

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 17 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190583996

Vítima: FABIO PESSOA RIBEIRO

Data do Acidente: 29/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FABIO PESSOA RIBEIRO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 18 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190583996

Vítima: FABIO PESSOA RIBEIRO

Data do Acidente: 29/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), FABIO PESSOA RIBEIRO

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

Documentação médica-hospitalar	Apresentar a cópia simples dos documentos médicos de todo tratamento realizado entre a data da alta médica e a data da identificação da sequela permanente, com a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foram entregues.
---------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 12 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190583996 **Vítima: FABIO PESSOA RIBEIRO**
Data do Acidente: 29/04/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FABIO PESSOA RIBEIRO

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: **FABIO PESSOA RIBEIRO**

Valor: **R\$ 843,75**

Banco: **001**

Agência: **000004357-5**

Conta: **000010005370-X**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
836.882.574-91 **Fábio Pessoa Ribeiro**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo: Fábio Pessoa Ribeiro	6 - CPF: 836.882.574-91		
7 - Profissão: Meuviu iui.	8 - Endereço: R. São Miguel 900 304.	9 - Número: 128	10 - Complemento: Alegados
11 - Bairro: Alegados	12 - Cidade: Recife	13 - Estado: PE	14 - CEP: 50850-000
15 - E-mail: Incavulocassessoria@Hot-mail.com	16 - Tel. (DDD): (81) 97915-3756		

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: **Brasil**

AGÊNCIA: **4357**

CONTA: **5370**

AGÊNCIA: **4357**

CONTA: **5370**

8

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:				
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:			
28 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim teve filhos? <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascer? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Informações
digitais de
identificação
de beneficiário
para utilização
na emissão
de documento
de identificação
pessoal

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

40 - Local e Data,

Cajazeiras 08/10/2019
Lider Ribeiro

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

ENC 001 00001 / 2010

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

44 - Assinatura do Procurador (se houver)

ENC 001 00001 / 2010

DEBONTO TECNOLOGIA DE INFORMACAO
0040136 SUPER IBS CATAMARA 26/05/2019
CREDICARD
07 85 23 (Horario de Brasilia)
-----3135

Série N 93028081-6514

26/05/2019 BANCO DO BRASIL 07:00:28
455716130

SALDO DE CONTA CORRENTE
PARA SIMPLES CONFERENCIA

LIVRENTES FABIO PESSOA RIBEIRO	
AGENCIAS 4357-5	5 370,8

5.316,8	7.410
DISPONIVEL	7.410
LIVROS 0,00 IOF 0,00	

Informações importantes no verso

www.bancodobrasil.com.br
Impresso em papel termosensivel com
vida util de 5 anos. Evite contato com
plasticos, produtos quimicos, exposicao
ao calor - umidade, fogo do sol e lampadas.

XOTE SEGURO
Erica Araujo
14/11/19



3184-
JP

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
 SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
 POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
 DELEGACIA DE POLÍCIA DA 009ª CIRCUNSCRIÇÃO - IPSEP - DP9ªCIRC DIM/3ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0099001223

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **10/05/2019** às **13:47**

Complementa o BO Número: **19E0099001222**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado) que aconteceu no dia **29/4/2019** às **13:40**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA RECIFE, 1** - Bairro: **IPSEP - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**
 - Ponto de Referência: **PROXIMO AO CAÇOTE**
 Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

MARIA BETANIA DO NASCIMENTO (AUTOR \ AGENTE)
 VALDENIO MENDONÇA GOMES DA SILVA (OUTRO)
 FABIO PESSOA RIBEIRO (VITIMA)

XOTE SEGUROS
 Erica Araujo
 Shildia

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): MARIA BETANIA DO NASCIMENTO
 VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): FABIO PESSOA RIBEIRO

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

MARIA BETANIA DO NASCIMENTO (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **NI** Pai: **NI** Data de Nascimento: **1/1/1970** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **1/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escolaridade: **DESCONHECIDO**
 Endereço Residencial: **RUA PROFESSOR POTIGUAR MATOS, 315 - CEP: 55000-000 - Bairro: IBURA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

FABIO PESSOA RIBEIRO (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **GESILDA INES PESSOA RIBEIRO** Pai: **SEVERINO ADALBERTO SOUZA RIBEIRO** Data de Nascimento: **4/10/1974** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **4603368/SSP/PE (RG), 83688757491 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **MECANICO** Telefones Celulares: **- 81986904533**

Endereço Residencial: **RUA SANTO CRISTO, 293 - CEP: 55000-000 - Bairro: AFOGADOS - RECIFE/PERNAMBUCO /BRASIL, PORXIMO A IGREJA DA FÉ**

VALDENIO MENDONÇA GOMES DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **DALVA MENDONÇA BEZERRA** Pai: **JOSE GOMES DA SILVA SOBRINHO** Data de Nascimento: **6/3/1973** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **3687388/SDS/PE (RG), 82066230430 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **VIGILANTE** Telefones Celulares: **- 984296880**

996336490

Endereço Residencial: AVENIDA NOSSA SENHORA DE FATIMA, 4 - CEP: 55000-000 - Bairro: JARDIM JORDAO - JABOATÃO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL, ESCOLA NSRº DE FATIMA

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

PDZ3223 MOTO BROSS 160 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **VALDENIO MENDONÇA GOMES DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **FABIO PESSOA RIBEIRO**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR 160 BROS ESDD** Objeto apreendido: **Não** Número de Série: **9C2KD0810JR001270**

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

Placa: **PDZ3223** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **1134574794** Chassi: **9C2KD0810JR001270**
Ano Fabricação/Modelo: **2017/2017**

KGK2521 CORSA SEDAN (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **MARIA BETANIA DO NASCIMENTO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **MARIA BETANIA DO NASCIMENTO**

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMÓVEL/GM/CORSA** Objeto apreendido: **Não** Número de Série: **9BGXH19G06B157142**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)** Unitário: **10000,00 (REAL)**

Placa: **KGK2521** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **874050316** Chassi: **9BGXH19G06B157142**
Ano Fabricação/Modelo: **2005/2005** Combustível: **ALCO/GASOL**
Descrição: **CHASSI 9BGXH19G06B157142 CORSA PRETO PLACA KGK 2521**

Complemento / Observação

INFORMA A VÍTIMA FABIO PESOA RIBEIRO QUE ESTAVA TRANSITANDO NA FAIXA DIREITA NA MOTO PDZ3223 PELA AVENIDA RECIFE, NA ALTURA DO CAÇOTE, QUANDO O CONDUTOR DO AUTOMÓVEL KGK2521 REALIZOU ULTRAPSSAGEM DE OUTRO AUTOMÓVEL PELA DIREITA E COLIDIU COM A MOTO. QUE O DECLARANTE FOI LANÇADO NO ASFALTO SOFRENDO FRATURA NO COTOVELO EQUERDO, TENDO O MOTRISTA A PRINÍCPIO EVADIDO-SE SENDO NECSSÁRIO O USO DOS SERVIÇOS DA BPMP MOTORIZADA BPTRAM QUE FOI ATRÁS DO MOTORISTA O FAZENDO VOLTAR AO LOCAL DO ACIDENTE QUE O DECLARANTE DISSE QUE AINDA VIU O MOTORISTA QUANDO ESTAVA SENDO SOCORRIDO, PARA O HOSPITAL DO HAPVIDA EM AMBULANCIA DO SAMU; QUE O DECLARANTE DISSE TER TOMADO CONHECIMENTO DE QUE O CONDUTOR DO VÉICULOS ESTAVA DIREIGNDO O CARRO QUE SERIA DA GENITORA DO MESMO, E SEM CARTEIRA DE HABILITAÇÃO TENDO SIDO ESTE, O AUTOR SEGUNDO SOUBE MULTADO POR DIRIGIR SEM ESTAR HABILITADO PARA TAL. QUE A VÍTIMA VEIO A ESTA 9º CIRC. PARA PEDIR TOMADA DE PROVIDENCIAS CABÍVEIS.

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


FÁBIO PESSOA RIBEIRO
 (VITIMA)

VALDENIO MENDONÇA GOMES DA SILVA
 (OUTRO)

B.O. registrado por: **MONICA BARBOSA DE MELO DUARTE** - Matrícula: **221284-6**

*KOTE SEGURO>
Erica Araujo
Mildia*



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 009ª CIRCUNSCRIÇÃO - IPSEP - DP9ªCIRC DIM/3ªDESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0099002941

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **06/11/2019 às 16:13**

Complementa o BO Número: **19E0099001223**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado), que aconteceu no dia **29/4/2019 às 13:40**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA RECIFE, 1** - Bairro: **IPSEP - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **PROXIMO AO CAÇOTE**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

MARIA BETANIA DO NASCIMENTO (AUTOR \ AGENTE)
VALDENIO MENDONÇA GOMES DA SILVA (OUTRO)
FABIO PESSOA RIBEIRO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): FABIO PESSOA RIBEIRO
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): MARIA BETANIA DO NASCIMENTO

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

MARIA BETANIA DO NASCIMENTO (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **NI** Pai: **NI** Data de Nascimento: **1/1/1970** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **1/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escolaridade: **DESCONHECIDO**
Endereço Residencial: **RUA PROFESSOR POTIGUAR MATOS, 315 - CEP: 55000-000 - Bairro: IBURA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

FABIO PESSOA RIBEIRO (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **GESILDA INES PESSOA RIBEIRO** Pai: **SEVERINO ADALBERTO SOUZA RIBEIRO** Data de Nascimento: **4/10/1974** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **4603368/SSP/PE (RG) 83688757491 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **MECANICO** Telefones Celulares: **- 81986904533**

Endereço Residencial: **RUA SANTO CRISTO, 293 - CEP: 55000-000 - Bairro: AFOGADOS - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL, PORXIMO A IGREJA DA FÉ**

VALDENIO MENDONÇA GOMES DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **DALVA MENDONÇA BEZERRA** Pai: **JOSE GOMES DA SILVA SOBRINHO** Data de Nascimento: **6/3/1973** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **3687388/SDS/PE (RG) 82066230430 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **VIGILANTE** Telefones Celulares:

**- 996336490
- 984296880**

Endereço Residencial: **AVENIDA NOSSA SENHORA DE FATIMA, 4 - CEP: 55000-000 - Bairro: JARDIM JORDAO - JABOATAO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL, ESCOLA NSRº DE FATIMA**

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

PDZ3223 MOTO BROSS 160 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **VALDENIO MENDONÇA GOMES DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **FABIO PESSOA RIBEIRO**
 Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR 160 BROS ESDD** Objeto apreendido: **Não** Número de Série: **9C2KD0810JR001270**
 Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PDZ3223** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **1134574794** Chassi: **9C2KD0810JR001270**
 Ano Fabricação/Modelo: **2017/2017**

KGK2521 CORSA SEDAN (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **MARIA BETANIA DO NASCIMENTO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **MARIA BETANIA DO NASCIMENTO**
 Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/GM/CORSA** Objeto apreendido: **Não** Número de Série: **9BGXH19G06B157142**
 Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)** Unitário: **10000,00 (REAL)**

Placa: **KGK2521** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **874050316** Chassi: **9BGXH19G06B157142**
 Ano Fabricação/Modelo: **2005/2005** Combustível: **ALCO/GASOL**
 Descrição: **CHASSI 9BGXH19G06B157142 CORSA PRETO PLACA KGK 2521**

Complemento / Observação

INFORMA A VÍTIMA FABIO PESOA RIBEIRO QUE ESTAVA TRANSITANDO NA FAIXA DIREITA NA MOTO PDZ3223 PELA AVENIDA RECIFE, NA ALTURA DO CAÇOTE, QUANDO O CONDUTOR DO AUTOMÓVEL KGK2521 REALIZOU ULTRAPASSAGEM DE OUTRO AUTOMÓVEL PELA DIREITA E COLIDIU COM A MOTO. QUE O DECLARANTE FOI LANÇADO NO ASFALTO SOFRENDO FRATURA NO COTOVELO EQUERDO, TENDO O MOTRISTA A PRINÍCPIO EVADIDO-SE SENDO NECSSÁRIO O USO DOS SERVIÇOS DA BPMP MOTORIZADA BPTRAM QUE FOI ATRÁS DO MOTORISTA O FAZENDO VOLTAR AO LOCAL DO ACIDENTE QUE OD ECLARANTE DISSE QUE AINDA VIU O MOTORISTA QUANDO ESTAVA SENDO SOCORRIDO, PARA O HOSPITAL DO HAPVIDA EM AMBULANCIA DO CORPO DE BOMBEIROS, CONFORME CERTIDÃO APRESENTADA CERTIDÃO, 2019APH001162 DIV. OP; QUE O DECLARANTE DISSE TER TOMADO CONHECIMENTO DE QUE O CONDUTOR DO VÉICUKLOS ESTAVA DIREIGNDO O CARRO QUE SERIA DA GENITORA DO MESMO, E SEM CARTEIRA DE HABILITAÇÃO TENDO SIDO ESTE, O AUTOR SEGUNDO SOUBE MULTADO POR DIRIGIR SEM ESTAR HABILITADO PARA TAL. QUE A VÍTIMA VEIO A ESTA 9^a CIRC. PARA PEDIR TOMADA DE PROVIDENCIAS CABÍVEIS.

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

FABIO PESSOA RIBEIRO

(VITIMA)

VALDENIO MENDONÇA GOMES DA SILVA

(OUTRO)

B.O. registrado por: **MONICA BARBOSA DE MELO DUARTE** - Matrícula: **221284-6**



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

1 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

836.882.574.91

Fabio Pessoa Ribeiro

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:

Fabio Pessoa Ribeiro

6 - CPF:

836.882.574.91

7 - Profissão:

Juiz

8 - Endereço:

R. São Miguel 950 304.

9 - Número:

128

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Araguaia

12 - Cidade:

Recife

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

50850-000

15 - E-mail:

Inacatuassessoria@Hotmail.com

16 - Tel.(DDD):

(81) 97915-3756

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

 RECUZO INFORMAR
 SEM RENDA

 R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

 BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR) CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Brasil

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 4357

5

CONTA: 5370

8

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

KOTE SEGUNDO
Erica Araujo
11/11/19 Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

 Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

Sim

Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima

 Sim
 Não
29 - Se tinha filhos, informar
leve filhos?
 Vivos:
 Falecidos:
30 - Vítima deixou
nascituro (vámenes)?
 Sim
 Não
31 - Vítima
teve irmãos?
 Sim
 Não
32 - Se tinha irmãos, informar
Vivos:
Falecidos:
 Sim
 Não
33 - Vítima deixou
pais/avós vivos?
 Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

40 - Local e Data,

Cajueiro 08/10/2019
Lider Ribeiro Silveira

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

DEBENHATIVO DE OPERAÇÃO
0640150 SUPER IBS CATMARA 26/03/2010
CEROLAND
03 85 23 (Horário de Brasília)
-----3135

Série N 93020001-6514

26/03/2010 BANCO DO BRASIL 07 00 28
435140150

SALDO DE CONTA CORRENTE
PARA SIMPLES CONFERENCIA

CLIENTE FABIO PESSOA RIBEIRO	
AGÊNCIA 4357-5	5 370,8

5 368	7 410

DISPONIVEL	7 410
OBOS 0 00 TOF	0,00

Informações importantes ao verso

www.bancolândia.com.br
Impresso em papel termossensível com
vida útil de 5 anos. Evite contato com
substâncias químicas, produtos químicos, exposição
ao calor, umidade, fogo ou sol e limpadas

XOTE SEGURO
Erica Araujo
14/11/10

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

836.882.574.91

Fábio Pessoa Ribeiro

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:

Fábio Pessoa Ribeiro

6 - CPF:

836.882.574.91

7 - Profissão:

Mecânico

8 - Endereço:

R. São Miguel nº 1030 apto 304

9 - Número:

128

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Alegados

12 - Cidade:

Recife

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

50850-000

15 - E-mail:

Thiaguinhoassessoria@Hot-mail.com

16 - Tel. (DDD):

(81) 97915.3756

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUZO INFORMAR

R\$1.00 A R\$1.000,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

SEM RENDA

R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

Brasil

AGÊNCIA:

4357

5

CONTA:

5370

8

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
11/11/19

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro

Casado (no Civil)

Divorciado

Separado Judicialmente

Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

Sim

Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima

Sim

29 - Se tinha filhos, informar

Não

Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou

nascer

nascer?

Sim

Não

31 - Vítima

Sim

teve

irmãos?

Não

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou

pais/avós vivos?

Sim

Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Informações
digitais da
vítima que
permitem sua
identificação
para utilização

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

40 - Local e Data,

Cajazeiras
08/10/2019
Fábio Pessoa Ribeiro

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

DEBONTO TECNOLOGIA DE INFORMACAO
0040136 SUPER IBS CATAMARA 26/05/2019
CREDICARD
07 85 23 (Horario de Brasilia)
-----3135

Série N 93028081-6514

26/05/2019 BANCO DO BRASIL 07:00:28
455716130

SALDO DE CONTA CORRENTE
PARA SIMPLES CONFERENCIA

LIVRENTES FABIO PESSOA RIBEIRO	
AGENCIAS 4357-5	5 370,8

5.316,8	7.410
DISPONIVEL	7.410
LIVROS 0,00 IOF 0,00	

Informações importantes no verso

www.bancodobrasil.com.br
Impresso em papel termosensivel com
vida util de 5 anos. Evite contato com
plasticos, produtos quimicos, exposicao
ao calor - umidade, fogo do sol e lampadas.

XOTE SEGURO
Erica Araujo
14/11/19

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 05/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FABIO PESSOA RIBEIRO

BANCO: 001

AGÊNCIA: 04357-5

CONTA: 000010005370-X

Nr. da Autenticação E416FB0556AC8873

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Fábio Pessoa Ribeiro

RG nº 4.603.368, data de expedição 31/01/18, Órgão SSP/PE,

CPF nº 836.887.574.91, 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 comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>R. São Miguel</u>
Número	<u>428</u>
Apto / Complemento	<u>Apto 304 - Condômínio EDE V.S Belém</u>
Bairro	<u>Alagados</u>
Cidade	<u>Recife</u>
Estado	<u>PE</u>
CEP	<u>56850 - 000</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 97915-3756</u>
E-mail	<u>marceloassessoria@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Recife, 08/10/2019

Assinatura do Declarante: Fábio Pessoa Ribeiro

KOTE SEGURO
Erica Araujo
Mildha

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 0005943-93



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
Ouvíndia 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
GESILDA INES PESSOA RIBEIRO
CPF: 224.267.444-72

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA SAO MIGUEL 728 AP-304
CONDOMÍNIO EDF N S BELEM
AFOGADOS/RECIFE
50850-000 RECIFE PE

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

DATA DE VENCIMENTO
01/10/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)
112,19

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL
24/09/2019

DATA DA APRESENTAÇÃO
24/09/2019
NÚMERO DA NOTA FISCAL
078893390

CONTA CONTRATO
000406847012

Nº DO CLIENTE
2002569817
Nº DA INSTALAÇÃO
0002652933

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

2B7F.11D6.7C79.9F5C.618D.3D4D.F9C1.7331

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	107,00	0,77952320	83,40
Acréscimo Bandeira VERMELHA			6,97
Contrib. Ilum. Pública Municipal			18,45
ICMS Subvenção-CDE-NF 071165427-25/07/19			0,90
Multa por atraso-NF 071165427 - 25/07/19			2,02
Juros por atraso-NF 071165427 - 25/07/19			1,35
TOTAL DA FATURA			112,19

EM ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE.

Vencido:	Dt Reav.	Valor
02/09/19	24/09/19	111,45

Este comunicado NÃO substitui aviso de débitos anteriores e NÃO contempla débitos em discussão judicial. Caso a suspensão de fornecimento persista por dois ciclos de faturamento, poderá ocorrer o encerramento do contrato, podendo também existir cobrança conforme os critérios definidos no Art. 39 REN 414/ANEEL. Pode ocorrer ações de cobrança, bem como inclusão nos registros de restrições de crédito SPC e SERASA.

Consumo Ativo(kWh)	8.54933000	HISTÓRICO DO CONSUMO					
		SET	AGO	JUL	JUN	MAI	ABR
Ger. de Energia	38,96	34,89					
Transmissão	3,10	3,46					
Distribuição (Celpe)	18,78	20,99					
Entregas Setoriais	4,41	4,93					
Tributos	28,48	29,51					
Pedidas de Energia	5,92	6,62					
TOTAL	89,47	100					
		MAR	FEV	JAN	DEZ	NOV	OUT
		19	19	19	19	18	18

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

RS	%
Ger. de Energia	38,96
Transmissão	3,10
Distribuição (Celpe)	18,78
Entregas Setoriais	4,41
Tributos	28,48
Pedidas de Energia	5,92
TOTAL	89,47

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
Jul/2019					
DIC-No de horas sem Energia		0,00	4,95	9,91	19,82
FIC-No de vezes sem Energia		0,00	3,11	6,22	12,45
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	2,77	0,00	0,00
DRCR-Duração de interrupção em dia crítico			Límite DRCR: 12,22		

EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 31,92

Toque Celular para solicitar a aposição das indicadoras DIC, FIC, DMIC e DRCR e quaisquer outras.

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	MP DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA		
M01164	CAT	26/08/2019	4.271,00	24/09/2019	4.378,00	29	1.00000 0,00 107,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 25/10/2019

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! barato express: rua lavinia afogados / miscelânia silva costa: av av. fernando bezerra 236 centroLista completa em www.celpe.com.br.
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Vermelha. Mais informações em www.aneel.gov.br. Cobrança ICMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 39.459/13.
O cliente é compensado quando houver violação na continuidade individual ou no nível de tensão de fornecimento. Pagto. em atraso gera multa 2% (Res414/ANEEL). Juros 1% a.m (Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês. O Cliente é compensado quando houver 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 ocorrer a suspensão.

NIVEIS DE TENSÃO

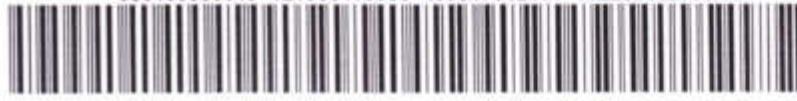
TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
000406847012	09/2019	112,19	01/10/2019	

838100000019 121900110006 406847012101 142297592736



Evite do ~~ESTACIONAMENTO MILITAR~~.
Este canhoto será usado em leitora ótica.

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
41019

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLINICA

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERVICOS MÉDICOS LTDA - HE

08/05/2019 13:38

Paciente: FABIO PESSOA RIBEIRO	Dt. Nasc.: 04/10/1974	Atendimento: 17936070	Prontuário: 7050125
Convênio: HAPVIDA	Posto: POSTO EMERGENCIA - HE	Leito: 300222/2	
Profissional(is): FILIPE DE AZEVEDO MESQUITA CRM 21360 [1]	Nº: 13177895 29/04/2019 às 15:52		

ANAMNESE

Queixa Principal	Dor no cotovelo e ombro esquerdos após acidente de trânsito hoje. [1]
	Ao exame: EGB, eupnéico, Glasgow = 15, orientado
	Marcha fisiológica
	CD: 1. Rx do antebraço e braço esquerdos

Queixa Principal	
CID10:	S501 CONTUSAO DE OUTRAS PARTES E DE PARTES NAO ESPECIFICADAS DO ANTEBRACO [1]
Alergias	Não [1]
Medicação Em Uso	Não [1]
Antecedentes Patológicos Familiar	Não [1]

DIAGNÓSTICO

CID10:	S501 CONTUSAO DE OUTRAS PARTES E DE PARTES NAO ESPECIFICADAS DO ANTEBRACO [1]
CID10	S501 CONTUSAO DE OUTRAS PARTES E DE PARTES NAO ESPECIFICADAS DO ANTEBRACO [1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
1411019

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLINICA

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERVICOS MEDICOS LTDA - HE

08/05/2019 13:38

Paciente: FABIO PESSOA RIBEIRO

Dt. Nasc.: 04/10/1974

Atendimento: 17936070

Prontuário: 7050125

Convênio: HAPVIDA

Posto: POSTO EMERGENCIA - HE

Leito: 300222/2

Profissional(is): FILIPE DE AZEVEDO MESQUITA CRM 21360 [1]

Nº: 13178406 29/04/2019 às 16:29

ANAMNESE

Queixa Principal Rx mostra fratura Mason 2 da cabeça radial esquerda. [1]

CD: 1. Ao ambulatório com tala axilopalmar, analgesia e orientações

Queixa Principal

CID10 S521 FRATURA DA EXTREMIDADE SUPERIOR DO RÁDIO [1]

Alergias Não [1]

Medicação Em Uso Não [1]

Antecedentes Patológicos Familiar Não [1]

EXAME FÍSICO

Aspecto Geral Rx mostra fratura Mason 2 da cabeça radial esquerda. [1]

CD: 1. Ao ambulatório com tala axilopalmar, analgesia e orientações

DIAGNÓSTICO

CID10 S521 FRATURA DA EXTREMIDADE SUPERIOR DO RÁDIO [1]

CID10 S521 FRATURA DA EXTREMIDADE SUPERIOR DO RÁDIO [1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

PLANEJAMENTO TERAPÉUTICO

Alta Após Medicação E Cuidados Alta após cuidados e/ou medicação [1]

KOTE SEGURU
Erica Araujo
14/10/19

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Página 1 de 1
Emissão: 08/05/2019 13:38

Paciente: FÁBIO PESSOA RIBEIRO Convenção: HAPVIDA Posto: POSTO EMERGÊNCIA - HE	Dt. Nasc.: 04/10/1974 Nº prescrição: 10297222 Leito: 30022212	Atendimento: 17936070 29/04/2019 às 16:30 Prontuário: 07050125 Peso: kg	
1 PROENID IM (50,00mg/ml)	100 mg 2 ML (AMP/C 100MG) Agora	IM	CRM: 21360
2 TALA AXILO PALMAZ			CRM: 21360

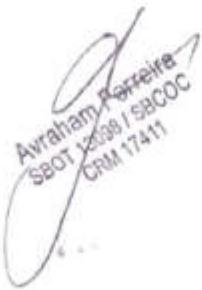
KOTE SEGUROS
Erica Araújo
MPPR



LAUDO MEDICO

PCT:FABIO PESSOA RIBEIRO

PACIENTE COM HISTORIA DE DOR EM COTOVELO ESQUERDO POS
ACIDENTE DE MOTO EM 29/4/19.HD- FRATURA DA CABECA DO RADIO
COTOVELO ESQUERDO
NAO HA INDICACAO CIRURGICA ABSOLUTA
CD- IMOBILIZACAO/FISIOTERAPIA
CID-S52.1

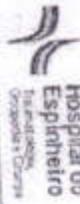

Avraham Araujo
SaoT 1038 / SBCC
CRM 17411

Ricardo

07/05/19

KOTE SEGURU
Erica Araujo


PRESCRIÇÃO MÉDICA



Hospital do
Espírito Santo
Instituição
Ocupação: Geral

Paciente: ABDO PESSOA RIBEIRO	Dt. Nasc.: 04/10/1974	Atendimento: 17936070
CONVÉNIO: HAPVIDA	Nº Prescrição: 1029722	Prontuário: 7050125
Peso: POSTO EMERGÊNCIA - HE	Leitor: 300222/2	Peso: 63
1. OCCHENIO IM (50 Dmg/ml)	100 mg	CRM: 21360
2. TALÁ ÁXICO PRIMADO	2ML (AMPL. C/ 100MG) Agora	CRM: 21360
Protocolo: CRM-ES-004-2015		

ATENDIMENTO PROVVISORIAMENTE DE ACORDO COM A MEDIDA

Dr. Laís Jardim Ribeiro
FONTE: CO
CRM-PE: 28427

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLINICA

Página 1 de 1

08/05/2019 13:38

ULTRA SOM SERVICOS MEDICOS LTDA - HE

Paciente: FABIO PESSOA RIBEIRO	Dt. Nasc.: 04/10/1974	Atendimento: 17936070	Prontuário: 7050125
Convênio: HAPVIDA	Posto: POSTO EMERGENCIA - HE	Lote: 300222/2	
Professional(is): FILIPE DE AZEVEDO MESQUITA CRM 21380 [1]		Nº: 13177895	29/04/2019 às 15:52

ANAMNESE

Queixa Principal	Dor no cotovelo e ombro esquerdos após acidente de trânsito hoje. [1]
Querida	Ao exame: ECG, eupneico, Glasgow = 15, orientado
Medicação Em Uso	Marcha fisiológica
Antecedentes Patológicos Familiar	CD: Rx do antebraço e braço esquerdos
DIAGNÓSTICO	
CID10	S501 CONTUSÃO DE OUTRAS PARTES E DE PARTES NAO ESPECIFICADAS DO ANTEBRAÇO [1]
CID10	S501 CONTUSÃO DE OUTRAS PARTES E DE PARTES NAO ESPECIFICADAS DO ANTEBRAÇO [1]
CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE	

DR. LEANDRO
DE AZEVEDO
MESQUITA

ATENDIDO PELO DR
FILIPE DE AZEVEDO MESQUITA

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLINICA

Página 1 de 1

08/05/2019 13:38

ULTRA SOM SERVICOS MEDICOS LTDA - HE

Paciente: FABIO PESSOA RIBEIRO

Dt. Nasc.: 04/10/1974

Atendimento: 17936070

Prontuário: 7050125

Convênio: HAPVIDA

Posto: POSTO EMERGENCIA - HE

Leito: 300222/2

Profissional(is): FILIPE DE AZEVEDO MESQUITA CRM 21380 [1]

Nº: 13178406 29/04/2019 às 16:29

ANAMNESE

Queixa Principal

Rtx mostra fratura Mason 2 da cabeça radial esquerda.

[1]

CD: 1. Ao ambulatório com tala axilopalmar, analgesia e orientações

Queixa Principal

S521 FRATURA DA EXTREMIDADE SUPERIOR DO RÁDIO

[1]

CID10

Não

[1]

Alergias

Não

[1]

Medicação Em Uso

Não

[1]

Antecedentes Patológicos Familiar

Não

[1]

EXAME FÍSICO

Aspecto Geral

Rtx mostra fratura Mason 2 da cabeça radial esquerda.

[1]

CD: 1. Ao ambulatório com tala axilopalmar, analgesia e orientações

DIAGNÓSTICO

CID10

S521 FRATURA DA EXTREMIDADE SUPERIOR DO RÁDIO

[1]

CID10

S521 FRATURA DA EXTREMIDADE SUPERIOR DO RÁDIO

[1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

PLANEJAMENTO TERAPÉUTICO

Alta Após Medicção E Cuidados

Alta após cuidados e/ou medicação

[1]

ATENDIDO PELO DR FELIPE
DE AZEVEDO MESQUITA

Dr. Leandro Protasio,
Médico
CRM-PE 26427



KOTE SEGUNDO
Erica Araujo
14/10/19

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		MINISTERO DA INFRAESTRUTURA	
DETTRAN - PE		Nº 01510203616	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
PLACA	ODOL PERMANECA	DATA	EXPIRAÇÃO
1	1124574788	2012	2013
VALDENIO MENDONCA GOMES DA SILVA			
JAB GUARANAPES - PE			
CPF / RG	820.862.304-85	PLACA	PO32223
ENDERECO	AV. DANTAS	DATA	2012/02/23
CEP / CID	52000-000	NR. CADASTRO	9028016103R001250
P.A.S /MOTOCICLETA		COMBINADA	
MARCA / MODELO	HONDA / HXR160 EROS ESDD		
ANO FAB.	2013	ANO FIM.	2016
CAP / POF / CA	CATEGORIA	ALCO/OLEO	
2F/16ZCL	FARTIC	DIA PREDOMINANTE	
J	DATA UNICA	MES DOMINANTE	
P	IPVA 2013 QUITADO	MES POCAS	
V	DATA IPVA	ANCELAMENTO / CETAS	
A	1	*****	
VALORES TARIFARIOS R\$		CFI R\$	
80.11		PRESTACAO FISCAL R\$	
SEGURO		DESPACHO R\$	
023045070		10/03/13	
AL. FID. ADM. CONE NAC HONDA LTDX			
NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA			
Roberto Soárez		DATA	
JAB GUARANAPES		25/07/19	
Rodrigo Carlos Mexalde Fontelle			

PE Nº 015102038161		BILHETE DE SEGURO DPVAT	
VALDENIC MENDONCA GOMES DA SILVA			
<p>ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA</p> <p>www.seguradoralider.com.br</p> <p>SAC DPVAT 0800 022 1204</p>			
		EXPIRAÇÃO	DATA EMISSÃO
		2019	25/07/18
		PLACA	820-662-2047-20
PESO		PESO	
134574784		HONDA / NXR160 Bros E3DD	
ANO FAB.		DATA FAB.	
2017		08	
		IP CHASSI	
		BC2KD08103R001270	
PRÊMIO TARIFÁRIO			
TÍPICO		TÍPICO (IP)	
46,95		4,01	
DUTTO DO BILHETE (IP)		IP (IP)	
4,15		0,32	
PAGAMENTO		PARCELA(S)	
<input checked="" type="checkbox"/> DATA ÚNICA		12/07/18	
SEGURADORA LÍDER - DPVAT			
CNPJ 08.343.606/0001-04			

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190583996 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FABIO PESSOA RIBEIRO **Data do acidente:** 29/04/2019 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/11/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA EXTREMIDADE DO RADIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

P-4

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANALISE DOCUMENTAL DEFICIT LEVE DO PUNHO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: X

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190583996 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FABIO PESSOA RIBEIRO **Data do acidente:** 29/04/2019 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/11/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA EXTREMIDADE DO RADIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

P-4

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANALISE DOCUMENTAL DEFICIT LEVE DO PUNHO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: X

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0357798/19

Vítima: FABIO PESSOA RIBEIRO

CPF: 836.887.574-91

CPF de: Próprio

Data do acidente: 29/04/2019

Titular do CPF: FABIO PESSOA RIBEIRO

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

FABIO PESSOA RIBEIRO : 836.887.574-91

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 14/10/2019
Nome: FABIO PESSOA RIBEIRO
CPF: 836.887.574-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/10/2019
Nome: MARIA ERICA ARAUJO COELHO
CPF: 010.626.514-80

FABIO PESSOA RIBEIRO

MARIA ERICA ARAUJO COELHO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0357798/19

Número do Sinistro: 3190583996

Vítima: FABIO PESSOA RIBEIRO

CPF: 836.887.574-91

CPF de: Próprio

Data do acidente: 29/04/2019

Titular do CPF: FABIO PESSOA RIBEIRO

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 21/11/2019

Nome: FABIO PESSOA RIBEIRO

CPF: 836.887.574-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/11/2019

Nome: MARIA ERICA ARAUJO COELHO

CPF: 010.626.514-80

FABIO PESSOA RIBEIRO

MARIA ERICA ARAUJO COELHO