



22/07/2020

Número: **0023257-22.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 14ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **19/05/2020**

Valor da causa: **R\$ 9.450,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ALEXSANDRO ALAMBERG DA SILVA MELO (AUTOR)		BRUNO LEONARDO NOVAES LIMA (ADVOGADO) MANOELA TRIGUEIRO CAROCA CAVALCANTI (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)			
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
65089673	22/07/2020 15:06	ANEXO 1	Outros (Documento)



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, 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,

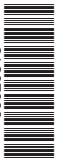
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15263868

Pag. 01625/01626 - carta_01 - INVALIDEZ

00020813





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, 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

Pag. 00587/00588 - carta_31 - INVALIDEZ

00060294



Carta nº 15297036



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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: TABOARATINGA DO NORTE 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55790-000

15 - E-mail: AFSEGUROS1994@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 cliente 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, TABOARATINGA DO NORTE 27/09/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

27/09/19





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) **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**

03/10/2019 15:13



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 Alamberto da Silva Melo
ALEXSANDRO ALAMBERO DA SILVA MELO
(VÍTIMA)

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



03/10/2019 15:13



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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: TABOARITINGA DO NORTE 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55790-000
15 - E-mail: AFSEGUROS1994@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)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: SANTANDER
AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT 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.

NÃO ALFABETIZADO

34 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido:
35 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido:
36 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido:

38 - 1ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data, TABOARITINGA DO NORTE 27/09/2019

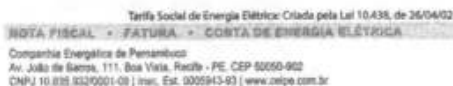
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

27/09/2019





ENDEREÇO DA UNIDADE CUMULADORA
RUA RIO UNIA 12

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

QUOTA CONTRIBUTO	MENSILE
7029233440	09/2019
CASSA DI RENDIMENTO	DATA DI PAGAMENTO DELLA CASSA
27/09/2019	23/10/2019
TOTALE A PAGARE (€)	58,39

NP-QA-2019-010001 079300678	NP-QA-2019-010002 UNCA	NP-QA-2019-010003 Zurich2019
NP-QA-2019-010004 20082019	NP-QA-2019-010005 2001600302	NP-QA-2019-010006 6524012

RESUMO DA NOTA FISCAL			
	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Água(MH)	91,0000000	0,77952320	47,55
Arquiteto-Serviço VPMELHA			3,48
Contrib. Aut. P. Água Municipal			3,77
CMG Subvenção-CDE-NF 070730751-230718			- 0,76
Multa por atraso-NF 070720751 - 230718			1,70
Juros por atraso-NF 070720751 - 230718			1,18
TOTAL DA FATURA			56,12

TOTAL DA FATURA

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
Nº DO INSTRUMENTO	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE UNID.	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (XV)
2000000000	0000000000	DATA 22/05/2019	LEITURA 1160,00	DATA 20/05/2019	LEITURA 1160,00	20	1,0000		01,00

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Descrição	Valor	Porcentagem
Geração de Energia	17,50	34,50%
Transmissão	1,77	3,27%
Distribuição (Cabo)	10,71	21,00%
Perdas de Energia	3,37	6,61%
Energia de Sinalização	2,91	5,62%
Iluminação	15,08	28,50%
Total	50,81	100%

INFORMAÇÕES UTILIZADOR

Descrição	Valor	Porcentagem
BASE DE CÁLCULO	51,21	20,00%
%	0,81	0,81%
VALOR DO IMPOSTO	12,75	
ICMS	51,21	0,81%
PIS	51,21	3,72%
COPRIS		1,00%

Consumo Alimentação

Consumo (kWh)	Taxa de Aplicação
130	0,0000
140	0,0000
150	0,0000
160	0,0000
170	0,0000
180	0,0000
190	0,0000
200	0,0000
210	0,0000
220	0,0000
230	0,0000
240	0,0000
250	0,0000
260	0,0000
270	0,0000
280	0,0000
290	0,0000
300	0,0000
310	0,0000
320	0,0000
330	0,0000
340	0,0000
350	0,0000
360	0,0000
370	0,0000
380	0,0000
390	0,0000
400	0,0000
410	0,0000
420	0,0000
430	0,0000
440	0,0000
450	0,0000
460	0,0000
470	0,0000
480	0,0000
490	0,0000
500	0,0000
510	0,0000
520	0,0000
530	0,0000
540	0,0000
550	0,0000
560	0,0000
570	0,0000
580	0,0000
590	0,0000
600	0,0000
610	0,0000
620	0,0000
630	0,0000
640	0,0000
650	0,0000
660	0,0000
670	0,0000
680	0,0000
690	0,0000
700	0,0000
710	0,0000
720	0,0000
730	0,0000
740	0,0000
750	0,0000
760	0,0000
770	0,0000
780	0,0000
790	0,0000
800	0,0000
810	0,0000
820	0,0000
830	0,0000
840	0,0000
850	0,0000
860	0,0000
870	0,0000
880	0,0000
890	0,0000
900	0,0000
910	0,0000
920	0,0000
930	0,0000
940	0,0000
950	0,0000
960	0,0000
970	0,0000
980	0,0000
990	0,0000
1000	0,0000

[illegible]

ATENÇÃO! A CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO

IMATÉRIAS DÉBITADAS EXISTENTES CAUSANDO CORTE					
Valor	Debitado	Valor	Valor	Debitado	Valor

Este comunicado não substitui a lista de ofertas emitidas em RDC. Consulte o site da SEC para obter mais informações. Cada investimento no mercado pode apresentar riscos e não há garantia de que o valor do investimento não cairá, podendo resultar em uma perda de todo ou parte do investimento. O RDC 4144 não garante a liquidez das cotas, bem como não garante a regularidade das distribuições de dividendos. SEC = COMISSÃO DE VALORES DA AMÉRICA.

Atenção: Se você se interessar, favor entrar em contato com a Associação de Defesa do Consumidor, através do telefone (11) 3061-1000, para maiores informações e para obter o formulário de inscrição. O prazo de inscrição é até 15 de maio de 2006.

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA NAS INTERRUPTÕES					NÍVEL DE TENSÃO		
CONSUMIDOR	VALOR DA DURAÇÃO (h)	LIMITE ANUAL		LIMITE TRIMESTRAL	TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)	
		MINIMO	MAXIMO			MINIMO	MAXIMO
SEC	0,33	0,31	0,34	0,34	220	205	235
INC	2,03	0,23	0,47	12,95			
DESC	0,36	0,33	0,35	0,35			

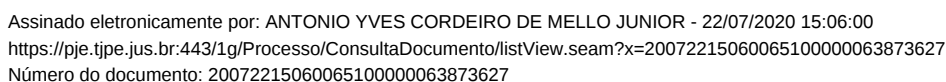
Limite DOR 1,22 R.D. Valor do Registro de Uso do Sistema de Distribuição = R\$16,30

CONTA CONTABILIZADA	MES/ANO	DATA	TOTAL A PAGAR (R\$)
2010	27/09/2019		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 Social 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 50050-402
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Ins. Est. 0095943-89 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

ALDIRA MARIA DE ARAÚJO FERNANDES

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

CENTRO SURIEM

SURIEM PE

55750-000

CPF: 945.334.444-04

**CLASSIFICAÇÃO
DE RESIDÊNCIA**

RESIDENCIAL

7005749888

10/2019

14/10/2019

07/11/2019

Nº DA NOTA FISCAL 01/07/2019

SÉRIE 13

EMISSÃO 07/10/2019

ANEXOTAÇÃO 07/10/2019

Nº DO CLIENTE 201100000

Nº DA INSTALAÇÃO 175.000

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			0,01
Contrib. Rem. Pública Municipal			8,64
ICMS Subversão CDE - NF 080234776-04/0719			0,78
ICMS Subversão CDE - NF 073044702-05/0919			0,80
Multa por atraso NF 075948384-04/0919			1,35
Juros por atraso NF 075948384-04/0919			0,11

TOTAL DA FATURA

102,74

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MÊS/ANO	TIPO DA FUNÇÃO	DATA	ANTERIOR	ATUAL	Nº DE	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
03/2014	1,43	04/06/2019	30.138,00	31.138,00	22	7.0000		108,00

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

CONSUMO (kWh)	VALOR (R\$)	%
Consumo Ativo	87,56	85,26%
Acrescimo Bandeira AMARELA	0,50	0,47%
Acrescimo Bandeira VERMELHA	0,01	0,01%
Contrib. Rem. Pública Municipal	8,64	8,42%
ICMS Subversão CDE - NF 080234776-04/0719	0,78	0,75%
ICMS Subversão CDE - NF 073044702-05/0919	0,80	0,77%
Multa por atraso NF 075948384-04/0919	1,35	1,31%
Juros por atraso NF 075948384-04/0919	0,11	0,10%
Total	102,74	100%

TAXAS APLICADAS

0,000000

0,000000

0,000000

0,000000

0,000000

0,000000

0,000000

0,000000

0,000000

0,000000

0,000000

0,000000

0,000000

0,000000

0,000000

0,000000

0,000000

0,000000

0,000000

0,000000

0,000000

0,000000

0,000000

0,000000

0,000000

0,000000

0,000000

0,000000

0,000000

0,000000

0,000000

0,000000

0,000000

0,000000

0,000000

0,000000

0,000000



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/BIBLIOTECABWEB/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 INVALIDAÇÃO 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 JOAO 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>AFSGUROS1994@YAHOO.COM.BR</u>		Telefone comercial(DDD) <u>81-99665-0454</u>	Telefone celular (DDD) <u>81-98133-5022</u>

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

Eduardo Fernandes
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 460.453.724/53, 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 ALEXSAUDEO ALAMBERG DA S. MELO, cujo o condutor era

ALEXSAUDEO ALAMBERG DA S. MELO.

Veículo: MOTOCICLETA.

Modelo: NXR 150 BEOS

Ano: 2010

Placa: DFE-4559

Chassi: 9CZKD0550B1507509

Data do Acidente: 17/09/2019.

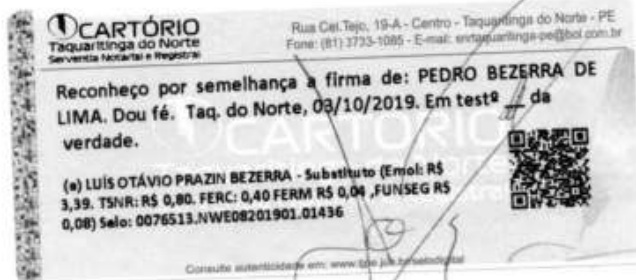
Local e Data: TAQUARITINGA DO NORTE (PE), 27/09/2019.



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

Rodovia PE -130, Km 08. Taquaritinga do Norte - PE. Telefone: (081) 3733-1192.
E-mail: fundata@hotmail.com



64

NOME: ALEXANDRO ALAMBERGHI DA SILVA MELO SEXO: M
IDADE: 26 COR: PARD A 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: _____

ANAMNÉZIA

Amada da minha mãe. Vozes maravilhosas,
diferentes, em diferentes tons, mas sempre a favor
da minha mãe e da minha família.

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

PROCEDIMIENTO:

Discrepancy Comp / 1 cup 11 cups. ~~Jul 23:05~~
 Vitamin / 1 cup 11 cups. ~~Excp~~
 No. of MID (K, +onegulo 2 pellets) increase pela
 mania
 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



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

NOME
EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

CPF
3092028-000 PE

DATA NASCIMENTO
04/06/1968

PLACAO
AMARO FERNANDES DE
OLIVEIRA SOBRINHO
DALVANI COSTA DE
ALBUQUERQUE FERNANDES

PROFISSÃO
[]

ACC
[]

OUT. HAB.
[]

Nº IDENTIFIC.
01410781208

VALIDADE
15/12/2020

EMISSÃO
25/09/1986

OPERAÇÕES
A

LOCAL
SANTA CRUZ DO CAPIMARI - PE

DATA EMISSÃO
16/12/2015

ASSINATURA DO DETRAN
47567078291
PE070299467

DETRAN - PE - FERNAMBUCO

VALIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
1219484604

PROIBIDOS PLASTIFICAR
1219484604



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 014B02009930
VIA 1 257470778 R.A.T.R.C. 2019

PEDRO BEZERRA DE LIMA

TAQ. DO NORTE-PE 0

460.463.724-53 PLACA PFE4559

PLACA ANT. / LI 9C2KD0550BR507509

PAS /MOTOCICLETA ALCO/GASOL

HONDA/NXR150 BROS ES 2010 2011

2P/149CL PARTIC VERMELHA

1 IPVA 2019 QUITADO

V 1 FALSA LPVA 3

00.11 0.32 04.58 22/02/19

SEM RESERVA

TRQ. Dd 22/02/19

ROBERTO CARLOS MORAES FORTALEZA

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS, OU NÃO - 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

TAQ. DO NORTE-PE 0

460.463.724-53 PLACA PFE4559

257470776 HONDA/NXR150 BROS ES 2010 09

9C2KD0550BR507509

PRÊMIO TARIFÁRIO 40.06

96.05 4.01 40.06

4.15 0.32 04.58 22/02/19

SEGURADORA LIDER - DPVAT

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT

ESTE NÃO É DE PORTE 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

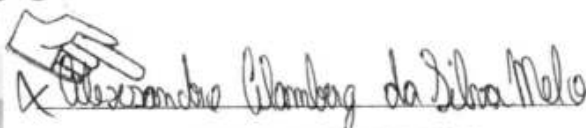
NOME-	EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES.
NACIONALIDADE-	BRASILEIRA.
PROFISSÃO-	FUNCIONÁRIO PÚBLICO APOSENTADO.
IDENTIDADE-	3092028-SDS/PE e CPF. 574.940.534/68.
ENDEREÇO-	RUA JOÃO BATISTA, nº 370, CENTRO, SUBÚRBIO (PE).

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





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

