

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Edison Bernardo de Oliveira,
 RG nº 6970848, data de expedição 11/06/13,
 Órgão SDS/PE, portador do CPF nº 08729405932, com
 domicílio na cidade de Carapina no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Glória Planície, nº 511,
 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 Glennio Carlos Ribeiro da Silva cujo o condutor era
Glennio Carlos Ribeiro da Silva.

Veículo: Motocicleta
 Modelo: Honda / CG 150 FAN
 Ano: 2014
 Placa: 04R 2167
 Chassi: 9C2 KCA 80 ERD 25AAS
 Data do Acidente: 02/06/2018
 Local e Data: Carapina, 23 de julho de 2018



Edison Bernardo de Oliveira
 Assinatura do Declarante

contintuavel

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

CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO - CARAPINA/PE - TABELIONATO
 Privativo dos Registros de Imóveis, Hipotecas, Títulos e Documentos Públicos e Pessoas Jurídicas
 Av. Congresso Eucarístico Internacional, 126, Fone/Fax: (011) 9621.0413, Carapina/PE - cartorio.carapina@tbl.com.br

RECORRIDO: Pela Autenticidade da cópia: GLENNIO CARLOS RIBEIRO
 DE: 511, lançada em minha presença, do nº 1111111111
 2107/2018 (PE/2018). Emissão: 15/07/2018 - 15:00 - 15:00 - 15:00 - 15:00
 4.5. pelo nº 0074802 - PROB. 0001.0201. Diante
 autenticidade em meu tipo de 1111111111 - 1111111111
 Gláudio da Silva - Tabelião



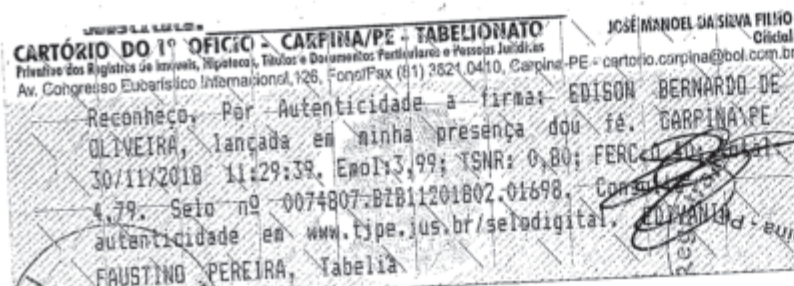
Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Edison Bernardo de Oliveira
RG nº 670898, data de expedição 11/06/18,
Órgão SDS/PE, portador do CPF nº 08729405432, com
domicílio na cidade de CARPINA, no Estado de
PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA MENDES MARTINS, nº S/N,
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 CLEVO CARLOS RIBEIRO DA SILVA cujo o condutor era
CLEVO CARLOS RIBEIRO DA SILVA

Veículo: MOTOCICLETA
Modelo: Honda CG FAN 150
Ano: 2014
Placa: 0YR 2167
Chassi: 9C2RC1680E025115
Data do Acidente: 02/06/2018
Local e Data: CARPINA 30/11/2018

Edison Bernardo de OLIVEIRA.
Assinatura do Declarante

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



RESUMO DE ALTA

DATA DA ALTA - 22/11/2018 14:17:00

IDENTIFICAÇÃO

NOME CLEVO CARLOS RIBEIRO DA
SILVA

IDADE 24 Anos

Data de Nascimento: 21/11/1994

PRESTADOR ASSISTENTE: LEONNARDO COSTA GONCALVES DE OLIVEIRA

DATA DE ATENDIMENTO: 22/11/2018 13:27:18

ATENDIMENTO: 187172

TEMPO DE PERMANÊNCIA: -1 Hora(s)

CONVÊNIO SUS - AMBULATORIO

PLANO PLANO UNICO

DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: S723 - FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR

DIAGNÓSTICO(S) SECUNDÁRIO(S):

DIAGNÓSTICO INICIAL: S723 - FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR

DIAGNÓSTICO DE ALTA: S723 - FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR

CONDUÇÃO DE ALTA

MOTIVO DA ALTA: ALTA APOS CONSULTA

PROCEDIMENTO DE ALTA:

OBSERVAÇÃO DE ALTA:

PACIENTE COM BOA RECUPERAÇÃO CLÍNICA E RADIOGRÁFICA DE FRATURA DIÁFISÁRIA DE FÊMUR ESO.
ADM. COMPLETA
ALTA DA ORTOPEDIA

LEONNARDO COSTA GONCALVES DE OLIVEIRA



HOSPITAL
MEMORIAL JABOATÃO

FICHA DE ESCLARECIMENTO

Processo:	CÓDIGO	REVISÃO
	GESTÃO DE PESSOAS	F.AT.SAM.01 00

INFORMAMOS QUE ESTA FICHA FOI CONFECCIONADA A PARTIR DE DADOS EXTRAÍDOS EXCLUSIVAMENTE DO PRONTUÁRIO MÉDICO DO (A) PACIENTE ABAIXO IDENTIFICADO (A).

NOME: Elvis Carlos Ribeiro da Silva

REGISTRO: 752678 DATA DE NASCIMENTO: 21 / 11 / 1994

RG: 9599529 ÓRGÃO EMISSOR: SDS PE

ENDEREÇO: Sítio Lha de Castelo - Carpina

NOME DA MÃE: Maria José da Penha

DATA ADMISSÃO: 05 / 06 / 2018 DATA ALTA: 09 / 06 / 2018

DATA DO PROCEDIMENTO: 07 / 06 / 2018 CID: S723

DIAGNÓSTICO: Fratura da diáfise do Fêmur

TRATAMENTO REALIZADO: Tratamento cirúrgico de Fratura da diáfise do Fêmur

MÉDICO: Renata Hurchle

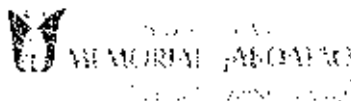
CREMEPE: _____

JABOATÃO DOS GUARAPES, 21 DE Junho DE 2018

Dr. Elton Carneiro
Médico
CRMPE 22523

MÉDICO





Paciente: WILTON MATOS DA PAZ FILHO

Data: 07/06/2018 19:34:34

Hora: 19:34

Relatório Geral de Cirurgias

Nome: CLEVIO CARLOS RIBEIRO DA SILVA

Prontuário: 752678

Arrendimento: J62370

Unidade de Internação / Leito: ENF-11 - LEITO 02

Sexo: Masculino

Idade: 23 Anos, 6 Meses e 17 Dias

Diagnóstico Pré Operatório: S723 - FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR

Risco Operatório:

Cirurgia(s) Realizada(s): D408050519 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR

Data: 07/06/2018

1. Cirurgião: RENATA HIRSCHLE GALINDO

Q1. 1. Auxílio Cirúrgico: WILTON MATOS DA PAZ FILHO

Q1. 2. Auxílio Cirúrgico: LEONARDO COSTA GOMCALVES DE OLIVEIRA

2. Instrumentador:

Anestesia: RAQUEL ANESTESIA

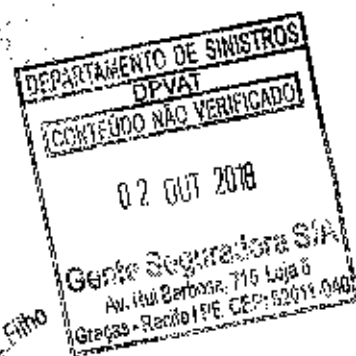
3. Anestesia:

4. Anestesista: DIANA SOUZA CANUTO DOS ANJOS

Descrição da Cirurgia:

ASSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS
INCISÃO LONGITUDINAL LATERAL EM QUADRIL E
ABERTURA POR PLANOS + HEMOSTASIA
INSERÇÃO DE FIO GUIA, PORÉM NÃO FOI POSSÍVEL REALIZAR A REDUÇÃO INCRUENTA. POR ESSE MOTIVO, FOI REALIZADA INCISÃO
UNIVASTO DE COXA ESQUERDA ATÉ FOCO DE FRATURA E REALIZADA REDUÇÃO SOB VISUALIZAÇÃO DIRETA.
PRESAGEM DO CANAL INTRAMEDULAR
FIXAÇÃO COM HEM ANTEROGRADA
BLOQUEIO DISTAL COM 02 PARAFUSOS
BLOQUEIO PROXIMAL COM 01 PARAFUSO
COLOCAÇÃO DE PARAFUSO TAMPÃO
LIMPEZA COM SORO
SÍNTESE POR PLANOS + CURATIVO

5. UTILIZADO RADIOSCOPIA NA CIRURGIA



Dr. Wilton Matos da Paz Filho
CRM: 25617
WILTON MATOS DA PAZ FILHO
CRM: 25617

Convênio: SUS - INTERNACAO

Atendimento: 162370

Nascimento: 21/11/1994

Responsável:

Prontuário: 752678

Sexo: Masculino

Nome: CLEVIS CARLOS RIBEIRO DA SILVA

Data e Hora do Atendimento: 05/06/18 18:07:04

Idade: 23 Anos, 6 Meses e 15 Dias

Profissão:

Escolaridade:

CPF:

Identidade: 9599529

Telefone:

Conjuge:

Estado Civil:

Cartão SUS: 164191629640001

Nome da Mãe: MARIA JOSE DA CONCEICAO

Nome do Pai: GILVAN RIBEIRO DA SILVA

Endereço: RUA ALTO DO Mouro, SANTO ANTONIO, CEP: 55811150, Nº 91, CARPINA - PE

OBSERVAÇÃO:

Unidade de Internação: CLINICA CIRURGICA ORTOPEDICA

Enfermaria / Leito: CNF 01 - LEITO 02

Médico: AECIO ALVES PEREIRA LEANDRO - CRM: 23664

CID:

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

RESUMO DE INTERNAMENTO

DOENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO HA 3 DIAS

ANTECEDENTES PESSOAIS E HEREDITARIOS:

NDN

EXAME FISICO GERAL:

EGB, CONSCIENTE, ORIENTADO, HIDRATADO, EUPNEICO

AP - CARDIO - VASCULAR:

F 92 BNF S/S

P - RESPIRATORIO:

V+ AHT SEM RA

ABDOMEN:

FLANO, DEPRESSIVEL, INDOLOR

G - GENITO - URINARIO:

NDN

OUTROS:

NDN

HIPÓTESE DIAGNOSTICA:

FRATURA DE FEMUR ESQUERDO

DIAGNOSTICO DEFINIVO:

CONDIÇÕES DE ALTA:

DATA:

09-06-18

HORA DE SAÍDA:

AECIO ALVES PEREIRA LEANDRO - CRM: 23664



ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	CNES
HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO	5356067
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	CNES
HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO	5356067

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE				
Nome do paciente				Nº Protocolo
CLEVIO CARLOS RIBEIRO DA SILVA				752678
Cartão Nacional do SUS	Data de Nascimento	Sexo	Raça Cor	Etnia
	22/11/1994	Masc. ☐ Femi. ☐		
Nome da Mãe				Telefone de contato
MARIA JOSE DA CONCEICAO				
Nome Responsável				
Endereço	Número	Bairro		
RUA ALTO DO MOURO	91	SANTO ANTONIO		
Município	IBGE	UF	CEP	
CARPINA			55011150	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
Principais Sinais e Sintomas Clínicos			
PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO HA 3 DIAS			
Condições que justificam a Internação			
CIRURGIA			
Principais Resultados de Provas Diagnósticas			
ANAMNESE + EXAMES DE IMAGEM			
Diagnóstico Inicial / Código	CID-10 Principal	CID-10 Secundário	CID-10 Causas Associadas
FRATURA DE FEMUR ESQUERDO			

PROCEDIMENTO SOLICITADO	
Descrição do Procedimento Solicitado	Código do Procedimento
INTERNAÇÃO	
Especialidade	Caráter de Atendimento
ORTOPEDIA	
Documento	Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assis
☐ CNS ☐ CPF	
Nome do Profissional Solicitante/Assistente	Data da Solicitação
LECIO ALVES	05/06/2018
Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)	
[Assinatura] [Carimbo]	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
☐ Acidente de trânsito	CNPJ Seguradora	Nº Bilhete	Série
☐ Acid. Trabalho típico			
☐ Acid. Trabalho trajeto	CNPJ / Empresa	CNAE/Empres	CBO
Inclusão no e Previdência			
☐ Empregado	☐ Empregador	☐ Autônomo	☐ Desempregado
☐ Aposentado ☐ Não Segur			

AUTORIZAÇÃO	
Nome do Profissional Autorizador	Cod. Orgão Emissor
Documento	Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador
☐ CNS ☐ CPF	
Data da Autorização	Assinatura e Carimbo (Nº de Registro do Conselho)
Pter	



ANEXO I

CONTENIDO NO VERIFICADO

02 OCT 2018

Gerente de Atendimento SIA
Rua do Barão, 716 Lapa
Bairro do Barão, 716 Lapa - 01201-04

Sumário de Admissão e Alta

Paciente: CLEVIO CARLOS RIBEIRO DA SILVA

Prontuário: 752678

Idade: 162370

Unidade de Internação: CLÍNICA CIRÚRGICA ORTOPÉDICA

Sexo: Masculino

Leito: ENF 11 - LEITO 02

Diagnóstico Inicial (Constante no Laudo Médico): FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR

CID: 5723 ✓

Exame Solicitado: 0408050519 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR

Tempo de permanência Previsto:

01 dias

Exame SUS Realizado: 0408050519 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR

Cirurgião: RENATA HIRSCHLE GALINDO

1. Auxílio Cirúrgico: WILTON MATOS DA PAZ FILHO

2. Auxílio Cirúrgico: LEONARDO COSTA GONCALVES DE OLIVEIRA

3. Auxílio Cirúrgico:

Demais Auxílios Cirúrgicos:

Anestesista: DIANA SOUZA CANUTO DOS ANJOS

Clinico:

Clinico:

Exames Especiais:

Indicação de Procedimento

Unidade de UTI

Unidade de Acompanhante

Vacina Anti -- Rh

- ☒ Uso de Prótese Ortopédica
☐ Uso de Fatores de Coagulação
☐ Uso de Oxigenadores
☐ Nutrição Parenteral

Histórico de Caso: PACIENTE SUBMETIDO AO TRATAMENTO CIRÚRGICO SEM INTERCORRÊNCIAS.

Diagnóstico Principal: S723 - FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR

Diagnóstico Secundário:

Data da Alta:

Data de Internação: 05/06/2018

Data da Alta:

09.06.18

Data de Hospitalização:

dia (s).

WILTON MATOS DA PAZ FILHO
CRM: 25617 - CRM-PE
DIAGNÓSTICO: S723.17

EXAME DE SINISTROS
DPVAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
02 OUT 2018
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 156 Loja 5
Rio de Janeiro, RJ - CEP: 20040-020
Fone: (21) 2551-0400

LAUDO MÉDICO E ATESTADO MÉDICO
(AO INSS - PERÍCIA MÉDICA)

PACIENTE: CLEVIO CARLOS RIBEIRO DA SILVA

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE ACIMA CITADO ESTEVE INTERNADO EM NOSSO SERVIÇO ONDE FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO RECEBENDO ALTA HOSPITALAR APÓS MELHORA CLÍNICA.

TESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE ACIMA CITADO NECESSITA AFASTAR-SE DAS ATIVIDADES LABORAIS POR UM PERÍODO DE 90 (NOVENTA) DIAS A PARTIR DESTA DATA.

RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA DO HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO PARA CONSULTA DE RETORNO NO DIA E HORÁRIO MARCADO ABAIXO.

ID-10: S723 - FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR

ATA DE INTERNAMENTO: 05/06/2018

ATA DA CIRÚRGIA: 07/06/2018

ATA DE ALTA: 09/06/2018

ATA CONSULTA DE RETORNO: 23/06/2018

HORÁRIO: 12:00

MÉDICO ASSISTENTE: DR. RENATA HIRSCHLE GALINDO

JABOATÃO DOS GUARARAPES, 9 DE JUNHO DE 2018

MÉDICO: LEONARDO COSTA GONÇALVES DE OLIVEIRA



HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO
MVPEP - Sistema de Prontuário Eletrônico
Relatório de Resumo de Alta

PÁGINA 1 DE 1
Emitido por: LEONNARDOCGO
Em: 22/11/2018 14:18

RESUMO DE ALTA

DATA DA ALTA - 22/11/2018 14:17:00

IDENTIFICAÇÃO

NOME: CLEVO CARLOS RIBEIRO DA SILVA

RG: 9599529

PESO:

IDADE: 24 Anos

SEXO: MASCULINO

ALTURA:

Data de Nascimento: 21/11/1994

PRESTADOR ASSISTENTE: LEONNARDO COSTA GONCALVES DE OLIVEIRA

DATA DE ATENDIMENTO: 22/11/2018 13:27:16

ATENDIMENTO: 187172

TEMPO DE PERMANÊNCIA: -1 Hora(s)

CONVÊNIO: SUS - AMBULATORIO

PLANO: PLANO UNICO

DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: S723 - FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR

DIAGNÓSTICO(S) SECUNDÁRIO(S):

DIAGNÓSTICO INICIAL: S723 - FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR

DIAGNÓSTICO DE ALTA: S723 - FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR

CONDUTA DE ALTA:

MOTIVO DA ALTA: ALTA APOS CONSULTA

PROCEDIMENTO DE ALTA:

OBSERVAÇÃO DE ALTA: PACIENTE COM BOA RECUPERAÇÃO CLÍNICA E RADIOGRÁFICA DE FRATURA DIAFISÁRIA DE FÊMUR ESQ.
ADM: COMPLETA
ALTA DA ORTOPEDIA

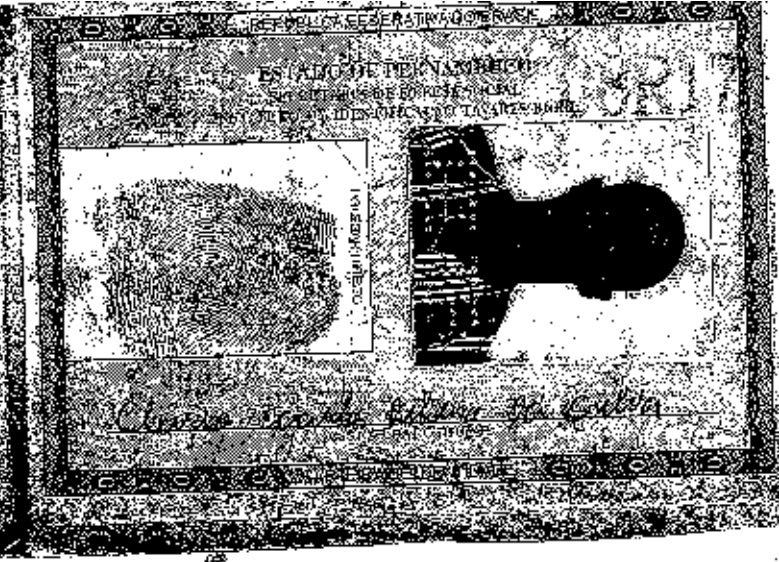
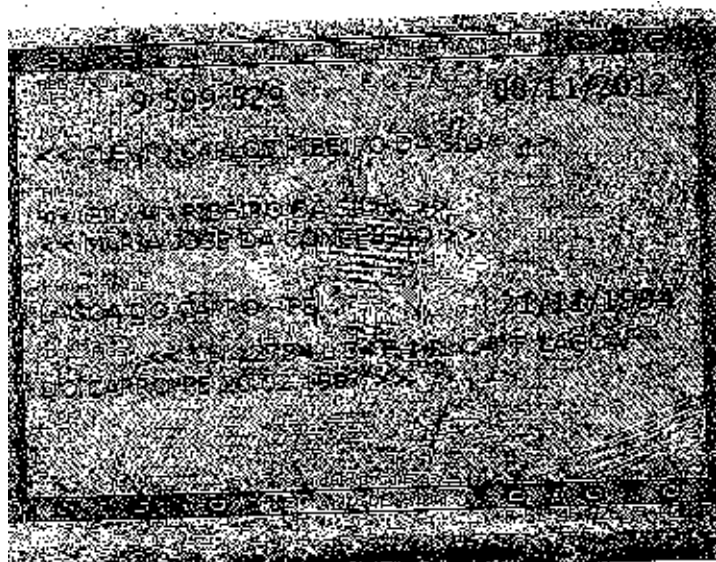
LEONNARDO COSTA GONCALVES DE OLIVEIRA

CRM-73550

Esta conta foi paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais
SOUL MV - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

[illegible]

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO
02 OUT 2018
Garto Seguradora S/A
Av. Rua Barbosa, 715 Laje 5
Graciosa - Roraima - CEP: 68.000-000



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
02 OUT 2018
Gordão Seguradora S/A
Av. das Américas, 776 Lajes
Graciosa - Rio de Janeiro - RJ



SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO

Data :20/08/2018
pag.:1

DELEGACIA DE POLÍCIA DE ROUBOS E FURTOS DE VEÍCULOS

Relatório de Veículo

PLACA : OYR2167 UF : PE RENAVAL : 1013764940 CHASSI : 9CZKC1680ER025115

Características Básicas :

TIPO : MOTOCICLETA

MARCA/MODELO : HONDA/CG 160 FAN ESDI

ESPECIE : PAS

COR : PRETA

ANO FAB/MODELO : 2014/2014

COMBUSTÍVEL : ALCO/GASOL

Dados do Proprietário :

CPF/CGC :

PROPRIETÁRIO : EDISON BERNARDO DE OLIVEIRA

Endereço do Proprietário :

LOGRADOURO : RUA MENDES MARTINS

MUNICÍPIO : CARPINA

COMPLEMENTO : OS

CEP : 55614290

BAIRRO : STO ANTONIO

UF : PE

Débitos :

IPVA : SIM

VALOR : 790,65

LICENCIAMENTO : SIM

VALOR : 190,05

MULTAS : SIM

VALOR : 508,72

Restrições Gerais :

RESTRIÇÃO : AL. FID. BANCO PAN SA





SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO

Data :20/08/2018
pag.:1

DELEGACIA DE POLÍCIA DE ROUBOS E FURTOS DE VEÍCULOS

Relatório de Veículo

PLACA : OYR2167 UF : PE RENAVAL : 1013764940 CHASSI : 9CZKC1680ER025115

Características Básicas :

TIPO : MOTOCICLETA

MARCA/MODELO : HONDA/CG 160 FAN ESDI

ESPECIE : PAS

COR : PRETA

ANO FAB/MODELO : 2014/2014

COMBUSTÍVEL : ALCO/GASOL

Dados do Proprietário :

CPF/CGC :

PROPRIETÁRIO : EDISON BERNARDO DE OLIVEIRA

Endereço do Proprietário :

LOGRADOURO : RUA MENDES MARTINS

MUNICÍPIO : CARPINA

COMPLEMENTO : OS

CEP : 55614290

BAIRRO : STO ANTONIO

UF : PE

Débitos :

IPVA : SIM

VALOR : 790,65

LICENCIAMENTO : SIM

VALOR : 190,05

MULTAS : SIM

VALOR : 508,72

Restrições Gerais :

RESTRIÇÃO : AL. FID. BANCO PAN SA



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180459286 **Cidade:** Carpina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CLEVIO CARLOS RIBEIRO DA SILVA **Data do acidente:** 02/06/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DO FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(HASTE INTRAMEDULAR) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: VITIMA JÁ INDENIZADA EM SINISTRO ANTERIOR EM 50% DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECIMENTO DE SEQUELAS PERMANENTES, CASO EXISTAM.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: FERNANDA CARDOSO GUERRA FONSECA

CRM: 533427

UF do CRM: RJ

Assinatura:

Fernanda C. G. Fonseca

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180554006 **Cidade:** Carpina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CLEVIO CARLOS RIBEIRO DA SILVA **Data do acidente:** 02/06/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM HASTE INTRAMEDULAR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PROCURAÇÃO

Outorgante: Elvira Carlos Ribeiro da Silva, brasileiro(a), estado Civil solteira, profissão Estudante, residente e domiciliado à Rua Sítio São do Bastão, nº 12, bairro Zona Rural, Município de Agua de Frio, Estado PE, Cep: 55.820-000, Rg nº 9599529, órgão emissor SDS/PE e CPF nº 120.051.29445

Outorgado(a): Ayane Karla Guedes Pereira Silva, inscrito(a) no CPF sob o nº 009.847.614-97, Carteira de Identidade nº 5.968.745, órgão emissor SDS-PE, estado civil casada, autônoma, com endereço a Rua José Mariano, 66-A, Centro, Timbaúba-PE.

Por este instrumento particular de procuração, o(a) outorgante nomeia e constitui o(a)

Outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer

Seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou Elvira Carlos Ribeiro da Silva em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Elvira Carlos Ribeiro da Silva, ocorrido em 02/06/2018, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

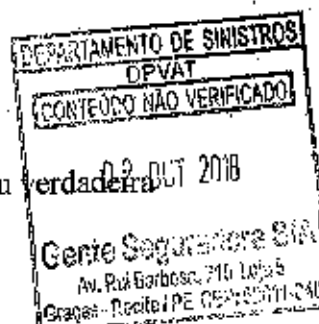
Podendo o(a) dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

Timbaúba, 03, de Setembro de 2018



Elvira Carlos Ribeiro da Silva

Outorgante



Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

OFÍCIO DO 1º OFÍCIO - CARPINÁ/PE - TABELIONATO
Rua do Comércio, 125 - Fone: (51) 3321.0000 - e-mail: carpinapa@of1.com.br
Carimbo: 02-OUT-2018
Assinatura: [Assinatura]

PROCURAÇÃO

Outorgante: Cláudio Carlos Martins da Silva, brasileiro(a), estado
Civil solteiro, profissão estudante, residente e domiciliado à Rua
Sítio Boa da Ponte, nº 12, bairro Zona Rural,
Município de Agua da Barra, Estado PE, Cep: 55.820-000,
Rg nº 9599529, órgão emissor SBS/PE e CPF nº 120.051.29445

Outorgado(a): Ayane Karla Guedes Pereira Silva, inscrito(a) no CPF sob o nº 009.847.614-97, Carteira de Identidade nº 5.968.745, órgão emissor SDS-PE, estado civil casada, autônoma, com endereço a Rua José Mariano, 66-A, Centro, Timbaúba-PE.

Por este instrumento particular de procuração, o(a) outorgante nomeia e constitui o(a)

Outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer Seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr(a) Cláudio Paulo Ribeiro da Silva, ocorrido em 02/06/2018, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

Podendo o(a) dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

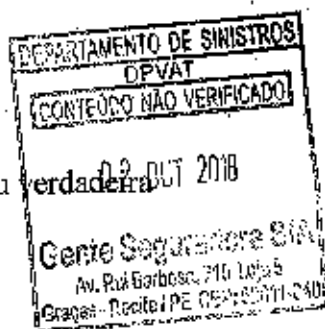
Timbaúba 03 de Setembro de 2018

7° OFFICIO
CARPINA

Oliver... Charles... John... Susan

Coatorgante

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



RTÓRIO DO 1º OFÍCIO - CARPINA/PE - TABELIONATO

PROCURAÇÃO

Outorgante: CLEVIO CARLOS RIBEIRO DA SILVA, brasileiro(a), estado Civil SOLTEIRO, profissão ESTUDANTE, residente e domiciliado à Rua Sítio Chã de Castelo, nº 12, bairro ZONA RURAL, Município de Lagoa do Carro, Estado PE, Cep: 55820-000, Rg nº 9599529, órgão emissor SDS/PE e CPF nº 120 051 29445

Outorgado(a): Ayane Karla Guedes Pereira Silva, inscrito(a) no CPF sob o nº 009.847.614-97, Carteira de Identidade nº 5.968.745, órgão emissor SDS-PE, estado civil casada, autônoma, com endereço a Rua José Mariano, 66-A, Centro, Timbaúba-PE.

Por este instrumento particular de procuração, o(a) outorgante nomeia e constitui o(a) Outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer Seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) CLEVIO CARLOS RIBEIRO DA SILVA, ocorrido em 02/06/2018, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

Podendo o(a) dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

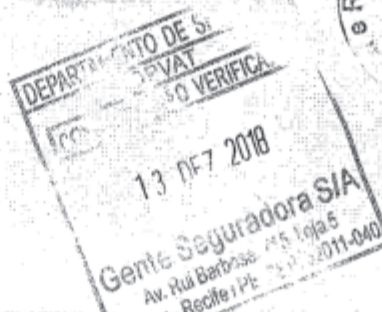
CARPINA, 30 de novembro de 2018

1º OFÍCIO
CARPINA

Clevio Carlos Ribeiro da Silva

Outorgante

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



PROCURAÇÃO

Outorgante: CLEVIO CARLOS RIBEIRO DA SILVA, brasileiro(a), estado Civil SOLTEIRO, profissão ESTUDANTE, residente e domiciliado à Rua Sítio Chã de Castelo, nº 12, bairro ZONA RURAL, Município de Lagoa do Carro, Estado PE, Cep: 55820-000, Rg nº 9599529, órgão emissor SDS/PE e CPF nº 120 051 29445

Outorgado(a): Ayane Karla Guedes Pereira Silva, inscrito(a) no CPF sob o nº 009.847.614-97, Carteira de Identidade nº 5.968.745, órgão emissor SDS-PE, estado civil casada, autônoma, com endereço a Rua José Mariano, 66-A, Centro, Timbaúba-PE.

Por este instrumento particular de procuração, o(a) outorgante nomeia e constitui o(a) Outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer Seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) CLEVIO CARLOS RIBEIRO DA SILVA, ocorrido em 02/06/2018, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

Podendo o(a) dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

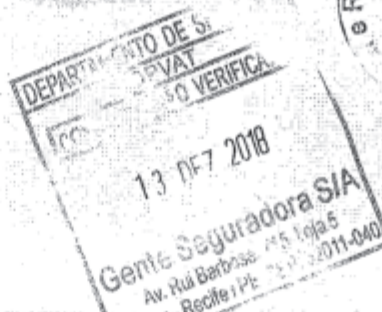
CARPINA, 30 de novembro de 2018

1º OFÍCIO
CARPINA

Clevio Carlos Ribeiro da Silva

Outorgante

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0425989/18

Número do Sinistro: 3180554006

Vítima: CLEVIO CARLOS RIBEIRO DA SILVA

CPF: 120.051.294-45

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 02/06/2018

Titular do CPF: CLEVIO CARLOS RIBEIRO DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Declaração do Proprietário do Veículo

AYANE KARLA GUEDES PEREIRA SILVA : 009.847.614-97

Procuração

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: 13/12/2018
Nome: AYANE KARLA GUEDES PEREIRA SILVA
CPF: 009.847.614-97

AYANE KARLA GUEDES PEREIRA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/12/2018
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

JULIANA BEZERRA DE LUNA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0425989/18

Vítima: CLEVIO CARLOS RIBEIRO DA SILVA

CPF: 120.051.294-45

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 02/06/2018

Titular do CPF: CLEVIO CARLOS RIBEIRO DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

AYANE KARLA GUEDES PEREIRA SILVA : 009.847.614-97

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

CLEVIO CARLOS RIBEIRO DA SILVA : 120.051.294-45

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

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: 26/11/2018
Nome: AYANE KARLA GUEDES PEREIRA SILVA
CPF: 009.847.614-97

AYANE KARLA GUEDES PEREIRA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/11/2018
Nome: Isabelly Antonia dos Santos Ursulino
CPF: 106.719.384-79

Isabelly Antonia dos Santos Ursulino

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0360966/18

Vítima: CLEVIO CARLOS RIBEIRO DA SILVA

CPF: 120.051.294-45

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 02/06/2018

Titular do CPF: CLEVIO CARLOS RIBEIRO DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

AYANE KARLA GUEDES PEREIRA SILVA : 009.847.614-97

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

CLEVIO CARLOS RIBEIRO DA SILVA : 120.051.294-45

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

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: 02/10/2018
Nome: AYANE KARLA GUEDES PEREIRA SILVA
CPF: 009.847.614-97

AYANE KARLA GUEDES PEREIRA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/10/2018
Nome: Isabelly Antonia dos Santos Ursulino
CPF: 106.719.384-79

Isabelly Antonia dos Santos Ursulino

Rio de Janeiro, 03 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **CLEVIO CARLOS RIBEIRO DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180459286**

Vitima: **CLEVIO CARLOS RIBEIRO DA SILVA**

Data do Acidente: **02/06/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **AYANE KARLA GUEDES PEREIRA SILVA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180459286**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13433635



Rio de Janeiro, 20 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **CLEVIO CARLOS RIBEIRO DA SILVA**

Sinistro: **3180459286**
Vítima: **CLEVIO CARLOS RIBEIRO DA SILVA**
Data do Acidente: **02/06/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **AYANE KARLA GUEDES PEREIRA SILVA**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180459286** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 26 de Novembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180554006

Vítima: CLEVIO CARLOS RIBEIRO DA SILVA

Data do Acidente: 02/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: AYANE KARLA GUEDES PEREIRA SILVA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), CLEVIO CARLOS RIBEIRO DA SILVA

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

Declaração do Proprietário do Veículo

Sendo assim, favor entrar em contato com um dos canais relacionados a seguir para as informações necessárias.

Ponto de atendimento, onde o seu pedido do Seguro DPVAT foi entregue, ou site www.seguradoralider.com.br ou 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 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.

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

Carta nº 13632846



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **3180459286**
Nome do(a) Examinado(a): **CLEVIO CARLOS RIBEIRO DA SILVA**
Endereço do(a) Examinado(a): **SÍTIO CHA DE CASTELO nº 12 - CENTRO - ZONA RURAL - LAGOA DO CARRO/PE**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 9599529**
Data e local do acidente: **02/06/2018 CARPINA/PE**
Data e local do exame: **26/10/2018 RECIFE/PE**

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

FRATURA DE DIÁFASE DO FEMUR ESQUERDO

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE DIÁFASE DO FEMUR ESQUERDO, COM FIXAÇÃO E PARAFUSOS EM 07.06.2018, SEM INTERCORRÊNCIAS. ALTA HOSPITALAR EM 09.06.2018.

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

IV. Nexos de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

☒ SIM ☐ NÃO

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível a qualquer medida terapêutica)?

☐ SIM ☒ NÃO

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

EM TRATAMENTO

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações(*).

☐ Vítima em tratamento

☐ Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em 60 dias

Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

VIII.* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

TEMPO NÃO HÁBIL PARA AVALIAR AS SEQUELAS PERMANENTES -

Médico Perito: ARAKEN ALMEIDA DE ARAUJO CRM:6172/PE


Araken Almeida
Médico Perito
CRM: 6172/PE

Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com nome e CRM



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - 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 PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASI:

CPF da vítima

120.051.294-45

Nome completo da vítima

Cláudio Carlos Ribeiro da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	Cláudio Carlos Ribeiro da Silva	CPF titular da conta	120.051.294-45	Profissão	estudante
Endereço	Sítio Ibaí de Castelo	Número	12	Complemento	lavra
Bairro	Zona Rural	Cidade	Lagoa do Lago	Estado	PE
Email	mefamessoua@gmail.com	CEP	55820-000	Telefone (DDD)	(81) 999933-7242

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

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

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

Nº

1242

CV

CONTA

Nº

01344770

DV

7

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Nome

Nº

AGÊNCIA

Nº

DV

CONTA

Nº

DV

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

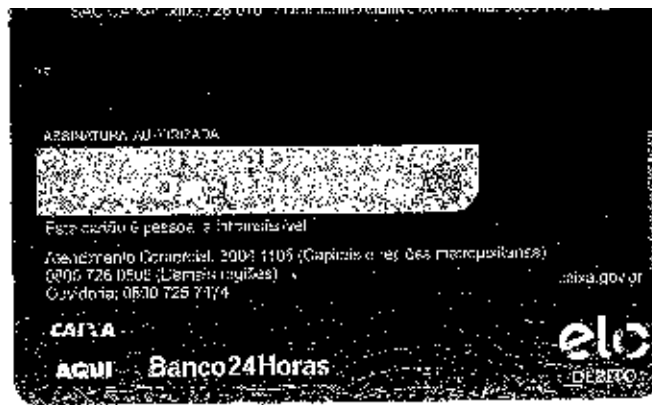
Lumbauca, 03 de Setembro de 2018

Local e Data

Cláudio Carlos Ribeiro da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - 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 PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASI:

CPF da vítima

120.051.294-45

Nome completo da vítima

Cláudio Carlos Ribeiro da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	Cláudio Carlos Ribeiro da Silva	CPF titular da conta	120.051.294-45	Profissão	estudante
Endereço	Sítio Iba de Castelo	Número	12	Complemento	lavra
Bairro	Zona Rural	Cidade	Lagoa do Lago	Estado	PE
Email	mefamessoua@gmail.com	CEP	55820-000	Telefone (DDD)	(81) 999933-7242

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

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

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

Nº

1242

CV

CONTA

Nº

01344770

DV

7

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Nome

Nº

AGÊNCIA

Nº

DV

CONTA

Nº

DV

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

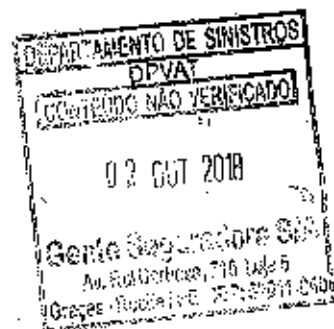
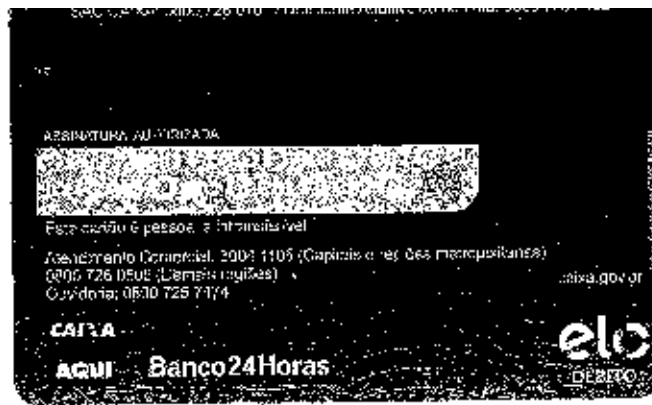
Lumbauca, 03 de Setembro de 2018

Local e Data

Cláudio Carlos Ribeiro da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





476493

0360966/18

**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 045ª CIRCUNSCRIÇÃO - CARPINA - DP45ªCIRC
DINTER/11ªDESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0135002672

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **26/07/2018** às **10:31**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **2/6/2018** às **04:00**

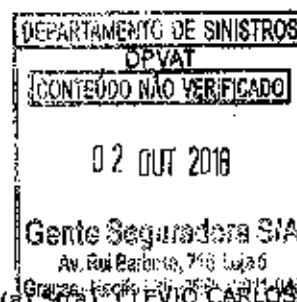
Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA CONGRESSO EUCARISTICO INTERNACIONAL, 1 - Bairro: SANTA CRUZ - CARPINA/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **SEMÁFORO DA COMERCIAL 2001**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DSCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
EDISON BERNARDO DE OLIVEIRA (OUTRO)
CLEVIO CARLOS RIBEIRO DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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



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

CLEVIO CARLOS RIBEIRO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA JOSÉ DA CONCEIÇÃO Pai: **GILVAN RIBEIRO DA SILVA** Data de Nascimento: **21/11/1994** Naturalidade: **LAGOA DO CARRO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **9599529/SDS/PE (RG), 12005129446 (CPF), 08889326210 (CNH)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Telefones Celulares: **- 993638789**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE LAGOA DO CARRO, 1, SITIO CHA DOS CASTELOS - CEP: 0 - Bairro: VASSOURAS - LAGOA DO CARRO/PERNAMBUCO/BRASIL**

DSCONHECIDO - Ramo da Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -

EDISON BERNARDO DE OLIVEIRA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: M Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **RUA MENDES MARTINS, 345 - CEP: 0 - Bairro: SANTO ANTONIO - CARPINA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

VEICULO 1 (VEICULO) de propriedade do(a) **Sr(a): EDISON BERNARDO DE OLIVEIRA**, que estava em posse

do(a) Sr(a): **CLEVIO CARLOS RIBEIRO DA SILVA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **OYR2167** (PERNAMBUCO/CARPINA) Renavam: **101376494** Chassi: **9C2KC1680ER025116**

Ano Fabricação/Modelo: **2014/2014** Combustível: **ALCO/GASOL**

VEICULO 2 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a):

DESCONHECIDO

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**

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

Complemento / Observação

COMPARECEU NESTA DELEGACIA DE POLICIA, O SR. CLEVIO CARLOS, INFORMANDO QUE NO DIA 02/06/2018, POR VOLTA DAS 04:00 HORAS QUANDO TRANSITAVA NA MOTOCICLETA DE PLACA OYR 2167, DE PROPRIEDADE DO SR. EDISON BERNARDO DE OLIVEIRA, NA AV. CONGRESSO EUCARISTICO, PE-90, NESTA CIDADE, NO SEMAFORO, EM FRENTE A COMERCIAL 2001, NO SENTIDO PAUDALHO A CARPINA, O ACUSADO VINHA ULTRAPASSANDO UM OUTRO VEICULO, NO SENTIDO CONTRÁRIO, EM UMA MOTO DE CONDUTOR E PLACA NÃO ANOTADA, QUE COLIDIU DE FRENTE COM A VITIMA. A VITIMA FOI SOCORRIDA POR POPULARES ATÉ A UNIDADE MISTA LOCAL E LOGO APÓS TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO DOS GUARARAPES-PE, ONDE FOI SUBMETIDO A UMA CIRURGIA NO FEMUR ESQUERDO. DIANTE O FATO EXPOSTO, SOLICITA PROVIDENCIAS POLICIAIS QUE O CASO REQUER.

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

CLEVIO CARLOS RIBEIRO DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **JOSÉ AMARO DE AGUIAR** - Matrícula: **3847977**





476493

0360966/18

**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 045ª CIRCUNSCRIÇÃO - CARPINA - DP45ªCIRC
DINTER/11ªDESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0135002672

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **26/07/2018** às **10:31**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **2/6/2018** às **04:00**

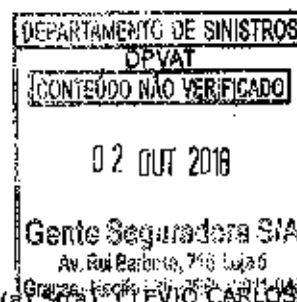
Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA CONGRESSO EUCARISTICO INTERNACIONAL, 1 - Bairro: SANTA CRUZ - CARPINA/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **SEMÁFORO DA COMERCIAL 2001**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DSCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
EDISON BERNARDO DE OLIVEIRA (OUTRO)
CLEVIO CARLOS RIBEIRO DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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



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

CLEVIO CARLOS RIBEIRO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA JOSÉ DA CONCEIÇÃO Pai: GILVAN RIBEIRO DA SILVA Data de Nascimento: 21/11/1994 Naturalidade: LAGOA DO CARRO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 9599529/SDS/PE (RG), 12005129446 (CPF), 08889326210 (CNH) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Telefones Celulares: - 993638789

Endereço Residencial: MUNICIPIO DE LAGOA DO CARRO, 1, SITIO CHA DOS CASTELOS - CEP: 0 - Bairro: VASSOURAS - LAGOA DO CARRO/PERNAMBUCO/BRASIL

DSCONHECIDO - Ramo da Atividade: NAO INFORMADO

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -

EDISON BERNARDO DE OLIVEIRA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: M Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: RUA MENDES MARTINS, 345 - CEP: 0 - Bairro: SANTO ANTONIO - CARPINA/PERNAMBUCO/BRASIL

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

VEICULO 1 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): EDISON BERNARDO DE OLIVEIRA, que estava em posse

do(a) Sr(a): **CLEVIO CARLOS RIBEIRO DA SILVA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **OYR2167** (PERNAMBUCO/CARPINA) Renavam: **101376494** Chassi: **9C2KC1680ER025116**

Ano Fabricação/Modelo: **2014/2014** Combustível: **ALCO/GASOL**

VEICULO 2 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a):

DESCONHECIDO

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**

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

Complemento / Observação

COMPARECEU NESTA DELEGACIA DE POLICIA, O SR. CLEVIO CARLOS, INFORMANDO QUE NO DIA 02/06/2018, POR VOLTA DAS 04:00 HORAS QUANDO TRANSITAVA NA MOTOCICLETA DE PLACA OYR 2167, DE PROPRIEDADE DO SR. EDISON BERNARDO DE OLIVEIRA, NA AV. CONGRESSO EUCARISTICO, PE-90, NESTA CIDADE, NO SEMAFORO, EM FRENTE A COMERCIAL 2001, NO SENTIDO PAUDALHO A CARPINA, O ACUSADO VINHA ULTRAPASSANDO UM OUTRO VEICULO, NO SENTIDO CONTRÁRIO, EM UMA MOTO DE CONDUTOR E PLACA NÃO ANOTADA, QUE COLIDIU DE FRENTE COM A VITIMA. A VITIMA FOI SOCORRIDA POR POPULARES ATÉ A UNIDADE MISTA LOCAL E LOGO APÓS TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO DOS GUARARAPES-PE, ONDE FOI SUBMETIDO A UMA CIRURGIA NO FEMUR ESQUERDO. DIANTE O FATO EXPOSTO, SOLICITA PROVIDENCIAS POLICIAIS QUE O CASO REQUER.

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

CLEVIO CARLOS RIBEIRO DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **JOSÉ AMARO DE AGUIAR** - Matrícula: **3847977**



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos – Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima <i>Cláudio Carlos Ribeiro da Silva</i>	CPF da Vítima <i>120.051.294-45</i>	Data do Acidente <i>02/06/2018</i>
---	--	---------------------------------------

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir 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 da 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
02 OUT 2018
Gerente Seguradora SIA
Av. Rio Branco, 116 - 1003
Grupos e Rodadas: 06 de 2011-040

Timbóuba, 03 de Setembro de 2018
Local e Data

Cláudio Carlos Ribeiro da Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos – Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima <i>Cláudio Carlos Ribeiro da Silva</i>	CPF da Vítima <i>120.051.294-45</i>	Data do Acidente <i>02/06/2018</i>
---	--	---------------------------------------

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir 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 da 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
02 OUT 2018
Gerente Seguradora SIA
Av. Rio Branco, 116 - 1003
Grupos e Rodadas: 06 de 2011-040

Timbóuba, 03 de Setembro de 2018
Local e Data

Cláudio Carlos Ribeiro da Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180554006 **Cidade:** Carpina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CLEVIO CARLOS RIBEIRO DA SILVA **Data do acidente:** 02/06/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM HASTE INTRAMEDULAR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: MARCELO DE TOLEDO FERNANDES TERRIGNO

CRM: 5255920-8

UF do CRM: RJ

Assinatura:

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
UNIDADE MISTA FRANCISCO ASSIS CHATEAUBRIAND



GOVERNO DE
CARPINA
A FORÇA DO TRABALHO

ALTIMA DE EMERGÊNCIA

Portuário: 123 116 DNS: Idade: 23 Sexo: M
Nome: Cláudio Carlos Ribeiro da Silva Nascimento: 21.11.94 Est. Civil:
End: R. 1710 Ch. de Cidelo Bairro: rural CEP:
Cidade: Goio do Conde Nº: 512 Nac.: Doc Nº:
Mãe: Ana Jara da Conceição Pai:
Profissão: Responsável: Tel.:

Últimas Ocorrências:

Data: 02-06-18 Hora: 04:00 Nº OCORRÊNCIA: Situação / Sintomas / Queixas / Eventos:

2-CONSULTA: URGÊNCIA () NÃO URGÊNCIA () EMERGÊNCIA () ACIDENTE TRABALHO () ACIDENTE TRÂNSITO ()

HORÁRIO:	P.A.	PC	PULSO	PESO	ASSINATURA

EXAME / DIAGNÓSTICO:

Acidente, motociclista, 23 anos
foi encontrado no serviço após
atendimento, depois trazido pelo SMC
de uma ocorrência de acidente de trânsito
apresentando ferimentos a
perna da M1

TRATAMENTO:

① Transferido para o H. 112 -
Sala 5435118
② SVO
③ SF 051 500-112
④ PPS
⑤ Hef

EXAMES COMPLEMENTARES:

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

① TGS de Regras Part
② Ferimento de Coto (S)

CID:

TIPO DA SAÍDA:

SIDÊNCIA: ☐ INTERNADO: ☐ CURATIVO ☐ BÁSICO ☐ ESP ☐ TÉCNICO / COREN ☐
NEBULIZAÇÃO ☐ RETIRADA DE PONTOS ☐

JUSTIFICATIVA:

CAMINHAMENTO:

MÓVIDO:

CONSULTAS / ATENDIMENTO MÉDICO:
☐ URGÊNCIA BÁSICA ☐ URG. ESPECIALIZADA
☐ OBS. BÁSICA ☐ OBS. ESPECIALIZADA

Dr. Rogério Alves de Santana
Médico
CRM 26014

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	TÉCNICO / CONSELHO	HORÁRIO:

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
PRVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

OUTRO:

DATA DO DIA

DATA SAÍDA:

HORÁRIO SAÍDA:

DATA:

RECEPCIONISTA: J. S.

02 OUT 2018

Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 3
Graciosa - Recife/PE CEP: 52011-040

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
UNIDADE MISTA FRANCISCO ASSIS CHATEAUBRIAND



GOVERNO DE
CARPINA
A FORÇA DO TRABALHO

ALTIMA DE EMERGÊNCIA

Portuário: 123 116 DNS: Idade: 23 Sexo: M
Nome: Cláudio Carlos Ribeiro da Silva Nascimento: 21.11.94 Est. Civil:
End: R. 1710 Ch. de Cidelo Bairro: rural CEP:
Cidade: Goio do Conde Nº: 512 Nac.: Doc Nº:
Mãe: Ana Jara da Conceição Pai:
Profissão: Responsável: Tel.:

Últimas Ocorrências:

Data: 02-06-18 Hora: 04:00 Nº OCORRÊNCIA: Situação / Sintomas / Queixas / Eventos:

2-CONSULTA: URGÊNCIA () NÃO URGÊNCIA () EMERGÊNCIA () ACIDENTE TRABALHO () ACIDENTE TRÂNSITO ()

HORÁRIO:	P.A.	PC	PULSO	PESO	ASSINATURA

EXAME / DIAGNÓSTICO:

Acidente, motociclista, 23 anos
foi encontrado no serviço após
atendimento, depois trazido pelo SMC
de uma ocorrência de acidente de trânsito
apresentando ferimentos a
perna da M1

TRATAMENTO:

① Transferido para o H. 112 -
Sala 5435118
② SVO
③ SF 051 500-112
④ PPS
⑤ Hef

EXAMES COMPLEMENTARES:

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

① TGS de Regras Part
② Ferimento de Coto (S)

CID:

TIPO DA SAÍDA:

SIDÊNCIA: ☐ INTERNADO: ☐ CURATIVO ☐ BÁSICO ☐ ESP ☐ TÉCNICO / COREN ☐
NEBULIZAÇÃO ☐ RETIRADA DE PONTOS ☐

JUSTIFICATIVA:

CAMINHAMENTO:

MÓVIDO:

CONSULTAS / ATENDIMENTO MÉDICO:
☐ URGÊNCIA BÁSICA ☐ URG. ESPECIALIZADA
☐ OBS. BÁSICA ☐ OBS. ESPECIALIZADA

Dr. Rogério Alves de Santana
Médico
CRM 26014

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	TÉCNICO / CONSELHO	HORÁRIO:
	DEPARTAMENTO DE SINISTROS PRVAT	
	CONTEÚDO NÃO VERIFICADO	

HTO:

M DO DIA

TA SAÍDA:

RÁRIO SAÍDA:

TA:

RECEPCIONISTA: J. S.

02 OUT 2018

Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 3
Graciosa - Recife/PE CEP: 52011-040

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 20/12/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CLEVIO CARLOS RIBEIRO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01242

CONTA: 000000044770-7

Nr. da Autenticação F570F00446BA23E4



Companhia Elétrica Paulista
Av. Carlos de Carvalho, 100 - Vila Mariana, São Paulo - SP - CEP 05400-000
CNPJ 10.316.892/0001-00 | Ins. ISENT 000504-99 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
MARIA JOSE DA CONCEICAO

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA CHADE CASTELO 12

CPF 662.415.934-34 NIS: 184.921.4894

ZONA RURA, LAGOA DO CARROLAGA DO
LAGOA DO CARRO PE
55820-000

CLASSIFICAÇÃO
B1: RESIDENCIAL
9000 RENDA COM 115
Monofase

RENDA MENSAL
C: 8234507 UNICA 20000000
20000000 20000000 1834000

Consumo em kWh
Consumo em kWh
Consumo em kWh

QUANTIDADE	PREÇO UNIT	VALOR (R\$)
30,000000	0,1871175	R\$ 5,61
		0,09
		1,46

MP DO	TIPO DA	ANTERIOR		ATUAL		MP DO	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
VERIFICAÇÃO	CONTADOR	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	VERIFICAÇÃO	(KWH)		
00									

PERÍODO	DATA DE INÍCIO	DATA DE FIM	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR
MAR 10	01/03/10	31/03/10	6,60	1,12	1,12	1,12	1,12	1,12
ABR 10	01/04/10	30/04/10	6,60	1,12	1,12	1,12	1,12	1,12
MAY 10	01/05/10	31/05/10	6,60	1,12	1,12	1,12	1,12	1,12
JUN 10	01/06/10	30/06/10	6,60	1,12	1,12	1,12	1,12	1,12
JUL 10	01/07/10	31/07/10	6,60	1,12	1,12	1,12	1,12	1,12
AGO 10	01/08/10	31/08/10	6,60	1,12	1,12	1,12	1,12	1,12
SET 10	01/09/10	30/09/10	6,60	1,12	1,12	1,12	1,12	1,12
OCT 10	01/10/10	31/10/10	6,60	1,12	1,12	1,12	1,12	1,12
NOV 10	01/11/10	30/11/10	6,60	1,12	1,12	1,12	1,12	1,12
DEZ 10	01/12/10	31/12/10	6,60	1,12	1,12	1,12	1,12	1,12

PERÍODO	DATA DE INÍCIO	DATA DE FIM	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR
MAR 10	01/03/10	31/03/10	6,60	1,12	1,12	1,12	1,12	1,12
ABR 10	01/04/10	30/04/10	6,60	1,12	1,12	1,12	1,12	1,12
MAY 10	01/05/10	31/05/10	6,60	1,12	1,12	1,12	1,12	1,12
JUN 10	01/06/10	30/06/10	6,60	1,12	1,12	1,12	1,12	1,12
JUL 10	01/07/10	31/07/10	6,60	1,12	1,12	1,12	1,12	1,12
AGO 10	01/08/10	31/08/10	6,60	1,12	1,12	1,12	1,12	1,12
SET 10	01/09/10	30/09/10	6,60	1,12	1,12	1,12	1,12	1,12
OCT 10	01/10/10	31/10/10	6,60	1,12	1,12	1,12	1,12	1,12
NOV 10	01/11/10	30/11/10	6,60	1,12	1,12	1,12	1,12	1,12
DEZ 10	01/12/10	31/12/10	6,60	1,12	1,12	1,12	1,12	1,12

PERÍODO	DATA DE INÍCIO	DATA DE FIM	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR
MAR 10	01/03/10	31/03/10	6,60	1,12	1,12	1,12	1,12	1,12
ABR 10	01/04/10	30/04/10	6,60	1,12	1,12	1,12	1,12	1,12
MAY 10	01/05/10	31/05/10	6,60	1,12	1,12	1,12	1,12	1,12
JUN 10	01/06/10	30/06/10	6,60	1,12	1,12	1,12	1,12	1,12
JUL 10	01/07/10	31/07/10	6,60	1,12	1,12	1,12	1,12	1,12
AGO 10	01/08/10	31/08/10	6,60	1,12	1,12	1,12	1,12	1,12
SET 10	01/09/10	30/09/10	6,60	1,12	1,12	1,12	1,12	1,12
OCT 10	01/10/10	31/10/10	6,60	1,12	1,12	1,12	1,12	1,12
NOV 10	01/11/10	30/11/10	6,60	1,12	1,12	1,12	1,12	1,12
DEZ 10	01/12/10	31/12/10	6,60	1,12	1,12	1,12	1,12	1,12

PERÍODO	DATA DE INÍCIO	DATA DE FIM	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR
MAR 10	01/03/10	31/03/10	6,60	1,12	1,12	1,12	1,12	1,12
ABR 10	01/04/10	30/04/10	6,60	1,12	1,12	1,12	1,12	1,12
MAY 10	01/05/10	31/05/10	6,60	1,12	1,12	1,12	1,12	1,12
JUN 10	01/06/10	30/06/10	6,60	1,12	1,12	1,12	1,12	1,12
JUL 10	01/07/10	31/07/10	6,60	1,12	1,12	1,12	1,12	1,12
AGO 10	01/08/10	31/08/10	6,60	1,12	1,12	1,12	1,12	1,12
SET 10	01/09/10	30/09/10	6,60	1,12	1,12	1,12	1,12	1,12
OCT 10	01/10/10	31/10/10	6,60	1,12	1,12	1,12	1,12	1,12
NOV 10	01/11/10	30/11/10	6,60	1,12	1,12	1,12	1,12	1,12
DEZ 10	01/12/10	31/12/10	6,60	1,12	1,12	1,12	1,12	1,12

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
62 OUT 2016
Gertel Seguros S.A.
Av. Juvêncio, 715 - Laje 5
Graciosa - Recife/PE CEP: 51011-040



Companhia Elétrica Paulista
Av. Carlos de Carvalho, 100 - Vila Mariana, São Paulo - SP - CEP 05400-000
CNPJ 10.316.892/0001-00 | Ins. ISENT 000504-99 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
MARIA JOSE DA CONCEICAO

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA CHADE CASTELO 12

CPF 662.415.934-34 NIS: 184.921.4894

ZONA RURA, LAGOA DO CARROLAGA DO
LAGOA DO CARRO PE
55820-000

CLASSIFICAÇÃO
B1: RESIDENCIAL
9000 RENDA COM 115
Monofase

RENDA MENSAL
C: 8234507 UNICA 20000000
20000000 20000000 1834000

Consumo em kWh
Consumo em kWh
Consumo em kWh

QUANTIDADE	PREÇO UNIT	VALOR (R\$)
30,000000	0,1871175	R\$ 5,61
		0,09
		1,46

MP DO	TIPO DA	ANTERIOR		ATUAL		MP DO	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
VERIFICAÇÃO	CONTADOR	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	VERIFICAÇÃO	(KWH)		
00									

PERÍODO	DATA DE INÍCIO	DATA DE FIM	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR
MAR 10	01/03/10	31/03/10	6,60	1,12	1,12	1,12	1,12	1,12
ABR 10	01/04/10	30/04/10	6,60	1,12	1,12	1,12	1,12	1,12
MAY 10	01/05/10	31/05/10	6,60	1,12	1,12	1,12	1,12	1,12
JUN 10	01/06/10	30/06/10	6,60	1,12	1,12	1,12	1,12	1,12
JUL 10	01/07/10	31/07/10	6,60	1,12	1,12	1,12	1,12	1,12
AGO 10	01/08/10	31/08/10	6,60	1,12	1,12	1,12	1,12	1,12
SET 10	01/09/10	30/09/10	6,60	1,12	1,12	1,12	1,12	1,12
OCT 10	01/10/10	31/10/10	6,60	1,12	1,12	1,12	1,12	1,12
NOV 10	01/11/10	30/11/10	6,60	1,12	1,12	1,12	1,12	1,12
DEZ 10	01/12/10	31/12/10	6,60	1,12	1,12	1,12	1,12	1,12

PERÍODO	DATA DE INÍCIO	DATA DE FIM	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR
MAR 10	01/03/10	31/03/10	6,60	1,12	1,12	1,12	1,12	1,12
ABR 10	01/04/10	30/04/10	6,60	1,12	1,12	1,12	1,12	1,12
MAY 10	01/05/10	31/05/10	6,60	1,12	1,12	1,12	1,12	1,12
JUN 10	01/06/10	30/06/10	6,60	1,12	1,12	1,12	1,12	1,12
JUL 10	01/07/10	31/07/10	6,60	1,12	1,12	1,12	1,12	1,12
AGO 10	01/08/10	31/08/10	6,60	1,12	1,12	1,12	1,12	1,12
SET 10	01/09/10	30/09/10	6,60	1,12	1,12	1,12	1,12	1,12
OCT 10	01/10/10	31/10/10	6,60	1,12	1,12	1,12	1,12	1,12
NOV 10	01/11/10	30/11/10	6,60	1,12	1,12	1,12	1,12	1,12
DEZ 10	01/12/10	31/12/10	6,60	1,12	1,12	1,12	1,12	1,12

PERÍODO	DATA DE INÍCIO	DATA DE FIM	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR
MAR 10	01/03/10	31/03/10	6,60	1,12	1,12	1,12	1,12	1,12
ABR 10	01/04/10	30/04/10	6,60	1,12	1,12	1,12	1,12	1,12
MAY 10	01/05/10	31/05/10	6,60	1,12	1,12	1,12	1,12	1,12
JUN 10	01/06/10	30/06/10	6,60	1,12	1,12	1,12	1,12	1,12
JUL 10	01/07/10	31/07/10	6,60	1,12	1,12	1,12	1,12	1,12
AGO 10	01/08/10	31/08/10	6,60	1,12	1,12	1,12	1,12	1,12
SET 10	01/09/10	30/09/10	6,60	1,12	1,12	1,12	1,12	1,12
OCT 10	01/10/10	31/10/10	6,60	1,12	1,12	1,12	1,12	1,12
NOV 10	01/11/10	30/11/10	6,60	1,12	1,12	1,12	1,12	1,12
DEZ 10	01/12/10	31/12/10	6,60	1,12	1,12	1,12	1,12	1,12

PERÍODO	DATA DE INÍCIO	DATA DE FIM	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR
MAR 10	01/03/10	31/03/10	6,60	1,12	1,12	1,12	1,12	1,12
ABR 10	01/04/10	30/04/10	6,60	1,12	1,12	1,12	1,12	1,12
MAY 10	01/05/10	31/05/10	6,60	1,12	1,12	1,12	1,12	1,12
JUN 10	01/06/10	30/06/10	6,60	1,12	1,12	1,12	1,12	1,12
JUL 10	01/07/10	31/07/10	6,60	1,12	1,12	1,12	1,12	1,12
AGO 10	01/08/10	31/08/10	6,60	1,12	1,12	1,12	1,12	1,12
SET 10	01/09/10	30/09/10	6,60	1,12	1,12	1,12	1,12	1,12
OCT 10	01/10/10	31/10/10	6,60	1,12	1,12	1,12	1,12	1,12
NOV 10	01/11/10	30/11/10	6,60	1,12	1,12	1,12	1,12	1,12
DEZ 10	01/12/10	31/12/10	6,60	1,12	1,12	1,12	1,12	1,12

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
62 OUT 2016
Gertel Seguros S.A.
Av. dos Bandeirantes, 115 - Laje 5
Graciosa - Recife/PE CEP: 51011-040

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0006943-83



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 118
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE GEOVANO GAIÃO BOREA CPF: 780.856.014-78	DATA DE VENCIMENTO 12/07/2018 TOTAL A PAGAR (R\$) 71,90	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 05/07/2018 DATA DA APRESENTAÇÃO 05/07/2018 NÚMERO DA NOTA FISCAL 022761310	CONTA CONTRATO 007004026599 Nº DO CLIENTE 200121829 Nº DA INSTALAÇÃO 0005228597
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA VIG HENRIQUE 222 - B CENTRO/IMBAUBA 55870-000 TIMBAUBA PE	CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásico		
RESERVADO AO FISCO 08F5.E03D.E81C.DA17.2A67.1D45.0AED.8896			

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

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	71,06	0,74722083	53,06
Acrescimo Bandeira VERMELHA			5,00
Contribuição Iluminação Pública			0,16
ICMS Subvenção-COF-NF 015260043-07/05/18			1,14
Multa por atraso-NF 015260043 - 07/05/18			2,73
Juros por atraso-NF 015260043 - 07/05/18			1,89
Atualização IGPIL-NF 015260043 - 07/05/18			2,16
TOTAL DA FATURA			71,90

COMPOSICAO E NAO PAGAMENTO DA(S) COTA(S) DE ENERGIA CADASTRAL:		
Venda	DI Rastre	Valor
13Multas	05/07/18	107,33

Em caso de não pagamento do débito, o fornecimento da energia poderá ser suspenso, bem como poderá ocorrer sua inclusão nos registros de restrição de crédito do BPC e RERAB, com consequente inclusão em lista de inadimplentes. Este consumidor não substitui e não de dobra em nenhuma forma como não abrangida elétrica ora discutida judicial que poderão ser cancelados após o fim do processo.

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO		KWh
Consumo Ativo(KWh)	1,9275000	JUL 18		71
		AUG 18		190
		SET 18		190
		OUT 18		261
		NOV 18		232
		DEZ 18		201
		JAN 19		129
		FEB 19		127
		MAR 19		252
		ABR 19		151
		MAY 19		181
		JUN 19		100
		JUL 19		136

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS								
ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
58,13	25,00	14,53	58,13	0,82	0,48	58,13	4,28	2,48

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL			
NÚMERO DO MEDIDOR	TÍPO DA FUNÇÃO	AMÉRICA	ATUAL
00000003016178120	040	08/06/2018	05/07/2018
11.916,00	11.916,00	11.916,00	11.916,00
28	1.00000	0,00	71,00

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APLICADO	METAS	METAS	METAS
			ANUAL	TRIMESTRAL	SEMANAL
máximo					
Duração de horas sem energia	TIMBAUBA	0,00	8,16	12,34	24,80
Tempo de duração de horas sem energia		0,00	3,42	5,05	13,70
Tempo de duração de horas sem energia		0,00	3,53	5,00	0,00
Linha DEDR: 12,82					

DEPARTAMENTO DE SINISTROS	
E-PAV	
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO	

INFORMAÇÕES IMPORTANTES	
Pague no ponto mais perto de você comercial avião: e com o cartão de crédito ou débito. Na data da leitura a bandeira em vigor é a Vermelha. Mais informações em www.celpe.com.br. O cliente é penalizado quando há violação na continuidade individual ou no nível de tensão de fornecimento. Pagto. em atraso para multa 2% (Res 414/ANEEL). Juros 1% a.m. (Lei 10.438/04). O Cliente é penalizado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial. Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorreu a suspensão.	

DETAQUE AQUI			
CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR (R\$)	VENCIMENTO
007004026599	07/2018	71,90	12/07/2018

TALÃO DE PAGAMENTO	
838200900002 719000110073 004026599107 119066663931 Evite dobrar, perfurar ou rasgar. Este canhoto será usado em leitora ótica.	



Companhia Elétrica Paulista
Av. Carlos de Carvalho, 100 - Vila Mariana, São Paulo - SP - CEP 05400-000
CNPJ 10.316.892/0001-00 | Ins. ISENT 000504-99 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
MARIA JOSE DA CONCEICAO

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA CHADE CASTELO 12

CPF 662.415.934-34 NIS: 184.921.4894

ZONA RURA, LAGOA DO CARROLAGA DO
LAGOA DO CARRO PE
55820-000

CLASSIFICAÇÃO
B1: RESIDENCIAL
9000 RENDA COM 115
Monofase

RENDA MENSAL
C: 8234507 UNICA 20000000
20000000 20000000 1834000

Consumo em kWh
Consumo em kWh
Consumo em kWh

QUANTIDADE	PREÇO UNIT	VALOR (R\$)
30,000000	0,1871175	R\$ 5,61
		0,09
		1,46

MP DO	TIPO DA	ANTERIOR		ATUAL		MP DO	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
VERIFICAÇÃO	CONTADOR	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	VERIFICAÇÃO	(KWH)		
		2010-01-01	10000	2010-01-01	10000				3000

PERÍODO	DATA DE INÍCIO	DATA DE FIM	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR
MAR 10	01/03/10	31/03/10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ABR 10	01/04/10	30/04/10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
MAY 10	01/05/10	31/05/10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
JUN 10	01/06/10	30/06/10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
JUL 10	01/07/10	31/07/10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
AGO 10	01/08/10	31/08/10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
SET 10	01/09/10	30/09/10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
OCT 10	01/10/10	31/10/10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
NOV 10	01/11/10	30/11/10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
DEZ 10	01/12/10	31/12/10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

CONSUMO EM KWH
CONSUMO EM KWH
CONSUMO EM KWH

CONSUMO EM KWH
CONSUMO EM KWH
CONSUMO EM KWH

CONSUMO EM KWH
CONSUMO EM KWH
CONSUMO EM KWH

CONSUMO EM KWH
CONSUMO EM KWH
CONSUMO EM KWH

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
62 OUT 2016
Gertel Seguros S.A.
Av. dos Bandeirantes, 715 - Laje 5
Graciosa - Recife/PE CEP: 51011-040

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5598
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
187-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - 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 0221206
(exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

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=25638>

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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Ayone Carla Guedes Pereira Silva inscrito (a) no CPF/CNPJ 009.847.624 / 97 na qualidade de Produtor (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Cláudio Carlos Ribeiro da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 120.051.294 / 45 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidadez da Vítima Cláudio Carlos Ribeiro da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 120.051.294 / 45, 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 Inácio Henrique</u>		Número <u>222</u>	Complemento <u>Para</u>
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Limbeira</u>	Estado <u>PE</u>	CEP
Email <u>meyaneria@gmail.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>(81) 999113-7889</u>	Telefone celular (DDD) <u>(81) 99933-7242</u>

Limbeira 03 de Setembro de 2018
Local e Data

Ayone Carla Guedes Pereira Silva
Assinatura do Declarante



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - 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 0221206
(exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

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=25638>

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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Ayone Carla Guedes Pereira Silva inscrito (a) no CPF/CNPJ 009.847.624 / 97 na qualidade de Produtor (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Cláudio Carlos Ribeiro da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 120.051.294 / 45 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidadez da Vítima Cláudio Carlos Ribeiro da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 120.051.294 / 45, 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 Inácio Henrique</u>		Número <u>222</u>	Complemento <u>Para</u>
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Limbeira</u>	Estado <u>PE</u>	CEP
Email <u>meyaneria@gmail.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>(81) 999113-7889</u>	Telefone celular (DDD) <u>(81) 99933-7242</u>

Limbeira 03 de Setembro de 2018
Local e Data

Ayone Carla Guedes Pereira Silva
Assinatura do Declarante

