



VITIMA: VANDSON GOUVEIA DE SOUZA
SINISTRO: 2014958678 / Seq: 001
NATUREZA: Invalidez

USUÁRIO: Willene Neves de Almeida
STATUS: Pagamento comandado
EMIÇÃO: 22/01/2015

SOLICITAÇÃO DE PAGAMENTO

Seq	Beneficiário	CPF	Tipo Beneficiário	Valor à pagar	Dados Bancários
1	VANDSON GOUVEIA DE SOUZA	10950719471	Beneficiário	R\$ 1.687,50	Bco:001/Ag:1052-9 /Cta:21706-9

18/02/2015 15:17





BOLETIM DE Ocorrência

1004026

GOVERNO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
DELEGACIA PELA INTERNET

BOLETIM DE Ocorrência N°. 1410319109458

Registro de ocorrência realizado via Internet, através da Delegacia Pela Internet de Pernambuco no dia
24/10/2014 às 09:50**ACIDENTE DE TRANSITO SEM VITIMA - Culposo (Consumado)** que aconteceu no dia 01/08/2014 às 21:30Fato ocorrido no endereço: **AAVENIDA DE CUFIRA** - Bairro: **CENTRO** - Município: **CUFIRA** - Estado: **PERNAMBUCO**
Local do fato: **VIA PUBLICA****Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:**

VANDERSON GOUVEIA DE SOUZA (VITIMA)

EDILENE MARIA DOS SANTOS (OUTRO)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO : (OUTROS MOTIVOS) , que estava sendo utilizado(s) pelo(s) Sr(a): VANDERSON GOUVEIA DE SOUZA

**Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)**(VITIMA) - VANDERSON GOUVEIA DE SOUZA; Sexo: **Masculino**; Pai: **VALDECI ALVES DE SOUZA**; Mãe: **JOSEFA DE GOUVEIA**; Data de Nascimento: **09/07/1993**; Nacionalidade: **AGRETIANA / PERNAMBUCO / BRASIL**;
Documentos: **8748822 (RG)** , **109.587.194-71 (CPF)** ; Estado Civil: **NAO INFORMADO**; Escolaridade: **NAO INFORMADO**; Profissão: **NAO INFORMADO** ; Telefone de Contato: **(81) 9192-3691**; Telefone Celular: **NAO INFORMADO** ;
Endereço Residencial : **JOSE MANOEL DA SILVA , s; 55460-000; CENTRO; CUFIRA; PERNAMBUCO; BRASIL**(OUTRO) - EDILENE MARIA DOS SANTOS; Sexo: **Feminino** ; Data de Nascimento: **NAO INFORMADO** ;
Documentos: **997.240.214-40 (CPF)** ; Estado Civil: **NAO INFORMADO**; Escolaridade: **NAO INFORMADO**; Profissão: **NAO INFORMADO** ;
Telefone de Contato: **NAO INFORMADO** ; Telefone Celular: **NAO INFORMADO** ;**Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)**VEICULO (**VEICULO**) que é de propriedade do(s) Sr(s): **VANDERSON GOUVEIA DE SOUZA**
Categoria: **MOTOCICLETA**; Marca do Objeto: **HONDA**; Modelo do Objeto: **BROS**; Placa: **NOY3381**; Cor do Objeto: **VERMELHA**;
Quantidade: **1 (UNIDADE)** ; Valor Unitário: **0,00 (REAL)****Complemento / Observação****EU, VANDERSON GOUVEIA DE SOUZA, ESTAVA VOLTANDO COM MINHA NAMORADA, EDILENE MARIA DOS SANTOS PARA CASA DA PIZZARIA, E QUANDO AINDA ESTÁVAMOS NA AVENIDA PRINCIPAL DE CUFIRA, COLIDI COM UMA OUTRA MOTO QUE TRANSITAVA PORQUE NÃO VI QUANDO O CONDUTOR DEU SINAL QUE ERÁ TROCAR DE VIA.**

"Válida como certidão, mediante consulta no site oficial da Delegacia Pela Internet/SDS, no endereço eletrônico: servicos.sds.pe.gov.br/delegacia, de acordo com o Decreto nº 26.102, 06 de novembro de 2003."

Bolém de Ocorrência analisado e liberado pelo policial: **CRISTOVAO SOARES BARRETO - MAT. 151.519-5**

Delegacia pela Internet: A delegacia a serviço do cidadão.



CERTIDÃO DE INEXISTÊNCIA DE IML

1004623

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Vanderson Genucio de Souza, portador da carteira de identidade nº 8.748.022 e inscrito no CPF/MF sob nº 109.507.994-73, residente e domiciliado na Rua Manoel de Silva nº 67, Cidade Luiziana, Estado Pernambuco, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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

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

Vanderson Genucio de Souza

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação



Santa Luz de Capibaribe

Local e data



HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
EMERGÊNCIA

1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: VANDSON GOUVEIA DE SOUZA
Data Nasc.: 08/07/1992 Idade: 21 Sexo: MASCULINO Cor: BRANCA Religião:
CPF: RG: CNS: 70620507142556
Endereço: RUA JOSE MANOEL DA SILVA
Bairro: CENTRO Cidade: OLINDA
CEP: 55103000 Fone: Profissão:
Nome da Mãe: JOSEFA DE GOUVEIA
Acompanhante:
Motivo do Atendimento: ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO
Clínica: CLÍNICA GERAL

2 - ATENDIMENTO

Data: 30/08/2014 22:51

Médico: MEDICO CLANONISTA

Queixa Principal (HDA):

Acidente de trânsito com contusão e laceração
Aberto no membro superior direito

Exame Físico: 1. Trauma físico, contusão e laceração PA: FC: FR:

2. Membro superior direito

3. TC - 02/10/2014

4. Exame físico 10/10/2014

Diag. Provisorio:

5. Lesão de contusão

6. Lesão de contusão em articulação D.

7. Lesão de contusão



Prescrição:

Data: _____

Data:

Horário:

1. Lesão de contusão

Frank Fernandes L.
Médico
CRM 13747

Roldenolinda HRA



HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
EMERGÊNCIA



3. Evolução / Exames

08/10/2017
BOMACABRAL M.D.
CST: RITA

Assinatura
Data: 08/10/2017
Hora: 08:49

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido

☐ Paciente ☐ Familiar

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente desse nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que esse ato possa acarretar.

Assinatura:

Endereço:

RG:

Data:

Tel:

Assinatura

Autorização de Procedimento

☐ Paciente ☐ Familiar

Nome:

Endereço:

RG:

Procedimento:

Tel:

(EOR)
Serv. Téc. do Soga Ltda.

30 OUT. 2016

Assinatura

PROTOCOLO

Diag. Definitivo:

Destino do Paciente

☒ Alta ☐ Cirurgia ☐ Óbito ☐ Evadido ☐ Termo de Alta a Pedido
☐ Transferência ☐ Internamento

Condição de Alta

☐ Curado ☐ Melhorado ☐ Inalterado ☐ Óbito

Data:

Hora:

Médico:

CRM:

Usuário de Atendimento
THAISLT

Dr. Maria Rêgo Lima
Onde: 10/10/2017
Cirurgia: 10/10/2017
Cirurgia: 10/10/2017





MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
109.507.194-71

Nome
VANDSON GOUVEIA DE SOUZA

Nascimento
09/07/1993

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

092955

CÓDIGO DE CONTROLE
ACBF.F22B.3EEE.AB5F

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

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 21:46:14 do dia 27/02/2012 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00



DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO



1004037



Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

1004033



Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

EU, Anderson Gervásio de Souza
PORTADORA DO RG Nº 8.268.0122 EXPEDIDO POR EM 1 1 1
CPF 409504144-41 ACOMPANHADO POR 00000000000000000000 PROFISSÃO ---
E RENDA MENSAL DE R\$ --- (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VITIMA Anderson Gervásio de Souza AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da proteção à imagem do distribuidor no mercado segurador, determina que todas as seguradoras não obrigadas a fornecer cadastro de todos os passivos existentes no pagamento de indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca do perfil e do tipo de risco segurado.

Para evitar a reapresentação de um pagamento, lembre-se:

1) Os seguintes documentos são dados de forma contínua, ser apresentados:

- Conta salário ou benefício;
- Conta poupança jurídica;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL: atente para o limite de movimentação financeiro mensal;
- Conta tipo FÁCIL: opção 023 da CPF (Dados Bancários Paduati);
- Conta-POUPANÇA opção 013 da CPF aberta em Brasília, Distrito Federal, com limite de movimentação financeiro mensal de até R\$2.000,00;
- Conta bloqueada, inclusive em um depósito para ser aceita proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários;

2) O CPF do beneficiário/vítima não pode estar inválido, pendente de regularização ou cancelado (transmitido a crédito no ato de RECUPERAÇÃO FISCAL - recuperação judicial);

3) O CPF de conta bloqueada para depósito não pode ser diferente do CPF cadastrado no SISEPOT Sistema.

☒ CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (INCLUIR O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) - CONTA-CORRENTE

BANCO 001 AGÊNCIA 1032 INCLUIR O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR - CONTA-CORRENTE 21706-9

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRASILEIRO

BANCO 237 - AGÊNCIA --- INCLUIR O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR - CONTA-POUPANÇA ---

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL

BANCO 001 - AGÊNCIA --- INCLUIR O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR - CONTA-POUPANÇA ---

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO FIAI

BANCO 341 - AGÊNCIA --- INCLUIR O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR - CONTA-POUPANÇA ---

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONOMICA FEDERAL

BANCO 104 - AGÊNCIA --- INCLUIR O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR - CONTA-POUPANÇA ---

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

LOCAL Santa Cruz da Boa Vista DATA 24/10/14

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO (V)

Anderson Gervásio de Souza

ATENÇÃO

O Seguro DPVAT garante indenização de R\$25.000,00 em caso de morte (valor que será pago aos beneficiários, considerando a legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.300,00 em caso de incapacidade permanente (valor que será entregue a gestadora do seguro e de acordo com tabela de seguro prevista no lei 11.942/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médicas hospitalares.

Para mais informações, consulte o site www.susep.gov.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



05/11/14

EE 32055

Juan

SISB8 - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
18/12/2014 - Autatendimento - 17:27:02
071170413 0705

(BDA)
Serv. Téc. de Seg. Ltda.
23 DEZ. 2014
PROTOCOLO

FAVORECIDO VANDSON GOMES DE SOUZA
CLIENTE CONTA: 01.706-9
AGENCIA: 1852-9 61.60
VALOR TOTAL * 2.887.067.821
NR. ENVELOPE

* Valor sujeito a conferência.
* Dados do Envelope: no 2.887.067.821
* recolhido em: 18/12/2014, na Agência 0711-0.

SEU ENVELOPE SERA PROCESSADO
NO PROXIMO DIA UTIL.

GUARDE ESTE COMPROVANTE ATÉ A OPERAÇÃO
SER PROCESSADA.

Leia no verso como conservar este documento,
entre outras informações.

Vandson G. Gomes de Souza



COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA

1004040



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Vandereson Gomes de SouzaRG nº 8.748.022, data de expedição 1 / 1 / ÓrgãoCPF nº 109.507.194-71, 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/Prça)	<u>Rua Manoel de Sá</u>
Número	<u>67</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>Luzia</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>55460-000</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 9192-3691</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Santo Luz de Cap. Barba

Assinatura do Declarante:

Vandereson Gomes de Souza



Tarifa Setor de Energia Elétrica - Classe Urbana (tarifa 12.434, de 20.000 kWh)
Companhia Brasileira de Energia Elétrica
Av. João de Deus, 111, São José, Recife, Pernambuco - CEP 50050-001
CNPJ 06.925.928/01-00 | Tel: 3028.0000 | www.celpe.com.br

CLIENTE
JOSEFA DE OLIVEIRA

ENDEREÇO
RUA JOSE MARCEL DA SILVA, 80

CPF: 045.257.254-08 Nº 15.025.07912

CENTRO OLIVEIRA
OLIVEIRA PE
55483-000

CLASSIFICAÇÃO
2º - RESIDENCIAL
3 - SUBSTITUIÇÃO COM HED
Rendimentos

DADOS CONTRATO
Nº 007580382
DATA DE VIGÊNCIA
08/08/2014
VIGÊNCIA
15/08/2014
TOTAL A PAGAR
32,97

FORMA DE PAGAMENTO
00230001
APROVADO
01/08/2014

Consumo Adicional 30 kWh
Consumo Adicional Superior a 20 kWh 120 kWh
Consumo Adicional Superior a 120 kWh 200 kWh
Consumo Adicional Superior a 200 kWh 300 kWh
Multa por atraso NF 001/04/04 - 1905/14
Multa por atraso NF 002/04/04 - 1905/14

QUANTIDADE	PREÇO UNIT.	VALOR UNIT.
30.000000	0.1238341	3.71
70.000000	0.1238341	8.67
70.000000	0.1238341	8.67
		0.30
		0.30
		0.30
		0.30
		0.30

TOTAL A PAGAR

Nº DO MÉDIO	DATA DE PAGAMENTO	DATA DE VIGÊNCIA	DATA DE VIGÊNCIA	DATA DE VIGÊNCIA	DATA DE VIGÊNCIA	DATA DE VIGÊNCIA	DATA DE VIGÊNCIA	DATA DE VIGÊNCIA	DATA DE VIGÊNCIA
00230001	08/08/2014	08/08/2014	08/08/2014	08/08/2014	08/08/2014	08/08/2014	08/08/2014	08/08/2014	08/08/2014

DATA DE PAGAMENTO	DATA DE VIGÊNCIA	DATA DE VIGÊNCIA	DATA DE VIGÊNCIA	DATA DE VIGÊNCIA	DATA DE VIGÊNCIA	DATA DE VIGÊNCIA	DATA DE VIGÊNCIA	DATA DE VIGÊNCIA	DATA DE VIGÊNCIA
08/08/2014	08/08/2014	08/08/2014	08/08/2014	08/08/2014	08/08/2014	08/08/2014	08/08/2014	08/08/2014	08/08/2014

ÁREA COM TAREX SÓC. PÓS-ANOS (2005-2012)

CLIENTE
JOSEFA DE OLIVEIRA
RUA JOSE MARCEL DA SILVA, 80
55483-000
CEP 55483-000
CNPJ 06.925.928/01-00
Tel: 3028.0000
www.celpe.com.br



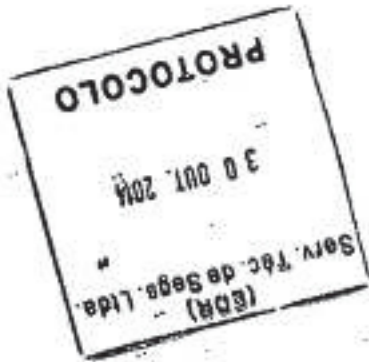
(EDR)
Serv. Téc. de Segs. Ltda.
30 OUT. 2014
PROTOCOLO





1004037

DOCUMENTOS DE IDENTIFICACAO



VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICACAO

Nascimento
09/07/1993

VANDSON GOUVEIA DE SOUZA
Nome

109.507.194-71
Número

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Recarta Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

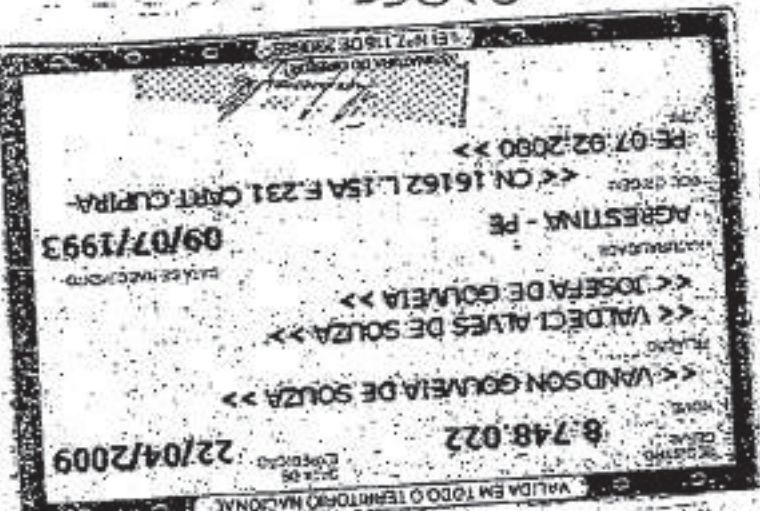
MINISTERIO DA FAZENDA



A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na internet, no endereço www.recarta.fazenda.gov.br
Comprovante emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 21:46:14 do dia 27/02/2012 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

CÓDIGO DE CONTROLE
ACBF.F22B.3EEE.AB5F

092955



HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EMERGÊNCIA

3. Evolução Exames

05/10/2014
Dr. [Assinatura]
[Assinatura]
[Assinatura]

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido

() Paciente () Familiar

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente desse nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que esse ato possa acarretar.

Nome: _____ RG: _____
Endereço: _____ Tel: _____
Data: _____

Assinatura

Autorização de Procedimento

() Paciente () Familiar

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

Procedimento

Diag. Definitivo

Destino do Paciente

Alta () Cirurgia () Óbito () Evadua-se () Termo de Alta a Pedido
Transferência: () Internamento

Condição de Alta

() Curado () Melhorado () Inalterado () Óbito

Data: _____ Hora: _____

Médico

CRM

Usuário de Atendimento
THAISLT

Dr. Vitor Hugo Costa
CRM 15.514-0/SP
Cirurgião Geral

PROTÓCOLO

30 OUT. 2014

Serv. Têc. de Siga Ltda
(EOR)

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA



Eu, Anderson Gouveia da Silva

RG nº 8.348.022, data de expedição 1 / 1 / Orgão

CPF nº 109.503.194-21, 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	<u>Rua Manoel de S. Dias</u>
Número	<u>62</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>Luiziana</u>
Estado	<u>Roraima</u>
CEP	<u>55960-000</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 9192-3691</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Santa Luz do Capibaribe

Assinatura do Declarante: Anderson Gouveia da Silva



UNITED STATES DEPARTMENT OF JUSTICE FEDERAL BUREAU OF INVESTIGATION			MEMORANDUM FOR THE DIRECTOR				DATE: 10-10-68	
SUBJECT: [REDACTED]			TO: DIRECTOR	FROM: SAC, [REDACTED]	DATE: 10-10-68	RE: [REDACTED]	CLASS: [REDACTED]	
REFERENCE: [REDACTED]			TO: SAC, [REDACTED]	FROM: SAC, [REDACTED]	DATE: 10-10-68	RE: [REDACTED]	CLASS: [REDACTED]	
ACTION: [REDACTED]			TO: SAC, [REDACTED]	FROM: SAC, [REDACTED]	DATE: 10-10-68	RE: [REDACTED]	CLASS: [REDACTED]	
DISPOSITION: [REDACTED]			TO: SAC, [REDACTED]	FROM: SAC, [REDACTED]	DATE: 10-10-68	RE: [REDACTED]	CLASS: [REDACTED]	
COMMENTS: [REDACTED]			TO: SAC, [REDACTED]	FROM: SAC, [REDACTED]	DATE: 10-10-68	RE: [REDACTED]	CLASS: [REDACTED]	

1. The first step is to identify the problem. This involves understanding the current situation and the goals that need to be achieved.

[illegible]

PROTOCOLO
30 OUT. 2014
Serv. Téc. de Segs. Ltda.
(LEON)

[illegible][illegible]

Celpe
serviços

Finançário
Banco do Nordeste

HELENA BOTTOME
RUA ANA VERISSIMO DE SOUSA 127
CENTRO-CUIRÁ

Phonibus 0812.36415
V9.1.31 04-03-2019 11:18
PA: 33-62 3504 SEU:BBN05

CELPE

8368090000023-PAV11834
0075683921001390004003
DOCUMENTO VALIDO COMO RECIBO DE PAGAMENTO

CELPE SERVIÇOS
SOLICITAÇÃO DE PAGAMENTO

[illegible]

celpe
Grupo Reciclagem

Associação Brasileira de Reciclagem
de Plástico (ABRPL)
Rua do Brasil, 111, Dom Pedro, Fortaleza - CE 60060-000
CEP: 60060-000 / Tel: (85) 30650401 / www.abrpl.org.br

Associação Brasileira de Reciclagem
de Plástico (ABRPL)
Rua do Brasil, 111, Dom Pedro, Fortaleza - CE 60060-000
CEP: 60060-000 / Tel: (85) 30650401 / www.abrpl.org.br

Associação Brasileira de Reciclagem
de Plástico (ABRPL)
Rua do Brasil, 111, Dom Pedro, Fortaleza - CE 60060-000
CEP: 60060-000 / Tel: (85) 30650401 / www.abrpl.org.br

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Anderson Gustavo de Souza, portador da carteira de identidade nº 8.248.022 e inscrito no CPF/MF sob nº 109.502.994-21, residente e domiciliado na Rua Manoel de Sá, 109, Estado Paraná, cidade Curitiba, estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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

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



Assinatura do declarante
Anderson Gustavo de Souza
conforme documento de identificação

Local e data
Santa Luz de Cap. Par. L.



1004025*

GOVERNO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
DELEGACIA PELA INTERNET

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 1410319109458

Registro de ocorrência realizado via Internet, através da Delegacia Pela Internet de Pernambuco no dia 24/10/2014 às 09:50

ACIDENTE DE TRANSITO SEM VITIMA - Culposo (Consumado), que aconteceu no dia 01/08/2014 às 21:30

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA DE CUFIRA - Bairro: CENTRO - Município: CUFIRA - Estado: PERNAMBUCO**
Local do fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

VANDERSON GOUVEIA DE SOUZA (VITIMA)
EDILENE MARIA DOS SANTOS (OUTRO)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO : (OUTROS MOTIVOS) , que estava sendo utilizado(s) pelo(s) Sr(a): VANDERSON GOUVEIA DE SOUZA

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

(VITIMA) - VANDERSON GOUVEIA DE SOUZA; Sexo: **Masculino**; País: **VALDECI ALVES DE SOUZA**; Mãe: **JOSEFA DE GOUVEIA**; Data de Nascimento: **09/07/1993**; Nacionalidade: **AGRETTINA / PERNAMBUCO / BRASIL**; Documentos: **8748022 (RG) , 109.507.194-71 (CPF) ; Estado Civil: NAO INFORMADO; Escolaridade: NAO INFORMADO; Profissão: NAO INFORMADO ; Telefone de Contato: (81)9192-3691; Telefone Celular: NAO INFORMADO ; Endereço Residencial: JOSE MANOEL DA SILVA, 0; 55460-090; CENTRO, CUFIRA, PERNAMBUCO, BRASIL.**

(OUTRO) - EDILENE MARIA DOS SANTOS; Sexo: **Feminino**; Data de Nascimento: **NAO INFORMADO**; Documentos: **997.240.214-40 (CPF) ; Estado Civil: NAO INFORMADO; Escolaridade: NAO INFORMADO; Profissão: NAO INFORMADO ; Telefone de Contato: NAO INFORMADO ; Telefone Celular: NAO INFORMADO ;**

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

VEICULO (VEICULO) que é de propriedade do(s) Sr(a): **VANDERSON GOUVEIA DE SOUZA**
Categoria: **MOTOCICLETA**; Marca do Objeto: **HONDA**; Modelo do Objeto: **BROS**; Placa: **KXV3381**; Cor do Objeto: **VERMELHA**;
Quantidade: **1 (UNIDADE)**; Valor Unitário: **8.00 (REAL)**

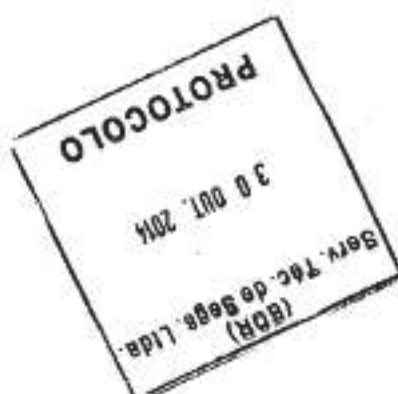
Complemento / Observação

EU, VANDERSON GOUVEIA DE SOUZA, ESTAVA VOLTANDO COM MENINA NAMORADA, EDILENE MARIA DOS SANTOS PARA CASA DA FIZZARIA, E QUANDO AINDA ESTAVAMOS NA AVENIDA PRINCIPAL DE CUFIRA, COLIDI COM UMA OUTRA MOTO QUE TRANSITAVA PORQUE NÃO VI QUANDO O CONDUTOR DEU SINAL QUE ERA TROCAR DE VIA.

"Válida como certidão, mediante consulta no site oficial da Delegacia Pela Internet/SIDS, no endereço eletrônico: servicos.sds.pc.gov.br/delegacia, de acordo com o Decreto nº 26.102, 06 de novembro de 2003."

Boletim de Ocorrência analisado e liberado pelo policial: **CRUSTOVAAO SOARES BARRETO - MAT. ISLS19-4**

Delegacia pela Internet: A delegacia a serviço do cidadão.



Vanderson Gouveia de Souza

Leia no verso como conservar este documento,
entre outras informações.

SEU ENVELOPE SERÁ PROCESSADO
NO PRÓXIMO DIA ÚTIL.
GARDE ESTE COMPROVANTE ATÉ A OPERAÇÃO
SER PROCESSADA.

PROTOCOLO

23 DEZ. 2014

Serv. Téc. de Segs. Ltda.
(BDN)

- * Valor sujeito a conferência.
- * Dados do Envelope: nº 2.887.887.821
- * recolhido em: 18/12/2014, na Agência 8711-0.

FAVORECIDO
CL. TENTE
AGÊNCIA: 1052-9
VALOR TOTAL: *
NR. ENVELOPE

VANDERSON GOUVEIA DE SOUZA
CONTA: 21.788-9
61.02
2.887.887.821

SISTEMA DE INFORMAÇÕES BANCO DO BRASIL
17:27:02
Autenticação - 8765
18/12/2014
871179413

Quem

LEI 8095

05/11/14

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **2014958678 - 1**
Nome do(a) Examinado(a): **VANDSON GOUVEIA DE SOUZA**
Endereço do(a) Examinado(a): **RUA JOSE MANUEL DA SILVA nº 67 - CENTRO - CUIPIRA/PE**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 8748022 - SSP**
Data local do exame: **21/01/2015 CARUARU/PE**

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

TRAUMA CONTUSO NO COTOVELO DIR

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

☒ SIM ☐ NÃO

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

☒ SIM ☐ NÃO

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicação.

TRATAMENTO CONSERVADOR DA LESÃO

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

☒ SIM ☐ NÃO

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

DOR AOS ESFORÇOS E LIMITAÇÃO LEVE DA FLEXÃO COMPLETA DO COTOVELO DIR

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

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

☐ Vítima em tratamento

☐ Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

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

☐ Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

Região Corporal(Sequela)

Região Corporal(Sequela)

COTOVELO DIR

☐ 10% ☐ 25% ☒ 50% ☐ 75% ☐ 100%

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações(*)

☐ Total = "100% da IS"

V. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valorização do dano corporal.

Local e data de realização do exame médico legal:

PE - CARUARU, 21/01/2015

Médico Perito: ARMANDO SOUSA DE ARAUJO CRM: 52533315


Dr. Armando Sousa de Araújo
Médico Perito
CRM-RJ 52 5333-15
Cadastro Nacional

Assinatura do perito Examinador - CRM

Rio de Janeiro, 08 de Janeiro de 2015

Carta nº: 6069414

A/C: VANDSON GOUVEIA DE SOUZA

Sinistro: 2014958678
Vítima: VANDSON GOUVEIA DE SOUZA
Data Acidente: 01/08/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 05 de Novembro de 2014

Carta nº: 5603433

A/C: VANDSON GOUVEIA DE SOUZA

Sinistro: 2014958678
Vitima: VANDSON GOUVEIA DE SOUZA
Data Acidente: 01/08/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **05/11/2014** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **01/08/2014**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na Tokio Marine Seguradora S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 2014958678 **Cidade:** Cupira **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VANDSON GOUVEIA DE SOUZA **Data do acidente:** 01/08/2014 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO NO COTOVELO DIR

Descrição do exame médico pericial: DOR AOS ESFORÇOS E LIMITAÇÃO LEVE DA FLEXÃO COMPLETA DO COTOVELO DIR

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR DA LESÃO

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO COTOVELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 21/01/2015

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: ARMANDO SOUSA DE ARAUJO

CRM do médico: 52533315

UF do CRM do médico: RJ

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 cotovelos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: ARMANDO S ARAUJO

CRM do médico: 52.53331-5

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



Rio de Janeiro, 05 de Novembro de 2014

Carta nº: 5603433

A/C: VANDSON GOUVEIA DE SOUZA

Sinistro: 2014958678
Vitima: VANDSON GOUVEIA DE SOUZA
Data Acidente: 01/08/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **05/11/2014** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **01/08/2014**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na Tokio Marine Seguradora S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EMERGÊNCIA

FRA

1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: VANDSON GOUVEIA DE SOUZA
 Data Nasc.: 09/07/1993 Idade: 21 Sexo: MASCULINO Cor: BRANCA Religião:
 CPF: RG: CNS: 70620507142556 N°: 57
 Endereço: RUA JOSE MANOEL DA SILVA Cidade: OLPIRA Estado: FE
 Bairro: CENTRO Fone: Profissão:
 Nome da Mãe: JOSEFA DE GOUVEIA
 Acompanhante:
 Motivo do Atendimento: ACIDENTE AUTOMOBILISTICO
 Clínica: CIRURGIA GERAL

2 - ATENDIMENTO

Data: 01/08/2014 22:53

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal (HDA):

*queixa principal: ferimento de arma de fogo no abdômen
 Abdomem - alívio momentâneo*

Exame Físico:

2 feridas penetrantes, com sangramento PA: FC: FR:

1 ferida com 4x1

1 TC - 08/08/2014

1 Ecografia de 15/08/2014

Diag. Provisório:

E. Medula renal

Sobrecarga de trabalho em atividade D.

Polidramiô

(EDR)
 Serv. Téc. de Segs. Ltda.
 30 OUT. 2014
PROTOCOLO

Prescrição:

Dieta:

Data

Horário

1) Anal. de urina

Frank Fernandes L.
 Médico
 CRM-PE 13147

Roldenolinda-FRA

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EMERGÊNCIA

3. Evolução Exames

08/10/2014

BRUNO M. S.

Est: 0111

Termo de Responsabilidade do Alta a Pedido

() Paciente () Familiar

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que esse ato possa acarretar.

Nome: _____ RG: _____

Endereço: _____ Tel.: _____

Data: _____

Assinatura

Autorização de Procedimento

() Paciente () Familiar

Nome: _____ RG: _____

Endereço: _____ Tel.: _____

Procedimento: _____

Assinatura

Diag. Definitivo:

Destino do Paciente

☒ Alta () Cirurgia () Óbito () Evadiu-se () Termo de Alta a Pedido

☒ Transferência: _____ () Internamento

Condição de Alta

☒ Curado () Melhorado () Inalterado () Óbito

Data: _____ Hora: _____ Médico: _____ CRM: _____

10/10/2014 10:51:59 PM

Usuario do Atendimento
THAISLT

Dr. Victor Hugo Costa
Ortopedia Traumatologia
CRM 16.534 00000 10370

(EDR)
Serv. Téc. de Siga Ltda.
30 OUT. 2014
PROTOCOLO

Rio de Janeiro, 08 de Janeiro de 2015

Carta nº: 6069414

A/C: VANDSON GOUVEIA DE SOUZA

Sinistro: 2014958678
Vítima: VANDSON GOUVEIA DE SOUZA
Data Acidente: 01/08/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: INTERRUÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Vandereson Gouveia de SouzaRG nº 8.748.022, data de expedição / / , Órgão

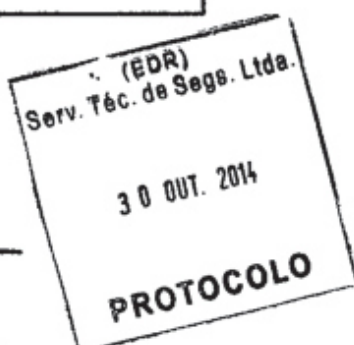
CPF nº 109.507.194-71, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Prça)	<u>Rua Manoel de Sá</u>
Número	<u>67</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>Luz</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>55460-000</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 9192-3691</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Santo Amaro do Capibaribe

Assinatura do Declarante:

Vandereson Gouveia de Souza



EXERCÍCIO DA CIDADANIA CONSULTORIA
RUA JOSÉ MANOEL DA SILVA 87

CENTRO/CUPIRA
CUIRA PE
S5480-000

CÓDIGO CONTRATO	MÉTODO
4007560392	07/2014
FECHA DE VENCIMIENTO	FECHA PREVISTA PRÓXIMA ENTREGA
08/08/2014	19/08/2014
TOTAL A PAGAR (R\$)	
	32,97

Nº DA NOTA FISCAL 002334837	TIPO DE ÚNICA	EMISSÃO 18/07/2014
APRESENTAÇÃO 01/08/2014	Nº DO CLIENTE 2002201386	Nº DA INSTALAÇÃO 1005741

Consumo Ativo até 30 kWh
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh
Contribuição Iluminação Pública
Multa por atraso-NF 002151430 - 19/05/14
Juros por atraso-NF 002151434 - 19/05/14

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
30,0000000	0,12683747	3,805119
70,0000000	0,21537859	15,076501
20,0000000	0,32208780	6,441756
		3,96
		0,64
		0,25

TOTAL DA FATURA

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	ÁGUA	CONSUMO (m³)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
7020771	"A"	16/05/2016	8 762,00	16/05/2016	8 861,00	30	1,0000		129,00

PERÍODO	CUSTO DE ENERGIA ELÉTRICA
JAN 84	120
JAN 84	125
MAR 84	140
ABR 84	130
MAR 84	130
FEV 84	120
JAN 84	140
DEZ 83	110
NOV 83	140
OUT 83	110
SET 83	130
AOG 83	120
ABR 83	110

A834 C34C.71BE 59CH FC31 A5EB BR03.191C

A partir de 2015 entrará em vigor o sistema de licenciamento eletrônico para a obtenção de licenças ambientais. Para obter mais detalhes sobre o novo sistema, visite o site www.ama.gov.br. Para mais informações sobre o novo sistema, visite o site www.ama.gov.br. Para mais informações sobre o novo sistema, visite o site www.ama.gov.br.

Para entrar dentro do ZD-3, a área anterior, esta declaração indica, se o comprador do equipamento dos plásticos do comunal, se o número da identificação anterior (Art. 12.007 CVL). Esta declaração não obriga o dono de um determinado equipamento a não fazer mais futuro trabalho judicial que possa ser considerado que é de propriedade comum.

SIC	CATEGORIA	VALOR APROPRIADO (R\$) 2014	LIMITE ANUAL - R\$	LIMITE TRIMESTRAL - R\$	LIMITE SEMESTRAL - R\$	TENSÃO NOMINAL (%)	LIMITE DE VARIACAO (%)	
							2014	2015
210	ADRESTRAL	5,70	11,30	32,81	45,27	220	201	231
210		1,00	0,04	18,00	30,18			
210		5,70	0,19	0,00	0,00			

LIMITE DIÁRIO 15,00

R\$10 - Valor de Referência de Uso do Sistema de Distribuição - R\$ 15,00

Unit Price: 18.50

EUSD - Valor da Encargos de Uso do Sistema de Distribuição = R\$ 1.5,00

B3686600000329 NAO LIDA
0075680521001398034003
DOCUMENTO VALIDO COMO RECIBO DE PAGAMENTO

CELPE SERVICIOS
SOLUCIO DE PAGAMENTO

04/05/2014 11:18
V9.1.31
P4: 13-02-2004
CEI PE
W4 P6: R4
32.97

KELMA BOTTIGUE
RUA JOSE VERISSIMO DE SOUZA N27
CENTRO-CUIABA



(EDR)
Serv. Téc. de Segs. Ltda.

30 OUT. 2014

PROTOCOLLO

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **2014958678 - 1**
Nome do(a) Examinado(a): **VANDSON GOUVEIA DE SOUZA**
Endereço do(a) Examinado(a): **RUA JOSE MANUEL DA SILVA nº 67 - CENTRO - CUIPIRA/PE**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 8748022 - SSP**
Data local do exame: **21/01/2015 CARUARU/PE**

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

TRAUMA CONTUSO NO COTOVELO DIR

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

☒ SIM ☐ NÃO

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

☒ SIM ☐ NÃO

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicação.

TRATAMENTO CONSERVADOR DA LESÃO

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

☒ SIM ☐ NÃO

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

DOR AOS ESFORÇOS E LIMITAÇÃO LEVE DA FLEXÃO COMPLETA DO COTOVELO DIR

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

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

☐ Vítima em tratamento ☐ Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

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

☐ Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

Região Corporal(Sequela)

COTOVELO DIR

☐ 10% ☐ 25% ☒ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações(*)

☐ Total = "100% da IS"

V. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valorização do dano corporal.

Local e data de realização do exame médico legal:

PE - CARUARU, 21/01/2015

Médico Perito: ARMANDO SOUSA DE ARAUJO CRM: 52533315


Dr. Armando Sousa de Araújo
Médico Perito
CRM-RJ 52 5333-15
Cadastro Nacional

Assinatura do perito Examinador - CRM

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Vanderson Genesio de Souza portador da carteira de identidade nº 8.748.022 e inscrito no CPF/MF sob o nº 109.507.794-71 residente e domiciliado na Rua Manoel do Silva nº 67 Cidade Lupatão Estado Pernambuco declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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

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

Vanderson Genesio de Souza

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação



Santa Cruz de Capibaribe

Local e data

Rio de Janeiro, 08 de Janeiro de 2015

Carta nº: 6069414

A/C: VANDSON GOUVEIA DE SOUZA

Sinistro: 2014958678
Vítima: VANDSON GOUVEIA DE SOUZA
Data Acidente: 01/08/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

EU Anderson Genesio de Souza
 PORTADOR(A) DO RG Nº 8.264.810-22 EXPEDIDO POR _____ EM 1/1/14
 CPF 109607194-71 / CNIS 00000000000000000000 PROFISSÃO _____
 E RENDA MENSAL DE R\$ _____ (**) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Anderson Genesio de Souza AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABaixo PRESTADAS.

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



! Para evitar a reapresentação de um pagamento, lembre-se:

1) Os seguintes documentos são dados de forma confidencial, por apresentador:

- Conta salário após benefício;
- Conta poupança família;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL: anulação para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL: operação 823 da CEF (Conta Simples Fácil);
- Conta-POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Brasília, Limitada com limite de movimentação financeira mensal de até R\$2000,00;
- Conta bloqueada, inscrita em um processo (não será aceita proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);

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

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

- ☒ CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACERTAR CONTAS DE TODOS OS BANCOS)
 BANCO 001 AGÊNCIA 10529 (INCLUIR O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE 21706-9
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRASILEIRO
 BANCO 237 • AGÊNCIA _____ (INCLUIR O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL
 BANCO 001 • AGÊNCIA _____ (INCLUIR O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO FIEI
 BANCO 341 • AGÊNCIA _____ (INCLUIR O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONOMICA FEDERAL
 BANCO 104 • AGÊNCIA _____ (INCLUIR O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

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

LOCAL Santa Cruz do Logradouro DATA 24/10/14

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A)

Anderson Genesio de Souza



ATENÇÃO

O Seguro DPVAT garante indenização de R\$125.000,00 em caso de morte (valor que será pago aos beneficiários), obedecendo à legislação vigente na data do acidente; indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com tabela de seguro prevista no lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médicas-hospitalares.

Para mais informações, consulte o site www.segurodpvat.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

05/11/14

EE 82955

Jucas

SIS88 - SISTEMA DE INFORMAÇÕES BANCO DO BRASIL
18/12/2014 - Autoatendimento - 17:27:02
071170413 0766

(BDR)
Serv. Téc. de Segs. Ltda.
23 DEZ. 2014
PROTOCOLO

FAVORECIDO VANDSON GOUVEIA DE SOUZA
CLIENTE
AGÊNCIA: 1052-9 CONTA: 21.706-9
VALOR TOTAL * 61.00
NR. ENVELOPE 2.887.867.821

* Valor sujeito a conferência.

* Dados do Envelope: nº 2.887.867.821
* acolhido em: 18/12/2014, na Agência 0711-0.

SEU ENVELOPE SERÁ PROCESSADO
NO PRÓXIMO DIA ÚTIL.

GUARDE ESTE COMPROVANTE ATÉ A OPERAÇÃO
SER PROCESSADA.

Leia no verso como conservar este documento,
entre outras informações.

Vandson G. Gouveia de Souza

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 26/01/2015

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: VANDSON GOUVEIA DE SOUZA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01052-9

CONTA: 000000021706-9

Nr. da Autenticação D240FEDB638E1E9B



BOLETIM DE OCORRENCIA

1004026

GOVERNO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
DELEGACIA PELA INTERNETBOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **14I0319109458**Registro de ocorrência realizado via Internet, através da Delegacia Pela Internet de Pernambuco no dia
24/10/2014 às 09:50**ACIDENTE DE TRANSITO SEM VITIMA - Culposos (Consumado)** que aconteceu no dia **01/08/2014** às **21:30**Fato ocorrido no endereço: **AAVENIDA DE CUPIRA** - Bairro: **CENTRO** - Município: **CUPIRA** - Estado: **PERNAMBUCO**
Local do fato: **VIA PUBLICA****Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:**

VANDERSON GOUVEIA DE SOUZA (VITIMA)

EDILENE MARIA DOS SANTOS (OUTRO)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO : (OUTROS MOTIVOS) , que estava sendo utilizado(s) pelo(a) Sr(a): VANDERSON GOUVEIA DE SOUZA

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

(VITIMA) - VANDERSON GOUVEIA DE SOUZA; Sexo: **Masculino**; Pai: **VALDECI ALVES DE SOUZA**; Mãe: **JOSEFA DE GOUVEIA**; Data de Nascimento: **09/07/1993**; Naturalidade: **AGRETINA / PERNAMBUCO / BRASIL**;
Documentos: **8748022 (RG) , 109.507.194-71 (CPF)**; Estado Civil: **NAO INFORMADO**; Escolaridade: **NAO INFORMADO**; Profissão: **NAO INFORMADO**; Telefone de Contato: **(81)9192-3691**; Telefone Celular: **NAO INFORMADO**;
Endereço Residencial : **JOSE MANOEL DA SILVA , 0; 55460-000; CENTRO; CUPIRA; PERNAMBUCO; BRASIL**

(OUTRO) - EDILENE MARIA DOS SANTOS; Sexo: **Feminino**; Data de Nascimento: **NAO INFORMADO**;
Documentos: **097.240.214-40 (CPF)**; Estado Civil: **NAO INFORMADO**; Escolaridade: **NAO INFORMADO**; Profissão: **NAO INFORMADO**;
Telefone de Contato: **NAO INFORMADO**; Telefone Celular: **NAO INFORMADO**;

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

VEICULO (**VEICULO**) que é de propriedade do(a) Sr(a): **VANDERSON GOUVEIA DE SOUZA**
Categoria: **MOTOCICLETA**; Marca do Objeto: **HONDA**; Modelo do Objeto: **BROS**; Placa: **NXV5381**; Cor do Objeto: **VERMELHA**;
Quantidade: **1 (UNIDADE)**; Valor Unitário: **0,00 (REAL)**

Complemento / Observação

EU, VANDERSON GOUVEIA DE SOUZA, ESTAVA VOLTANDO COM MINHA NAMORADA, EDILENE MARIA DOS SANTOS PARA CASA DA PIZZARIA, E QUANDO AINDA ESTÁVAMOS NA AVENIDA PRINCIPAL DE CUPIRA, COLIDI COM UMA OUTRA MOTO QUE TRANSITAVA PORQUE NÃO VI QUANDO O CONDUTOR DEU SINAL QUE IRIA TROCAR DE VIA.

"Válida como certidão, mediante consulta no site oficial da Delegacia Pela Internet/SDS, no endereço eletrônico: servicos.sds.pe.gov.br/delegacia, de acordo com o Decreto nº 26.102, 06 de novembro de 2003."

Boletim de Ocorrência analisado e liberado pelo policial: **CRISTOVAO SOARES BARRETO - MAT. 151.519-5**

Delegacia pela Internet: A delegacia a serviço do cidadão.



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 2014958678 **Cidade:** Cupira **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VANDSON GOUVEIA DE SOUZA **Data do acidente:** 01/08/2014 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO NO COTOVELO DIR

Descrição do exame médico pericial: DOR AOS ESFORÇOS E LIMITAÇÃO LEVE DA FLEXÃO COMPLETA DO COTOVELO DIR

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR DA LESÃO

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO COTOVELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 21/01/2015

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: ARMANDO SOUSA DE ARAUJO

CRM do médico: 52533315

UF do CRM do médico: RJ

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 cotovelos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: ARMANDO S ARAUJO

CRM do médico: 52.53331-5

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO PERNAMBUCO 07R-23

Vandson Gouveia de Souza

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 8.748.022

DATA DE EXPEDIÇÃO 22/04/2009

<< VANDSON GOUVEIA DE SOUZA >>

<< VALDECI ALVES DE SOUZA >>

<< JOSEFA DE GOUVEIA >>

NATURALIDADE AGRESTINA - PE

DATA DE NASCIMENTO 09/07/1993

COC ORGEM << CN.16162 L.15A F.231 CART. CUPIRA-PE 07.02.2000 >>

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 2006

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
109.507.194-71

Nome
VANDSON GOUVEIA DE SOUZA

Nascimento
09/07/1993

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

092955

CÓDIGO DE CONTROLE
ACBF.F22B.3EEE.AB5F

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

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 21:46:14 do dia 27/02/2012 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00



DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO

1004037

