de vezes sem Energia		0,00	7,57	15,34	30,68
DMC-Duração máxima de Interrupção contínua		0,00	5,88	0,00	0,00
DICR-Duração de Interrupção em dia crítico					Limite DICR: 16,50
EUSD-Valor de Encargo de Uso - R\$ 18,33					

Toda Companhia pode solicitar a aprovação dos indicadores DSC, FIC, DMC e DICR a qualquer tempo.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você lanchonete Almeida: av costa e Silva centro / polimark comunicação
Assessor: r genuino Silva 48 centralista completa em www.celpe.com.br
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Vermelha. 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
lançamento do ICMS conforme art. 9, XLVIII, a, 2,2,2, do RICMS-PE.
Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei Nº 10.438 de 26/04/02 - R\$ 32,12.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

NÍVEL DE TENSÃO

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

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUÍ

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR (R\$)	VENCIMENTO
007026223177	09/2019	52,77	24/09/2019

TALÃO DE PAGAMENTO

Evite dobrar, perfurar ou rasurar.
Este canhoto será usado em leitora ótica.

83800000009 527700110074 026223177109 141900959235



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/DOCORIGINALA5PX?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 **MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA**

inscrito (a) no CPF/CNPJ **919.419.384** / **34** na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Alexandre Severino de Souza inscrito (a) no CPF sob o Nº **080.827.214-98**

do sinistro de DPVAT cobertura *incapacidade* da Vítima *Alexandre Severino de Souza*

inscrito (a) no CPF sob o Nº **080.827.214-98**, 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 Lider-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: LO PRIMAVERA	Número: 5 PR	Complemento: <i>Casa</i>
Bairro: PRIMAVERA	Cidade: PAUDALHO	Estado: PE
E-mail: <i>marcosfz@bolmail.com</i>		CEP: 55825-000
		Tel.(DDD): 81 99534-7625

Local e Data: **PAUDALHO** *27/08/2019*

X

Assinatura do Declarante

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

Eu, VALTER SIQUEIRA DA SILVA
RG nº 3991372, data de expedição 25/05/1999
Órgão SS SP, portador do CPF nº 406.417.574-68
com domicílio na cidade de CARPINA, no Estado de
PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA JOSÉ ANTONIO DE LIMA, nº 07
complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
ALEXANDRE SEVERINO DE SOUZA, cujo o condutor era
ALEXANDRE SEVERINO DE SOUZA
Veículo: MOTOCICLETA Modelo: Honda CG 150 TITAN KS Ano: 2006/2007
Placa: KK6-6274 Chassi: 9C2KC08107R016969
Data do Acidente: 11/12/2018

Local e Data: Carpina 27/08/2019

X Valter Siqueira da Silva
Assinatura do Declarante

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

CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO - CARPINA - TABELIONATO

Inscrição: Registro de Imóveis, Registro, Títulos e Documentos, Registro e Pessoas Jurídicas
do Cartório de Registro de Imóveis, 128, Rua Rio (R) 3021, 0470, Carina - PE - cartorio.cartorio@pe.com.br

Reconheço, Por Autenticidade a firma: VALTER SIQUEIRA DA
SILVA, lançada em minha presença dou fé.
CARPINA/PE 27/08/2019 14:29:24. Smol:3,51; TSMR:
0,80; FERC:0,80; Total: 4,91. Selo nº
0074807.QM007201902.03719. Consulte
autenticidade em www.tjpe.jus.br/epidigital
Marcia Michela Galdino da Silva, Tabelião
Selo:0074807.QM007201902.03719



HOSPITAL ARMINDO MOURA
PEP - Prontuário Eletrônico do Paciente

Emissão: 27/02/2019 11:07

Atendimento: 306601 Entrada: 27/02/2019 Hora: 10:06
Plano: SUS - REVISÃO
Responsável:
Médico Resp: HERMES WAGNER

Recepcionista: ROSALIA FABIANA OLIVEIRA
Matrícula:
Identidade:
C.N.S.: 898003912037428

Paciente: 1620309 ALEXANDRE SEVERINO DE SOUZA
Nascimento: 15/10/1987 (31 Anos e 4 Meses)
Endereço: RUA PROJETA
Bairro: CAMPO C.E.P.: 55840-970
Cidade: 2608503 LAGOA DO ITAENGA
País: LUCAS SEVERINO DE SOUSA
Mãe: MARIA ZELIA DE SOUZA
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: MASCULINO Cor: PARDA
Estado Civil: CASADO
C.P.F.: 08082721448
Identidade: 58073 - MT - PE
Telefone: / 997365811
G. Instrução:
Ocupação: VENDEDOR
Naturalidade: PAUDALHO

ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

Em: 08/02/2019 - 13:02

AValiação (Dr. HERMES WAGNER CRM 8963)

Queixa do paciente:

PACIENTE COM FRATURA DE TORNOZELO TRATADO COM FIXADOR EXTERNO

Exame físico:

EDEME 2+/5+ EM PÉ E TORNOZELO, BOAS CONDIÇÕES DE PELE

Hipótese diagnóstica:

FRATURA DE TORNOZELO

Prescrição/Conduta:

	Horario/Checkagem
01 - RETIRAR FIXADOR EXTERNO	
02 - RETORNO COM 2 SEMANAS	
03 -	
04 -	

Reavaliação:

Material Utilizados: (Enfermagem/Imobilização)

COMANDA:

Hospital Memorial Armindo Moura
SAME
Serviço de Arquivo Médico e Estatística
Fone: (81) 3535-2013
Av. Cleto Campelo, S/N - Moreno-PE

Senha: 5574365

FICHA DE OBSERVAÇÃO/OU EMERGÊNCIA

110

11/ 12/ 18

Hora de Chegada:

07:53hr

Hora de Salida:

Note:

Alexandre Serrenne de young
Idade. 31 Cor.

Registro N°

500.619

Second,

idade

41

Cor:

Estado Civil:

Naturalidade

Pamela - PE

Endericc

A. Marcel Hermoso

Responsible:

Elchusa (Virginia)

HDA.

Acidente moto-carro, de um tangulo (F) + corte
nao (E). 11 anos curando
Glasgow 15.

EXAME FÍSICO

Pressor Arterial:

130 x 80

Pulse

Temperatura:

Peso:

Reso...

HGT:

Diagnosis: CO

Rep: $\mathcal{C} \rightarrow \mathcal{D}$ homom. $\Rightarrow$ but we make an internal model
into terms?

PRESCRIÇÃO MÉDICA

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

① Travel 50% of 4000 = 2000

CZD 9 K EN

② Answer none

f f r l o o

09:2010

458609

Handwritten signature

Dr. Barbara Almeida
MEDICA
CRM-PB 11072
CREMEPE 25993

Assinatura do Médico - CREMEPE

**SES****HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS**End. Rua Aprígio Guimarães S/N Tejipió – Recife – PE **PABX 31828500****RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL**

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	1ª VIA FARMÁCIA 2ª VIA PACIENTE
NOME COMPLETO: CRM-PE: DATA:	
PACIENTE: ALEXANDRE SEVERINO DE SOUZA ENDEREÇO: PRESCRIÇÃO: PACO 30 MG ----- 01 CAIXA 01 DE 8/8H SE DOR MUITO FORTE	
IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
NOME: _____ IDENTIDADE: _____ ORG EMISSOR: _____ END: _____ CIDADE: _____ FONE: _____ UF: _____	ASSINATURA DO FARMACEUTICO DATA: ____/____/____

**SES****HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS**End. Rua Aprígio Guimarães S/N Tejipió – Recife – PE **PABX 31828500****RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL**

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	1ª VIA FARMÁCIA 2ª VIA PACIENTE
NOME COMPLETO: CRM-PE: DATA:	
PACIENTE: ALEXANDRE SEVERINO DE SOUZA ENDEREÇO: PRESCRIÇÃO: PACO 30 MG ----- 01 CAIXA 01 DE 8/8H SE DOR MUITO FORTE	
IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
NOME: _____ IDENTIDADE: _____ ORG EMISSOR: _____ END: _____ CIDADE: _____ FONE: _____ UF: _____	ASSINATURA DO FARMACEUTICO DATA: ____/____/____



RECEITUÁRIO / REQUISIÇÃO DE EXAMES

ROT 008-02.V1

NOME: Alexandra Severina De Souza
DATA DE NASCIMENTO: 10/05/33
CLÍNICA: _____ ENFERMARIA: _____

Declaração

Paciente PI por providenciarmos,
que o paciente sofria de
Encefalite e internado na UBS
para Leito B-2 desde 13/12/12.
Não há previsão de alta.

DATA: 02/05/13

Ricardo G. Vitor
CRM - PE 6400
Médico
MÉDICO-CRM

DATA DA
HOMOLOGAÇÃO

Rua Aprigio Guimarães, S/N - Tejipió,
Recife - PE
CEP: 50920 - 640
Telefone: 3182-8500

DATA DA REVISÃO

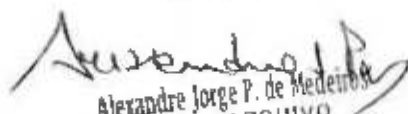
HOF 075

DECLARAÇÃO

Recife, 20 de Dezembro de 2018

Declaramos para os devidos fins que o Sr. Alexandre Severino de Souza, Prontuário Médico nº1075332, encontra-se hospitalizado na Clínica de Traumatologia Posto II enf.23 leito 02 nesta Unidade de Saúde, com data de admissão em 11/12/18 às 11h21min.

Atenciosamente,


Alexandre Jorge P. de Medeiros
SAME - ARQUIVO
Mat: 232.791.0
HOSP. OTÁVIO DE FREITA - PE

Obs. Informações retiradas do nosso sistema de admissão de pacientes - SQUIMV.

ATENÇÃO: Este documento destina-se a comprovação de atendimento/internamento hospitalar para: INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO AMBULATORIAL.

Rua Aprígio Guimarães, S/N - Sãocho - Recife - PE CEP 50.920-640

010.103.087.223

RECEITUÁRIO



Armando Moura
HOSPITAL GERAL

✓ Alexandre Severino de
Souza

Declaro que o paciente
acima inscrito-se em
tratamento por fratura
do terço da 2ª fíbula e
inicialmente com fixador
externo por abertura aberta.
No momento em que com
leve dor no local fraturado
do maléolo lateral e Rx
ainda imagem de linha
ossea completa. Sugiro
distensão da atividade
por mais 60 dias.
CDV. 582.5 + 582.6 24/11/13

Dr. Armando Moura - Hospital Geral - Rua Campello, 374 - 410-000 - Belo Horizonte - MG - 5535-1011



RECEITUÁRIO / REQUISIÇÃO DE EXAMES

ROT 008-02.V1

NOME:

Alfonso Severino de Souza

DATA DE NASCIMENTO:

REGISTRO:

1045332

CLÍNICA:

ENFERMARIA:

23-2

Declaração Médica

Declaro por escrito que o paciente
foi submetido a cirurgia no ouvido
esquerdo em 15/10/12 por Fátima Lima
da Silva, Tm 010, Aguardo Melho-
ria de Saúde para programar
um novo diagnóstico. Se houver
de Alta Hospitalar

DATA:

15/10/12 CID: 582

MÉDICO CRM

DATA DA
HOMOLOGAÇÃORua Aprígio Guimarães, S/N - Tejipió,
Recife - PE
CEP: 50920-640
Telefone: 3182-8500

DATA DA REVISÃO

HOF 075