



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	Tipo
69500719	14/10/2020 16:42	ANEXO 1	Outros (Documento)

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 ASI: 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: 56.503-440

E-mail: (87) 9.9942.7531

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

RENTA 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 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 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 ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

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

1º Nome: _____

CPF: _____

2º 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 ASI: _____ 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: 56.503-440

E-mail: _____ Tel (DDD): (83) 9.9942.7531

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

RENDAS 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 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 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

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 ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

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

1º Nome: _____

CPF: _____

2º Nome: _____

CPF: _____

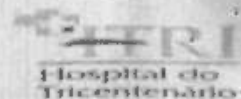
Assinatura

09 JAN 2019

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.



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:

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



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, KLEYSON CARLOS COSTA RAMOS CNH

RG nº 03391802498 data de expedição 17/12/13, Órgão DETRAN/PE.

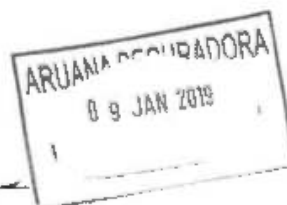
CPF nº 041.973.464-33 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA CORÁLIA DE SIQUEIRA</u>
Número	<u>161.</u>
Apto / Complemento	<u>AP. 01.</u>
Bairro	<u>SÃO CRISTÓVÃO</u>
Cidade	<u>ARCOVERDE.</u>
Estado	<u>PERNAMBUCO</u>
CEP	<u>56.503-140</u>
Telefone de Contato	<u>(87) 9.9942-7531 & 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 Ramos



CARTÓRIO
DO 1º OFÍCIO

AUGUSTO PEREIRA DE SOUSA - Tabelião
Rua Aldeias Curioso, 54 - Arcoverde - Pernambuco - CEP: 56506-330
Fone: (87) 3621-0484 / Fax: 3621-0331 - cartnotarioarcoverde@hotmail.com

Reconheço como autêntica a firma de **KLEYSON CARLOS COSTA RAMOS**; Dou fê. Arcoverde/PE 19/12/2018. Emol. 3,39 TSNR 0,80 FERC 0,40 Total 4,79. Solo Digital nº 0079809.PUP11201801.04170. ARABELA MARIA AZEVEDO DE SOUZA / ESCRIVENTE AUTORIZADA



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 50050-902
CNPJ 10.935.932/0001-05
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005843-03



www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao cliente 24h por dia: 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	DATA DE VENCIMENTO 30/11/2018	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 24/11/2018	CONTA CONTRATO 002445891013
	TOTAL A PAGAR (R\$) 104,62	DATA DA APRESENTAÇÃO 24/11/2018	Nº DO CLIENTE 2002242968
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA CORALIA DE SIQUEIRA 162 1 AP-01 SAO CRISTOVAO ARCOVERDE 56503-440 ARCOVERDE PE	CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásico	NÚMERO DA NOTA FISCAL 040648231	Nº DA INSTALAÇÃO 0800236661
RESERVADO AO FISCO 5F2D.EFE5.A211.77FE.7A97.9849.C07D.248C			

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

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	113,00	0,73645862	83,21
Acrescimo Bandeira AMARELA			1,22
Acrescimo 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	21,56	0,74	86,22	0,63	0,54	2,96

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES			
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APLICADO	METAS
DIC-Na de Interrupção sem Energia	0,00	5,79	11,58
FIC-Na de Interrupção com Energia	0,00	3,35	6,72
DNIC-Duração máxima de Interrupção com Energia	0,00	3,37	0,00
Limite DICRI: 12,22			

EN TE 15 DIAS, DEBTO EXISTENTES CAUSARÃO CORTE.		
Vencido	De Rece	Valor
31/09/18	24/10/18	100,38

Este comunicado NÃO substitui aviso de débitos anteriores e NÃO contempla débitos em discussão judicial. Caso a suspensão de fornecimento persista por dois ciclos de faturamento, poderá ocorrer o encerramento do contrato, podendo também existir cobrança conforme os critérios definidos no Art. 10 REX 414/Anel. Podem ocorrer ações de cobrança, bem como inclusão em registros de restrição de crédito SPC e SERASA.

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Enchimento Aéreo(kWh)	0,52156869	NOV 18	112
		OUT 18	103
		SET 18	112
		AGO 18	100
		JUL 18	90
		JUN 18	102
		MAJ 18	100
		ABR 18	118
		MAR 18	109
		FEB 18	112
		JAN 18	114
		DEZ 17	129
		NOV 17	126

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
	R\$ %
Geração de Energia	27,54 32,41
Transmissão	3,96 4,51
Distribuição (Cabo)	18,36 21,53
Energias Saneitas	4,76 5,54
Perdas	23,14 28,16
Perdas de Energia	5,86 6,77
TOTAL	86,23 100

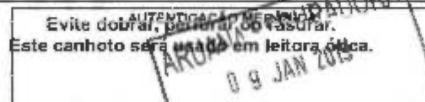
DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL							
NÚMERO DO MEDIDOR	TÍPOLOGIA DE MEDIÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
00000003142734321	CAT	24/10/2018 5.920,30	24/11/2018 6.033,00	31	1,09200	0,00	112,70

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

NÍVEL DE TENSÃO	
TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)
220V	MINIMO: 202 MÁXIMO: 231

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

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



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



CELPE

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 202 5599

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

167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

GEOVANI TENORIO DE BRITO

CPF: 418.438.514-15

DATA DE VENCIMENTO

27/12/2018

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

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

CLASSIFICAÇÃO
R1 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	0,79875364	282,34
Atividade Bandeira AMARELA			3,44
Contrib. Ilum. Pública Municipal			43,62
ICMS Subvenção-CDF-INF 034643107-08/10/18			1,89
PSD CRIANÇA (DE 1/34*2-8588 0800 031 8068)			0,36
Doação FUNDAÇÃO TERRA - (DE 7/3821-1542)			20,00
Compensação FIC Mensal 10/18			1,97

TOTAL DA FATURA

350,90

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS		PIS		COFINS	
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
296,36	26,00	77,08	296,36	0,75	2,23
					286,35
					3,64
					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				
5154330791	CAT	09/11/2018	7 116,00	12/12/2018	7 499,00	33	1,0000		383,00

DATA PREVISTA DA PRÓXIMA LEITURA: 09/01/2019

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você: recorre assessoria financeira: avenida severiano jose freire, centro / yasmim maria: rua aldoes cursino centrol, esta 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.

Pago, em atraso gera multa 2%(Resolução ANEEL), Juros 1%(Lei 10.438/02) e atualização monetária no 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.

DESTAQUE AQUI

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.

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

ARQUIVADA

09 JAN 2019



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/10/2020 16:42:48

https://pje.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101416424833600000068153210

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 LEOVANI FERNANDO DE BRITO inscrito (a) no CPF/CNPJ 418.438.514-15 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário KLEBSON CARLOS COSTA RAMOS inscrito (a) no CPF sob o Nº 041.973.464-33 do sinistro de DPVAT cobertura INVÁLIDA da Vítima KLEBSON 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

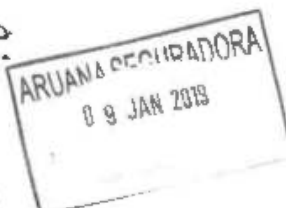
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço	<u>RUA JOAQUIM BELARMINO MARTINS</u>		Número	<u>44</u>	Complemento	<u>CEASA</u>	
Bairro	<u>PARQUEAL</u>	Cidade	<u>ARCOVERDE</u>	Estado	<u>PE</u>	CEP	<u>56.500-140</u>
Email	<u>senema@gmail.com</u>		telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)			
				<u>(87) 9.9942-7831</u>			

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

Leovani Fernando de Brito
Assinatura do Declarante



01 V001/2017

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 MANOEL DE ARVUDA CAMARA, nº 100,

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 KLEYSON C. C. RAMOS, cujo o condutor era

A PRÓPRIA VÍTIMA.

Veículo: MOTOCICLETA

Modelo: HONDA CG 125 FAN

Ano: 2010/2010

Placa: KIN5063

Chassi: 9C2JC4110ARQ21506

Data do Acidente: 20 - JUNHO 2018

Local e Data: RECIFE/PE 07 DEZEMBRO DE 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 reg. nesta Serventia. Recife,
7 de dezembro de 2018. 17:18:27
Em testemunho da verdade
Dangelo Manoel de Souza (Escrivente Autorizado)
Emol.: R\$ 3,39 TSNR: R\$ 1,40 Total R\$ 4,79
Selo: 0076240.NUZ12201801.00804



Plano, flácido, depressível e indolor à palpação

Exames Solicitados : 1 - Patologia Clínica

os. 1 - Especializados
1) R. cervical, tórax, pelve, dgo, ucu efeto

HDI 1) Fractura de clavícula à esquerda

AMC de CG

75 à 94 pages

324 pino. 56 - 1FB + AB, EV 6/6h fixo

Indicação Cirúrgica Sim ☐ Não ☐ Motivo _____

Evolução de Enfermagem

5) SONDADO TC DE TÓRAX, dia

Diag. Definitivo: SEN EF. 10

Definição do Caso:

<input type="checkbox"/> Internamento	<input type="checkbox"/> Cirurgia	<input type="checkbox"/> Óbito	<input type="checkbox"/> Termo de Alta a Pedido	<input type="checkbox"/> Evadiu-se
---------------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------	---	------------------------------------

Condição de ANS:

<input type="checkbox"/> Cusado	<input type="checkbox"/> Melhorado
<input type="checkbox"/> Inalterado	<input type="checkbox"/> Piorado
<input type="checkbox"/> Obito	

Informação do Serviço Social

Confirmação do Nome

Confirmação do Endereço:

Providências Alta ☐ Transferência ☐ Estudo de Caso ☐ Exames Externos ☐

Observações

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 THIAGOBM Impressão: 20/06/2018 17:01 h THIAGOBM

20/06/19

共10頁

13:204

#1577
Patients with history of Acute myocardial infarction at 1985. History of
myocardial infarction in 1985 & 1986. Medico-legal
history: 1985-86 & 1987 in cardiac (C) & HTE;
AC: 1985-86 in cardiac, 1987 in cardiac (C) & cardiac (C);
1988, 1989 & 1990, 1991, 1992, 1993, 1994, 1995, 1996, 1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2



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: 898000166483119
Endereço: RUA ANTONIO CURADO Cidade: RECIFE Nº: 448
Bairro: ENGENHO DO MEIO Fone: 85588013 Estado: PE
CEP: 50730970
Nome da Mãe: SANDRA DE FATIMA COSTA RAMOS Profissão:
Acompanhante:
Nome do Conjuge:
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 20/06/2016 HORA: 17:01 h Médico:

Queixa Principal / HDA: *Per. encaminhado da UPA com história 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: Sofreu Queda: Sim ☒ Não ☐ Altura: *1,50 m*
Vítima de Ferimento: Sim ☒ Não ☐ Tipo: *Galvanizado* Por: Transporte Realizado por
Queimadura: Sim ☐ Não ☒ Por que:
Condições de imobilização adequ.: Sim ☒ Não ☐
Observações: *Per. tratado com colar cervical + prancha*

Exame Físico:

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

EGG, corado, hidratado, anictérico, anictérico

Respiratório

vd em AIT, s/ra FR: 23/pm Sat: 98%

Circulatório

PA: 130 x 90 mmHg Pulso: 90 bpm

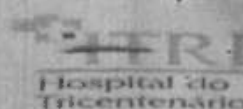
CR em IT, BNF s/ sopros

Exames Neurológico

Glasgow: Abertura Ocular: Escor: 4 Hora: Deficiência motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐ Pupilas: Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐
Glasgow: Resposta Verbal: Escor: 5 Hora: Glasgow: Resposta Motora: Escor: 6 Hora:

ARUANA RODRIGUES
09 JAN 2019





Nome: KLEYBSON CARLOS COSTA RAMOS N° registro: 702685
Dt. Nasc.: 19/11/83 - 34 anos (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
N° 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: IMC: () Temperatura: °
PA: x mmHg HGT: mg/dL

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

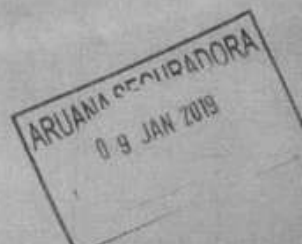
Senha: 5452101

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



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 TENDINITE	
DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS): IMOBILIZAÇÃO GIPSADA	
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 PASSÍVEL 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% de função do M.S.E.
2º	Perda de 80% de função do M.S.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.		A
LOCAL Mauá	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:

Endereço: RUA ANTONIO CURADO

Cidade: RECIFE

Nº: 448

Estado: PE

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, APÓS QUEDA DE MOTO

Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☒

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

Queixa Principal / HDA: *16 acambrado da UPA com história de queda de motocicleta
hoje 17h30*

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: *Asfalto*
Vítima de Ferimento: Sim ☒ Não ☐ Tipo: *Queda* ☐ Sofreu Queda: Sim ☒ Não ☐ Altura: *1,50 m*
Queimadura: Sim ☐ Não ☒ Por: *Asfalto* ☐ Transporte Realizado por: *112*
Condições de imobilização adequ: *Sim* ☒ Não ☐ Por que: *Sim*
Observações: *16 ferido com colar cervical + prancha*

Exame Físico:

A: Geral: Via aérea esta pervia Sim ☒ Não ☐ O paciente fala: Sim ☒ Não ☐ Temp.: *36,5* C°
EGB, corado, hidratado, anictico, anictico

B: Respiratório

MV + auscult, N/A *FR 23/min Sat: 98%*

C: Circulatório

PA 130 x 90 mm *Pulso 90 bpm*

RCR em 17, BNF 1/10/10

D: Exames Neurológico

Deficiência motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐ Pupilas: Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐
Glasgow: Abertura Ocular: *4* Hora: *17h* Glasgow: Resposta Verbal: *5* Hora: *17h*
Glasgow: Resposta Motora: *6* Hora: *17h*

ARUANA SOUZA
09 JAN 2018





2018
33 Anos

CEMEFA

CENTRO MÉDICO DE ARCOVERDE

Dr. LUIZ GUIDO
Ortopedista
Traumatologista

Dra. MAYARA SAMPAIO
Ortopedista
Traumatologista

Dr. OR MAURFERRIRA
Fisioterapeuta

Dra. NILMA MENENDES
Nutricionista

Dr. JOSÉ VAN VIDAL
Oftalmologista
Cirurgião

Dr. LINHINEY LOPES
Oftalmologista

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.

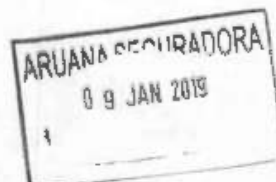
Alta Médica: 28/08/2018.

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/Traumatologia

Luiz Inocência Guido CRM8649PE



Rua Leonardo Pacheco Duque, 137, Centro Fone: 3521 0162 / 3521 1810
Arcoverde-PE
cemeferc@hotmail.com



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

VALE EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
868223126

NOME
ELEONOR CARLOS COSTA RAMOS

DOC. IDENTIDADE / Org. EMISSOR / UF
6634360 SIDA PE

CPF
041.979.464-33

DATA NASCIMENTO
19/11/1983

FUNÇÃO
CARLOS ALBERTO RAMOS

SABONHA DE FÁTIMA
COSTA RAMOS

PERMISSÃO
ACC
CUI JAM
A.B.

Nº REGISTRO
0259108298

VALIDADE
21/11/2018

Nº HABILITACÃO
27/09/2004

DESCRIÇÃO
A
Exerce Ativ Remunerada

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
ARCOVERDE - PE

DATA DE EMISSÃO
17/12/2013

40314384719
98056193376

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES

PROBANDO PLASTIFICAR
868223126

ARUANA SEGURADORA
09 JAN 2019



ACADO

ARUANA SECURADORA
09 JAN 2015

AUTENTICADO

AUTORIZAÇÃO PARA TRANSFERÊNCIA DE VEÍCULO ATVP
AUTORIZO O DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRANSITO-DETRAN,
TRANSFERIR O REGISTRO DESTES VEÍCULO, PARA:

VALORES 3.500,00

NOME DO COMPRADOR Marcos Paulo de Lima Pinheiro

RG: 7.362.791 CPF/CNPJ: 095.035.184-56

ENDEREÇO: RUA MANOEL DE AVELAR CAMARA, 120
PRADO - RIO DE JANEIRO

LOCAL E DATA: REQUISITO 27 DE NOVEMBRO DE 2017

Pinheiro Marcos de Lima
 ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO (VENDEDOR)

a) O vendedor tem a obrigação legal de comunicar a venda do veículo ao DETRAN no prazo mínimo de 30 dias, sob pena de ser considerado responsável por quaisquer penalidades impostas e não reconhecidas até a data da comunicação (Lei Federal nº 9.503, de 19.9.1997 - Código de Trânsito Brasileiro - CTB).

b) O adquirente terá prazo máximo de 30(dias) dias, contados a partir da data de aquisição do veículo e transferência do veículo para a sua nomeia, sob pena de incorrer em multa e processo administrativo (CTB).

c) O obrigatório reconhecimento de firmas do adquirente e o vendedor, em qualquer modalidade por AUTENTICAÇÃO.

Marcos Paulo de Lima Pinheiro
 ASSINATURA DO COMPRADOR

RECONHECIMENTO DE FIRMA DO PROPRIETÁRIO/RECEBE-DE
CONFORME ART. 369 C.P.C.

CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL DO 14º DISTRITO JUDICIÁRIO (VÁRZEA) - RECIFE/ PE
Avenida Camargo, 3489 - Imbuíngas - CEP 50.670-000 Fone: (31) 3455-2251

Reconheço por AUTENTICAÇÃO as firmas indicadas de:
ROBERTO GOMES DA SILVA, MARCOS PAULO DE LIMA
lançadas na minha presença, do 18º,
Recife, 27 de novembro de 2017. Em
Bilberto Santa Pontes (Escritor) e
Emol.: R\$ 7,76 TSNR: R\$ 1,56 10/11/2017
Celo 0078240, AMR11201705.06633 e 9375746, HON11201705.00633

CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL DO 14º DISTRITO JUDICIÁRIO (VÁRZEA) - RECIFE/ PE
Avenida Camargo, 3489 - Imbuíngas - CEP 50.670-000 Fone: (31) 3455-2251

RECEBIMOS AUTÊNTICAÇÃO
Autenticamos presente cópia reprográfica extraída pela
Máquina de xerox, com o original. Dou fé
em 27 de novembro de 2018. 17-19:35.
Em testemunho da verdade
Manoel Manoel de Souza (Escrivão Autorizado)
Emol.: R\$ 2,40 TSNR: R\$ 1,19 10/11/2017
Celo 0078240, YGN12201801.00805



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 - PE**

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: (☒) 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



3

Seguradora Líder - DPVAT

PSU. 0009 721109
SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA KLEBSON CARLOS COSTA RAMOS.DATA DO ACIDENTE 20.06.2018 CPF DA VÍTIMA 041.973.464-33.PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ZEZOVANI TENÓRIO DE BRITO.QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☐ VÍTIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA ÉENDEREÇO DO PORTADOR RUA JOAQUIM BELARMINO DIARTENº 44 COMPLEMENTO CASA BAIRRO CARDINALCIDADE ARROIO RIBE UF PR CEP 56.500-110.E-MAIL seuema@gmail.com TELEFONE (87) 9.9942-7834

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 QUINTADAS
- ☐ 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

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

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

- 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, ACESSO WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1264

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 DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

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

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 09/01/19IDENTIDADE 2.824.629-55/PAASSINATURA Zeovani Tenório de Brito

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 09 JAN 2019NOME Antonio YVES Cordeiro de Mello JuniorASSINATURA Antonio YVES Cordeiro de Mello Junior

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



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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 20/06/2018

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





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





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, 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,

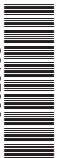
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 13804742

Pag. 00337/00338 - carta_01 - INVALIDEZ

00020169





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

Pag. 00899/00900 - carta_16 - INVALIDEZ



Carta nº 14544128





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, 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

Carta nº 15108592

Pag. 01341/01342 - carta_01 - INVALIDEZ





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





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 seqüela 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

00060987



Carta nº 15237629



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 ASI: _____ 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: **56.503-440**

E-mail: _____ Tel (DDD): **(83) 9.9942.7531**

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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 ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

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

1º Nome: _____

CPF: _____

2º 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.

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

SAC 0800 725 0101
OUVIDORIA 0800 725 7474

347-598257078-4

13/DEZ/2018

HORA DE 14:37:40

LOT: 15.014950-6

TERM: 010655

LOCALIDADE: ARCOVERDE

CONTROLE: 331740687

AG. VINCULADA: 0915

DEPOSITO EM DINHEIRO

0915 013 00016937-0

603660001072727323770

KLEYBSON CARLOS C RAMOS

VALOR

DEPOSITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISAO
DO CREDITO NA CONTA E DE ATE 30 MINUTOS

ESTL RECIBO E VALIDO COMO
COMPROVANTE DE DEPOSITO

347-598257078-4

14 VIA





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA 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

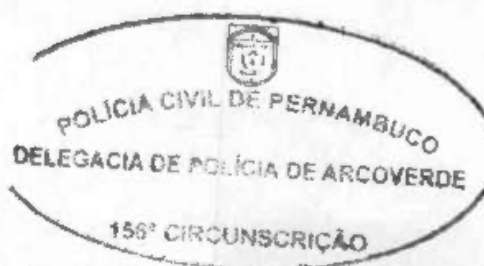
Fato ocorrido no endereço: **RODOVIA BR 101 NORTE, 1** - Bairro:
MACAXEIRA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL - Ponto de Referência: **EM**
FRENTE A CASA / HOSPITAL DA MULHER
Local do Fato: **RODOVIA FEDERAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

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

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Outros meios), 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 Nacionalidade: NÃO
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

KLEYBSON CARLOS COSTA RAMOS (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mês:
SANDRA DE FATIMA COSTA RAMOS Pai: CARLOS ALBERTO RAMOS Data de Nascimento:
19/11/1982 Nacionalidade: 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)

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

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

23/07/2018 11:02

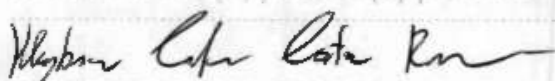


Placa: **MIN5663** (FERNAMBUCO) NÃO INFORMADO (CÓDIGO: SC2JC4119AR621566)
Ano Fabricação/Modelo: **2010/2010** Combustível: **GASOLINA**
Descrição: **EM NOME DE ROBERIO GOMES DA SILVA, CPF. 658.555.054-04**

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-161, 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)



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



23/07/2018 11:02