



Número: **0051814-19.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 3ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **04/09/2020**

Valor da causa: **R\$ 9.450,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
KLEYBSON CARLOS COSTA RAMOS (AUTOR)	VIVIANE EVANGELISTA DE SOUZA ALVES (ADVOGADO)
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU)	

Documentos		
Id.	Data da Assinatura	Documento
69500 719	14/10/2020 16:42	<u>ANEXO 1</u>



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:

CPF da vítima:

041.973.466-33. KLEYBSON CARLOS COSTA RAMOS.

Nome completo da vítima:

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

Nome completo:

Profissão:

Bairro:

E-mail:

Endereço:

Cidade:

Estado:

CPF:

Número:

CEP:

Tel (DDD):

Complemento:

56.503-110

(87) 9.9222.7531

DADOS CADASTRAIS

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

RENDIMENTO:

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 (Corrente 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) CONTA: 16.937
(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data:

Nome:

CPF:

TESTEMUNHAS

1º | Nome:

CPF:

2º | Nome:

CPF:

Assinatura

ARUANA CORDEIRO
08 JAN 2019

Assinatura

ÓFICIO
CORDEIRO

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 RODO, 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:

CPF da vítima:

041.973.466-33. KLEYBSON CARLOS COSTA RAMOS.

Nome completo da vítima:

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

Nome completo:

Profissão:

Bairro:

E-mail:

Endereço:

Cidade:

CPF:

Número:

Complemento:

CEP:

Tel (DDD):

18799927531

DADOS CADASTRAIS

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

RENDIMENTO:

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 OPCIÃO DE CONTA

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Bradesco (237) Itaú (341)

Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0915

CONTA: 16.937 0

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

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 atende a região do acidente ou da minha residência; ou

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

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

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Encantado/PR. 19.12.2018.
Nome: _____
CPF: _____

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: 
ARUANÃ CORDEIRO
08 JAN 2019
Assinatura: _____

(*) Assinatura de quem assina o RODO
Assinatura da vítima/Beneficiário (declarante)

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 RODO, 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 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:
DENTE MOTOCICLISTICO COM TRAUMA EM HTE E OMBRO ESQUERDO

EXAME FÍSICO:

Peso: Altura:
PA: x mmHg HGT: mg/dL IMC: () Temperatura: °

INDUTA:

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

IMAGENS Complementares/Resultados:

FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA 1/3 MÉDIO

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

5420 - Fratura da clavícula | Diáfise ?<? da clavícula | Extremidade acromial ?>?

DADOS DA TRANSFERÊNCIA:

Transferência encaminhado para: HOSP. GETÚLIO VARGAS

Motivo: Outros

Senha: 5452101

Especialidade: CIRURGIA GERAL/ORTOPÉDIA

Prioridade de Remoção: Maxima

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



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

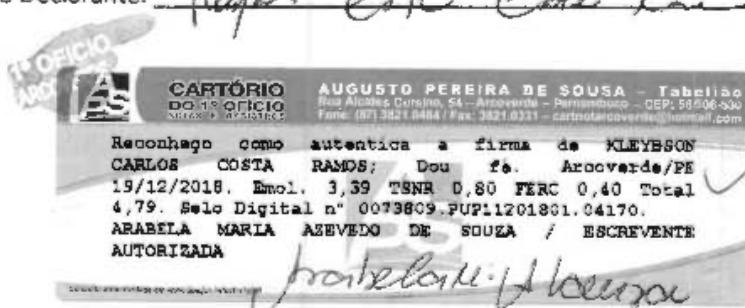
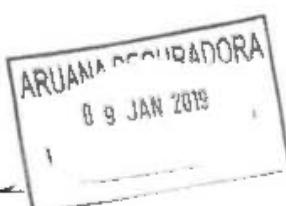
Eu, KLEYBSON CARLOS COSTA RAMOS CNH
RG nº 0339180298 data de expedição 17/12/13, Órgão DETRAN/PE.
CPF nº 041.973.664-33 venho perante a este instrumento declarar que não
possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido
no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome
de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA CORÁIA DA SIRHEIRIA</u>
Número	<u>161</u>
Apto / Complemento	<u>AP. 01</u>
Bairro	<u>SAO CRISTOVÃO</u>
Cidade	<u>ARCOVERDE</u>
Estado	<u>PERNAMBUCO</u>
CEP	<u>56.503-110</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/PE. 19/12/18.

Assinatura do Declarante: Kleyson Carlos Costa Ramo



19/12/2018

2a Via de Fatura

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

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50060-902
CNPJ 10.935.532/0001-98
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-03



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: 055.726.324-85

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA CORALIA DE SIQUEIRA 1671 AP-01
SAO CRISTOVAD/ARCOVERDE
56503-440 ARCOVERDE PE

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 474/2010),
tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à
disponível, 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 DA APRESENTAÇÃO
24/11/2018

NÚMERO DA NOTA FISCAL
040648231

CONTA CONTRATO
002445891013

Nº DO CLIENTE
2002242968

Nº DA INSTALAÇÃO
0000236661

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

5F2D,EFE5,A211.77FE,7A97.9849,CD70.248C

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	113,00	0,73645882	83,21
Acréscimo Bandeira AMARELA			1,32
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			1,58
Atualização IGPM-NF 033118072 - 24/08/18			1,19
TOTAL DA FATURA			104,62

EN ATÉ 15 DIAS, DEBTOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE.

Vencido	Dt. Recv.	Valor
31/10/18	24/11/18	104,62

Este comunicado NÃO substitui asfixia da débito anterior 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 as critérios definidos no Art. 10 da REN 474/ANEEL. Podem ocorrer regras de
cobrança, bem como inclusão em registro de débitos da SPC e SIEBRA.

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo(kWh)	0,52150/000	NOV	18
		OUT	18
		SET	10
		AGO	18
		JUL	18
		JUN	18
		MAR	18
		ABR	18
		MAR	18
		FEV	18
		JAN	18
		DEZ	17
		NOV	17

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

PERÍODO	VALOR	%
Geração de Energia	27,84	32,41
Transmissão	3,96	4,53
Distribuição (Cobrança)	18,36	21,53
Impostos Sistêmicos	4,76	5,54
Itinerário	25,14	30,16
Perda de Energia	5,84	6,77
TOTAL	86,22	100

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRÍPCAO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
DIC-Não de horas sem Energia		0,00	5,78	11,58	23,16
FIC-Não de horas sem Energia		0,00	3,19	6,72	13,45
DNIC-Duração mínima de interrupção contínua		0,00	3,37	0,00	0,00
DCRI-Duração de interrupção em dia útil				Límite DICRI: 12,22	
EUSG-Valor do Encargo de Usuário		37,11			
Tudo Consumidor pode acessar a apuração das indicações DIC, FIC, DNIC e DCRI a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! Atendimento à mesa: r. Barbosa Lima 253 centro / Arcoverde
pc de faturamento no 19º e controlista completo em www.celpe.com.br.
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em www.aneel.gov.br.
O cliente é compensado quando há violação da continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2% (Res474/ANEEL), Juros 1% a.m (Lei 16.438/02); e atualização monetária no mês, mês
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.
Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento,
podendo também ser cobrado o custo da disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.

NIVEIS DE TENSÃO

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

DESTAQUE AQUI

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



Evite dobra! Deslize ou rasgue.
Este cahotô sera usado em leitora ótica.
09 JAN 2019



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/10/2020 16:42:48
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101416424833600000068153210>

Num. 69500719 - Pág. 5

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOSÉ DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-83



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

Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0187-Ligação Grátis de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Grátis 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), tarifa, procedimentos, 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

	QTD/UNIDADE	PESO(KG)	VALOR(R\$)
Consumo Ativo(kWh)	383.000000	0.73875264	282,94
Acréscimo Bandeira AMARELA			3,44
Contrib. Ilum. Pública Municipal			43,62
ICMS Subvenção-CDF-IFI 034643107-09/10/18			1,69
PRÓ CRIVANÇA (081)3412-8581 0800 031 8288			9,38
Doação FUNDAÇÃO TERRA - (087) 3821-1542			20,00
Compensação FIC Mensal 10/18			1,37
TOTAL DA FATURA			350,90

Tarifa Aplicada		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo(kWh)	0,52156000		kWh
DEZ 18	363		
NOV 18	377		
OUT 18	216		
SET 18	248		
AGO 18	230		
JUL 18	237		
JUN 18	288		
MAI 18	308		
ABR 18	303		
MAR 18	328		
FEV 18	244		
JAN 18	321		
DEZ 17	358		

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO			
Geração de Energia	R\$ 90,40	31,56%	
Transmissão	R\$ 13,39	4,88%	
Distribuição (Celpe)	R\$ 62,50	21,86%	
Pontos de Energia	R\$ 19,69	6,88%	
Entregas Setoriais	R\$ 16,12	5,63%	
Tributos	R\$ 84,18	29,09%	
Total:	R\$ 288,38	100%	

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL							
NUMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIORES	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
3154330751	CAT	08/11/2018	7.116,00	12/12/2018	7.469,00	33	1.00000

DATA PREVISTA DA PRÓXIMA LEITURA: 08/01/2019

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES				
DESCRICAÇÃO	CONSUMO	VALOR APÓS	VALOR MÉDIA	VALOR MÍN.
DIC-NP de horas sem Energia	0,00	0,3481	5,79	11,58
FIC-NP de vezes sem Energia	0,00	4,0000	3,36	12,45
FIMC Interrupção máxima de interrupção contínua	0,00	0,1319	0,37	0,00
UIC-NP de horas sem Energia	0,00			Límite DICRI 12,22
EUSD-Valor do Encargo de uso do sistema de distribuição - At 105,44				
Trib. Consumidor pode solicitar a aplicação dos multíplos DIC, HC, SML e DIC e qualquer tempo				

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você, renegocie assessoria financeira: av. senador joão freire, centro /
Av. senador joão freire, centro, sala 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 no confinamento individual ou do nível de tensão de fornecimento.

Pagto. em atraso gera multa 2% (Res414/ANEEL), Juros 1% a.m.(Lei 10.438/02) e atualização monetária no prazo. 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 momento - Art 7º REN 581/13.

NÍVEIS DE TENSÃO				
TENSÃO NORMAL	LIMITES DE VARIAÇÃO (%)			
	MÍNIMO	MÁXIMO		
220	202	231		

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESAFIO AQUI

CONTA CONTRATO
1021887028

MÊS/ANO
12/2018

TOTAL A PAGAR(R\$)
350,90

VENCIMENTO
27/12/2018

TALÃO DE PAGAMENTO

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

ARUARA SEMENTADORA
09 JAN 2019

Pagamento através de Débito Automático em Conta Corrente.

Banco 001-8 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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/10/2020 16:42:48
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101416424833600000068153210>

Num. 69500719 - Pág. 6

Número do documento: 20101416424833600000068153210



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Geovani Tenório de Brito inscrito (a) no CPF/CNPJ 418.438.514-15, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário KLEIBSON CARLOS COSTA RAMOS inscrito (a) no CPF sob o Nº 041.973.464-33, do sinistro de DPVAT cobertura INVÁLIZ, da Vítima KLEIBSON 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

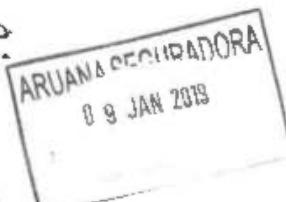
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder–DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço <u>RUA JOAQUIM BECHARMINO CHARTER</u>	Cidade <u>ARUANAS</u>	Número <u>44</u>	Complemento <u>ensaia</u>
Bairro <u>CORDEIRAS</u>		Estado <u>PE</u>	CEP <u>56.500-100</u>
Email <u>senemar@gmail.com</u>		Telefone comercial (DDD) <u>(87) 9 9912-7631</u>	Telefone celular (DDD)

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

Assinatura do Declarante



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Marcos Paulo de Lima Reixoto,
RG nº 7362791, data de expedição / /,
Órgão 505/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)
AV. MAMOIA DE ARRUDA CAVALAR, nº 120,
complemento 303, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima KLEIBSON C. C. RAMOS, cujo o condutor era
É PROPRIA VITIMA.

Veículo: Motocicleta

Modelo: HONDA CG 125 FAN

Ano: 2010/2010

Placa: KIN 5063

Chassi: 9CZJC4110AR021506

Data do Acidente: 20 - JUNHO 2018

Local e Data: RECIFE/PE 07 DEZEMBRO DE 2018

Marcos Paulo de Lima Reixoto

Assinatura do Declarante



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



HOSPITAL GETULIO VARGAS
EMERGÊNCIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: KLEYBSON CARLOS COSTA RAMOS
Data Nasc.: 19/11/1983 Idade: 34 Sexo: MASCULINO Cor:
CPF: RG: 6634360 CNS: 898000166483119
Endereço: RUA ANTONIO CURADO Nº: 448
Bairro: ENGENHO DO MEIO Cidade: RECIFE Estado: PE
CEP: 50730970 Fone: 85588013 Profissão:
Nome da Mãe: SANDRA DE FATIMA COSTA RAMOS
Acompanhante:
Nome do Conjugue:
Local de Procedência: UPA DO CURADO
Clínica: CIRURGIA GERAL
Ocorrência: SENHA 5452101 REFERE DOR EM MSE APOS QUEDA DE MOTO

Acidente de Trabalho: Sim Não

2 - ATENDIMENTO DATA: 20/06/2018 HORA: 17:01 h Médico:

Queixa Principal / HDA: Pct encaminhado da UPA com história de queda de motocicleta
há 3h 30

História do Trauma

Perda da Consciência:	Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	Episódio Emético:	Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	Acidente de Trabalho:	Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>
Acidente de Trânsito:	Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Tipo:	Motorista: <input type="checkbox"/> Passageiro: <input type="checkbox"/>		
Colisão:	Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	Tipo:			
Atropelamento:	Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	Local de Impacto:			
Vítima de Ferimento:	Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Tipo:	Sofreu Queda: Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Altura 1,50 m		
Queimadura:	Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	Por:	Transporte Realizado por:		
Condições de imobilização adequadas:	Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		Por que:		

Observações: Pct tratado para colar ce, abd + plancha

Exame Físico:

A: Geral: Via aérea está pélvia Sim Não O paciente fala: Sim Não Temp: Cº
Esg, corado, hidratado, anicterico, ouizonte.

Respiratório:

RR: 16 cm H2O, S/RA FR: 23 lpm Sat: 98%

Circulatório: PA: 130 x 90 mmHg Pulso: 90 bpm

CR: cm 27, BNF: 1/5000

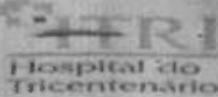
Exames Neurológico	Deficiência motora: MSO <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/>	Pupilas: Isocônicas <input type="checkbox"/> Anisocônicas <input type="checkbox"/>
Glasgow: Abertura Ocular Escore: 1 Hora:	Glasgow: Resposta Verbal Escore: 5 Hora:	Glasgow: Resposta Motora Escore: 6 Hora:

ARUANA SANCHADORA
09 JAN 2019





UPA 24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
24h/24h



Nome: KLEYBSON CARLOS COSTA RAMOS N° registro: 702685
Dt. Nasc.: 19/11/83 - 34 ano (s)
Sexo: Masculino Mãe: SANDRA DE FATIMA COSTA RAMOS Fone: 81985588013
Endereço: R ANTÓNIO CURADO, nº 448, ENGENHO DO MEIO, RECIFE - PE
Data/hora: 20/06/2018 - 16:06
Nº pág.: 1/1

GUIA DE ENCAMINHAMENTO E TRANSFERÊNCIA

STÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

DENTE MOTOCICLISTICO COM TRAUMA EM HTE E OMBRO ESGUERDO

EXAME FÍSICO:

YUITA

NSFERENCIA PARA AVALIAÇÃO DA CIRURGIA GERAL (TRAUMA TORÁCICO) E ACOMPANHAMENTO
OPÉDICO

Temas Complementares/Resultados:

ANEXOS COMPLEMENTARES / Resultados:

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

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

PARÔS DA TRANSFERÊNCIA:

Transferência encaminhado para: HOSP. GETÚLIO VARGAS

Transversal Motive: OUTRBS

Matr. 3. Outras
Sofia, 5452101

Especialidade: CIRURGIA GERAL/ORTOPEDIA

Pré-remoção: Prioridade de Remoção: Máxima

Dr. ANDRE ALENCAR BARBOSA PALITOT
CRM: 16457

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

A rectangular stamp with a double-line border. The word "ARUANA" is at the top, "SEGURO" is in the middle, and "DORA" is at the bottom. Below the stamp, the date "09 JAN 2019" is printed.



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

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE: 20 06 2018	DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO: 20 06 2018
NOME COMPLETO DA VÍTIMA: KELLYSSON CARLO CORDEIRO	
LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE: Fratura de Ulna e Raiz do M Fratura de Ulna e Raiz do M	
DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS): Início de 2018 (12/2018)	
ALTA MÉDICA?	<input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
EXISTE ALGUM DEFEITO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO Caso positivo descrever:	
COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE: <input checked="" type="checkbox"/> A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO POSSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO <input type="checkbox"/> 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% da função da MSE.
2º	Perda de 80% da função da MSE.
3º	
4º	
5º	

AFIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE 20 06 18 28 08 2018 E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.	
LOCAL	DATA



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:
 CPF: RG: 6634360 CNS: 898000168483119
 Endereço: RUA ANTONIO CURADO N°: 448
 Bairro: ENGENHO DO MEIO Cidade: RECIFE Estado: PE
 CEP: 50730970 Fone: 85588013 Profissão:
 Nome da Mãe: SANDRA DE FATIMA COSTA RAMOS
 Acompanhante:
 Nome do Conjugue:
 Local de Procedência: UPA DO CURADO
 Clínica: CIRURGIA GERAL
 Ocorrência: SENHA 5452101 REFERE DOR EM MSE APÓS Queda de MOTO

Acidente de Trabalho: Sim Não

2 - ATENDIMENTO DATA: 20/06/2018 HORA: 17:01 h Médico:

Queixa Principal / HDA: Pt. encaminhado da UPA com história de queda de motocicleta.
 Hora: 17h30

História do Trauma

Perda da Consciência	Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	Episódio Emético	Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	Acidente de Trabalho	Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>
Acidente de Trânsito	Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Tipo: Motocicleta			
Colisão	Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	Tipo:		Motorista <input type="checkbox"/>	Passageiro <input type="checkbox"/>
Atropelamento	Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	Local de Impacto:			
Vítima de Ferimento	Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Tipo: Contusão		Sofreu Queda: Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Altura: 1,50 m
Queimadura	Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	Por:		Transporte Realizado por:	
Condições de imobilização adeq:	fas	Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		Por que:	

Observações: Pt. ferido com colapso geral e fratura

Exame Físico:

A: Geral: Via aérea está pélvia Sim Não O paciente fala: Sim Não Temp: C°
 EGB, curvado, lateralizado, onicofírica, acidente

B: Respiratório

MV(+) com AHT, V/RA PR: 23, pm Sat: 98%

C: Circulatório: PA 130 x 30 mmHg Pulso: 20 bpm

KCR em ST, BNP 11000

D: Exames Neuroológico	Deficiência motora: MSD <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/>	Pupilas: Isocônicas <input type="checkbox"/> Anisocônicas <input type="checkbox"/>
Glasgow: Abertura Ocular	Glasgow: Resposta Verbal	Glasgow: Resposta Motora
Escore: 4	Escore: 5 Hora:	Escore: 6 Hora:

ARUANA SECURADORA
09 JAN 2019





2018
33 Anos

CEMEFA

CENTRO MÉDICO DE ARCOVERDE

Dr. LUIZ GUIDO
Ortopedista
Traumatologista

Dra. RAFAELA SAMPÃO
Ortopedista
Traumatologista

Dr. GILMAR FERREIRA
Fisioterapeuta

Dra. NILMA MEIRELLES
Nutricionista

Dr. JOSÉ MARÍA VIDAL
Ginecologista - Ginecogenética
Cirurgião Ginecol

Dr. LUIZINHO YVES
Gastrologista

LAUDO ORTOPEDICO – DPVAT.

Nome: Kleybson Carlos Costa Ramos.

RG: 6.634.360-SDSPE.

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;

Cicatriz com quelôide.

DATAS: Acidente: 20/06/2018.

Inicio do tratamento: 20/06/2018.

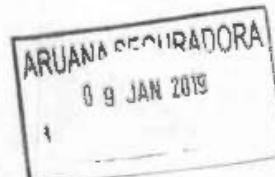
Alta Médica: 28/08/2018.

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 Inocêncio Guido CRM8649PE



Rua Leonardo Pacheco Duque, 137, Coiro - Fone: 3821 8162 / 3821 8160
Arcoverde-PI
cemefaaart@gmail.com



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/10/2020 16:42:48
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101416424833600000068153210>
Número do documento: 20101416424833600000068153210

Num. 69500719 - Pág. 14

HOSPITAL GETULIO VARGAS
EMERGÊNCIA

E: Abdômen

Flaco, fluido, deprimível e intenso à palpação

Diagnóstico inicial:

Exames Soltados: 1 - Patologia Clínica

Exames Soltados: 1 - Especializados

1) RX torax, tórax, pelve, dia, sem efeito

Resultado de Exames:

HD: 1) Fratura de clavicula à frigideza

Código Procedimento

Tratamento / Procedimentos:

1) RX torax

2) RX pelve

3) RX diafragma

Indicação Clínica: Sim Não Motivo:

Evolução de Enfermagem:

5) Sossego TC de TÓRAX, dia

Ass. Médico + Carimbo

Código Procedimento

+ Dr. J. P. M. V. M.

+ Dr. J. P. M. V. M.

Ass. Médico + Carimbo

Ass. Enfermeira + Carimbo

Diag. Definitivo: S. E. C. F. T. O.

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:

Assist. Social

Confirmação do Endereço:

Providências:

Alta Transferência Estudo de Caso Exames Externos

Assist. Social

Observações:

Autorização para Alta / Internamento / Transferência

Médico:

CRM/CRO

Data:

Hora:

Termo de Responsabilidade Para Internamento:

- Estou ciente das normas existentes 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 nosocomio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre as consequências que desse 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

#/0/18

17:01 Paciente com lesão as articulações de membros e torso. Medico: Dr. J. P. M. V. M.
Lesão torax em membros e torso com: 1) C. H. T. C. 2) C. C. 3) C. C. 4) C. C. 5) C. C. 6) C. C. 7) C. C. 8) C. C. 9) C. C. 10) C. C. 11) C. C. 12) C. C. 13) C. C. 14) C. C. 15) C. C. 16) C. C. 17) C. C. 18) C. C. 19) C. C. 20) C. C. 21) C. C. 22) C. C. 23) C. C. 24) C. C. 25) C. C. 26) C. C. 27) C. C. 28) C. C. 29) C. C. 30) C. C. 31) C. C. 32) C. C. 33) C. C. 34) C. C. 35) C. C. 36) C. C. 37) C. C. 38) C. C. 39) C. C. 40) C. C. 41) C. C. 42) C. C. 43) C. C. 44) C. C. 45) C. C. 46) C. C. 47) C. C. 48) C. C. 49) C. C. 50) C. C. 51) C. C. 52) C. C. 53) C. C. 54) C. C. 55) C. C. 56) C. C. 57) C. C. 58) C. C. 59) C. C. 60) C. C. 61) C. C. 62) C. C. 63) C. C. 64) C. C. 65) C. C. 66) C. C. 67) C. C. 68) C. C. 69) C. C. 70) C. C. 71) C. C. 72) C. C. 73) C. C. 74) C. C. 75) C. C. 76) C. C. 77) C. C. 78) C. C. 79) C. C. 80) C. C. 81) C. C. 82) C. C. 83) C. C. 84) C. C. 85) C. C. 86) C. C. 87) C. C. 88) C. C. 89) C. C. 90) C. C. 91) C. C. 92) C. C. 93) C. C. 94) C. C. 95) C. C. 96) C. C. 97) C. C. 98) C. C. 99) C. C. 100) C. C. 101) C. C. 102) C. C. 103) C. C. 104) C. C. 105) C. C. 106) C. C. 107) C. C. 108) C. C. 109) C. C. 110) C. C. 111) C. C. 112) C. C. 113) C. C. 114) C. C. 115) C. C. 116) C. C. 117) C. C. 118) C. C. 119) C. C. 120) C. C. 121) C. C. 122) C. C. 123) C. C. 124) C. C. 125) C. C. 126) C. C. 127) C. C. 128) C. C. 129) C. C. 130) C. C. 131) C. C. 132) C. C. 133) C. C. 134) C. C. 135) C. C. 136) C. C. 137) C. C. 138) C. C. 139) C. C. 140) C. C. 141) C. C. 142) C. C. 143) C. C. 144) C. C. 145) C. C. 146) C. C. 147) C. C. 148) C. C. 149) C. C. 150) C. C. 151) C. C. 152) C. C. 153) C. C. 154) C. C. 155) C. C. 156) C. C. 157) C. C. 158) C. C. 159) C. C. 160) C. C. 161) C. C. 162) C. C. 163) C. C. 164) C. C. 165) C. C. 166) C. C. 167) C. C. 168) C. C. 169) C. C. 170) C. C. 171) C. C. 172) C. C. 173) C. C. 174) C. C. 175) C. C. 176) C. C. 177) C. C. 178) C. C. 179) C. C. 180) C. C. 181) C. C. 182) C. C. 183) C. C. 184) C. C. 185) C. C. 186) C. C. 187) C. C. 188) C. C. 189) C. C. 190) C. C. 191) C. C. 192) C. C. 193) C. C. 194) C. C. 195) C. C. 196) C. C. 197) C. C. 198) C. C. 199) C. C. 200) C. C. 201) C. C. 202) C. C. 203) C. C. 204) C. C. 205) C. C. 206) C. C. 207) C. C. 208) C. C. 209) C. C. 210) C. C. 211) C. C. 212) C. C. 213) C. C. 214) C. C. 215) C. C. 216) C. C. 217) C. C. 218) C. C. 219) C. C. 220) C. C. 221) C. C. 222) C. C. 223) C. C. 224) C. C. 225) C. C. 226) C. C. 227) C. C. 228) C. C. 229) C. C. 230) C. C. 231) C. C. 232) C. C. 233) C. C. 234) C. C. 235) C. C. 236) C. C. 237) C. C. 238) C. C. 239) C. C. 240) C. C. 241) C. C. 242) C. C. 243) C. C. 244) C. C. 245) C. C. 246) C. C. 247) C. C. 248) C. C. 249) C. C. 250) C. C. 251) C. C. 252) C. C. 253) C. C. 254) C. C. 255) C. C. 256) C. C. 257) C. C. 258) C. C. 259) C. C. 260) C. C. 261) C. C. 262) C. C. 263) C. C. 264) C. C. 265) C. C. 266) C. C. 267) C. C. 268) C. C. 269) C. C. 270) C. C. 271) C. C. 272) C. C. 273) C. C. 274) C. C. 275) C. C. 276) C. C. 277) C. C. 278) C. C. 279) C. C. 280) C. C. 281) C. C. 282) C. C. 283) C. C. 284) C. C. 285) C. C. 286) C. C. 287) C. C. 288) C. C. 289) C. C. 290) C. C. 291) C. C. 292) C. C. 293) C. C. 294) C. C. 295) C. C. 296) C. C. 297) C. C. 298) C. C. 299) C. C. 300) C. C. 301) C. C. 302) C. C. 303) C. C. 304) C. C. 305) C. C. 306) C. C. 307) C. C. 308) C. C. 309) C. C. 310) C. C. 311) C. C. 312) C. C. 313) C. C. 314) C. C. 315) C. C. 316) C. C. 317) C. C. 318) C. C. 319) C. C. 320) C. C. 321) C. C. 322) C. C. 323) C. C. 324) C. C. 325) C. C. 326) C. C. 327) C. C. 328) C. C. 329) C. C. 330) C. C. 331) C. C. 332) C. C. 333) C. C. 334) C. C. 335) C. C. 336) C. C. 337) C. C. 338) C. C. 339) C. C. 340) C. C. 341) C. C. 342) C. C. 343) C. C. 344) C. C. 345) C. C. 346) C. C. 347) C. C. 348) C. C. 349) C. C. 350) C. C. 351) C. C. 352) C. C. 353) C. C. 354) C. C. 355) C. C. 356) C. C. 357) C. C. 358) C. C. 359) C. C. 360) C. C. 361) C. C. 362) C. C. 363) C. C. 364) C. C. 365) C. C. 366) C. C. 367) C. C. 368) C. C. 369) C. C. 370) C. C. 371) C. C. 372) C. C. 373) C. C. 374) C. C. 375) C. C. 376) C. C. 377) C. C. 378) C. C. 379) C. C. 380) C. C. 381) C. C. 382) C. C. 383) C. C. 384) C. C. 385) C. C. 386) C. C. 387) C. C. 388) C. C. 389) C. C. 390) C. C. 391) C. C. 392) C. C. 393) C. C. 394) C. C. 395) C. C. 396) C. C. 397) C. C. 398) C. C. 399) C. C. 400) C. C. 401) C. C. 402) C. C. 403) C. C. 404) C. C. 405) C. C. 406) C. C. 407) C. C. 408) C. C. 409) C. C. 410) C. C. 411) C. C. 412) C. C. 413) C. C. 414) C. C. 415) C. C. 416) C. C. 417) C. C. 418) C. C. 419) C. C. 420) C. C. 421) C. C. 422) C. C. 423) C. C. 424) C. C. 425) C. C. 426) C. C. 427) C. C. 428) C. C. 429) C. C. 430) C. C. 431) C. C. 432) C. C. 433) C. C. 434) C. C. 435) C. C. 436) C. C. 437) C. C. 438) C. C. 439) C. C. 440) C. C. 441) C. C. 442) C. C. 443) C. C. 444) C. C. 445) C. C. 446) C. C. 447) C. C. 448) C. C. 449) C. C. 450) C. C. 451) C. C. 452) C. C. 453) C. C. 454) C. C. 455) C. C. 456) C. C. 457) C. C. 458) C. C. 459) C. C. 460) C. C. 461) C. C. 462) C. C. 463) C. C. 464) C. C. 465) C. C. 466) C. C. 467) C. C. 468) C. C. 469) C. C. 470) C. C. 471) C. C. 472) C. C. 473) C. C. 474) C. C. 475) C. C. 476) C. C. 477) C. C. 478) C. C. 479) C. C. 480) C. C. 481) C. C. 482) C. C. 483) C. C. 484) C. C. 485) C. C. 486) C. C. 487) C. C. 488) C. C. 489) C. C. 490) C. C. 491) C. C. 492) C. C. 493) C. C. 494) C. C. 495) C. C. 496) C. C. 497) C. C. 498) C. C. 499) C. C. 500) C. C. 501) C. C. 502) C. C. 503) C. C. 504) C. C. 505) C. C. 506) C. C. 507) C. C. 508) C. C. 509) C. C. 510) C. C. 511) C. C. 512) C. C. 513) C. C. 514) C. C. 515) C. C. 516) C. C. 517) C. C. 518) C. C. 519) C. C. 520) C. C. 521) C. C. 522) C. C. 523) C. C. 524) C. C. 525) C. C. 526) C. C. 527) C. C. 528) C. C. 529) C. C. 530) C. C. 531) C. C. 532) C. C. 533) C. C. 534) C. C. 535) C. C. 536) C. C. 537) C. C. 538) C. C. 539) C. C. 540) C. C. 541) C. C. 542) C. C. 543) C. C. 544) C. C. 545) C. C. 546) C. C. 547) C. C. 548) C. C. 549) C. C. 550) C. C. 551) C. C. 552) C. C. 553) C. C. 554) C. C. 555) C. C. 556) C. C. 557) C. C. 558) C. C. 559) C. C. 560) C. C. 561) C. C. 562) C. C. 563) C. C. 564) C. C. 565) C. C. 566) C. C. 567) C. C. 568) C. C. 569) C. C. 570) C. C. 571) C. C. 572) C. C. 573) C. C. 574) C. C. 575) C. C. 576) C. C. 577) C. C. 578) C. C. 579) C. C. 580) C. C. 581) C. C. 582) C. C. 583) C. C. 584) C. C. 585) C. C. 586) C. C. 587) C. C. 588) C. C. 589) C. C. 590) C. C. 591) C. C. 592) C. C. 593) C. C. 594) C. C. 595) C. C. 596) C. C. 597) C. C. 598) C. C. 599) C. C. 600) C. C. 601) C. C. 602) C. C. 603) C. C. 604) C. C. 605) C. C. 606) C. C. 607) C. C. 608) C. C. 609) C. C. 610) C. C. 611) C. C. 612) C. C. 613) C. C. 614) C. C. 615) C. C. 616) C. C. 617) C. C. 618) C. C. 619) C. C. 620) C. C. 621) C. C. 622) C. C. 623) C. C. 624) C. C. 625) C. C. 626) C. C. 627) C. C. 628) C. C. 629) C. C. 630) C. C. 631) C. C. 632) C. C. 633) C. C. 634) C. C. 635) C. C. 636) C. C. 637) C. C. 638) C. C. 639) C. C. 640) C. C. 641) C. C. 642) C. C. 643) C. C. 644) C. C. 645) C. C. 646) C. C. 647) C. C. 648) C. C. 649) C. C. 650) C. C. 651) C. C. 652) C. C. 653) C. C. 654) C. C. 655) C. C. 656) C. C. 657) C. C. 658) C. C. 659) C. C. 660) C. C. 661) C. C. 662) C. C. 663) C. C. 664) C. C. 665) C. C. 666) C. C. 667) C. C. 668) C. C. 669) C. C. 670) C. C. 671) C. C. 672) C. C. 673) C. C. 674) C. C. 675) C. C. 676) C. C. 677) C. C. 678) C. C. 679) C. C. 680) C. C. 681) C. C. 682) C. C. 683) C. C. 684) C. C. 685) C. C. 686) C. C. 687) C. C. 688) C. C. 689) C. C. 690) C. C. 691) C. C. 692) C. C. 693) C. C. 694) C. C. 695) C. C. 696) C. C. 697) C. C. 698) C. C. 699) C. C. 700) C. C. 701) C. C. 702) C. C. 703) C. C. 704) C. C. 705) C. C. 706) C. C. 707) C. C. 708) C. C. 709) C. C. 710) C. C. 711) C. C. 712) C. C. 713) C. C. 714) C. C. 715) C. C. 716) C. C. 717) C. C. 718) C. C. 719) C. C. 720) C. C. 721) C. C. 722) C. C. 723) C. C. 724) C. C. 725) C. C. 726) C. C. 727) C. C. 728) C. C. 729) C. C. 730) C. C. 731) C. C. 732) C. C. 733) C. C. 734) C. C. 735) C. C. 736) C. C. 737) C. C. 738) C. C. 739) C. C. 740) C. C. 741) C. C. 742) C. C. 743) C. C. 744) C. C. 745) C. C. 746) C. C. 747) C. C. 748) C. C. 749) C. C. 750) C. C. 751) C. C. 752) C. C. 753) C. C. 754) C. C. 755) C. C. 756) C. C. 757) C. C. 758) C. C. 759) C. C. 760) C. C. 761) C. C. 762) C. C. 763) C. C. 764) C. C. 765) C. C. 766) C. C. 767) C. C. 768) C. C. 769) C. C. 770) C. C. 771) C. C. 772) C. C. 773) C. C. 774) C. C. 775) C. C. 776) C. C. 777) C. C. 778) C. C. 779) C. C. 780) C. C. 781) C. C. 782) C. C. 783) C. C. 784) C. C. 785) C. C. 786) C. C. 787) C. C. 788) C. C. 789) C. C. 790) C. C. 791) C. C. 792) C. C. 793) C. C. 794) C. C. 795) C. C. 796) C. C. 797) C. C. 798) C. C. 799) C. C. 800) C. C. 801) C. C. 802) C. C. 803) C. C. 804) C. C. 805) C. C. 806) C. C. 807) C. C. 808) C. C. 809) C. C. 810) C. C. 811) C. C. 812) C. C. 813) C. C. 814) C. C. 815) C. C. 816) C. C. 817) C. C. 818) C. C. 819) C. C. 820) C. C. 821) C. C. 822) C. C. 823) C. C. 824) C. C. 825) C. C. 826) C. C. 827) C. C. 828) C. C. 829) C. C. 830) C. C. 831) C. C. 832) C. C. 833) C. C. 834) C. C. 835) C. C. 836) C. C. 837) C. C. 838) C. C. 839) C. C. 840) C. C. 841) C. C. 842) C. C. 843) C. C. 844) C. C. 845) C. C. 846) C. C. 847) C. C. 848) C. C. 849) C. C. 850) C. C. 851) C. C. 852) C. C. 853) C. C. 854) C. C. 855) C. C. 856) C. C. 857) C. C. 858) C. C. 859) C. C. 860) C. C. 861) C. C. 862) C. C. 863) C. C. 864) C. C. 865) C. C. 866) C. C. 867) C. C. 868) C. C. 869) C. C. 870) C. C. 871) C. C. 872) C. C. 873) C. C. 874) C. C. 875) C. C. 876) C. C. 877) C. C. 878) C. C. 879) C. C. 880) C. C. 881) C. C. 882) C. C. 883) C. C. 884) C. C. 885) C. C. 886) C. C. 887) C. C. 888) C. C. 889) C. C. 890) C. C. 891) C. C. 892) C. C. 893) C. C. 894) C. C. 895) C. C. 896) C. C. 897) C. C. 898) C. C. 899) C. C. 900) C. C. 901) C. C. 902) C. C. 903) C. C. 904) C. C. 905) C. C. 906) C. C. 907) C. C. 908) C. C. 909) C. C. 910) C. C. 911) C. C. 912) C. C. 913) C. C. 914) C. C. 915) C. C. 916) C. C. 917) C. C. 918) C. C. 919) C. C. 920) C. C. 921) C. C. 922) C. C. 923) C. C. 924) C. C. 925) C. C. 926) C. C. 927) C. C. 928) C. C. 929) C. C. 930) C. C. 931) C. C. 932) C. C. 933) C. C. 934) C. C. 935) C. C. 936) C. C. 937) C. C. 938) C. C. 939) C. C. 940) C. C. 941) C. C. 942) C. C. 943) C. C. 944) C. C. 945) C. C. 946) C. C. 947) C. C. 948) C. C. 949) C. C. 950) C. C. 951) C. C. 952) C. C. 953) C. C. 954) C. C. 955) C. C. 956) C. C. 957) C. C. 958) C. C. 959) C.

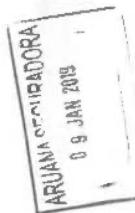


ARUAMA SEGURODORA
09 JAN 2019



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/10/2020 16:42:48
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101416424833600000068153210>
Número do documento: 20101416424833600000068153210

Num. 69500719 - Pág. 16



TECHNOLOGY

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

VALOR UNITÁRIO
NOME DO COMPRADOR: Marcos Paulo de Lima Paixão
RG: 3.362.791 OFICINA: 095-035-184-56
ENDERECO: RUA MANOEL DE AYRTON CAMARA, 120
PIABO - RIOGRANDE/PR

LOCAL E DATA: 27/05/2017 NO MUNICÍPIO DE GOIÂNIA
Edmílio Vargas 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 ser punido com multa e penalidade administrativa (Lei Federal nº 9.503, Art. 134 - Código de Trânsito Brasileiro - CTEB).
b) D. Adquirente tem prazo máximo de 30/05/2017 para comparecer ao Detran para a regularização da documentação do veículo (Lei Federal nº 9.503, Art. 134 - Código de Trânsito Brasileiro - CTEB).
c) E. Obrigatório o comparecimento de filhos do adquirente e o vendedor, no endereço da localidade por AUTENTICO/AD.

CARTEIRA DO REGISTRO CIVIL DO 14º DISTRITO JUDICIÁRIO (VARZÉA) - RECIFE/PE	
Autenticação de Cognoscere - 3486 - Início - CEP: 59.170-000 - Fone: (81) 455-7251	
REGISTRO DE AUTENTICAÇÃO Autentico, sob minha cópia reprográfica extraída nela 14 de setembro de 2018, que concorda com o original. Dou fé de que é de 25 de setembro de 2018, 17:19:35. VARZÉA 25 de setembro de 2018, 17:19:35. Em testemunho _____ da verdade. RECEPÇÃO: _____ M. Manoel Manoel de Souza (Escrevente Autorizado) Email: 55-2290 TSNR: R\$ 1,90 Total: R\$ 4,09 Seis (06) 00-2240.YGF12201801.00805	



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190635289 **Cidade:** Arcos de X. Arcos de X. **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?

[] 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)?

[] 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: () 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



Seguradora Líder - DPVAT

PSN. 0009 724 09
SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS ID

- IDENTIFICAÇÃO

VITIMA KLEBSON CARLOS COSTA RAMOS.
DATA DO ACIDENTE 20.06.2018 CPF DA VITIMA 041.973.464-33.
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO TIKONAVI TEHÓRIO DE BRITO.
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VÍTIMA REPRESENTANTE LEGAL, CUIJO PARANTESCO COM
A VITIMA É _____
ENDERECO DO PORTADOR RUA JOSÉ VÍMOS PELARMINO DIAS FILHO
Nº 44 COMPLEMENTO CASA BAIRRO CARDIÁ
CIDADE PARAIBA UF PE CEP 56.500-100.
E-MAIL Seuemaq@gmail.com TELEFONE (87) 9.9942-7231

MARQUE () PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

- DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE
TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
DM NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML
(ORIGINAL) ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA
DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
 BOLETO DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA
(ORIGINAL)
 AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM
OS DADOS BANCÁRIOS, TAISS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

- DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- 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 DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA 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 VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA
DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 CPF DA VITIMA (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 OUTADAS
 NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITÁRIO MÉDICO (CÓPIA
SIMPLES E LEGÍVEL)
 COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA
(ORIGINAL)
 AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE
CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAISS 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 VITIMA 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 À GRAVIDADE
DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REIMBOS ATÉ R\$ 2.700,00 (REIMBOLSO). 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](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) OU LIGUE
GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 09/01/19

IDENTIDADE 2.824.629-55P/PE

ASSINATURA Tiknavi Tehorio de Brito

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 09/01/2019

NOME Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior

ASSINATURA Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior

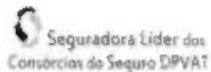


Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/10/2020 16:42:48
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101416424833600000068153210>

Número do documento: 20101416424833600000068153210

Num. 69500719 - Pág. 21

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

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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 20/06/2018

Titular do CPF: KLEYBSON CARLOS COSTA RAMOS

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/10/2020 16:42:48
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101416424833600000068153210>
Número do documento: 20101416424833600000068153210

Num. 69500719 - Pág. 23

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0397655/19

Vítima: KLEYBSON CARLOS COSTA RAMOS

CPF: 041.973.464-33

CPF de: Próprio

Data do acidente: 20/06/2018

Titular do CPF: KLEYBSON CARLOS COSTA RAMOS

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/10/2020 16:42:48
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101416424833600000068153210>
Número do documento: 20101416424833600000068153210

Num. 69500719 - Pág. 24



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

Rio de Janeiro, 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

Pag. 01825/01826 - carta_03 - INVALIDEZ



00040913

Carta nº 13804741



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/10/2020 16:42:48
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101416424833600000068153210>
Número do documento: 20101416424833600000068153210

Num. 69500719 - Pág. 25



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

Rio de Janeiro, 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, contados 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

Carta nº 13804742



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/10/2020 16:42:48
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101416424833600000068153210>
Número do documento: 20101416424833600000068153210

Num. 69500719 - Pág. 26



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

Rio de Janeiro, 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





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

Rio de Janeiro, 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, contados 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

Carta nº 15108592

Pag. 01341/01342 - carta_01 - INVALIDEZ



00020671



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/10/2020 16:42:48
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101416424833600000068153210>
Número do documento: 20101416424833600000068153210

Num. 69500719 - Pág. 28



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

Rio de Janeiro, 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

Pag. 00069/00070 - carta_02 - INVALIDEZ



00070035

Carta nº 15119122



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/10/2020 16:42:48
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101416424833600000068153210>
Número do documento: 20101416424833600000068153210

Num. 69500719 - Pág. 29



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

Rio de Janeiro, 12 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 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

Pag. 01993/01994 - carta_04 - INVALIDEZ



Carta nº 15237629



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/10/2020 16:42:48
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101416424833600000068153210>
Número do documento: 20101416424833600000068153210

Num. 69500719 - Pág. 30



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:

CPF da vítima:

041.973.466-33. KLEYBSON CARLOS COSTA RAMOS.

Nome completo da vítima:

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

Nome completo:

Profissão:

Bairro:

E-mail:

Endereço:

Cidade:

CPF:

Número:

Complemento:

CEP:

Tel (DDD):

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

RENDIMENTO:

- 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 (Corrente 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 0

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

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

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Encantado/PR. 19.12.2018.
Nome: _____
CPF: _____

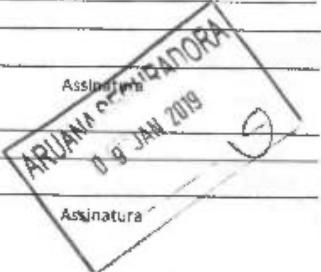
TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: 
ARUANÃ CORDEIRO
08 JAN 2019
Assinatura: _____

(*) Assinatura de quem assina o RG

Assinatura da vítima/Beneficiário (declarante)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, 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 ECONÔMICA FEDERAL

SAC 0800 726 0101
QUINTDORIA 0800 725 7474

347-598257078-4

13/01/2018

HORA DF 14:37:48

LOTE: 15.014958-6
LOCALIDADE: ARCOVERDE
AG. VINCULADA: 0915

TERM: B10659

CONTROLE: 311740687

DEPÓSITO EM DINHEIRO

0915 013 00016937-0

6036890010727273237/0

KLEYBSON CARLOS C RAMOS

VALOR:

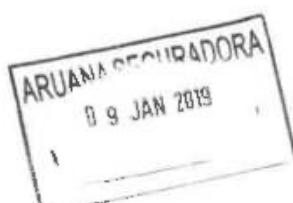
~~200,00~~

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

ESTL RECEBIDO É VALIDO COMO
COMPROVANTE DE DEPÓSITO

347-598257078-4

1ª VIA



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/10/2020 16:42:48
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101416424833600000068153210>
Número do documento: 20101416424833600000068153210

Num. 69500719 - Pág. 32



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 -
DP156°CIRC DINTER2/19°DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 18E0246002242

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

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

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

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

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

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Outros móveis), que estava em posse do(s) Sr(a): KLEYBSON
CARLOS COSTA RAMOS

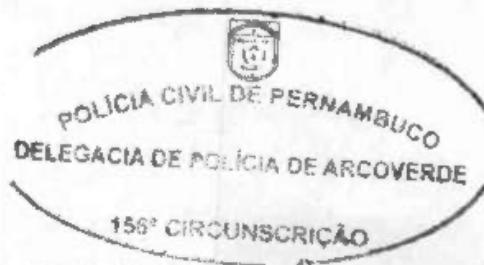
Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

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

KLEYBSON CARLOS COSTA RAMOS (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Ns.
SANDRA DE FATIMA COSTA RAMOS F/ CARLOS ALBERTO RAMOS Data de Nascimento:
18/11/1983 Naturalidade: ARCOVERDE / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: RUA CORALIA DE SIQUEIRA, 162, AP. 01 - CEP: 5 - Bairro: SÃO
CRISTOVÃO - ARCOVERDE/PERNAMBUCO/BRASIL

Qualificação do(s) objeto(s) envolvida(s)

MOTOCICLETA (VEÍCULO), que estava em posse do(s) Sr(a): KLEYBSON CARLOS
COSTA RAMOS
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/CG 125 Objeto apreendido: NÃO
Cor: PRETA - Quantidade: 1 (UNIDADE)

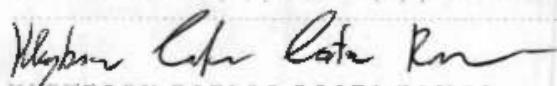


Placa: MINEROS (PERNAMBUCANO INFORMOU) - 8G2JG4119AR621596
Ano/Fabricação/Modelo: 2010/2010 - Combustível: GASOLINA
Descrição: EM NOME DE ROBERIO GOMES DA SILVA, CPF: 688.555.084-84

Complemento / Observação

A VÍTIMA COMPARCECE A ESTA UNIDADE POLICIAL E COMUNICA QUE TRANSITAVA SOZINHO NA REFERIDA MOTOCICLETA, QUANDO PASSOU POR UM BURACO NA RODOVIA BR-161, OCASIÃO EM QUE, CAIU AO CHÃO, SOFRENDO LESÕES CORPORAIS. NESTES TERMOS REGISTRA-SE A PRESENTE OCORRÊNCIA.

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



KLEYSON CARLOS COSTA RAMOS
(VITIMA)



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

