
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

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 médico-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



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, retorne 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 Fabio Pessoa Ribeiro

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

5 - Nome completo: Fabio Pessoa Ribeiro 6 - CPF: 836.882.574-91
7 - Profissão: Meuse int. 8 - Endereço: R. Sao miguel 901/304. 9 - Número: 128 10 - Complemento:
11 - Bairro: Alogados 12 - Cidade: Recife 13 - Estado: PE 14 - CEP: 50850-000
15 - E-mail: manuloassessoria@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:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Brasil

AGÊNCIA: 4352 5 CONTA: 5370 8
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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.

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

Estou ciente de que a Seguradora 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

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 08/10/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

DEMONSTRATIVO DE OPERAÇÃO
0040130 SUPER IBS CATAMARA 26/08/2019
CURICABES
07:05:23 (Horário de Brasília)
*****3135

Saldo N 93020001-0514

26/08/2019 BANCO DO BRASIL 07:00:28
435710130

SALDO DE CONTA CORRENTE
PARA SIMPLES CONFERENCIA

CLIENTE FABIO PESSOA RIBEIRO
AGENCIA 4357-5 5.370-8

Saldo	7.41C
DISPONIVEL	7.41C
Juros 0.00 10F	0.00

Informações importantes no verso

www.banco24horas.com.br
Impressão em papel termossensível com
vida útil de 5 anos. Evite contato com
líquidos, produtos químicos, exposição
ao calor, umidade, luz do sol e lâmpadas

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
14/10/19



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)

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
11/05/19

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: **2°. 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 FE**

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: **2°. GRAU COMPLETO** Profissão: **VIGILANTE** Telefones Celulares: **- 984296880**

996336490

Endereço Residencial: **AVENIDA NOSSA SENHORA DE FATIMA, 4 - CEP: 55000-000 - Bairro: JARDIM JORDAO - JABOATAO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL, ESCOLA NSRª 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 RBEIRO 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 PRINCÍPIO EVADIDO-SE SENDO NECSSSÁRIO 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 HOSITAL DO HAPVIDA EM AMBULANCIA DO SAMU; QUE O DECLARANTE DISSE TER TOMADO CONHECIMENTO DE QUE O CONDUTOR DO VEÍCUKLOS 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 9ª 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**

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
Julia



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 NSRª 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 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 PRINÍCIO EVADIDO-SE SENDO NECSSSÁRIO 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 HOSITAL 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 VEÍCUKLOS 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 9ª 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**



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: 836.882.574-92 4 - Nome completo da vítima: Fabio Pessoa Ribeiro

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

5 - Nome completo: Fabio Pessoa Ribeiro 6 - CPF: 836.882.574-92
7 - Profissão: Advogado 8 - Endereço: R. São Miguel 980 304. 9 - Número: 128 10 - Complemento:
11 - Bairro: Afogados 12 - Cidade: Recife 13 - Estado: PE 14 - CEP: 50850-000
15 - E-mail: marceloassessoria@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 ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Brasil

AGÊNCIA: 4357 5 CONTA: 5370 8
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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.

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

Estou ciente de que a Seguradora 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

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

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

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

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 08/10/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

DEMONSTRATIVO DE OPERAÇÃO
0040130 SUPER IBS CATAMARA 26/08/2019
CURICURAO
07 05 23 (Horário de Brasília)
*****3135

Saldo N 93020001-6514

26/08/2019 BANCO DO BRASIL 07.00.28
43510130

SALDO DE CONTA CORRENTE
PARA SIMPLES CONFERENCIA

CLIENTE FABIO PESSOA RIBEIRO
AGENCIA 4357-5 5.370-8

Saldo	7.410
DISPONIVEL	7.410
Juros 0.00 10F	0.00

Informações importantes no verso

www.brasiltheras.com.br
Impressão em papel termossensível com
vida útil de 5 anos. Evite contato com
plásticos, produtos químicos, exposição
ao calor, umidade, luz do sol e lâmpadas

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
14/10/19

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: 836.882.574-91 4 - Nome completo da vítima: Fabio Pessoa Ribeiro

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

5 - Nome completo: Fabio Pessoa Ribeiro 6 - CPF: 836.882.574-91
7 - Profissão: Meuse int. 8 - Endereço: R. Sao miguel 901/304. 9 - Número: 128 10 - Complemento:
11 - Bairro: Alogados 12 - Cidade: Recife 13 - Estado: PE 14 - CEP: 50850-000
15 - E-mail: manuloassessoria@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: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: 4352 5 CONTA: 5370 8
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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.

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

Estou ciente de que a Seguradora 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

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Copia, 08/10/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

DEMONSTRATIVO DE OPERAÇÃO
0040130 SUPER IBS CATAMARA 26/08/2019
CURICABET
07:05:23 (Horário de Brasília)
*****3135

Saldo N 93020001-0514

26/08/2019 BANCO DO BRASIL 07:00:28
435710130

SALDO DE CONTA CORRENTE
PARA SIMPLES CONFERENCIA

CLIENTE FABIO PESSOA RIBEIRO
AGENCIA 4357-5 5.370-8

Saldo	7.41C
DISPONIVEL	7.41C
Juros 0.00 10F	0.00

Informações importantes no verso

www.banco24horas.com.br
Impressão em papel termossensível com
vida útil de 5 anos. Evite contato com
líquidos, produtos químicos, exposição
ao calor, umidade, luz do sol e lâmpadas

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
14/10/19

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, Fabio Pessoa Ribeiro

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

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 - Condomínio EDE V.S Belém</u>
Bairro	<u>Afogados</u>
Cidade	<u>Recife</u>
Estado	<u>PE</u>
CEP	<u>50850-000</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 97915-3756</u>
E-mail	<u>marceloassunção@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data:

Caruaru, 08/10/2019

Assinatura do Declarante:

Fabio Pessoa Ribeiro

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
14/10/19

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
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

GESILDA INES PESSOA RIBEIRO
CPF: 224.267.444-72

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

2002589817

Nº DA INSTALAÇÃO

0002652933

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA SÃO MIGUEL 728 AP-304
CONDOMÍNIO EDF N S BELEM

AFOGADOS/RECIFE
50850-000 RECIFE PE

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

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

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)	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

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS							
ICMS			PIS		COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%
89,47	25,00	22,36	89,47	0,81	0,72	89,47	3,72

EM ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE.

Vencido	Qt 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. 89 da Lei 414/ANEEL. Podem ocorrer ações de cobrança, bem como inclusão nos registros de restrições de crédito SPC e SERASA.

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo(kWh)	8.54923000		kWh
		SET 19	107
		AGO 19	107
		JUL 19	128
		JUN 19	115
		MAI 19	113
		ABR 19	103
		MAR 19	111
		FEV 19	92
		JAN 19	140
		DEZ 18	157
		NOV 18	82
		OUT 18	110
		SET 18	131

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
R\$	%
Geração de Energia	30,86 34,89
Transmissão	3,10 3,46
Distribuição (Celpe)	18,78 20,99
Energias Setoriais	4,41 4,93
Tributos	26,48 29,51
Perdas de Energia	5,92 6,62
TOTAL	89,47 100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
M01164	CAT	26/08/2019	4.271,06	24/09/2019	4.378,06	29	1,00000	0,00	107,00

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

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR AFURADO	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
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico					Limite DICRI: 12,22
EU5D-Valor do Encargo de Uso = R\$ 31,92					
*Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! barato express: rua lavínia afogados / miscelânea 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 há violação na continuidade individual ou do 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 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 ocorrer a suspensão.

NÍVEIS 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 dobrar, rasgar, perfurar ou manusear.
Este canhoto será usado em leitora ótica.

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
Jul/2019

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: 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
14/10/19

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

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 orinetações		
Queixa Principal			
CID10	S521 FRATURA DA EXTREMIDADE SUPERIOR DO RADIO	[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 orinetações		
DIAGNÓSTICO			
CID10	S521 FRATURA DA EXTREMIDADE SUPERIOR DO RADIO	[1]	
CID10	S521 FRATURA DA EXTREMIDADE SUPERIOR DO RADIO	[1]	
CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE			
PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO			
Alta Após Medicação E Cuidados	Alta após cuidados e/ou medicação	[1]	

KOTE SEGURO
Erica Araujo
14/10/19

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Paciente: FABIO PESSOA RIBEIRO		Dt. Nasc: 04/10/1974		Atendimento: 17936070	
Convênio: HAPVIDA		Nº Prescrição: 10297222		29/04/2019 às 16:30	
Posto: POSTO EMERGENCIA - HE		Telco: 30022212		Prontuário: 7050125	
1 PROFENID IM (50.00mg/ml)		100 mg	2 ML	(AMP. C/ 100MG)	Agua IM kg
2 TALIA AXILO PALMAR					CRM: 21360
Profissionais: CRM: 21360		Fipe de Azevedo Mesquita CRM: 21360			

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
04/05/19



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 Ferreira
SBOT 12098 / SBCOC
CRM 17411

Ribeiro

07/05/19

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
Juliana

PRESCRIÇÃO MÉDICA

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

Paciente: FABIO PESSOA RIBEIRO	Dr. Nascimento, Oda/10/1974	Atendimento: 17036070
Convênio: HAPVIDA	Nº Prescrição: 10297222	Frontal: 7060125
Posto: POSTO EMERGENCIA - HE	Leito: 30022212	Peso: kg
1. POC FENITO IM (50.00mg/mg)	100mg	2ml (AMPA 100mg)
		Agro IM
2. TALA AXIO PALMAG		
Profissionais: CRM 21360	Supl. de Atendimento: CRM 21360	

Atendimento pelo Dr. FILIAL DE AZEVEDO MESSAIDA

Dr. Leandro Pires Mesquita
Médico
CRM-PE 28427

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

08/05/2019 13:38

ULTRA SOM SERVICOS MEDICOS LTDA - HE

Paciente: FABIO PESSOA RIBEIRO

DI. 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, eupneico, 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

Dr. Leandro
F. de Azevedo
CRM-PE 21360

ATENDIDO PELO DR
FILIPE DE AZEVEDO MESQUITA

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

08/05/2019 13:38

ULTRA SOM SERVICOS MEDICOS LTDA - HE

Paciente: FABIO PESSOA RIBEIRO

Dt. Nas.: 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

S621 FRATURA DA EXTREMIDADE SUPERIOR DO RADIO

[1]

CID10

Não

[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

S621 FRATURA DA EXTREMIDADE SUPERIOR DO RADIO

[1]

CID10

S621 FRATURA DA EXTREMIDADE SUPERIOR DO RADIO

[1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO

Alta Após Medicação E Cuidados

Alta após cuidados e/ou medicação

[1]

ATENDIDO PLO DR FSLIPE
DE AZEVEDO MESQUITA

Dr. Leandro Prates Moura
Médico
CRM-PE 28427

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
 SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
 DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

FABIO PEROSA STERINO

4403349 DEF PE

CPF: 036.887.574-91 DATA NASCIMENTO: 04/10/1976

PLACADO: REVERINO ADALBERTO DOS
 SA STERINO
 GISELDA INEE PEROSA DE
 REINO

SEXO: M COR: BRN

Nº REGISTRO: 2110222472 DATA EMISSÃO: 31/01/2011 VIGÊNCIA: 31/03/2015

João Roberto Ribeiro

ASSISTENTE TÉCNICO

LOCAL: RECIFE, PE DATA EMISSÃO: 31/01/2011

[Assinatura]

20250000071
 20290004723

PERNAMBUCO

1561196955

KOTE SEGUR
 Erica Araújo
 14/10/19

DETRAN - PE Nº 0151020381
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

199	COD. PROBABIL	ENTRADA	EXPOSICION
1	1134374789	*****	20

VALDENIO MENDONCA GOMES DA SILVA

JAS GUARNARES-PO

620.862.304-30

***** / 98 9C2K060102R001256

PAS /MOTOCICLETA

COMMITTEE ON THE STATUS OF WOMEN
ALCOA CO. INC.

MARCA / MODELO
HONDA / XR150L 150 cc 1999

ADNC FIVE ADNC NINE

	GAP	POT	CA
--	-----	-----	----

CATHODOLUMINESCENCE

DOI: 10.1002/anie

1. IPVA 2016 QUITADO

1. *U. rufus*

V	Каждый из них
---	---------------

PARCELAMENTO / COTAR

.....

A

1997-1998 年 12 月 31 日

00.11 SEC 00 02:04:50.00 19/07/19

AL. FID. ADM CONS NAC HONDA LTDX

Rob. J. G. 5.11.1

25/07/19

INVESTOR PAGE 1

LEMBRADO COMPLETARIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO OPVAT

PE Nº 015102038161 BILHETE DE SEGURO OPVAT

VALDENIO MENDONCA GOMES DA SILVA

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO OPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1304

JAS GUARARAPES-PE

OFF / ON	PLACA
820.662.304-20	PD33223

134574794	HONDA/NXR160 BROS E300
-----------	------------------------

2017	00	BCZKD08103R001270
------	----	-------------------

PRÊMIO TARIFÁRIO

THU PRE	DEMATERIA PRE	QUANTO DO MEDICAMENTO
26.08	4.01	40.06

DATE DO BIRTH PRE	OF PRE	COLLEGE GRADUATE
4-15	0-33	0-0-0

0.122	0.00
PRGAMENTO	DATA DE SUPPLC
0.00	0.00

SEGURO LIDER - DRVAT

CHPJ 08.340.608/0001-04

RECEIVED AT CORONA D RILUTE BY
THE MAIL ON APRIL TWENTY

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

Valoração 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

Valoração 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

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 29/04/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FABIO PESSOA RIBEIRO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-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

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 29/04/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FABIO PESSOA RIBEIRO

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

FABIO PESSOA RIBEIRO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/11/2019
Nome: MARIA ERICA ARAUJO COELHO
CPF: 010.626.514-80

MARIA ERICA ARAUJO COELHO