

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 11/11/2013

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 9.281,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: WELVISSON GUILHERME ALBUQUERQUE DE OLIVE

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00283-6

CONTA: 000000613466-1

Nr. Autenticação

BRDESCO1111201305000000000023700283000000613466928125 PAGO

100-4032

DUT

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL			
MINISTÉRIO DAS CIDADES			
DETRAN - PE		Nº 010102204206	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
VIA	COD. RENAVAM	RNTRC	EXERCÍCIO
1	798954930	*****	2013
NOME			
WELVISSON GUILHERME ALBUQUERQUE DE OLIVEIRA			
CHA GRANDE-PE			
CPF/CNPJ		PLACA	
072.118.474-09		KLC1852	
PLACA ANT/UF		CHASSI	
*****		9C2MC35003R111616	
ESPÉCIE TIPO		COMBUSTÍVEL	
PAS MOTOCICLETA		GASOLINA	
MARCA/MODELO		ANO FAB	ANO MOD
HONDA/CBX 250 TWISTER		2003	2003
CAP/POT/CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE	
2P/249CL	PARTIC	VERDE	
COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC./COTAS	
IPVA 2013 QUITADO	1ª *****		
FAIXA LPVA	PARCELAMENTO/COTAS	2ª *****	
1	*****	3ª *****	
PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)	IOF (R\$)	PRÊMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
SEGURO PAGO			
OBSERVAÇÕES			
SEM RESERVA			
LOCAL		DATA	
CHA GRANDE-PE		17/07/13	
Maria de Fátima Bezerra R. Costa			
Diretora Presidente DETRAN/PE			

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOIS CAUSADOS POR VEICULO
 ALUMOTOS DE VIA TERRESTRE ONT POR SUA CARGA A PESSOA
 TRANSPORTADA QUANDO SEGURO DPVAT

PE Nº 010102204206 BILHETE DE SEGURO DPVAT

EXERCÍCIO
2013

CPF/CNPJ
072.118.474-09

WELVISSON GUILHERME ALBUQUERQUE DE OLIVEIRA

CHA GRANDE-PE

BILHETE DE SEGURO DPVAT

PE Nº 010102204206 EXERCÍCIO 2013 DATA EMISSÃO 17/07/13

VIA CPF/CNPJ PLACA
1 072.118.474-09 KLC1852

RENAVAM MARCA/MODELO
798954930 HONDA/CBX 250 TWISTER

ANO FAB CAT TARIF Nº CHASSI
2003 09 9C2MC35003R111616

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) DENATRAM (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R\$)

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO
☐ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO

Seguradora Líder dos Consórcios
do Seguro DPVAT-S/A

CNPJ: 09.248.608/0601-04
DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT.
ELE NÃO É DE PORTE OBRIGATORIO

CENTRAL DE ATENDIMENTO
PREVIDENTE
104-105-106



OUTROS

1004054

**CENTAURO**

vidas e previdência

Seguros para viver

Aviso de Sinistro DPVAT

Código: 531203

Na forma do disposto, na resolução Nº 01/75 do Conselho de Seguros Privados e Capitalização - CNSP - levo ao conhecimento desta companhia a ocorrência do acidente em questão, com o veículo descrito abaixo:

Tipo de Veículo		Placa	
09-Ciclomotor/Motoneta/Motocicleta/Triciclo		KLC-1852/PE	
Nome da Vítima		Natureza	
WELVISSON GUILHERME ALBUQUERQUE DE OLIVEIRA		2 - INVALIDEZ	
Tipo Sinistrado	Data Nascimento	Tipo de CPF	CPF da Vítima
3 - Motorista	27/06/1985	0 - Possui CPF	072.118.474-09
			Data Ocorrência
			22/07/2012

Em cumprimento ao item 10 da resolução Nº 01/75 do CNSP, junto ao presente aviso de sinistro os seguintes documentos:

() Certidão Nº 13E0157000527 da autoridade policial sobre a ocorrência;

() DUT Nº _____ () _____ () _____

() RG e CPF do Sinistrado () _____ () _____

() RG e CPF do(s) Beneficiário(s) () _____ () _____

Beneficiários

Nome	Tipo Benef.	Vínculo	Dt.Nasc.	CEP	CPF/CNPJ
WELVISSON GUILHERME ALBUQUERQUE DE	Vítima	VITIMA	27/06/1985	55636-000	072.118.474-09

Declaramos ter recebido a via original do presente Aviso do Sinistro, com todos os documentos assinalados com (X).

Observações: _____

Nota: Para cada vítima deverá ser emitido um aviso de sinistro, ainda que tenha havido diversas no mesmo acidente em 2(duas) vias, permanecendo uma em poder do beneficiário, a título de protocolo de recebimento dos documentos.

Local do Aviso _____

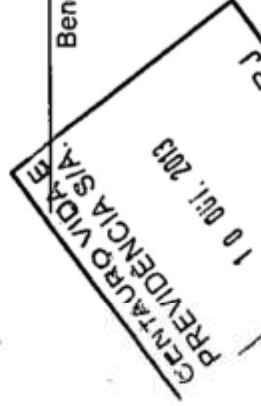
Data ____/____/____

Local da Entrega _____

Data ____/____/____

Beneficiário _____

Centauro Vida e Previdência



Atenção:

- O processo de avaliação sobre o pagamento da indenização ou reembolso, ocorrerá somente após a apresentação de todos os documentos em conformidade com a legislação vigente.

- O prazo determinado por Lei de 30 dias para o pagamento, somente será iniciado quando este processo completo for cadastrado na Seguradora Lider, gerado o número Megadata.

R: SENADOR DANTAS, 80, SL 806 A 808

Centro - Cep: 20031-922

Tel.: (21) 2240-0401 Fax: (21) 2220-1402

site: <http://www.centauroseg.com.br> e-mail: dpvat-rj@centauroseg.com.br

RIO DE JANEIRO - RJ

Registro de Sinistro



DP.: **111**
Processo: **0000/531203**
Código: **531203**

Unidade CENTAURO RIO DE JANEIRO	Parceiro M.S.A. SERVIÇOS DE	Sub-Parceiro MR ASSESSORIA
BO N° 13E0157000527	Data BO 05/08/2013	DELEGACIA DP 067A - CHA GRANDE

Placa KLC-1852/PE	Tipo de Veículo 09-Ciclomotor/Motoneta/Motocicleta/Triciclo	IML
----------------------	--	-----

Nome da Vítima WELVISSON GUILHERME ALBUQUERQUE DE OLIVEIRA	Tipo Sinistrado 3 - Motorista	Natureza 2 - INVALIDEZ
---	----------------------------------	---------------------------

Sexo Sinistrado MASCULINO	Data Nascimento 27/06/1985	Tipo de CPF 0 - Possui CPF	CPF da Vítima 072.118.474-09	Data Ocorrência / Hora 22/07/2012 / 17:20
------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	---------------------------------	--

Cidade CHA-GRANDE	UF PE	CEP 55636-000	Telefones
----------------------	----------	------------------	-----------

Email	Valor(INVALIDEZ) 0,00
-------	--------------------------

Qtde. Benef. 1	Data Óbito HELBERT	Médico
-------------------	-----------------------	--------

Nome CPF	Endereço	Tipo Benef. Complemento	Vínculo	Bairro	Cidade	UF	CPF/CNPJ
Profissão WELVISSON GUILHERME ALBUQUERQUE DE 55636-000 RUA TIAGO BARBOSA SOARES 357 TRABALHADOR AGROPEC. FLORESTAL, PESCA E Banco: 237 Banco Bradesco S.A. Ag.: 0283-6 C/P 0613466-1	Vítima R\$ DE 1,00 A 1.000,00	Renda VITIMA	27/06/1985	CENTRO	CHA-GRANDE	PE	072.118.474-09

Data	Usuário	Situação
10/09/2013 19:03:58	MSA ANNA	Pré-Cadastro não analisado
10/09/2013 19:05:18	MSA ANNA	Pré-Cadastro com restrições

Detalhes das restrições
FAVOR ENVIAR OS DOCS PENDENTES: LAUDO OU INEXISTÊNCIA DE IML E COMPROVANTE BANCÁRIO (foi recepcionado somente a ficha de autorização de pagamento sem o comprovante).
17/09/2013 16:04:50 MSA CINTHIA

Detalhes das restrições
Pendencia mantida: enviar extrato bancário.
08/10/2013 19:42:25 MSA ZULEIDE

Pré-Cadastro com restrições
Pré-Cadastro analisado e aprovado (R)



Atenção :
- O processo de avaliação sobre o pagamento da indenização ou reembolso, ocorrerá somente após a apresentação de todos os documentos em conformidade com a legislação vigente.
- O prazo determinado por Lei de 30 dias para o pagamento, somente será iniciado quando este processo completo for cadastrado na Seguradora Lider, gerado o número Megadata.

R: SENADOR DANTAS , 80 , SL 806 A 808 Centro - Cep: 20031-922
Tel.: (21) 2240-0401 Fax: (21) 2220-1402
e-mail: dpvat-rj@centauroseg.com.br
RIO DE JANEIRO - RJ

Entre em nosso site <http://www.centauroseg.com.br> e acesse em DPVAT ON LINE, faça sua consulta individual, citando o código 531203 e a data de nascimento 27/06/1985 da vítima e acompanhe o seu processo em tempo REAL!!!!



Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, XULIANE QUELLEN Albuquerque de Oliveira EM 26/09/12 E
 PORTADOR(A) DO RG Nº 05602330154 EXPEDIDO POR PITAN-PE CNPJ 00000000-00 PROFISSÃO Agente de
 CPF 033113474-09 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 E RENDA MENSAL DE R\$ 2000,00 (*) AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA XULIANE QUELLEN A.O. AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Suspe nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

➔ Para evitar a reprogramação de um pagamento, lembre-se:

1) Os seguintes documentos não devem, de forma nenhuma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício;
- Conta pessoa jurídica;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL: atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta-POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidades Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$2000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (não será aceita proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);

2) O CPF do beneficiário/vítima não pode estar inválido, pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL - www.receita.fazenda.gov.br);

3) O CPF da conta informada para depósito não pode ser diferente do CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistro.

- ☐ CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)
 BANCO _____ AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE _____
- ☒ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO
 BANCO 237 • AGÊNCIA 0283 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA 0613466-1
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL
 BANCO 001 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ
 BANCO 341 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
 BANCO 104 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL Chã Grande-PE DATA 08/09/12

➔ ATENÇÃO
 VIDA E
 SAÚDE

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A) SUELLEISON GUILHERME ALBUQUERQUE DE OLIVEIRA

• O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente) e indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguros prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
 • Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurostransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

PRESENCIAL
 10 GUI.
 DPVAT - RJ

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

10040439



COMPONENTE DE EXTRATO

Inter: 00000001 Loja: 10.796.987/0001-56
Emissao: 03/10/2013 11:47:34
fil. Autorizacao (NSU): 100300118212

Operador: 0000001952

Local: 03/10/2013 Hora de Brasilia: 11:47

xxx Extrato de Conta Corrente xxx

MARCESSON GUILHERME A DE OLIVE 11-4748
FUNDIA 0283 CTA 0613466-1 03/OUT/2013

DISPONIVEL

* CONTA FACIL (C/C + POU) 0.42
TOTAL DISPONIVEL 0.42

SALDO TOTAL 0.42

SALDO DISP. P/INVEST. 0.42

MOVIMENTACAO-CONTA FACIL-(C/C + POU)

AGOSTO/ 2013

16 HISTORICO M. DOCTO 1 VALOR

17 SALDO ANTERIOR 1.36

SETEMBRO/ 2013

16 TARIFA BANCARIA 0120513 1.36

17 SALDO PARCIAL CESTA EXPRESSO 2

SALDO 0.00

19 DEP DINHEIRO CB 0283066 210.00

0 Proprio Favorecido

MORA CRED FESS 3480273 203.44

TARIFA BANCARIA 0120513 6.14

CESTA EXPRESSO 2

SALDO TOTAL 0.42

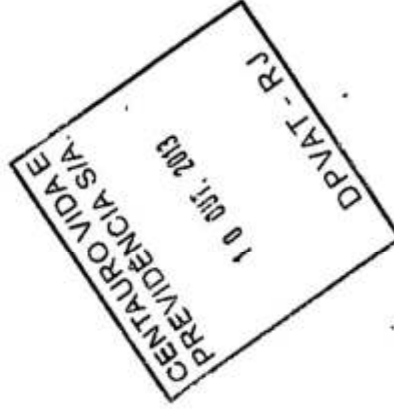
DEMONSTRATIVO DE SALDOS E MOVIMENTOS
PARA POU-POU-DEPOS. A PARTIR DE 4/5/12

DIA DO SALDO EM MOVIMENTOS
FUNDIARIO 03/10/2013

27 0.00 0.00

31 0.00 0.00

TOTAL 0.00

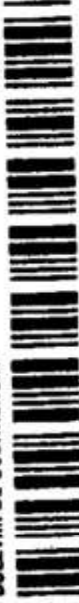


Ag. Bradesco : 283 - GOIAIA-PE
Corresp. Banc.: 069 - FARMACIA BARATA DO
COT. 02241057005 Autenticacao: 988-164

OUTUBRO BRANCO

ROESTIM DE OCORRENCIA

•1004026•



31 2023



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DE POLICIA DA 067A CIRCUNSCRICAO

DELEGACIA DE POLICIA DA 067A. CIRCUNSCRICAO CIVIL 0529RNAMELCO
DELEGACIA DE POLICIA DE C...

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 13E0157000529 LICIA DE CL

67ª CIRCUNSCRIÇÃO

ACIDENTE DE TRANSITO COM VITIMA NAO FATAL - Culposo (Consumado), que aconteceu no dia 22/7/2012 às 17:29 /

FILHO DO SENHOR JOSE CARLOS DE LIMA E SILVA
GRANDE SENTIDO CHÁ GRANDE TRAYATA - BARRIO ZONA RURAL - MUNICIPIO CHA GRANDE -
ESTADO: PERNAMBUCO - PIAAC BRASIL
1970/01/05 F. 574. ZONA RURAL F. 571. GRANDE: BARRIO REFORMADO

FORMULA 1 WITH ENZO ANGILERI, RICHARD BRANSON, AND OTHERS

Oportunidade para economizar
 VEÍCULO: (quando na versão de entrada), que estava no preço de R\$ 51.990, agora custa apenas R\$ 49.990.
 A BOMMEZOE DE OLIVEIRA

Qualificação da(s) pessoa(s) envolvidas(s)

(VITIMA) - WELYERSON GUILHERME ALBUQUERQUE DE OLIVEIRA (grande ao piano) - Id. 23; Masculino
 M2: SANDRA ALSOUERQUE DE OLIVEIRA; P.O. JOSE RODRIGUES DE OLIVEIRA - Id. 24; Masculino; 27/01/1955;
 Nacionalidade: CHA GRANDE (PERNAMBUCO) BRASIL.

Document: 759155250 TYPE (89) Estado Civil: NAO INFORMADO; Etnia: NAO INFORMADO;

Tempo de Voo: Não Informado: Tempo: Não Informado

ESTREITO A 100m do MUNICÍPIO DE CHA GRANDE, 387, RUA TIAGO BARBOSA, 15052-000 CENTRO, CHA GRANDE, PERNAMBUCO, BRASIL

== Sección de Información ==

DATE RECEIVED MAY 10 1968

Qualificação de(s) objeto(s) envolvido(s)

~~MOTOCICLETA / VEICULO) da propriedade de(n) Sr(s): WELYSSON GUILHERME ALBUQUERQUE DE OLIVEIRA / ^{casado em posse de(n) Sr(s): WELYSSON GUILHERME ALBUQUERQUE DE OLIVEIRA}
Cidade/Estado/Sigla: MOTOCICLETA / HONDA / CBX250 TWISTER - Objeto supracitado: Não - Motociclista não~~

[illegible]

Plaza No. 552 (PENAMBUCO / NÃO INFORMADO) E-mail: 78954908@chamix.com.br 11515

~~Completed by Observer~~

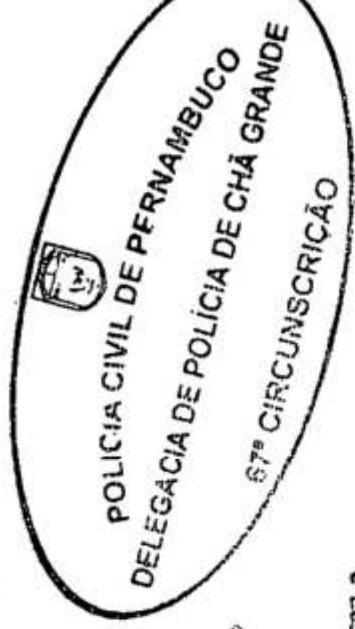
A VÍTIMA DECLAROU QUE ESTAVA CONDUZENDO, NO SENTIDO CHÁ GRANDE GRAVATÁ A MOTOCICLETA ACHIA DESCRITA

NA DATA E LOCAL DO FATO ACIMA MENCIONADOS, MOMENTO QUE COLIDIU COM UM CAMIONHO QUE ATRAVASSOU, DE FORMA REPENTINA, NA FRENTE DO SEU VEICULO. DEVIDO A COLISAO EM TELA A VITIMA FOI SOCORRIDA PARA O HOSPITAL LOCAL DESSA CIDADE POR UMA AMBULANCA E DEPOIS TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL DA RESTAURACAO EM RECIFE. OUTROSSEM, A VITIMA DECLAROU QUE SOFREU AS SEQUENTES LESOES PROVINDENTES DO ACIDENTE: ESCORIAÇÕES EM TUDO O CORPO, CIRURGIA DE COLUMNA TEM PRÓTESE (PLATINA) PARA NERVA DE DISCO, TRAUMA DE FACE EM REGIÃO MENTONIANA, CONTUSÃO DE REGIÃO FRONTAL E AFUNDAMENTO FRONTAL.

MELVISSON GUILHERME ALBUQUERQUE DE OLIVEIRA

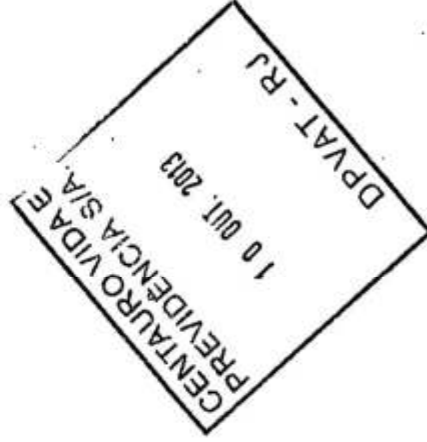
A assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta autoridade policial

MELVISSON GUILHERME
ALBUQUERQUE DE OLIVEIRA
(VITIMA)



[Handwritten signature]

B.O. registrado pelo policial: R002100 JOS - Matrícula: 273637-3



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

CERTIDÃO DE INEXISTÊNCIA DE IML

1004029



Eu, Reclamação exilviana Albuquerque de Oliveira, portador da carteira de identidade nº 7201862 SDS-PE e inscrito no CPF/MF sob o nº 072.118.434-09, residente e domiciliado na R. Thiago Padua Soares V-357 Centro, Cidade Olinda - Grande, Estado Pernambuco, 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

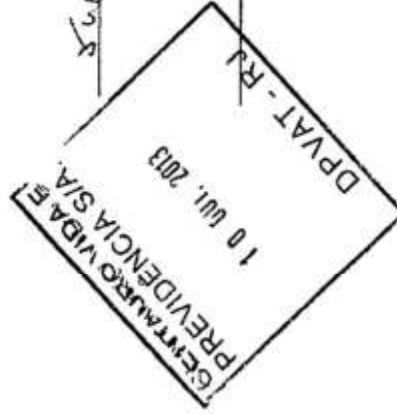
- (X) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de perjuir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Exato - PE

Local e data



Subsistema Social Seguro Habitacional - V-357 Centro

Assinatura do declarante

Representante legal

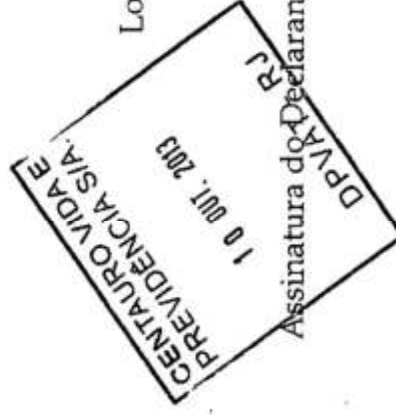


DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Guilherme Albuquerque de Oliveira,
 RG/CTPS/CNH n° 05602370154, data de expedição 26/09/12,
 Órgão SPS-PE, CPF n° 072.118.474-09, venho perante a este
 instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome,
 sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em
 anexo, documento probatório em nome de terceiro:

Logradouro	
(Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Tiago Barbosa Soares</u>
Número	<u>357</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Imbu</u>
Cidade	<u>Ita-grande</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>55036-000</u>
Telefone de Contato	
E-mail	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> CONTATOS (81) 3491.0360 / 3431.8823 (81) 9219.0525 / 3075.6564 (81) 9218.3735 / 8674.8263 </div> <div> CONTATOS (81) 3491.0360 / 3431.8823 (81) 9219.0525 / 3075.6564 (81) 9218.3735 / 8674.8263 </div> </div>

Por ser verdade, firmo-me.



Local e Data: Ita-grande-PE, 08.08.13

Assinatura do Declarante: Guilherme Albuquerque de Oliveira

Representante legal: _____



www.celpe.com.br
Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista
Recife, Pernambuco - CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0005943-83

Comercial: 0800 081 0120 | Pronto Atendimento: 0800 081 0196
Atendimento ao cliente audível ou de fax: 0800 281 0142
Ouvidoria Celpe: 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado de Pernambuco - ARPE: 0800 727 9162 - Ligação gratuita do telefone fixo
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL: 167 - Ligação gratuita de telefones fixos e portada na origem para telefones celulares

CLASSIFICAÇÃO

BI RESIDENCIAL
BAIXA RENDIMENTO

DADOS DO CLIENTE

SANDRA BARROS DE ALBUQUERQUE
PROX A GARAGEM DA PREFEITURA
CPF: 498.199.364-49

NIS: 23060470653

NÚMERO DA NOTA FISCAL	DATA DA EMISSÃO	DATA DA APROVAÇÃO
00000000000000000000	07/01/2012	22/11/2012
SERIE ÚNICA	NÚMERO DO CLIENTE	NÚMERO DA INSTALAÇÃO
00000000000000000000	000195873	965305

Reservado ao Fisco

7351A1EC.5851.E226.4411.01D0.53EB.1D00

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados se encontram à disposição, para consulta, em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

Quantidade	Preço (R\$)	Valor (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	0,12873593	3,86
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	0,22063556	13,67
Contribuição Iluminação Pública		1,05
CAMPANHA DOAÇÃO NIS (reembolsável)		0,98

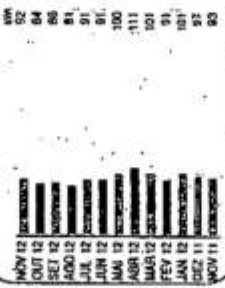
TARIFAS APLICADAS
Consumo Ativo até 30 kWh 0,12206
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh 0,2206

TOTAL DA FATURA

ICMS	IS	COFINS
Base de Cálculo	Base de Cálculo	Base de Cálculo
Valor do Imposto	Valor do Imposto	Valor do Imposto
%	%	%
17,5%	10,9%	17,5%

AUTORIZADO POR RESOLUÇÃO ESPECIAL DE SUPLENTE DE DIRETOR

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
Consumo de Energia Transmissão	4,82
Consumo de Energia Distribuição (Celpe)	8,90
Consumo de Energia Substituição	0,75
TOTAL	14,47



Data de Vencimento

29/11/2012

Total a Pagar (R\$)

19,56

Conta Contrato 2483159016

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA TIAGO BARBOSA SOARES 257

CENTRO CÍVICO GRANDE

RECIFE - PE

CEP: 50050-902

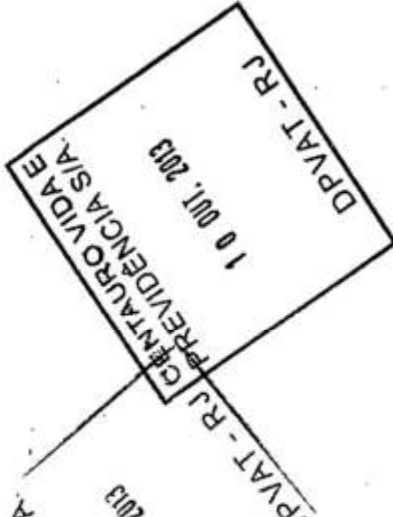
ATENÇÃO!

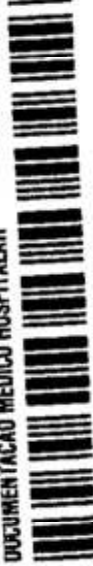
ACEPTE INFORMAR QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO

Comunicamos o não pagamento das(é) conta(s) de energia citada(s)	Valor	Vencido	Di. reaviso	Valor
30/10/12	22/11/12	15,48		

Em caso de não pagamento do débito, o fornecimento de energia poderá ser suspenso, bem como poderá ocorrer sua inclusão nos registros de restrição de crédito do SPC e SERASA, com abrangência nacional. Este comunicado não substitui o aviso de débitos anteriores, bem como não atenua débitos em discussão judicial que poderão ser cobrados após o fim do processo.

CONTATOS
(81) 3491.0360 / 3431.8823
(81) 9219.0525 / 3075.6584
(81) 9218.3735 / 8074.6283





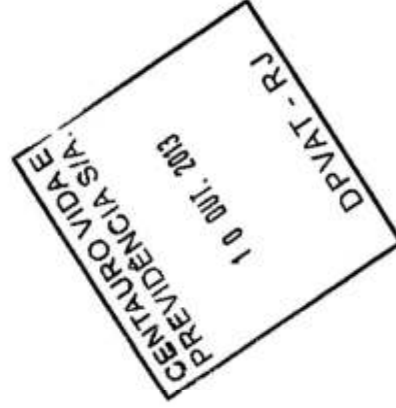
DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que Welvisson Guilherme Albuquerque de Oliveira, residente na Rua, Tiago Barbosa, Chã Grande, PE filho de Sandra Albuquerque de Oliveira, foi atendido neste Hospital Geral Alfredo Alves de Lima, no dia 22 de julho de 2013, vítima de acidente automobilístico, onde foi examinado pela Drª Jacyara F. Barrocas apresentando multe escoriações em todo o corpo e (MMSS) (MMII) o mesmo refere ter feito cirurgia de coluna tem prótese (platina) p/ hérnia de disco e refere dormência em (MMSS). Trauma de face em região mentoniana contusão de região frontal e afundamento frontal. Medicado e transferido para o Hospital da Restauração senha de nº 4186767; Sem mais para o momento.

Chã Grande 30 de Julho de 2013

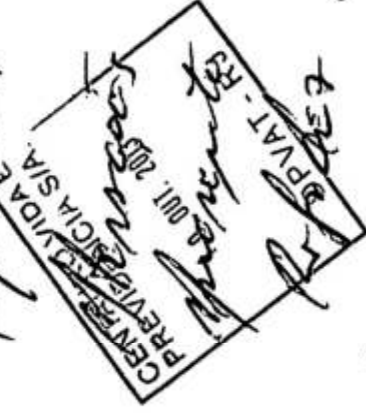
Diretor médico *Dr. Helbert P. Matias*
CREMEPE 19431
Dr. Helbert P. Matias

CRM: 19431



Para: W.E. Wilson Cuiabana Alencar de
Oliveira

Recebi em 22/Julho/2013 por intermédio
Médico de notificação, no qual teve
TCE com Atracamento frontal +
Fratura do Rádio distal esquerda
for submetido a tratamento cirúrgico
na forma de Atracamento frontal,
depois tratamento condutor com
Imobilização comida para fixação do
Rádio distal esquerda, no momento
ocorreu de fortes dores de costas,
epifor de consequentes vômitos,
dores de corpo todo físico-afetivo.
Dor + limitação funcional +
Reflexo no peito com



no tem fôlego e fratura no pulso
esquerdo

exate fratura exposta no

Defect frakturum, tip de fratura
DE?

1 TCE com fratura de fratura

of Defect \pm 60%

2. Fratura do Radio distal e os
of Defect frakturum \pm 60%
do pulso exato

Assinatura 28/08/13

João Ricardo P. Perruci
Trauma - Ortopedia
CRM 7442





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL GOVERNOS DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO GOVERNAMENTO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO		577293420 577293420 577293420	
WELISSON OLIVEIRA ALBUQUERQUE DE OLIVEIRA 7261862-8 CPF 072.116.474-09 DATA NASCIMENTO 27/06/1985		577293420 577293420 577293420	
FUNÇÃO TORRE RODRIGUES DE OLIVEIRA SANDRA ALBUQUERQUE DE OLIVEIRA		577293420 577293420 577293420	
PERMISSÃO PREALÍQUA 25/09/2013 25/09/2013		577293420 577293420 577293420	
LOCAL GRAVATA 25/09/2013 25/09/2013		577293420 577293420 577293420	
577293420 577293420 577293420		577293420 577293420 577293420	

CONTATOS
 (81) 3491.0360 / 3431.8823
 (81) 9219.0625 / 3075.8584
 (81) 9218.3736 / 8874.8293

GPAT - RJ
 10 OUT. 2013
 PREVIDÊNCIA S/A
 GPAT - RJ

PARECER DE ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL



DADOS DO SINISTRO

Número: 2013640465**Cidade:** Chã Grande**Natureza:** Invalidez**Vítima:** WELVISSON
GUILHERME
ALBUQUERQUE DE
OLIVEIRA**Data do acidente:** 22/07/2012**Emissor do
parecer:** José Artur
Fialho
Amorim**Seguradora:** CENTAURO VIDA E
PREVIDÊNCIA S/A**Prestadora:** AMORIM E MATTOS
SERVIÇOS MÉDICOS
ESPECIALIZADOS LT**CRM do médico:** 314742

PARECER

Data da análise: 24/10/2013**Valoração do
IML:****Perícia médica:** Sim**Diagnóstico:** POLITRAUMATISMO TCE**Resultados
terapêuticos:** DEPENDE DE EXAME PERICIAL**Sequelas
permanentes:****Sequelas:****Conduta mantida:****Quantificação das
sequelas:****Documentos
complementares:****Observações:****Valor pleiteado:** 9.450,00**Médico avaliador:** ARTUR**UF do CRM do
médico:** RJ

DANOS

Dano

Danos não definidos.

% Dimensão Graduação**Valor avaliado:** 0,00

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 2013640465**Cidade:** Chã Grande**Natureza:** Invalidez**Vítima:** WELVISSON GUILHERME
ALBUQUERQUE DE OLIVEIRA**Data do acidente:** 22/07/2012**Emissor do parecer:** Igor da Silva
Bonfim**Seguradora:** CENTAURO VIDA E
PREVIDÊNCIA S/A**Prestadora:** ACE Gestão de
Saúde Ltda.**CRM do médico:** 19953

PARECER

Diagnóstico: Traumatismo cranioencefálico com afundamento frontal. Fratura distal de rádio esquerdo com envolvimento articular.**Descrição do exame médico pericial:** Vítima queixa de cefaleia, tontura, irritabilidade e agressividade. Ao exame: Edema (++/+4), ausência de flexão e rigidez em punho esquerdo e dano cognitivo comportamental.**Resultados terapêuticos:** Submetido a tratamento conservador e fisioterapia.**Sequelas permanentes:** Dano cognitivo comportamental, déficit funcional em punho esquerdo.**Sequelas :** Com sequela**Data da perícia:** 01/11/2013**Conduta mantida:****Observações:****Valor pleiteado:** 13.500,00**Médico avaliador:** Andrea Rodrigues Madeira Campos**UF do CRM do médico:** PE

DANOS

Dano	%	Dimensão	Graduação
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25	1	75
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100	1	50

Valor avaliado: 9.281,25

Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT

Informações do Acidente

Sinistro: 2013640465
Nome da Vítima: Welvisson Guilherme
Albuquerque de Oliveira
Local: Chã Grande
Data do Acidente: 22.07.13

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Resultado da Avaliação do Médico Examinador

I. Há lesão cuja etiologia (origem causal) seja exclusivamente decorrente de acidente pessoal com veículo automotor de via terrestre?

(x) Sim () Não () Prejudicado

Em caso de assinalar resposta como “não” ou “prejudicado” apresentar justificativas:

Só prosseguir no laudo em caso de resposta afirmativa no quesito I

II. Com base no quadro clínico atual da Vítima, favor registrar:

a) Qual região corporal se encontra acometida. Caso haja mais de uma, informar:

Resposta: Traumatismo cranioencefálico com afundamento frontal, submetido a tratamento conservador. Fratura distal de rádio esquerdo com envolvimento articular, submetido a tratamento conservador e fisioterapia.

b) As alterações (disfunções) presentes no patrimônio físico da Vítima, que sejam evolutivas e temporalmente compatíveis com o quadro documentado no primeiro atendimento médico hospitalar, considerando-se as medidas terapêuticas tomadas na fase aguda do trauma.

Resposta: Vítima queixa de cefaleia, tontura, irritabilidade e agressividade. Ao exame: Edema (++)/4, ausência de flexão e rigidez em punho esquerdo e dano cognitivo comportamental.

III. Há indicação da Vítima ainda ter que realizar algum tratamento, incluindo medidas de reabilitação e/ou exames complementares para fins de diagnóstico ou de controle terapêutico?

a) Tratamentos: (x) Não () Sim.

Em caso afirmativo, descreva as condutas terapêuticas e/ou de reabilitação:

b) Exames Complementares: (x) Não () Sim.

Em caso afirmativo, descreva os exames complementares prescritos e seus prazos:

IV. Com base no exame clínico se pode afirmar que o quadro cursa com:

a) () Disfunções apenas temporárias. Neste caso informar a data de cessação da disfunção ou um prazo médio compatível, previsto para uma reavaliação.

b) (x) Dano anatômico e/ou funcional definitivo (sequelas). Em caso de dano anatômico e/ou funcional definitivo informar as limitações físicas irreparáveis e definitivas presentes no patrimônio físico da Vítima.

Resposta: Dano cognitivo comportamental, déficit funcional em punho esquerdo.

Em caso de resposta afirmativa para "a" e/ou "b" no item III e/ou "a" no item IV, favor NÃO preencher os demais campos abaixo assinalados.

V. Segundo o previsto na Lei 11.945/09 favor promover a quantificação da(s) lesão(ões) permanente(s) que não seja(m) mais susceptível(is) a tratamento que sejam geradora(s) de dano(s) anatômico(s) e/ou funcional(is) definitivo(s), especificando, segundo o Anexo da Lei 11.945/09, o(s) segmento(s) corporal(is) acometido(s) e ainda segundo o previsto no instrumento legal, firmar a sua graduação.

Com base no exame médico se pode documentar:

() Total (Dano anatômico ou funcional permanente que comprometa a íntegra do patrimônio físico e/ou mental da Vítima).

(x) Parcial (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas parte do patrimônio físico e/ou mental da Vítima).

Em se tratando de enquadramento como "parcial" informar se o dano é "completo" ou "incompleto":

() Parcial Completo (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa de forma global algum segmento corporal da Vítima).

(x) Parcial Incompleto (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas em parte a um (ou mais de um) segmento corporal da Vítima).

Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009, correlacionar as graduações percentuais então compatíveis aos danos apurados, respectivamente a cada segmento corporal acometido, apurando de modo global ou setorial.

1ª Lesão: Dano cognitivo comportamental

Marque o percentual: () 10% residual () 25% leve (x) 50% médio () 75% grave

2ª Lesão: Punho esquerdo

Marque o percentual: () 10% residual () 25% leve () 50% médio (x) 75% grave

3ª Lesão:

Marque o percentual: () 10% residual () 25% leve () 50% médio () 75% grave

4ª Lesão:

Marque o percentual: () 10% residual () 25% leve () 50% médio () 75% grave

Informações Complementares Apresentadas pelo Médico Examinador

Identificação do Médico Examinador

Nome do Médico: Andrea Rodrigues Madeira Campos

Registro no CRM: 19953

Local do Exame: **Caruaru**

Data do Exame: **01/11/13**

Local e Data



Assinatura do Médico Examinador – CRM