
Rio de Janeiro, 02 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190403787

Vítima: LUCIVALDO JOSE ALVES

Data do Acidente: 01/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), LUCIVALDO JOSE ALVES

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Declaração do Proprietário do Veículo incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 02 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190403787

Vítima: LUCIVALDO JOSE ALVES

Data do Acidente: 01/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LUCIVALDO JOSE ALVES

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, 16 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190403787

Vítima: LUCIVALDO JOSE ALVES

Data do Acidente: 01/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), LUCIVALDO JOSE ALVES

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 15/05/2019, emitido pelo Dr. NILTON PEREIRA DE BARROS CRM nº 10660 - PE, da Instituição HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE, que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 10939516489 Nome completo da vítima: LUCIVALDO JOSE ALVES

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

Nome completo: LUCIVALDO JOSE ALVES CPF: 10939516489
Profissão: REC. INF Endereço: RUA VILA DOS ABRIGO Número: SIN Complemento: CASA
Bairro: CENTRO Cidade: SAO CAETANO Estado: PE CEP: 55130000
E-mail: _____ Tel. (DDD): (81) 9700998

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

RENDA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 1890 CONTA: 13541 5
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
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.

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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: _____ Falecidos: _____

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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado: _____ Local e Data: SAO CAETANO PE 26/06/2019
Nome: _____ CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Lucivaldo José Alves
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____ CPF: _____ Assinatura: _____
2ª | Nome: 07 JUL 2019 CPF: _____ Assinatura: _____

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)



532063

0219468/1

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 108ª CIRCUNSCRIÇÃO - SÃO CAETANO -
DP108ªCIRC DINTER1/15ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0198000516

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 30/05/2019 às
12:45

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia 14/2019 no período da Tarde

Fato ocorrido no endereço: MUNICIPIO DE SAO CAETANO, 01, PROXIMO A
FAZENDA DO DOUTOR HORACIO - Bairro: CENTRO - SAO
CAETANO/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: VIA PUBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:
VULGO ALEMÃO (AUTOR AGENTE)
LUCIVALDO JOSÉ ALVES (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a):
LUCIVALDO JOSÉ ALVES

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

LUCIVALDO JOSÉ ALVES (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: EDILEUZA
MARIA ALVES Pai: JOSÉ LUIZ ALVES Data de Nascimento: 28/10/1997 Naturalidade: CARUARU
/ PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 10272330/SDS/PE (RG) Profissão: AGRICULTOR(A)
Telefones Celulares:
- 993175812

Endereço Residencial: RUA ABRIGO, 274 - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - SAO
CAETANO/PERNAMBUCO/BRASIL

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

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

MOTOCICLETA PLACA PDN 9931 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): LUCIVALDO
JOSÉ ALVES, que estava em posse do(a) Sr(a): LUCIVALDO JOSÉ ALVES

01 JUL, 2019

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/SHINERAY/XY 50 Q 2** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PDH0031** (PERNAMBUCO/SAO CAETANO) Renavam: **197055559** Chassi:

LKYYCBL94D06478673

Ano Fabricação/Modelo: **2013/2013** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

A PESSOA DE LUCIVALDO COMPARECEU NESTA UNIDADE POLICIAL INFORMANDO SER VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO. RELATOU O MESMO QUE TRAFEGAVA PELA ZONA RURAL DESTA MUNICÍPIO, PRÓXIMO A FAZENDA DO DOUTOR HORÁCIO, QUANDO COLIDIU, NA CURVA, COM OUTRA MOTOCICLETA. AINDA CONFORME O MESMO, O OUTRO CONDUCTOR NÃO SOFREU NENHUMA LESÃO E FOI O MESMO QUEM O SOCORREU PARA HOSPITAL LOCAL.

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

X *Lucivaldo José Alves*
LUCIVALDO JOSÉ ALVES
(VÍTIMA)

B.O. registrado por: **VALTERLINS RIBEIRO DE ARAUJO** - Matrícula: **319813-8**

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 10939516489 Nome completo da vítima: LUCIVALDO JOSE ALVES

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

Nome completo: LUCIVALDO JOSE ALVES CPF: 10939516489
Profissão: REC-INF Endereço: RUA VILA DOS ABRIGOS Número: SIN Complemento: CASA
Bairro: CENTRO Cidade: SÃO CAETANO Estado: PE CEP: 55130000
E-mail: _____ Tel. (DDD): (81) 9700998

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

RENDA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 1890 CONTA: 13541 5
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
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.

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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: _____ Falecidos: _____

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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
Local e Data: SÃO CAETANO/PE 26/06/2019
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Lucivaldo José Alves
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____
2ª | Nome: 07 JUL 2019
CPF: _____
Assinatura: _____

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)



NOTA FISCAL • FATURA • CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-902
CHPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
EDILEUZA MARIA ALVES

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA VILÃO ABRIGO

CPF: 046.430.184-02

CENTRO SAO CAETANO
SAO CAETANO PE
55130-000

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

CORTA CONTRATO	MESARIO
1602668050	04/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA DE INSCRIÇÃO PROPOSTURA
29/04/2019	22/05/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	106,89

Nº DA NOTA FISCAL	SERIE	EMISSÃO
059050801	ORCA	22/04/2019
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	IF DA INSTALAÇÃO
22/04/2019	2000633360	3524082

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
119,00000000	0,77336662	92,03
		12,51
		0,54
		1,48
		0,12
		0,15

Consumo Ativo(kWh)
Contrib. Sum. Pública Municipal
ICMS Subvenção-CDE-NF 051124574-16/03/19
Multa por atraso-NF 054920324 - 20/03/19
Juros por atraso-NF 054920324 - 20/03/19
Atualização IGPM-NF 054920324 - 20/03/19

TOTAL DA FATURA

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

DEMONSTRATIVO DE CONTAS								
Nº DO MIDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	ADICION
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA			
317266780	Cat	26-03-2019	868,00	23-04-2019	864,00	33	1,00000	112,00
3								

CONSUMO

Month	Count
AUG 19	178
MAY 19	108
FEB 19	90
JUN 19	151
DEC 18	60
NOV 18	103
OCT 18	86
SEP 18	72
AUG 18	74
JUL 18	52
JUNE 18	30
MAY 18	30
APR 18	33

INFORMAÇÕES DE PRODUTOS

	ASE DE CALCULO	%	IMPORTE
MS	92,01	35,00	
S	92,03	1,35	
OFMS	92,03	8,35	

Consumo de energia	10	20,26
	20	4,33

Transmissão	R\$	19,22
Distribuição (Cabo)	R\$	8,05
Perdas de Energia	R\$	4,35
Encargos Setoriais	R\$	20,94
Tributos	R\$	22,53
Total	R\$	75,09

MANIFAS APLICADAS

03/03/2008

RESERVED AD FINE

F72E 3839 9400 EB 1A 039E 803E C002 B057

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

[illegible]

ATENÇÃO: A CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO

EM ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE

Varita	Di riserva	Varita	Di riserva
1000000	0500000	1000000	0500000

Este comunicado não substitui avisos de colétes anteriores e não contém relatos em detalhes
jurídicos. Caso a suspensão do fornecimento por via per dois ciclos de segurança, possa ocorrer o
cancelamento do crédito, poderíamos existir colétes e como tal o Coléte Definido no Art. 30
REU 414/2009. Poderá ocorrer ações de coléte, além disso poderá existir registro de restrições de
coléte SPC e SERASA.

SIMULACRO DAS INTERUPÇÕES

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA				
CONSUMO	VALOR APROXIMADO	LIMITE ANUAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL
SHO CALTANO	Rev2019			
DRG	0,00	9,00	10,15	20,30
FIC	6,00	3,30	6,90	13,80
DRHO	3,00	2,00	0,00	0,00

TEMSÃO | LIMITE DE VIBRAÇÃO

NOMINAL (V)	actual
220	202

[illegible]

01 JUL 2019

ASL-0219468/19
marta.santos
24/08/2020 14:37:34

ASL-0219468/19
marta.santos
24/08/2020 14:37:34

PROIBIDO PLASTIFICAR
1421884961

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1421884961

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
SISTEMA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERREIRA

CPF: 945.234.444-04
DATA DE NASCIMENTO: 26/07/1974
LOCAL: JORGE GOMES DE MOURA
ESTADO: PERNAMBUCO
DATA DE EMISSÃO: 08/06/2012
VALIDADE: 17/06/2022

LOCAL: BORDINHA - PE
DATA DE EMISSÃO: 10/06/2017
VALIDADE: 10/06/2022

PERNAMBUCO

52386735008
PES796653772

ASL-0219468/19
marta.santos
24/08/2020 14:37:34

NOTA FISCAL
CONTAS DE ENERGIA ELÉTRICA
CEPE
Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 55060-502
CPF: 10.526.520/0001-08 | INSC. EST. 0001643-55 | www.cepe.com.br

DADOS DO CLIENTE
ADRIANA MARIA MOURA DE A. FERNANDES
RUA JOAO BATISTA 370

CPF: 945.234.444-04
CLASSIFICAÇÃO
BI MÊSO ENCL.
RESIDUAL

DATA DE EMISSÃO: 04/07/2019
VALOR: 146,40

QUANTIDADE: 1
VALOR UNITÁRIO: 146,40

CONSUMO: 120,16
VALOR: 1,87

CONSUMO: 22,30
VALOR: 0,33

CONSUMO: 1,11
VALOR: 0,11

01 JUL. 2019

Av. Beneditina, nº 715 - Lapa
Grupos - Recife/PE - CEP: 52011-000

TOTAL CATELFA

TIPO	TRO DA	ANTERIOR	DATA	ATUAL	PERÍODO	CONSTANTE	ALÍQUOTA	CONSUMO (KWH)
RESIDUAL	Residual	08/06/2018	04/06/2019	25.020,00	25	1,87	0,33	102,20

DESCRIÇÃO DE CONSUMO

TIPO	CONSUMO	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
RESIDUAL	102,20	1,87	191,11
CONSUMO	22,30	0,33	7,36
TOTAL	124,50		198,47

DESCRIÇÃO DE CONSUMO

TIPO	CONSUMO	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
RESIDUAL	102,20	1,87	191,11
CONSUMO	22,30	0,33	7,36
TOTAL	124,50		198,47

Informações importantes:
Este documento é uma cópia eletrônica do documento original.
O valor do consumo é calculado com base no valor do consumo anterior.
O valor do consumo é calculado com base no valor do consumo anterior.

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

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 ADRIANA M^{te} MOURA DE A. FERNANDES inscrita (a) no CPF 945234444 / 04,
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário LUCIVALDO JOSE ALVES inscrito
(a) no CPF sob o Nº 109395164 89, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima
LUCIVALDO JOSE ALVES, inscrito (a) no CPF sob o Nº 109395164 89, 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>55790 000</u>
Email <u>afseguresp94@vivo.com.br</u>		Telefone comercial(DDD) <u>(81) 81335022</u>	Telefone celular (DDD) <u>(81) 9700 1998</u>

SURUBIM/PE, 27 de JUNHO de 2019
Local e Data

Adriana M^{te} Moura de A. Fernandes
Assinatura do Declarante

01 JUL. 2019

Gen's
Av. 20 de Abril, 111 - 111
Gratão - Recife/PE

0219468/19

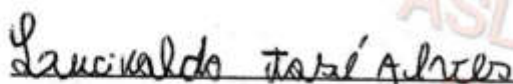
Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, JOSE LUIZ ALVES,RG nº 6177830, data de expedição 01/09/1998Órgão SDS, portador do CPF nº 657.290.804.68, comdomicílio na cidade de SÃO CAETANO, no Estado dePERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)RUA VILA DO ABRIGO, nº 274,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 LUCIVALDO JOSE ALVES, cujo o condutor eraLUCIVALDO JOSE ALVES.Veículo: MOTOCICLETAModelo: 1/SHINERAY XY-50 QAno: 2013Placa: PDN0031Chassi: LXYXCBLO4D0476673Data do Acidente: 01/04/2019Local e Data: SÃO CAETANO/PE 29/07/19

 Assinatura do Declarante



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



CARTÓRIO ÚNICO DE SÃO CAETANO

Rua Olindino Santino, 22 centro, CEP 55130-060 - Telefone: (81) 3736.1214
 Reconheço Por Autenticidade a Firma de: José Luiz Alves, dou
 fé. São Caetano/PE. Selo: 0076968.2JK07201901.00674
 29/07/2019. Em test ☒ da verdade. SIRLEY
 EMMANUELY DA SILVA - Escrevente Substituta Emol.:
 R\$ 3,51 - TSNR: R\$ 0,80 - FERC: R\$ 0,40, FERM 0,04,
 FURSEG 0,08

Selo: 0076968.2JK07201901.00674

Consulta Autenticidade em: www.jusbrasil.com.br

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO**RELATÓRIO OPERATÓRIO**

Unidade de saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Paciente: LUCIVALDO JOSÉ ALVES

Nº Registro: 336247

Clínica: ORTOPEDIA

Nº do leito:

Operador: DR. GUSTAVO LIBÓRIO

1º Assistente:

2º Assistente:

Instrumentador:

Anestesista:

Anestesia: RAQUIANESTESIA

Duração:

Data da Operação: 01/04/2019

Início:

Término:

Diagnóstico Pré-operatório: FRATURA EXPOSTA DE PE ESQ

Diagnóstico Pós-operatório: O MESMO

Operação Proposta: TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA EXPOSTA PE ESQ

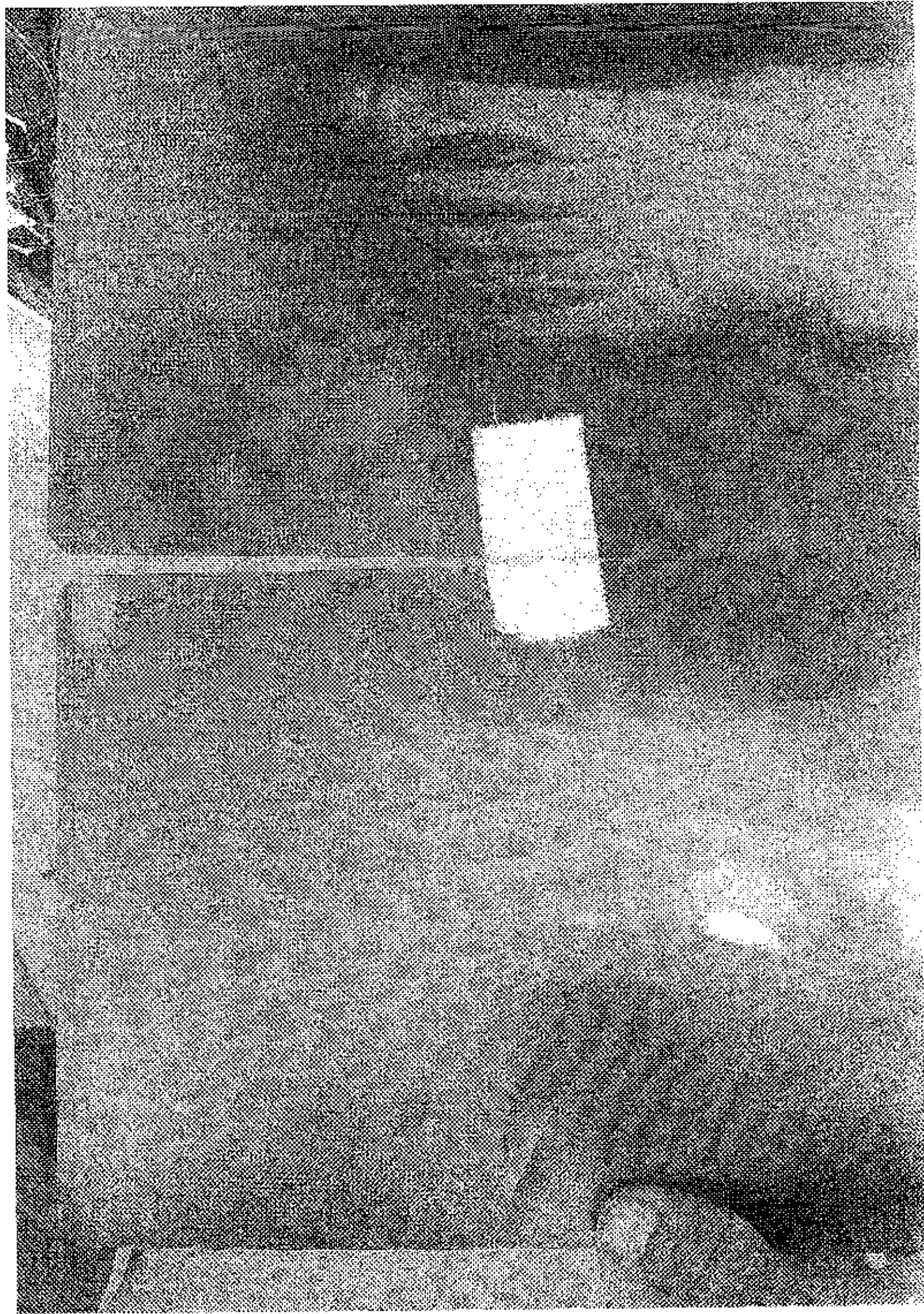
Operação Realizada: A MESMA

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL HORIZONTAL SOB ANESTESIA
2. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
3. LAVAGEM EXAUSTIVA COM SFO,9%
4. VISUALIZADO GRANDE FERIMENTO EM PÉ ESQ
5. SUTURA DA PELE COM NYLON 3.0 PARA APROXIMAÇÃO DOS BORDOS DA FERIDA
6. CURATIVO
7. ENCAMINHO PACIENTE A SRPA

DR. GUSTAVO LIBÓRIO
CRM: 10.101 - RBOB
RBOB 10.101 - RBOB
RBOB 10.101 - RBOB

UCC 0104/1A
336247
0104/1A
③



Hospital Municipal
Adolfo Pereira Carneiro
São Caitano - PE



Registro: 254015 SUS: 702.8021.9729.5563

01/04/2019 - 14:26:55

Nome: LUCIVALDO JOSE ALVES

Sexo: Masculino Estado Civil: Solteiro(a)

Idade: 21a Data de Nascimento: 28/10/1997

RG: 10272330 SDS PE

CPF: . . . -

Filiação - Mãe: EDILEUZA MARIA ALVES

Pai: JOSE LUIZ ALVES

Profissão: AGRICULTOR

Endereço: RUA DO ABRIGO, 274 - UBS 7

Cidade: SÃO CAETANO - PE

Trazido Por: O MESMO

Recepcionista: THIAGO

Médico: FRANCISCO E JOSE CARLOS

Enfermeiro: LETÍCIA E JANYELLE -TÉC - VIVIAN E LÍBINA



CARTÓRIO ÚNICO DE SÃO CAETANO

Rua Olindino Santino, 22 centro, CEP 55130-060 - Telefone: (81) 3736.1214

Conferi esta conforme o original que me foi apresentando. Dou fé. São Caetano/PE, 30/05/2019. Em test. da verdade. Sirley Emmanuely da Silva - Escrevente Substituta Emol: R\$ 3,00 - TSNR: R\$ 0,68 - FERC: R\$ 0,34, FERM 0,03, FUNSEG 0,07 Selo: 0076968.GQZ04201902.02136



História do Doente Atual: *Doença de pele no braço direito, sup. e inf.*

dermatite. C/ Lesão por estufamento

Pressão Arterial: _____ Pulso: _____ Tempo: _____

Diagnóstico Provisório: *Lesão de pele. Contusão por impacto C/*

Lesão tendinosa V. no do dor

dermatite

dermatite

dermatite

dermatite

FNITA: 5653293

HRA - ORU - PE

traumato logo

Dr. Francisco Cavalcanti
Clínica Médica
CRM - 8319

01 JUL. 2019

Geme Seguros S/A
Av. Rui Barbosa, nº 73 - 4º andar
Graciosa - Recife/PE - CEP: 51011-000



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE DR. WALDEMIRO FERREIRA

HRA

Serviço de Arquivo Médico e Estatística - SAME

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o paciente **Sr(a) Lucivaldo José Alves**, esteve nesta unidade de Saúde no dia **01/04/2019** a **04/04/2019**. Registro: **33.6247**

OBS: Vítima de acidente de Trânsito..

Atenciosamente;

Caruaru, 17 de Junho 2019

09.794.975/0269-27
FUSAM - Hospital Regional do Agreste
Br. 232, Km 130
Indianópolis - CEP 55000-000
Caruaru - PE

setor de Arquivo (same)

04 JUL, 2019

Avenida José Rodrigues de Jesus - Br. 232 - Km 130 S/N - Bairro Indianópolis Caruaru - PE - CEP 55.024.000

CNPJ- 10.572.048/0014-42 - Fone: 0xx81-3719 9346 / 3719.9400 (SAME)

Prontuario: 336247

Religião:

CNS:702802197295563

Nº 274

Cidade: SAO CAETANO

Estado: PE

Fone: 993175818

Profissão: ACOUGUEIRO

Nome da Mãe: EDILEUZA MARIA ALVES

Acompanhante:

Motivo do Atendimento: ATT COM MOTOCICLETA

Clinica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico: MEDICO PLANTONISTA

2 - ATENDIMENTO Data: 01/04/2019 16:32 Médico: MEDICO PLANTONISTA
Queixa Principal / HDA: Vitamina de Acido Metabolico. e /
Tuberculose NO (E) CI não + Hemograma

Exame Físico:

PA

FC

FR:

Diag. Provisório:

1. SERIAL NUMBER OF ASPES, G.

Prescrição:

Dietary

Horario

Data

01 JUL 2000

☐ Paciente ☐ Familiar

Nome: _____ RG: _____
Endereço: _____ Tel.: _____
Data: ____/____/____

Assinatura _____

☐ Paciente ☐ Familiar

Nome: _____ RG: _____
Endereço: _____ Tel.: _____
Procedimento: _____

Diag. Definitivo:	Assinatura
-------------------	------------

Destino do Paciente

() Alta () Cirurgia () Óbito () Evadiu-se () Termo de Alta a Pedido
() Transferência: _____ ☒ Internamento _____ of _____

Condição de Alta

() Curado () Melhorado () Inalterado () Obito

Data: / / Hora: Médico: CRM:

01/04/2019 16:32:59 Usuário do Atendimento
MEYDSONWBC

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

RELATÓRIO OPERATÓRIO

Unidade de saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Paciente: LUCIVALDO JOSÉ ALVES

Nº Registro: 336247

Clínica: ORTOPEDIA

Nº do leito:

Operador: DR. GUSTAVO LIBÓRIO

1º Assistente:

2º Assistente:

Instrumentador:

Anestesista:

Anestesia: RAQUIANESTESIA

Duração:

Data da Operação: 01/04/2019

Início:

Término:

Diagnóstico Pré-operatório: FRATURA EXPOSTA DE PÉ ESQ

Diagnóstico Pós-operatório: O MESMO

Operação Proposta: TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA EXPOSTA PE ESQ

Operação Realizada: A MESMA

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL HORIZONTAL SOB ANESTESIA
2. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
3. LAVAGEM EXAUSTIVA COM SFO 9%
4. VISUALIZADO GRANDE FRAGMENTO EM PÉ ESQ
5. SUTURA DA PFI COM NYLON 3.0 PARA APROXIMAÇÃO DOS BORDOS DA FERIDA
6. CURATIVO
7. ENCAMINHO PACIENTE A SRPA

01 JUL 2019

RECEITUÁRIO

Unidade:

Nome:

Registro Nº:

Clínica:

Enfermaria:

Acidente de moto - 8^o
em 01/04/2019. fratura
de E. L. direita
curada. H 13
amb. an 15151018

Dr. Nilton Pereira de Barros
Ortopedia
CRM: 10660

Data: / /

Médico - CRM

O primeiro Cigarro é uma passagem para o vício
Elaida Monteiro de Souza

1º Lugar

2º Concurso 89

01 JUL. 2019

Gente Engenharia S/A
Av. Rui Barbosa, nº 70-1003
Grecas - Recife/PE - CEP: 51030-140

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que, o Sr. LUCIVALDO JOSÉ ALVES, solteiro, agricultor, portador de RG nº 10.272.330 SDS/PE e CPF nº 109.395.164-89, filho de José Luiz Alves e Edileuza Maria Alves, residente e domiciliado na Rua do Abrigo, nº 74, neste Município, deu entrada nesta Unidade de Saúde no setor de urgência em 01/04/2019, vítima de acidente de moto, o mesmo foi atendido, medicado e transferido para o Hospital Regional do Agreste (HRA) em Caruaru/PE, conforme decisão médica.

Enfatizo ainda que, junto a esta declaração segue em anexo a cópia da Ficha autenticada do Atendimento do paciente referente ao procedimento supramencionado.

Estando o documento original do mesmo em nosso arquivo a disposição de qualquer esclarecimento que por ventura se faça necessário.

São Caetano, 30 de maio de 2019.


Gilza Cintra Gomes

Agente administrativo



ASL-0219468/19
maria.santos
24/08/2020 14:37:09



ASL-0219468/19
maria.santos
2020 14:37:09

ASL-0219468/19
maria.santos
24/08/2020 14:37:09

ASL-0219468/19
maria.santos
24/08/2020 14:37:09

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	10.272.330
DATA DE EXPEDIÇÃO	17/11/2015
NOME	<< LUCIVALDO JOSÉ ALVES >>
FILIADO	<< JOSÉ LUIZ ALVES >> << EDILEUZA MARIA ALVES >>
NATURALIDADE	CARUARU - PE
DATA DE NASCIMENTO	28/10/1997
DOD ORIGEM	<< CN.24020 L.20 F.76V CART.SÃO CAETANO-PE 14.07.1998 >>
CPE	
Assinatura do Diretor	
LEI Nº 7.116 DE 26/08/83	
F-69 23.545 - 3523	

ASL-0219468/19
maria.santos
24/08/2020 14:37:09

ASL-0219468/19
maria.santos
24/08/2020 14:37:09

01 JUL 2019

Gerente
Av. Rui Barbosa, nº 171
Grupos - Vitoria



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
109.395.164-89

Nome
LUCIVALDO JOSE ALVES

Nascimento
28/10/1997

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE
CA7D.99BC.D7C0.AFD5

A autenticidade deste comprovante deverá
ser confirmada no Internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 09:28:04 do dia 18/11/2015 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

ASL-0219468/19
marta.santos
24/08/2020 14:37:09

ASL-0219468/19
marta.santos
24/08/2020 14:37:09

ASL-0219468/19
marta.santos
24/08/2020 14:37:09

ASL-0219468/19
marta.santos
24/08/2020 14:37:09

ASL-0219468/19
marta.santos
24/08/2020 14:37:09

ASL-0219468/19
marta.santos
24/08/2020 14:37:09

01 JUL 2019

Gratuito
In: Brasília, 18/11/2015
Gratuito

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 014357900685
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	COD. RENAVAM	RNTRC	EXERCÍCIO
1	1070569590	*****	2019

NOME
JOSE GUILHERME ALVES

SAO CAITANO - PE

CPF/CNPJ	PLACA
657.259.804-68	PDU0031

PLACA ANT./OF	CHASSI
*****	LXYXCBL04D0476673

ESPECIE TIPO	COMBUSTIVEL
2AS CILINDROTOR	GASOLINA

MARCA/MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.
I/SHINERAY XY 50 Q	2012	2012

CAP/POT/CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
28/49CL	PARTIC	PRETA

COTA UNICA	VENC. COTA UNICA	VENC/COTAS
IPVA 2019 QUITADO	1ª *****	

FAIXA IPVA	PARCELAMENTO/COTAS	2ª *****	3ª *****
------------	--------------------	----------	----------

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)	IOF (R\$)	PRÊMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
15.43	0.07	15.50	18/02/19

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA

Assinado por Roberto Carlos Moreira Fontelles

SAO CAITANO - PE 25/02/19

Roberto Carlos Moreira Fontelles

DETRAN - PE

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

PE Nº 014357900685 BILHETE DE SEGURO DPVAT

JOSE GUILHERME ALVES

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

SAO CAITANO - PE	EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
	2019	25/03/19

VIA	CPF/CNPJ	PLACA
1	657.259.804-68	PDU0031

RENAVAM	MARCA/MODELO
1070569590	I/SHINERAY XY 50 Q

ANO FAB.	DETRAN	Nº CHASSI
2012	06	LXYXCBL04D0476673

PRÊMIO TARIFÁRIO

PREM (R\$)	DETRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
15.43	0.07	15.50

CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$)
4.15	0.07	19.65

PAGAMENTO	DATA DE QUITAÇÃO
<input checked="" type="checkbox"/> COTA UNICA <input type="checkbox"/> PARCELADO	18/02/19

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 09.248.808/0001-04

DETRAN - PE BILHETE DE SEGURO DPVAT
FIM NAO E UM BOM INVESTIMENTO

JUN-2019

ASL-0219468/19
marta.santos
24/08/2020 14:37:21

ASL-0219468/19
marta.santos
24/08/2020 14:37:21

ASL-0219468/19
marta.santos
24/08/2020 14:37:21

01 JUL 2019

Gerente
Marta Santos
Assessoria

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190403787 **Cidade:** São Caitano **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUCIVALDO JOSE ALVES **Data do acidente:** 01/04/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO 5º METATARSO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (LAVAGEM E SUTURA) E ALTA MÉDICA. PÁG 5

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

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): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
 SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06
 Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: 3190403787 Data da solicitação: 24/08/2020
 Nome do beneficiário: LUCIVALDO JOSE ALVES CPF do beneficiário: 109.395.164
 Nome do solicitante: _____ CPF do solicitante: 89

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (81) 99700-1998 Tel. Comercial: (_____) _____ Tel. Residencial: (_____) _____
 E-mail: _____

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

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

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

☒ DISCORDO DA NEGATIVA ☐ DISCORDO DO VALOR RECEBIDO ☐ DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

☐ NÃO ☒ SIM, informe qual(is) documento(s) estão sendo entregues:

- ☐ Novos documentos médicos
- ☐ Laudo do IML
- ☐ Boletim de Ocorrência
- ☐ Notas fiscais complementares
- ☒ Outros: DOC: IMAGEM + DOC COMPLEMENTAR
(DESCREVER)

NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Solicito que seja reanalisado o processo pois a documentação apresentada e evidenciou a pequena, não foi submetido a pericia médica para ser verificado a pequena e não foi liberado o valor a que tem direito.

Surubim, 24/08/2020
 Local e Data
Adriana M. M. de A. Fernandes
 Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a rogo)

IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, e seu pedido (a seu rogo).

Rua Olindino Santana, 22 centro. CEP 55130-060 - Telefone: (81) 3736.4214
 Reconheço por Autenticidade a firma de: LUCIVALDO JOSE ALVES;
 do(a) fã SELO: 0076968.EB006201901.00282.
 São Caetano/PE, 07/06/2019. Em test. da
 verdade. CELINA CELIA NEAL CAVALGANTI - OFICIAL
 SUBSTITUTA Emol.: R\$ 3,51 - TERN: R\$ 0,80 - FERC:
 R\$ 0,40, FERN 0,04, FUNSES 0,08
 Selo: 0076968.EB006201901.00282
 Consulte Autenticidade em: www.tribunalpe.org.br

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME: LUCIVALDO JOSE ALVES
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
PROFISSÃO: RECUSO INFORMAR
IDENTIDADE: 10.272.330 SDS/PE - CPF 109.395.164-89
DATA DO ACIDENTE: 01/04/2019
COBERTURA: INVALIDEZ
VÍTIMA: LUCIVALDO JOSE ALVES
ENDEREÇO: RUA VILA DO ABRIGO, S/N, CENTRO, SÃO CAETANO - PE

OUTORGADO

NOME- ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
NACIONALIDADE- BRASILEIRA
PROFISSÃO- RECUSO INFORMAR
IDENTIDADE- 4.810.389 SSP/PE CPF: 945.234.444-04
ENDEREÇO- RUA JOÃO BATISTA, Nº 370, CENTRO, SURUBIM-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 CONSTITUI O **CONSÓRCIO DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT**. PODENDO O SEU DITO PROCURADOR REQUERER E SOLICITAR DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO E CÓPIAS DE PRONTUÁRIOS JUNTO A HOSPITAIS ONDE A VÍTIMA RECEBERA ATENDIMENTO E DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO JUNTO A UNIDADES DO SAMU RESPONSÁVEIS PELO SOCORRO A VÍTIMA.

SÃO CAETANO- PE 06 DE JUNHO 2019



Lucivaldo José Alves

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

07 JUL 2019

G-1
 M-1
 G-2

CELINA CELIA DE LIMA CAVALCANTI - TABELA
Rua Olindino Santino, 22 centro. CEP 55130-080 - Telefone: (81) 3736.1214
Reconheço Por Autenticidade a firma de: LUCIVALDO JOSE ALVES;
dou fé SELO: 0076968.EBJ06201901.00282.
São Caetano/PE, 07/06/2019. Em test. da
verdade. CELINA CELIA LEAL CAVALCANTI - OFICIAL
SUBSTITUTA Emol.: R\$ 3,51 - TSNR: R\$ 0,80 - FERC:
R\$ 0,40, FERM 0,04, FUNSEG 0,08
Selo: 0076968.EBJ06201901.00282
Consulte Autenticidade em: www.receita.gov.br



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE



NOME: LUCIVALDO JOSE ALVES
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
PROFISSÃO: RECUSO INFORMAR
IDENTIDADE: 10.272.330 SDS/PE - CPF 109.395.164-89
DATA DO ACIDENTE: 01/04/2019
COBERTURA: INVALIDEZ
VÍTIMA: LUCIVALDO JOSE ALVES
ENDEREÇO: RUA VILA DO ABRIGO, S/N, CENTRO, SÃO CAETANO – PE

OUTORGADO

NOME- ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
NACIONALIDADE- BRASILEIRA
PROFISSÃO- RECUSO INFORMAR
IDENTIDADE- 4.810.389 SSP/PE CPF: 945.234.444-04
ENDEREÇO- RUA JOÃO BATISTA, Nº 370, CENTRO, SURUBIM-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 CONSTITUI O **CONSÓRCIO DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT**. PODENDO O SEU DITO PROCURADOR REQUERER E SOLICITAR DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO E CÓPIAS DE PRONTUÁRIOS JUNTO A HOSPITAIS ONDE A VÍTIMA RECEBERA ATENDIMENTO E DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO JUNTO A UNIDADES DO SAMU RESPONSÁVEIS PELO SOCORRO A VÍTIMA.

SÃO CAETANO- PE 06 DE JUNHO 2019



Lucivaldo Jose Alves

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

01 JUL 2019
Gel.
Aut.
Grav.

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0219468/19

Número do Sinistro: 3190403787

Vítima: LUCIVALDO JOSE ALVES

CPF: 109.395.164-89

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 01/04/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LUCIVALDO JOSE ALVES

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Declaração do Proprietário do Veículo

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 12/08/2019

Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

CPF: 945.234.444-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/08/2019

Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA

CPF: 114.202.964-69

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

JULIANA BEZERRA DE LUNA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0237416/20

Vítima: LUCIVALDO JOSE ALVES

CPF: 109.395.164-89

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 01/04/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LUCIVALDO JOSE ALVES

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 945.234.444-04

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

LUCIVALDO JOSE ALVES : 109.395.164-89

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: 24/08/2020
Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 945.234.444-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/08/2020
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Marta Marinho dos Santos