
Rio de Janeiro, 19 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190709581

Vítima: ALEXSANDRO ALAMBERG DA SILVA MELO

Data do Acidente: 17/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ALEXSANDRO ALAMBERG DA SILVA MELO

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, 26 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190709581

Vítima: ALEXSANDRO ALAMBERG DA SILVA MELO

Data do Acidente: 17/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), ALEXSANDRO ALAMBERG DA SILVA MELO

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 17/09/2019, emitido pelo Dr. PEDRO H S FONTES CRM nº 27713 - PE, da Instituição FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE TAQUARITINGA DO NORTE, que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
107.424.394-37 ALEXSANDRO ALAMBERG DA SILVA MELO

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

5 - Nome completo: ALEXSANDRO ALAMBERG DA SILVA MELO 6 - CPF: 107.424.394-37
7 - Profissão: REC. INF 8 - Endereço: RUA RIO UNA 9 - Número: 02 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: BRASILIA 12 - Cidade: TAGUARITINGA DO NORTE 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55790-000
15 - E-mail: PFSEGUROS1994@YAHOO.COM.BR 16 - Tel.(DDD): 81-99665-0454

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: SANTANDER

AGÊNCIA: 4147 CONTA: 1018916
(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 (assinalar 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 assinalado, 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) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (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

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, TAGUARITINGA DO NORTE 27/09/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 130ª CIRCUNSCRIÇÃO - TAQUARITINGA DO NORTE -
DP130ªCIRC DINTER1/17ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0220000627**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **03/10/2019** às **15:26**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **17/9/2019** às **21:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE TAQUARITINGA DO NORTE, 1, BAIRRO MARILIA - PRÓX AO POSTO DO INSS - Bairro: CENTRO - TAQUARITINGA DO NORTE/PERNAMBUCO /BRASIL**

Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
PEDRO BEZERRA DE LIMA (OUTRO)
ALEXSANDRO ALAMBERG DA SILVA MELO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **ALEXSANDRO ALAMBERG DA SILVA MELO**



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

ALEXSANDRO ALAMBERG DA SILVA MELO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: ROSIMERY GALINDO DA SILVA MELO Pai: SANDRO ALAMBERG DE MELO Data de Nascimento: 28/5/1993 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE TAQUARITINGA DO NORTE, 02, RUA RIO UNA - CAPIBARIBE, N 02 - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - TAQUARITINGA DO NORTE/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE TAQUARITINGA DO NORTE, 1 - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - TAQUARITINGA DO NORTE/PERNAMBUCO/BRASIL**

PEDRO BEZERRA DE LIMA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Data de Nascimento: 1/1/1990 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: **RUA MANJERICAO, 1 - CEP: 55000-000 - Bairro: ENGENHO VELHO - JABOATAO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **PEDRO BEZERRA DE LIMA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ALEXSANDRO ALAMBERG DA SILVA MELO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PFE4559** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **257470778** Chassi: **9C2KD0550BR507509**

Ano Fabricação/Modelo: **2010/2011** Combustível: **ALCO/GASOL**
Descrição: **MODELO HONDA NXR150 BROZ ES**

Complemento / Observação

RELATA A VÍTIMA QUE CONDUZIA A MOTOCICLETA DE PLACA PFE-4559, PRÓXIMO AO POSTO DO INSS DESTE MUNICÍPIO E QUE NO MOMENTO ESTAVA CHOVENDO, QUANDO SE ACIONOU O FREIO DIANTEIRO A MOTOCICLETA CAPOTOU TENDO A MESMA CAÍDO EM CIMA DA PERNA DIREITA DA VÍTIMA, OCASIONANDO LESÕES PELO CORPO. INFORMA QUE APÓS O ACIDENTE DEU ENTRADA NO HOSPITAL SEVERINO PEREIRA, NESTE MUNICÍPIO, ONDE RECEBEU ATENDIMENTOS MÉDICOS. É O QUE CUMPRE REGISTRAR.

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

Alexsandro Alamborg da Silva Melo
ALEXSANDRO ALAMBERG DA SILVA MELO
(VITIMA)

B.O. registrado por: *Edjane de Cassia Martins Pereira* - Matrícula: 3873021



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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
107.424.394-37 ALEXSANDRO ALAMBERG DA SILVA MELO

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

5 - Nome completo: ALEXSANDRO ALAMBERG DA SILVA MELO 6 - CPF: 107.424.394-37
7 - Profissão: REC. INF 8 - Endereço: RUA RIO UNA 9 - Número: 02 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: BRASILIA 12 - Cidade: TAGUARITINGA DO NORTE 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55790-000
15 - E-mail: PFSEGUROS1994@YAHOO.COM.BR 16 - Tel.(DDD): 81-99665-0454

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: SANTANDER

AGÊNCIA: 4147 CONTA: 1018916
(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 (assinalar 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 assinalado, 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) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (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

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, TAGUARITINGA DO NORTE 27/09/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02
NOTA FISCAL - FATURA - CARTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-900
CNPJ 10.835.832/0001-08 | Insc. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
ROSIMERY GALINDO DA SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA RIO UNA 12

CPF 845 895 314-53

BRASILIA/TAQUARITINGA DO NORTE
TAQUARITINGA DO NORTE PE
55790-000

CLASSIFICAÇÃO
BT RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

NOTA FISCAL 7029233440 MÊS 09/2019

DATA DE EMISSÃO 27/09/2019 DATA DE VENCIMENTO 23/10/2019

TOTAL A PAGAR (R\$) 58,39

Nº DA METERIAL	TIPO DE	PERÍODO
078300678	UNICA	20/09/2019
Nº DO CLIENTE	Nº DO METERIAL	Nº DO METERIAL
2001600302	2001600302	5579012

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (Wh)	81,0000000	0,77952320	47,55
Acrescimo Bandeira VERMELHA			3,48
Contrib. Ilum. Pública Municipal			3,77
ICMS Subvenção CDE-NF 070720751-23/07/19			0,75
Multa por atraso NF 070720751-23/07/19			1,70
Juros por atraso NF 070720751-23/07/19			1,18
TOTAL DA FATURA			58,39

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL							
Nº DO METERIAL	TIPO DA	ANTERIOR	ATUAL	Nº DE	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
078300678	CAT	2202019	1735,00	25	1,3330		81,00

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
TIPO DE CONSUMO	VALOR DO CONSUMO
SET 18	81
AGO 18	79
Jul 18	107
JUN 18	130
MAY 18	110
ABR 18	123
MAR 18	127
FEB 18	126
JAN 18	158
DEZ 18	158
NOV 18	178
OUT 18	148
SET 18	130

Na data de fatura a bandeira em vigor é a VERMELHA. O cliente é beneficiário da Tarifa Social de Energia Elétrica (TSE) e possui direito à redução de 35% no valor da fatura. O cliente é beneficiário da Tarifa Social de Energia Elétrica (TSE) e possui direito à redução de 35% no valor da fatura. O cliente é beneficiário da Tarifa Social de Energia Elétrica (TSE) e possui direito à redução de 35% no valor da fatura.

ATENÇÃO! A CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO					
EM ATÉ 15 DIAS DÉBITOS EXISTENTES CAUSAM CORTE					
VENCIMENTO	DEBITO	VALOR	VENCIMENTO	DEBITO	VALOR
20/09/19	DEBITO	20,00 R\$	20/09/19	DEBITO	20,00 R\$

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA NAS INTERRUPÇÕES			
CONSUMO	VALOR ANUAL	LIMITE ANUAL	LIMITE TRIMESTRAL
BT	0,33	5,31	15,62
FT	2,00	3,33	6,67
BT+FT	2,33	8,64	12,35
LIMITE DIÁRIO	12,22	BLVD - Valor do Sistema de Uso do Sistema de Distribuição - R\$ 18,00	

CONTA 7029233440 MÊS 09/2019 DATA 27/09/2019 TOTAL A PAGAR (R\$) 58,39

Pagamento através de Débito Automático em Conta Corrente.

Banco 033-7 Agência 4147

Com o débito automático sua conta fica sempre em dia. Você pode solicitar o cancelamento do serviço a qualquer momento. Para mais informações ligue 116



Tarifa, Sodal de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02
NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50750-602
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Ins. Est. 0005943-03 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

ADRIANA MARIA GOURA DE A. FERNANDES

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA JOÃO BATISTA 210

CPF: 045.234.444-04

CENTRO D'URBEM
SURI, BIM PE
55750-000

CLASSIFICAÇÃO DE TIPO DE CLIENTE RESIDENCIAL

Nº DA NOTA FISCAL 07/10/2019
BENS Q & A 07/10/2019

APRESENTAÇÃO 07/10/2019
Nº DO CLIENTE 2011159100
Nº DA INSTALAÇÃO 175.000

NOTA CONTRATO 7005749888
MÊS 10/2019

DATA DE EMISSÃO 14/10/2019
DATA DE VENCIMENTO 07/11/2019

TOTAL A PAGAR (R\$) 102,74

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	108,000000	0,81069952	87,56
Acrescimo Bandeira AMARELA			0,50
Acrescimo Bandeira VERMELHA			5,01
Contribuição Pública Municipal			8,84
ICMS Subvenção COE NF 085224776-04/07/19			0,78
ICMS Subvenção COE NF 073044763-05/09/19			0,80
Multa por atraso NF 075948394-04/09/19			1,35
Juros por atraso NF 075948394-04/09/19			0,11

TOTAL DA FATURA

102,74

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MÊS ANTERIOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA	ANTERIOR LEITURA	DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
03/09/19	1.1	04/09/2019	36.138,00	07/10/2019	36.250,00	33	1.000,00		108,00

DECOMPOSIÇÃO DO CONSUMO



INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
91,08	20,00	23,26
91,08	1,20	1,30
91,08	5,50	5,51

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Descrição de Encargos	R\$	%
Consumo Ativo	87,56	85,33%
Acrescimo Bandeira	5,51	5,37%
Distribuição (Celpe)	19,89	19,37%
Perdas de Energia	0,17	0,17%
Encargos Setoriais	4,81	4,69%
Tributos	25,08	24,37%
Total	102,74	100%

Consumo Ativo

TARIFAS APLICADAS

0,5463380

RESERVADO PARA FISCAL

COE-BE-19-0000-0000-0000-0000-0000-0000

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no cartão de crédito, cheque ou depósito bancário. Para mais informações, consulte o site www.celpe.com.br. A Companhia Energética de Pernambuco não se responsabiliza por erros de leitura ou de emissão de notas fiscais. O cliente deve conferir os dados de leitura e de emissão de notas fiscais e, em caso de divergência, entrar em contato com a Companhia Energética de Pernambuco. O cliente deve manter as notas fiscais por 5 (cinco) anos, a partir da data de emissão, para fins de comprovação de pagamento de impostos e de ressarcimento de créditos de impostos.

As condições gerais de fornecimento de energia elétrica estão disponíveis no site www.celpe.com.br.

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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 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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu EDUARDO JOSE DE A. FERNANDES inscrito (a) no CPF 574.940.534 / 68 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário ALEXSANDRO ALAMBERG DA SILVA MELO inscrito (a) no CPF sob o Nº 107.424.394 / 37, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima ALEXSANDRO ALAMBERG DA SILVA MELO, inscrito (a) no CPF sob o Nº 107.424.394 / 37, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

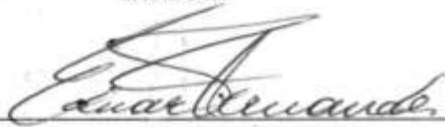
☒ Recuso informar

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 JOÃO BATISTA</u>		Número <u>370</u>	Complemento <u>CASA</u>
Bairro <u>CENTRO</u>	Cidade <u>SURUBIM</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55750-000</u>
Email <u>RFSGUROS1994@YAHOO.COM.BR</u>		Telefone comercial(DDD) <u>81-99665-0454</u>	Telefone celular (DDD) <u>81-98133-5022</u>

TAGUARATINGA, 17 de DEZEMBRO de 2019
DO NORTE Local e Data


Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, PEDRO BEZERRA DE LIMA,
RG nº 3.059.104, data de expedição 30/10/13,
Órgão SDS/PE, portador do CPF nº 460.403.924/53, com
domicílio na cidade de TAQUARITINGA DO NORTE, no Estado de
PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
_____, nº _____,

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 ALEXSANDRO ALAMBERG DA S. Melo, cujo o condutor era
ALEXSANDRO ALAMBERG DA S. Melo.

Veículo: MOTOCICLETA.
Modelo: NXR 150 BEOS
Ano: 2010
Placa: PFE-4559
Chassi: 9CZKD0550BR507509
Data do Acidente: 17/09/2019.
Local e Data: TAQUARITINGA DO NORTE (PE), 27/09/2019.



Pedro Bezerra de Lima
Assinatura do Declarante

Alexsandro Alamborg da Silva Melo

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



**FUNDATA**

Fundação Municipal de Saúde de Taquaritinga do Norte
Mantenedora do HOSPITAL GERAL SEVERINO PEREIRA DA SILVA
CNPJ-01.683.480/0001-03

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o **Sr. Alexsandro Alamberg da Silva Melo**, nascido 28 de maio 1993, deu entrada neste hospital no dia 17 de setembro de 2019 em caráter de urgência, Vítima de acidente de trânsito, conforme consta em nosso arquivo ficha ambulatorial em anexo.

Taquaritinga do Norte, 25 de setembro de 2019.


Hidequel Diniz Bezerra da Silva
Presidente-FUNDATA-Em Exercício
Portaria nº. 295/2019

62

NOME: ALEXANDRO ALAMBERG DA SILVA MELO SEXO: M
IDADE: 26 COR: PARDA ESTADO CIVIL: SOLTEIRO CPF: SUS:
PAI: MÃE:
ENDEREÇO: RUA DA PAPOLAS Nº
BAIRRO: ZAMBA CIDADE: TAQUARITINGA DO NORTE UF: PE

$$D_1 N$$

28/05/1993

ATENDIMENTO MÉDICO

PRESSÃO ARTERIAL: _____ PULSO: _____ BPM: _____ PESO: _____
HGT: _____ TEMPERATURA: _____

ANAMNÉSIA

Queda da mata em ~~to~~ Neja Arambá,
disponível em diversas partes, mas capote. Para
da mata sobre uma ladeira.

() ALTA () OBSERVAÇÃO () INTERNAMENTO () TRANSFERÊNCIA () ÓBITO

PROCEDIMIENTO:

Discrepancy Comp / 1 cup 11 cups 23:05
Vetarian / 1 cup 11 cups 23:05
Kx de MID (K, tomogila 2 pelhos) amantia pela
manhã
imobilização total leito.

Pedro H. S. Fontes
MÉDICO
CRM-PE 27713

ATEDENTE: NEVES



Ministério da Fazenda
Receita Federal



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número

107.424.394-37

Nome

ALEXSANDRO ALAMBERG DA SILVA MELO

Nascimento

28/05/1993

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

1219484604
VÁLIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS

1219484604
PROIBIDA PLASTIFICAR

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

DOC. IDENTIDADE / CNH, RG, PASSAPORTE / UF
3892028 SSP PE

CPF
574.940.534-68

DATA NASCIMENTO
04/06/1968

PLACÃO
AMARO FERNANDES DE
OLIVEIRA SOBRINHO
DALVANI COSTA DE
ALBUQUERQUE FERNANDES

PERMISSÃO **ACC** **CAT. HABIL.**
3.D

Nº REGISTRO **VALIDADEZ** **EMISSÃO**
01410701208 15/12/2020 25/09/1986

OBSERVAÇÕES
A

LOCAL **DATA EMISSÃO**
SANTA CRUZ DO CAPIMANIM - PE 14/12/2015

47567078291
PE070298467

DETRAN - PE - PERNAMBUCO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

DETRAN - PE
Nº 014B02009930
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1
COD. RENAVAM 257470778
R.A.T.R.C. *****
EXERCÍCIO 2019

NOTA
PEDRO BEZERRA DE LIMA

TAQ. DO NORTE-PE 0

CPF / CNPJ 460.463.724-53
PLACA PFE4559

PLACA ANT. / LI 9C2KD0550BR507509
QUASSI

ESPÉCIE TIPO
PAS / MOTOCICLETA
COMBUSTÍVEL
ALCO / GASOL

MARCA / MODELO
HONDA / NXR150 BROS ES
ANO FAB. 2010
ANO MOD. 2011

CAP. / POT. / CL. CATEGORIA
25 / 149CL PARTIC
COR PREDOMINANTE
VERMELHA

COITA ÚNICA
IPVA 2019 QUITADO
VENÇ. COITA ÚNICA
1º *****
2º *****
3º *****

FAIXA IPVA
PARCELAMENTO / COTAS

PREMIO TARIFARIO (R\$) 80.11
IOF (R\$) 0.32
PREMIO TOTAL (R\$) 84.58
DATA DE PAGAMENTO 22/02/19

SEM RESERVA

OBSERVAÇÕES

TAQ. DO NORTE-PE
ROBERTO CARLOS MORAES FORTALIMA
22/02/19

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PE Nº 014B02009930 BILHETE DE SEGURO DPVAT

PEDRO BEZERRA DE LIMA

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

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

0

TAQ. DO NORTE-PE
EXERCÍCIO 2019
DATA EMISSÃO 22/02/19

VIA 1
COD. RENAVAM 460.463.724-53
PLACA PFE4559

MARCA / MODELO
HONDA / NXR150 BROS ES
ANO FAB. 2010
1º QUASSI

CAP. / POT. / CL. CATEGORIA
25 / 149CL PARTIC
COR PREDOMINANTE
VERMELHA

COITA ÚNICA
IPVA 2019 QUITADO
VENÇ. COITA ÚNICA
1º *****
2º *****
3º *****

FAIXA IPVA
PARCELAMENTO / COTAS

PREMIO TARIFARIO (R\$) 36.05
IOF (R\$) 4.01
PREMIO TOTAL (R\$) 40.06
DATA DE PAGAMENTO 22/02/19

SEM RESERVA

OBSERVAÇÕES

TAQ. DO NORTE-PE
ROBERTO CARLOS MORAES FORTALIMA
22/02/19

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 09.344.608/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT
SE NÃO DE POSTO OBRIGATORIO.

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0459707/19

Vítima: ALEXSANDRO ALAMBERG DA SILVA MELC

CPF: 107.424.394-37

CPF de: Próprio

Data do acidente: 17/09/2019

Titular do CPF: ALEXSANDRO ALAMBERG DA SILVA MELO

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 574.940.534-68

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

ALEXSANDRO ALAMBERG DA SILVA MELO : 107.424.394-37

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: 18/12/2019
Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 574.940.534-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/12/2019
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Marta Marinho dos Santos

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190709581 **Cidade:** Taquaritinga do Norte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALEXSANDRO ALAMBERG DA SILVA **Data do acidente:** 17/09/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A
MELO

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA EM MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

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

PROCURAÇÃO:

OUTORGANTE

NOME:	ALEXSANDRO ALAMBERG DA SILVA MELO.
NACIONALIDADE:	BRASILEIRA
PROFISSÃO:	REC. INF.
IDENTIDADE:	8.656.119 - SDS/PE.
DATA DO ACIDENTE:	17/09/2019.
COBERTURA:	INVALIDEZ.
VÍTIMA:	ALEXSANDRO ALAMBERG DA SILVA MELO.
ENDEREÇO:	

OUTORGADO

NOME-	EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES.
NACIONALIDADE-	BRASILEIRA.
PROFISSÃO-	FUNÇÃO PÚBLICA APOSENTADO.
IDENTIDADE-	3092028- SDS/PE e CPF- 574.940.534/68.
ENDEREÇO-	RUA JOÃO BATISTA, Nº 370, CENTRO, SUBURBIM (PE).

PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR E OUTORGADO, ACIMA QUALIFICADO, A QUEM CONFIO PODERES PARA REPRESENTAR-ME PERANTE AS SEGURADORAS QUE CONSTUI O CONSÓRCIO DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

Luis Otávio Prazin Bezerra
- Substituto -

TAQUARITINGA - PE 27 DE SETEMBRO DE 2019
DO NORTE

CARTÓRIO
Taquaritinga do Norte
Serviço Notarial e Registral

Rua Cel. Tejo, 19-A - Centro - Taquaritinga do Norte - PE
Fone: (81) 3733-1085 - E-mail: arf@taquaritinga-pe@bol.com.br

Reconheço por autenticidade a firma de: ALEXSANDRO ALAMBERG DA SILVA MELO. Dou fé. Taq. do Norte, 27/09/2019. Em test⁹ da verdade.

(a) LUIS OTÁVIO PRAZIN BEZERRA - Substituto (Emol: R\$ 3,39. TSNR: R\$ 0,80. FERC: 0,40 FERM R\$ 0,04 FUNSEG R\$ 0,08) Selo: 0076513.EDT08201901.01201



Consulte autenticidade em: www.tpe.pe.gov.br/verifica

Alexsandro Alamberg da Silva Melo

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0459707/19

Vítima: ALEXSANDRO ALAMBERG DA SILVA MELC

CPF: 107.424.394-37

CPF de: Próprio

Data do acidente: 17/09/2019

Titular do CPF: ALEXSANDRO ALAMBERG DA SILVA MELO

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 574.940.534-68

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

ALEXSANDRO ALAMBERG DA SILVA MELO : 107.424.394-37

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: 18/12/2019
Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 574.940.534-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/12/2019
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Marta Marinho dos Santos