

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: 041.973.464-33 CPF da vítima: 041.973.464-33 Nome completo da vítima: KLEYBSON CARLOS COSTA RAMOS

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

Nome completo: KLEYBSON CARLOS COSTA RAMOS CPF: 041.973.464-33
Profissão: ESTADANTE Endereço: RUA CORALIA DE SIQUEIRA Número: 161 Complemento: AP. 01
Bairro: SÃO CRISTÓVÃO Cidade: ARCOVERDE Estado: PE CEP: 56.503-140
E-mail: (87) 9.9942.7531

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

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

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ 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: _____

AGÊNCIA: 0915 CONTA: 16.937
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder 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.

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 Líder 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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou filhos/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder 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 na declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: Arcoverde/PE. 19.12.2018.

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. **NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.**

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: **041.973.464-33** CPF da vítima: **041.973.464-33** Nome completo da vítima: **KLEYBSON CARLOS COSTA RAMOS**

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

Nome completo: **KLEYBSON CARLOS COSTA RAMOS** CPF: **041.973.464-33**
Profissão: **ESTADANTE** Endereço: **RUA CORALIA DE SIQUEIRA** Número: **161** Complemento: **AP. 01**
Bairro: **SÃO CRISTÓVÃO** Cidade: **ARCOVERDE** Estado: **PE** CEP: **56.503-140**
E-mail: **(87) 9.9942.7531**

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

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

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ 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: _____

AGÊNCIA: **0915** CONTA: **16.937**
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder 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.

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 Líder 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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder 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 na declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: **Arcoverde/PE. 19.12.2018.**
Nome: _____
CPF: _____

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____
CPF: _____

2ª Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

Nome: **KLEYBSON CARLOS COSTA RAMOS**

Nº registro: 702685

Dt. Nasc.: 19/11/83 - 34 ano(s)

Sexo: Masculino Mãe: SANDRA DE FATIMA COSTA RAMOS Fone: 81985588013

Endereço: R ANTONIO CURADO, nº 448, ENGENHO DO MEIO, RECIFE - PE

Data/hora: 20/06/2018 - 16:06

Nº pág.: 1/1

GUIA DE ENCAMINHAMENTO E TRANSFERÊNCIA

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

DENTE MOTOCICLISTICO COM TRAUMA EM HTE E OMBRO ESQUERDO

EXAME FÍSICO:

Peso: Altura:

PA: x mmHg

HGT: mg/dL

IMC: ()

Temperatura: °

INDICAÇÃO:

TRANSFERÊNCIA PARA AVALIAÇÃO DA CIRURGIA GERAL (TRAUMA TORÁCICO) E ACOMPANHAMENTO ORTOPÉDICO

Exames Complementares/Resultados:

FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA 1/3 MÉDIO

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

S420 - Fratura da clavícula | Diáfise ?<? da clavícula | Extremidade acromial ?>?

DADOS DA TRANSFERÊNCIA:

Transferência encaminhado para: HOSP. GETÚLIO VARGAS

Motivo: Outros

Senha: 5452101

Especialidade: CIRURGIA GERAL/ORTOPEDIA

Prioridade de Remoção: Máxima

Dr. ANDRE ALENCAR BARBOSA PALITOT
CRM: 16457

Rua Leonardo da Vinci, nº 68, Curado II
CEP: 54220-000 - Jaboatão dos Guararapes/PE
Contato: (81) 3184-4465


ARUANA PEREIRA
09 JAN 2019

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

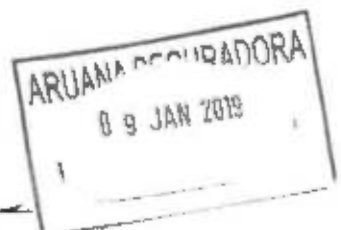
Eu, KLEYBSON CARLOS COSTA RAMOS, CNH
 RG nº 03391802498 data de expedição 17/12/13, Órgão DETRAN/PK.
 CPF nº 041.973.464-33 venho perante a este instrumento declarar que não
 possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido
 no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome
 de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA CORÁLIA DE SIQUEIRA</u>
Número	<u>161.</u>
Apto / Complemento	<u>AP. 01.</u>
Bairro	<u>SÃO CRISTOVÃO</u>
Cidade	<u>ARCOVERDE.</u>
Estado	<u>PERNAMBUCO</u>
CEP	<u>56.503-440</u>
Telefone de Contato	<u>(87) 9.9942-7531 e 9.9161-5671</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Arcoverde/PK. 19.12.18.

Assinatura do Declarante: Kleybson Costa Ramos



CARTÓRIO
DO 1º OFÍCIO
ARCOVERDE - PE

AUGUSTO PEREIRA DE SOUSA - Tabelião
Rua Aldeias Cursino, 54 - Arcoverde - Pernambuco - CEP: 56506-500
Fone: (87) 3821.8484 / Fax: 3821.8331 - cartnotarcoverde@hotmail.com

Reconheço como autêntica a firma de KLEYBSON
 CARLOS COSTA RAMOS; Dou f. Arcoverde/PE
 19/12/2018. Emol. 3,39 TSNR 0,80 FERC 0,40 Total
 4,79. Selo Digital nº 0079809.PUF11201801.04170.
 ARABELA MARIA AZEVEDO DE SOUZA / ESCRIVENTE
 AUTORIZADA



Arbelo Maria Azevedo de Souza

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 10.935.932/0001-02
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-03



www.celpe.com.br

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

EVANILSON MENDES CAVALCANTI

CPF: 055.726.024-85

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA CORALIA DE SIQUEIRA 167 1 AP-01

SAO CRISTOVAO/ARCOVERDE
56503-440 ARCOVERDE PE

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

DATA DE VENCIMENTO

30/11/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

104,62

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

24/11/2018

DATA APRESENTAÇÃO

24/11/2018

NÚMERO DA NOTA FISCAL

040648231

CONTA CONTRATO

002445891013

Nº DO CLIENTE

2002342968

Nº DA INSTALAÇÃO

0000236661

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

5F2D.EFE5.A211.77FE.7A97.9849.CD7D.248C

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	113,00	0,73645882	83,21
Acréscimo Bandeira AMARELA			1,22
Acréscimo Bandeira VERMELHA			1,79
Contrib. Ilum. Pública Municipal			13,14
ICMS Subvenção-CDE-NF 033118072-24/09/18			0,73
Multa por atraso-NF 033118072 - 24/09/18			1,84
Juros por atraso-NF 033118072 - 24/09/18			1,50
Atualização IGPM-NF 033118072 - 24/09/18			1,19
TOTAL DA FATURA			104,62

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS		PIS		COFINS	
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
86,22	25,00	21,55	86,22	0,74	0,63
					86,22
					3,44
					2,96

EM ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE.

Vencido	De Receb	Valor
31/10/18	24/11/18	104,38

Esta comunicação NÃO substitui aviso de débito existente e NÃO contempla débitos em discussão judicial. Caso a suspensão do fornecimento persista por dois ciclos de faturamento, poderá ocorrer o encerramento do contrato, podendo também existir cobrança conforme os critérios definidos na Art. 10 RER 414/Anel. Podem ocorrer ações de cobrança, bem como inclusão nos registros de restrição de crédito SPC e SERASA.

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo(kWh)	0,52150000	NOV 18	113
		OCT 18	103
		SET 18	112
		AGO 18	100
		JUL 18	92
		JUN 18	102
		MAI 18	100
		ABR 18	118
		MAR 18	109
		FEV 18	112
		JAN 18	114
		DEZ 17	125
		NOV 17	125

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Geração de Energia	27,24	32,41
Transmissão	3,96	4,53
Distribuição (Cabo)	18,36	21,53
Energias Soterrâneas	4,76	5,54
Tributos	25,14	29,15
Perdas de Energia	5,84	6,77
TOTAL	86,22	100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DA MEDIÇÃO	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				

00000003142734321 CAT 24/10/2018 5.920,00 24/11/2018 6.935,00 31 1.000,00 0,00 113,00

[DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 24/12/2018]

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	METAS MENSAL	METAS TRIMESTRAL	METAS ANUAL
set/2018					
DIC-No de horas sem Energia		0,00	5,78	11,56	23,16
FIC-No de vezes sem Energia		0,00	3,35	6,72	13,45
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	3,37	0,00	0,00
DICRI-Duração de interrupção em dias críticos					Limite DICRI: 12,22
EUSC-Valor de Encargo de Uso - R\$ 31,11					
Total Consumidor: pode consultar a prestação dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! Alivaldo Alves Teixeira - me: r-barbosa lima 253 centro / xeror arcoverde/pe do faturamento n 19-o centroListo completa em www.celpe.com.br.
A data da leitura é baseada em vigor é a Anistia. Mais informações em www.aneel.gov.br.
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%(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 do fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo da disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.

NÍVEIS DE TENSÃO

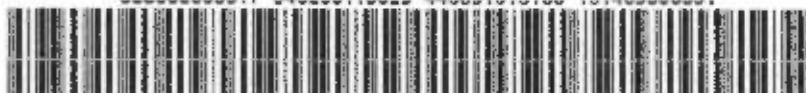
TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MINIMO	MAXIMO
220	202	231

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
002445891013	11/2018	104,62	30/11/2018	

838000000017 046200110029 445891013100 151469506231



Evite dobrar, cortar ou rasgar.
Este canhoto será usado em leitura ótica.

ARQUIVADO
09 JAN 2019

**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



www.celpe.com.br

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 5999
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0187-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
157-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

GEOVANI TENORIO DE BRITO

CPF: 418.438.514-15

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA JOAQUIM BELARMINO DUARTE 44

CARDEAL/ARCOVERDE

56504-140 ARCOVERDE PE

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

DATA DE VENCIMENTO

27/12/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

350,90

DATA DA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

12/12/2018

DATA DA APRESENTAÇÃO

19/12/2018

NÚMERO DA NOTA FISCAL

042168433

CONTA CONTRATO

1021887028

Nº DO CLIENTE

2000580554

Nº DA INSTALAÇÃO

224635

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

B29B.ADAD.BF27.9B1C.0007.1B85.C7DE.278C

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO(R\$)	VALOR(R\$)
Consumo Ativo(kWh)	383,000000	0,73875354	282,94
Acrescimo Bandeira AMARELA			3,44
Contrib. Ilum. Pública Municipal			43,62
ICMS Subvenção-COF-NE 034643107-08/10/18			1,89
PRQ CRANÇÁ (081)3412-8588 DDD 031 8988			0,36
Doação FUNDAÇÃO TERRA (087) 3821-1542			20,00
Compensação FIC Mensal 10/18			1,37

TOTAL DA FATURA

350,90

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS		PIS		COFINS	
BASE DE CÁLCULO	%	BASE DE CÁLCULO	%	BASE DE CÁLCULO	%
284,36	26,86	71,66	0,79	286,35	3,61
				10,33	

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
3154339751	CAT	08/11/2018	7 116,00	12/12/2018	7 499,00	33	1,00000		383,00

DATA PREVISTA DA PRÓXIMA LEITURA: 08/01/2019

Tariffas Aplicadas

Consumo Ativo(kWh) 0,52156000

HISTÓRICO DO CONSUMO

	kWh
DEZ 18	369
NOV 18	377
OUT 18	315
SET 18	246
AGO 18	230
JUL 18	237
JUN 18	288
MAI 18	308
ABR 18	383
MAR 18	329
FEV 18	244
JAN 18	321
DEZ 17	398

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Geração de Energia	R\$ 90,40	31,56%
Transmissão	R\$ 15,39	4,68%
Distribuição (Celpe)	R\$ 62,60	21,85%
Perdas de Energia	R\$ 19,69	5,88%
Energias Setoriais	R\$ 16,12	5,65%
Tributos	R\$ 84,18	29,39%
Total	R\$ 286,38	100%

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APROVADO	VALOR REALIZADO	VALOR DIFERENÇA	VALOR DIFERENÇA
DIC-Nº de horas sem Energia		0,3451	5,79	11,58	23,16
FIC-Nº de vezes sem Energia		4,0000	3,36	8,72	13,45
DMC Duração máxima de interrupção contínua		0,1319	3,37	0,00	0,00
DMC Duração de interrupção em dia crítico					
					Limite DICRI 12,22
EUSD Valor de Encargo ao uso do sistema de distribuição					R\$ 305,44
Toda Consumidora deve seguir a operação dos medidores LDC, HD, DMEL e DCM e qualquer tempo					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você rezende assessoria financeira: avenida severiano jose freire centro /
yasmim maria: rua aldoes curiano central.asia completa em www.celpe.com.br.
Na data da leitura a Bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br.
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%(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.
O consumidor pode cancelar a cobrança de serviços de terceiros na fatura a qualquer tempo - Art 7º REN 581/13.

NÍVEIS DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	NÚMERO	DIÁRIO
220	202	231

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUÍ

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO
1021887028	12/2018	350,90	27/12/2018

Pagamento através de Débito Automático em Conta Corrente.

Banco 001-9

Agência 0068

Com o débito automático sua conta fica sempre em dia. Você pode
solicitar o cancelamento do serviço a qualquer momento.
Para mais informações ligue 116

TALÃO DE PAGAMENTO

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

ARQUIVADA
09 JAN 2019

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu LEOVANI TENÓRIO DE BRITO inscrito (a) no CPF/CNPJ 418.438.514-15 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário KLEYBSON CARLOS COSTA RAMOS inscrito (a) no CPF sob o Nº 041.973.464-33 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima KLEYBSON CARLOS COSTA RAMOS, inscrito (a) no CPF sob o Nº 041.973.464-33, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☒ Declaro Profissão: ADVOGADO Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

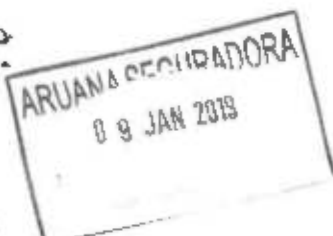
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>RUA JOAQUIM BEARMIDO MARTINS</u>		Número <u>44</u>	Complemento <u>CRASIA</u>
Bairro <u>CARDEAL</u>	Cidade <u>ARCOVERDE</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>56.504-140</u>
Email <u>seuema@gmail.com</u>		Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(87) 9.9942-7631</u>

Arcoverde/PE, 19 de dezembro de 2018.
Local e Data

Leovani Tenório de Brito
Assinatura do Declarante



Declaração do Proprietário do Veículo

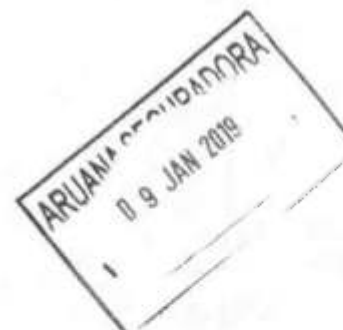
Eu, Marcos Paulo de Lima Peixoto,
RG nº 7362791, data de expedição ///,
Órgão SOS/PE, portador do CPF nº 075.035.184-56, com
domicílio na cidade de Recife, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA MAMOEIRA DA ARRUDA CAMARA, nº 120,
complemento 303, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima KLEYBERSON C. C. RAMOS cujo o condutor era
A PRÓPRIA VÍTIMA.

Veículo: MOTOCICLETA
Modelo: HONDA / CG 125 FAN
Ano: 2010/2010
Placa: KIN 5063
Chassi: 9C 2JC 4110 A R Q 2 15 06
Data do Acidente: 20 - JUNHO 2018
Local e Data: RECIFE/PE 07 DEZEMBRO DO 2018.

Marcos Paulo de Lima Peixoto
Assinatura do Declarante



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



CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL DO 14º DISTRITO JUDICIAL (VARZEA) - RECIFE/PE
Reconheço por SEMELHANÇA a firma indicada de
MARCOS PAULO DE LIMA PEIXOTO
que confere com o padrão registrado em Cartório. Dou fé.
Recife, 7 de dezembro de 2018, às 17h19m22s.
Em testemunho da verdade
Dangelo Maribel de Souza (Escrivente Autorizado)
Emol.: R\$ 3,39 TSNR: R\$ 1,40 Total: R\$ 4,79
Selo: 0076240.NUZ12201801.00804



HOSPITAL GETULIO VARGAS EMERGÊNCIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

ATENDIMENTO: 596560

Prontuário: 1089136

Nome: KLEYBSON CARLOS COSTA RAMOS

Data Nasc.: 19/11/1983

Idade: 34

Sexo: MASCULINO

Cor:

CNS: 898000166483119

CPF:

RG: 6634360

Nº: 448

Estado: PE

Endereço: RUA ANTONIO CURADO

Cidade: RECIFE

Bairro: ENGENHO DO MEIO

Fone: 85588013

Profissão:

CEP: 50730970

Nome da Mãe: SANDRA DE FATIMA COSTA RAMOS

Acompanhante:

Nome do Conjuge:

Local de Procedência: UPA DO CURADO

Clinica: CIRURGIA GERAL

Ocorrência: SENHA 5452101 REFERE DOR EM MSE APOS QUEDA DE MOTO

Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐

2 - ATENDIMENTO DATA: 20/06/2016 HORA: 17:01 h Médico:

Queixa Principal / HDA: *1st encaminhado da UPA com histórico de queda de motocicleta há ± 2h:30*

História do Trauma

Perda da Consciência: Sim ☐ Não ☒ Episódio Emético: Sim ☐ Não ☒ Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☒

Acidente de Trânsito: Sim ☒ Não ☐ Tipo: *Motocicleta*

Colisão: Sim ☐ Não ☒ Tipo: Motorista: ☐ Passageiro: ☐

Atropelamento: Sim ☐ Não ☒ Local de Impacto:

Vítima de Ferimento: Sim ☒ Não ☐ Tipo: *Exponção* Sofreu Queda: Sim ☒ Não ☐ Altura: *1,50 m*

Queimadura: Sim ☐ Não ☒ Por: Transporte Realizado por:

Condições de imobilização adequ.: Sim ☒ Não ☐ Por que:

Observações: *1st feito com colar cervical + prancha*

Exame Físico:

A: Geral Via aérea esta pervia: Sim ☒ Não ☐ O paciente fala: Sim ☒ Não ☐ Temp.: Cº

ECG, corado, hidratado, anictérico, acianótico

Respiratório

IV+ em AIT, S/RA FR: 23/pm Sat: 98%

Circulatório PA: *130 x 70* mm Pulso: *90* bpm

CR em 2T, BNF 1/2015

Exames Neurológico

Deficiência motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐ Pupilas: Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐

Glasgow: Abertura Ocular

Score: *4* Hora:

Glasgow: Resposta Verbal

Score: *5* Hora:

Glasgow: Resposta Motora

Score: *6* Hora:

ARUANA ORFIDIANA
11 9 JAN 2016

Nome: **KLEYBSON CARLOS COSTA RAMOS**

Nº registro: 702685

Dt. Nasc.: 19/11/83 - 34 ano (s)

Sexo: Masculino Mãe: SANDRA DE FATIMA COSTA RAMOS Fone: 81985588013

Endereço: R. ANTÔNIO CURADO, nº 448, ENGENHO DO MEIO, RECIFE - PE

Data/hora: 20/06/2018 - 16:06

Nº pág.: 1/1

GUIA DE ENCAMINHAMENTO E TRANSFERÊNCIA

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

ACIDENTE MOTOCICLISTICO COM TRAUMA EM HTE E OMBRO ESQUERDO

EXAME FÍSICO:

Peso:

Altura:

PA: x mmHg

HGT: mg/dL

IMC: ()

Temperatura: °

INDICAÇÃO:

TRANSFERÊNCIA PARA AVALIAÇÃO DA CIRURGIA GERAL (TRAUMA TORÁCICO) E ACOMPANHAMENTO ORTOPÉDICO

Exames Complementares/Resultados:

FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA 1/3 MÉDIO

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

S420 - Fratura da clavícula | | Diáfise ?<? da clavícula | Extremidade acromial ?>?

DADOS DA TRANSFERÊNCIA:

Transferência encaminhado para: HOSP. GETÚLIO VARGAS

Motivo: Outros

Senha: 5452101

Especialidade: CIRURGIA GERAL/ORTOPEDIA

Prioridade de Remoção: Máxima

Dr. ANDRE ALENCAR BARBOSA PALITOT
CRM: 16457

Rua Leonardo da Vinci, nº 68, Curado II
CEP: 54220-000 - Jaboatão dos Guararapes/PE
Contato: (81) 3184-4465

ARUANA RODRIGUES
09 JAN 2019

RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE: 2006218	DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO: 20062018
NOME COMPLETO DA VÍTIMA: KLEYSON CARLOS DA SILVA	
LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE: FRATURA DE UIVILUX FESOTR	
DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS): IMOBILIZAÇÃO GIPADA	
ALTA MÉDICA? ☒ SIM [] NÃO	
EXISTE ALGUM DEFEITO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? [] SIM ☒ NÃO CASO POSITIVO DESCREVER:	
COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE: ☒ A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO [] A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.	

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o segmento ou órgão atingido)

	SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO
1º	Perda de 70% de função do M.E.
2º	Perda de 80% de função do M.E.
3º	
4º	
5º	

AFIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE 200618 280818 E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.	
LOCAL Maurice	DATA 280818
ASSINATURA E CARIMBO	



Dr. Luiz Guido
Ortopedia e Traumatologia
CRM-8649



HOSPITAL GETULIO VARGAS EMERGÊNCIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

ATENDIMENTO: 596560

Prontuário: 1089136

Nome: KLEYBSON CARLOS COSTA RAMOS

Data Nasc.: 19/11/1983

Idade: 34

Sexo: MASCULINO

Cor:

CNS: 898000168483119

CPF:

RG: 6634360

Nº: 448

Estado: PE

Endereço: RUA ANTONIO CURADO

Cidade: RECIFE

Bairro: ENGENHO DO MEIO

Fone: 85588013

Profissão:

CEP: 50730970

Nome da Mãe: SANDRA DE FATIMA COSTA RAMOS

Acompanhante:

Nome do Conjuge:

Local de Procedência: UPA DO CURADO

Clinica: CIRURGIA GERAL

Ocorrência: SENHA 5452101. REFERE DOR EM MSE. APOS QUEDA DE MOTO

Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☒

2 - ATENDIMENTO DATA 20/06/2016 HORA: 17:01 h Médico:

Queixa Principal / HDA: *Ref. acambrado da UPA com história de queda de motocicleta
há 12h:30*

História do Trauma

Perda da Consciência	Sim ☐ Não ☒	Episódio Emético	Sim ☐ Não ☒	Acidente de Trabalho	Sim ☒ Não ☐
Acidente de Trânsito	Sim ☒ Não ☐	Tipo: <i>Motocicleta</i>			
Colisão	Sim ☐ Não ☒	Tipo:	Motorista ☐ Passageiro ☐		
Atropelamento	Sim ☐ Não ☒	Local de Impacto:			
Vítima de Ferimento	Sim ☒ Não ☐	Tipo: <i>Cortada</i>	Sofreu Queda: Sim ☒ Não ☐ Altura: <i>1,50</i> m		
Queimadura	Sim ☐ Não ☒	Por:	Transporte Realizado por:		
Condições de imobilização adequ:	Sim ☒ Não ☐	Por que:			

Observações: *Ref. trauma com colar cervical + prancha*

Exame Físico:

A: Geral Via aérea esta pervia: Sim ☒ Não ☐ O paciente fala: Sim ☒ Não ☐ Temp.: C°

ECG, curado, hidratado, anicticos, anicticos

B: Respiratório

HR 110, RR 18, SpO2 98%

C: Circulatório

PA 130 x 80 mmHg Pulso 90 bpm

RCR em IT, ONF n/impres

D: Exames Neurológico

Deficiência motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐ Pupilas: Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐

Glasgow: Abertura Ocular
Escore: 4 Hora:

Glasgow: Resposta Verbal
Escore: 5 Hora:

Glasgow: Resposta Motora
Escore: 6 Hora:

ARUANA RODRIGUES
09 JAN 2016



2018
33 Anos

CEMEFA

CENTRO MÉDICO DE ARCOVERDE

Dr. LUIZ GUIDO
Ortopedista
Traumatologista

Dra. MAYARA SAMPAIO
Ortopedista
Traumatologista

Dr. OR MAFFREIRA
Fisioterapia

Dra. MILNA MEIRELLES
Nutricionista

Dr. JOSÉ IVAN VIDAL
Oftalmologista
Cirurgia Geral

Dr. LINHNEY LOPES
Oftalmologia

LAUDO ORTOPEDICO - DPVAT.

Nome: Kleybson Carlos Costa Ramos.

RG: 6.634.360SDSPE.

HD: Politrauma;

Fratura da clavícula E;

Contusões e escoriações.

TTO: Conservador do politrauma;

Conservador da Fratura da clavícula E;

Conservador das Contusões e escoriações.

SEQUELAS: Uso contínuo de medicação analgésica;

Dor aos movimentos do MSE;

Limitação dos movimentos do MSE;

Atrofia do MSE;

Cicatrizes com quelóide.

DATAS: Acidente: 20/06/2018.

Início do tratamento: 20/06/2018.

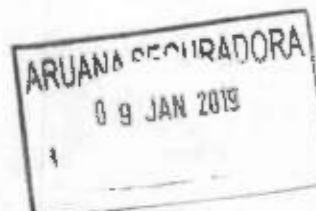
Alta Médica: 28/08/2018.

OBS: Paciente apresenta-se com perda de 70% da função do MIE perda de 80% da função laboral.

Arcoverde, 28 de agosto de 2018.

Dr. Luiz Guido
CRM - 8649
Ortopedista/Traumatologista

Luiz Inocência Guido CRM8649PE



Rua Leonardo Pacheco Dague, 137, Centro Fone: 3321 0162 / 3321 0102
Arcoverde-PE

comefaart@hotmail.com



HOSPITAL GETULIO VARGAS EMERGÊNCIA



E: Abdômen

Plano, flácido, deprimível e indolor à palpação

Diagnóstico Inicial:

Exames Solicitados: 1 - Patologia Clínica

Exames Solicitados: 1 - Especializados

1 RX cervical, tórax, pelve, dígitos, sem efeito

Resultado de Exames

HD: 1) Fratura de clavícula à esquerda

Código Procedimento

Ass. Médico + Carimbo

Código Procedimento

+ Dr. Bruno

+ Dr. Jerônimo

Ass. Médico + Carimbo

Tratamento / Procedimentos

1) Alça de CG

2) A. Ortopedia

3) Sutura - 1/2 + 1/2 EV 8/12/18

Indicação Cirúrgica: Sim ☐ Não ☐ Motivo

Evolução de Enfermagem

5) Sutura TC de Tórax, dig.

Ass. Enfermeira + Carimbo

Diag. Definitivo: SEM EFEITO

Definição do Caso:

☐ Internamento ☐ Cirurgia ☐ Óbito ☐ Termo de Alta a Pedido ☐ Evadiu-se

Condição de Alta:

☐ Curado

☐ Melhorado

☐ Inalterado

☐ Piorado

☐ Óbito

Informação do Serviço Social

Confirmação do Nome

Confirmação do Endereço

Providências

Alta ☐

Transferência ☐

Estudo de Caso ☐

Exames Externos ☐

Observações

Assist. Social

Assist. Social

Autorização para Alta / internamento / Transferência

Médico:

CRM/CRO

Data

Hora

Termo de Responsabilidade Para Internamento:

- Estou ciente das normas existente neste Hospital, as quais integralmente e autorizo a realização de tratamentos, clínicos e/ou cirúrgicos, inclusive transfusões e sem os exames complementares e transporte se forem necessários

Data

Nome completo legível

Nº da Identidade

Assinatura

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido:

- Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre as consequências que deste ato possam advir

Data

Nome completo legível

Nº da Identidade

Assinatura

Cadastramento: 20/06/2018 17:01 h THIAGO BM

Impressão: 20/06/2018 17:01 h THIAGO BM

20/06/18

17:01h

THIAGO

Paciente com trauma de Acidente automobilístico de nível leve
trazido para atendimento em emergência e com lesões:
lesões: fratura de 1/2 da clavícula (1) e HTE;
PE: estenose da coluna cervical, com lesão (2) e cervical (3)
menor: lesão de 1/2 da clavícula, lesão (4) e lesão (5)
no tórax: lesão cervical (6) cervical (7)
CS: lesão (8),
Arthur Locatelli
CRM 17862-PE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO	
CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 868223126	NOME ELTONSON CARLOS COSTA RAMOS
	DOC. IDENTIDADE - ÓRGÃO EMISSOR / UF 6634360 RDS PE
	CPF 041.973.464-33
	DATA NASCIMENTO 19/11/1983
	FUNÇÃO CARLOS ALBERTO RAMOS
	SABENDO DE FÉTIMA COSTA RAMOS
	PERMISSÃO ☒
	ACC ☒
	CD. HAV ☒
	Nº REGISTRO 02591062190
VALIDADE 21/11/2018	
EXPIRAÇÃO 27/09/2004	
PROIBIDO PLASTIFICAR 868223126	OBSERVAÇÕES A Exerce Ativ Remunerada
	LOCAL ARCOVERDE - PE
	DATA EMISSÃO 17/12/2013
	ASSINATURA 
	DETRAN - PE (PERNAMBUCO)
	DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
	40314784719 98056593376
	DETRAN - PE (PERNAMBUCO)
	DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
	DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

ARUANA SEGURADORA
 09 JAN 2019

AUTENTICADO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº **013711978460**

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

VIA **2** RUA **DE MANOEL DE ARAÚJO CAMARGO** RINTEC **15555555**

ROBERTO GOMES DA SILVA
ROA DE MANOEL DE ARAÚJO CAMARGO
QUERO LARANJEIRA
OLINDA - PE **50370-14**

088.532.000-00 **PLACA** **50370-14**

CAVALINHO ANTONIO DA SILVA

PLACA ANTIGA **CHASSI** **9C2JCH110AR021505**

ESPECÍFICO TIPO **COMBUSTÍVEL**
FAB. MOTOR ALDETA **GAZOLINA**

MARCA/MODELO **ANG. FAB.** **ANO MOD.**
HONDA CB 125 147-50 **2010** **2010**

CAPACIDADE **CATEGORIA** **COR PREDOMINANTE**
25 1250L **PARTIC** **PRETA**

OBSEÇÕES

DOCUMENTO VÁLIDO SOMENTE PARA TRANSFERÊNCIA
CARTELA EM LOCAL SEGURO

OLINDA - PE **DATA** **15/05/18**

Charles Andrews Sousa Ribeiro
DETRAN - PE

14º DISTRITO JUDICIÁRIO (VÁRZEA) - RECIFE/PE
RECIFE/PE
Autenticação
Recebo a presente cópia reprográfica extraída nesta
serviço que confere com o original. Dou fé.
Recife, 7 de dezembro de 2018, 17:19:35.
Em testemunho da verdade.
Dangelo Manoel de Souza (Escrivente Autorizado)
Empl.: R\$ 2,90 TSNR: R\$ 1,19 Total R\$ 4,09
Selo 0076240.FVQ12201801.00806

ARUANA REGISTRADORA
09 JAN 2019

AUTENTICADO

AUTORIZAÇÃO PARA TRANSFERÊNCIA DE PROPRIEDADE DE VEÍCULO ATPV
AUTORIZO O DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO-DETRAN,
TRANSFERIR O REGISTRO DESTES VEÍCULO, PARA:

VALORES **3.500,00**

NOME DO COMPRADOR **Marcos Paulo de Lima Pereira**

RG: **7.362.791** **CPF/CNPJ:** **095.025.184-56**

ENDEREÇO: **RUA MANOEL DE ARAÚJO CAMARGO, 120**
PIEDADE - PERNAMBUCO

LOCAL E DATA: **RECIFE/PE 27 DE NOVEMBRO DE 2017**
Adriano Gomes da Silva
ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO (VENDEDOR)

a) O vendedor tem a obrigação legal de comunicar a venda do veículo ao DETRAN no prazo máximo de 30 dias, sob pena de ter que se responsabilizar sozinho pelas penalidades impostas e suas reincidências até a data da comunicação (Lei Federal nº 9.503 - Art. 134 - Código de Trânsito Brasileiro - C.T.B.).

b) O adquirente terá prazo máximo de 30 (trinta) dias, contado da data da comunicação, para transferir a propriedade do veículo para o seu nome, sob pena de incorrer em multa e em processo de C.T.B.).

c) É obrigatório o reconhecimento de firma do adquirente e do vendedor, em livro ou em modalidade por AUTENTICIDADE.

DE ACORDO: **Marcos Paulo de Lima Pereira**
ASSINATURA DO COMPRADOR

RECONHECIMENTO DE FIRMA DO PROPRIETÁRIO (VENDEDOR)
CONFORME ART. 369 C.P.D.

CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL DO 14º DISTRITO JUDICIÁRIO (VÁRZEA) - RECIFE/PE
Aurora Carangá, 3489 - Iguanga - CEP: 50.670-000 - Fone: (51) 3455-2251

Reconheço por AUTENTICIDADE as firmas indicadas de:
ROBERTO GOMES DA SILVA, MARCOS PAULO DE LIMA PEREIRA
lançadas em minha presença, dou fé.
Recife, 27 de novembro de 2017, Em testemunho da verdade.
Gilberto Bento Pontes (Escrivente Autorizado)
Empl.: R\$ 2,76 TSNR: R\$ 1,56 Total R\$ 4,32
Selo 0076240.AMR11201703.00453 e 0076240.HON1201703.00634

CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL DO 14º DISTRITO JUDICIÁRIO (VÁRZEA) - RECIFE/PE
Aurora Carangá, 3489 - Iguanga - CEP: 50.670-000 - Fone: (51) 3455-2251

RECIFE/PE
Autenticação
Autentico a presente cópia reprográfica extraída nesta
serviço que confere com o original. Dou fé.
Recife, 27 de novembro de 2017, 17:19:35.
Em testemunho da verdade.
Dangelo Manoel de Souza (Escrivente Autorizado)
Empl.: R\$ 2,90 TSNR: R\$ 1,19 Total R\$ 4,09
Selo 0076240.YGF12201801.00805

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190635289 **Cidade:** Arcoverde **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: KLEYBSON CARLOS COSTA RAMOS **Data do acidente:** 20/06/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura de clavícula esquerda

Descrição do exame físico: Apresenta limitação leve da extensão e abdução do ombro esquerdo

Resultados terapêuticos: Foi optado por tratamento conservador, com tipoia e imobilização em "8 gessado", por 40 dias. Radiografia (não foi possível ver data), evidenciando! Fratura consolidada, com aumento de volume em região diafisária.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do ombro esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 25/11/2019

Conduta mantida:

Observações: VÍTIMA POSSUI SINISTRO ANTERIOR REFERENTE A OUTRO ACIDENTE OCORRIDO EM 26/11/2011 COM DIAGNÓSTICO DE: ESCORIAÇÕES NO MSE E NO MIE; CONTUSÃO NO ESTERNO. SENDO INDENIZADO DANO LEVE DO OMBRO ESQUERDO. DUPLICIDADE DE SEQUELAS - CONDUTA MANTIDA.

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 ombros	25 %	Em grau leve - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3190635289**

Nome do(a) Examinado(a): **KLEYBSON CARLOS COSTA RAMOS**

Endereço do(a) Examinado(a):

Rua Corália de Siqueira, 161 - Arcoverde - PE - CEP 56503-440

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SDS /PE**] **6634360**

Data e local do acidente: [**20/06/2018**] **Recife - PÉ**

Data e local do exame: [**25/11/2019**] **Monteiro** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

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

Fratura de clavícula esquerda

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

Apresenta limitação leve da extensão e abdução do ombro esquerdo

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

[**X**] Sim [] Não

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

Foi optado por tratamento conservador, com tipoia e imobilização em "8 gessado", por 40 dias. Radiografia (não foi possível ver data), evidenciando! Fratura consolidada, com aumento de volume em região diafisária.

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

[**X**] Sim [] Não

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

Limitação funcional do ombro esquerdo

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

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

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

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Sem sequela permanente" (Não

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

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

Região Corporal (Sequela):

Ombro esquerdo

% do dano: (X) 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

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

VÍTIMA POSSUI SINISTRO ANTERIOR REFERENTE A OUTRO ACIDENTE OCORRIDO EM 26/11/2011 COM DIAGNÓSTICO DE: ESCORIAÇÕES NO MSE E NO MIE; CONTUSÃO NO ESTERNO. SENDO INDENIZADO DANO LEVE DO OMBRO ESQUERDO.



Marcos Micael Ferreira Duarte - CRM: 9416 - PB

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA KLEBSON CARLOS COSTA RAMOS.

DATA DO ACIDENTE 20-06-2018 CPF DA VÍTIMA 041.973.464-33.

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO TEOVANI TEODORO DE BRITO.

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____

ENDEREÇO DO PORTADOR RUA JOAQUIM BELARMINO DUARTE

Nº 44 COMPLEMENTO CASA BAIRRO CARDINAL

CIDADE ARROIO DE UF PE CEP 56.504-140.

E-MAIL seuema@gmail.com TELEFONE (87) 9.9942-7834

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

☒ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

☒ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

☒ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA

☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- () NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO

- MORTE = R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA

09/01/19

IDENTIDADE

2.824.629-559/PE

ASSINATURA

Teovani Teodoro de Brito

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA

09 JAN 2019

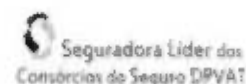
NOME

Teovani

ASSINATURA

Teovani

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0397655/19

Vítima: KLEYBSON CARLOS COSTA RAMOS

CPF: 041.973.464-33

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 20/06/2018

Titular do CPF: KLEYBSON CARLOS
COSTA RAMOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

GEOVANI TENORIO DE BRITO : 418.438.514-15

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

KLEYBSON CARLOS COSTA RAMOS : 041.973.464-33

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: 12/11/2019
Nome: GEOVANI TENORIO DE BRITO
CPF: 418.438.514-15

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/11/2019
Nome: Josyelli de Oliveira Cabral
CPF: 054.598.464-55

GEOVANI TENORIO DE BRITO

Josyelli de Oliveira Cabral

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0009722/19

Vítima: KLEYBSON CARLOS COSTA RAMOS

CPF: 041.973.464-33

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 20/06/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: KLEYBSON CARLOS
COSTA RAMOS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

GEOVANI TENORIO DE BRITO : 418.438.514-15

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

KLEYBSON CARLOS COSTA RAMOS : 041.973.464-33

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 09/01/2019
Nome: GEOVANI TENORIO DE BRITO
CPF: 418.438.514-15

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/01/2019
Nome: ABENILDA MARIA BARBOSA
CPF: 028.384.474-40

GEOVANI TENORIO DE BRITO

ABENILDA MARIA BARBOSA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0397655/19

Vítima: KLEYBSON CARLOS COSTA RAMOS

CPF: 041.973.464-33

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 20/06/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: KLEYBSON CARLOS COSTA RAMOS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

GEOVANI TENORIO DE BRITO : 418.438.514-15

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

KLEYBSON CARLOS COSTA RAMOS : 041.973.464-33

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: 12/11/2019
Nome: GEOVANI TENORIO DE BRITO
CPF: 418.438.514-15

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/11/2019
Nome: Josyelli de Oliveira Cabral
CPF: 054.598.464-55

GEOVANI TENORIO DE BRITO

Josyelli de Oliveira Cabral

Rio de Janeiro, 11 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190023344

Vítima: KLEYBSON CARLOS COSTA RAMOS

Data do Acidente: 20/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GEOVANI TENORIO DE BRITO

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), KLEYBSON CARLOS COSTA RAMOS

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

Boletim de ocorrência ilegível. o documento não permite a leitura das informações, necessário apresentar.

DUT ilegível. o documento não permite a leitura das informações, necessário apresentar.

Declaração do Proprietário do Veículo incorreto(a). necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

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, 11 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190023344

Vítima: KLEYBSON CARLOS COSTA RAMOS

Data do Acidente: 20/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GEOVANI TENORIO DE BRITO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), KLEYBSON CARLOS COSTA RAMOS

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, 10 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190023344

Vítima: KLEYBSON CARLOS COSTA RAMOS

Data do Acidente: 20/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GEOVANI TENORIO DE BRITO

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), KLEYBSON CARLOS COSTA RAMOS

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento e oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 14 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190635289

Vítima: KLEYBSON CARLOS COSTA RAMOS

Data do Acidente: 20/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GEOVANI TENORIO DE BRITO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), KLEYBSON CARLOS COSTA RAMOS

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, 19 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190635289

Vítima: KLEYBSON CARLOS COSTA RAMOS

Data do Acidente: 20/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GEOVANI TENORIO DE BRITO

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), KLEYBSON CARLOS COSTA RAMOS

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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, 12 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190635289

Vítima: KLEYBSON CARLOS COSTA RAMOS

Data do Acidente: 20/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GEOVANI TENORIO DE BRITO

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), KLEYBSON CARLOS COSTA RAMOS

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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 orientações.

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

Nº do sinistro ou ASL: **041.973.464-33** CPF da vítima: **041.973.464-33** Nome completo da vítima: **KLEYBSON CARLOS COSTA RAMOS**

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

Nome completo: **KLEYBSON CARLOS COSTA RAMOS** CPF: **041.973.464-33**
Profissão: **ESTADANTE** Endereço: **RUA CORALIA DE SIQUEIRA** Número: **161** Complemento: **AP. 01**
Bairro: **SÃO CRISTÓVÃO** Cidade: **ARCOVERDE** Estado: **PE** CEP: **56.503-140**
E-mail: **(87) 9.9942.7531**

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

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

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ 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: _____

AGÊNCIA: **0915** CONTA: **16.937**
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder 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.

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 Líder 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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder 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 na declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: **Arcoverde/PE. 19.12.2018.**
Nome: _____
CPF: _____

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____
CPF: _____

2ª Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

SAC 0600 725 0101
OUVIDORIA 0800 725 7474

347-598257078-4

13/DEZ/2018

HORA DE 14:37:40

LOT: 15.014950-6

TERM: 010659

LOCALIDADE: ARCOVERDE

CONTROLE: 31174058

AG. VINCULADA: 0915

DEPÓSITO EM DINHEIRO

0915 013 00016937-0

603689001072727323770

KLEYBSON CARLOS C RAMOS

VALOR

:

~~200,00~~

DEPÓSITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISÃO
DO CRÉDITO NA CONTA É DE ATÉ 30 MINUTOS

ESTE RECIBO É VÁLIDO COMO
COMPROVANTE DE DEPÓSITO

347-598257078-4

1ª VIA

ARUANA SEGURODORA
09 JAN 2019

ARUANA SECURADOR
09 JAN 2019

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 156ª CIRCUNSCRIÇÃO - ARCOVERDE -
DP156ªCIRC DINTER2/19ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0246002242**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **23/07/2018** às
11:21

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia **20/6/2018** no período da Tarde

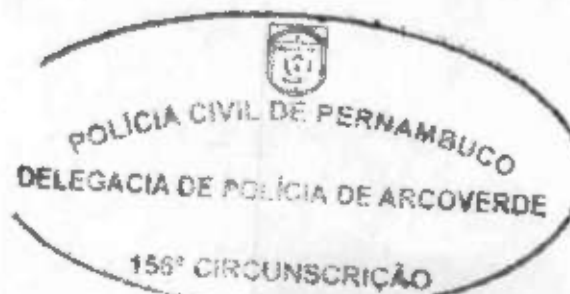
Fato ocorrido no endereço: **RODOVIA BR 101 NORTE, 1** - Bairro:
MAÇAXEIRA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL - Ponto de Referência: **EM**
FRENTE A CEASA / HOSPITAL DA MULHER
Local do Fato: **RODOVIA FEDERAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

PREJUDICADO (AUTOR / AGENTE)
KLEYBSON CARLOS COSTA RAMOS (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Outros motivos), que estava em posse do(a) Sr(a): **KLEYBSON**
CARLOS COSTA RAMOS



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

PREJUDICADO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

KLEYBSON CARLOS COSTA RAMOS (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe:
SANDRA DE FATIMA COSTA RAMOS Pai: CARLOS ALBERTO RAMOS Data de Nascimento:
19/11/1983 Naturalidade: ARCOVERDE / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residência: **RUA CORALIA DE SIQUEIRA, 182, AP. 01 - CEP: 0 - Bairro: SÃO**
CRISTOVAO - ARCOVERDE/PERNAMBUCO/BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEÍCULO), que estava em posse do(a) Sr(a) KLEYBSON CARLOS
COSTA RAMOS

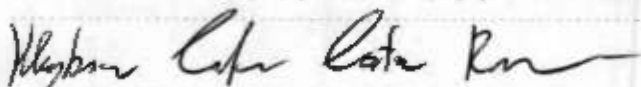
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125** Objeto apreendido: **NÃO**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **KIN5063** (PERNAMBUCO) NÃO INFORMADO: Chassi: **9C2JC4119AR621596**
Ano Fabricação/Modelo: **2010/2010** Combustível: **GASOLINA**
Descrição: **EM NOME DE ROBERIO GOMES DA SILVA, CPF. 038.555.084-24**

Complemento / Observação

A VÍTIMA COMPARECE A ESTA UNIDADE POLICIAL E COMUNICA QUE TRANSITAVA SOZINHO NA REFERIDA MOTOCICLETA, QUANDO PASSOU POR UM BURACO NA RODOVIA BR-101, OCASIÃO EM QUE, CAIU AO CHÃO, SOFRENDO LESÕES CORPORAIS. NESTES TERMOS REGISTRA-SE A PRESENTE OCORRÊNCIA.

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



KEYBSON CARLOS COSTA RAMOS
(VÍTIMA)



S.O. registrado por: **JOAO LUIS DE ALBUQUERQUE LIRA** - Matrícula: **273483-6**

