



16/12/2019

Número: **0023877-68.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 34ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **17/04/2019**

Valor da causa: **R\$ 11.137,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
CLEVIO CARLOS RIBEIRO DA SILVA (AUTOR)		JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHAES (ADVOGADO)	
TOKIO MARINE SEGURADORA S.A. (RÉU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
55580077	16/12/2019 13:09	2601891_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_JUR_01	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 34ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo: 00238776820198172001

TOKIO MARINE SEGURADORA S.A, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **CLEVO CARLOS RIBEIRO DA SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

DO LAUDO PERICIAL

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente.

A parte autora requereu administrativamente indenização à ré, sendo realizada perícia a qual apurou lesão no membro inferior esquerdo com repercussão leve (25%), efetuando o pagamento no valor de R\$2.362,50:

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA**DADOS DO SINISTRO**

Número: 3180459286 **Cidade:** Carpina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CLEVIO CARLOS RIBEIRO DA SILVA **Data do acidente:** 02/06/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DO FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(HASTE INTRAMEDULAR) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: VITIMA JÁ INDENIZADA EM SINISTRO ANTERIOR EM 50% DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECIMENTO DE SEQUELAS PERMANENTES, CASO EXISTAM.

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 20/12/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CLEVIO CARLOS RIBEIRO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01242

CONTA: 000000044770-7

Nr. da Autenticação F570F00446BA23E4

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Após o deferimento da produção de perícia judicial médica, foi elaborado laudo pericial apurando as mesmas lesões antes detectadas pela ré em sede administrativa, todavia, agora com repercussão maior.

O ilustre perito afirma que a parte autora possui lesão no membro inferior esquerdo com repercussão média (50%).

Ressalta-se a discrepância entre as avaliações médicas. Administrativamente, foi apurada lesão no membro inferior esquerdo com repercussão leve (25%) e no presente laudo judicial a lesão com repercussão média (50%), uma diferença gradual de 25%.

Desta forma não é crível que com os avanços da medicina, os tratamentos realizados na parte autora serviram para agravar a doença e não oportunizaram uma melhora ou, no mínimo, a manutenção da lesão apurada na esfera administrativa.

É certo que o julgador não está adstrito à conclusão contida no laudo pericial, mas a simples leitura do mesmo demonstra que a r. Perito não buscou comprovar o suposto agravamento da lesão, somente limitando-se a responder os quesitos apresentados de maneira simplista e sem qualquer fundamentação.

Pelo exposto, a parte ré impugna o laudo pericial produzido, requerendo que seja afastada a conclusão pericial, devendo ser levado em consideração o conjunto fático-probatório dos autos, sobretudo os documentos médicos acostados na exordial, que demonstram a ausência de agravamento da lesão capaz de gerar complementação indenizatória, sendo os pedidos autorais julgados improcedentes.

Outrossim, na hipótese de condenação, salienta a ré que o valor indenizatório deverá respeitar a tabela inserida na Lei 11.945/09, devendo ainda ser observado o pagamento administrativo realizado na monta de R\$ 2.362,50 (dois mil, trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos).

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RECIFE, 13 de dezembro de 2019.

JOÃO BARBOSA
OAB/PE 4246

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE





16/12/2019

Número: **0023877-68.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 34ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **17/04/2019**

Valor da causa: **R\$ 11.137,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
CLEVIO CARLOS RIBEIRO DA SILVA (AUTOR)		JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHAES (ADVOGADO)	
TOKIO MARINE SEGURADORA S.A. (RÉU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
55580078	16/12/2019 13:09	ANEXO 1	Outros (Documento)

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Edison Bernardo de Oliveira
RG nº 6970848, data de expedição 11/06/13,
Órgão SDS/PE, portador do CPF nº 08729405932, com
domicílio na cidade de Luzipira, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Glenda Martins, nº 514,
complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Glennio Carlos Ribeiro da Silva cujo o condutor era
Glennio Carlos Ribeiro da Silva.

Veículo: Motocicleta
Modelo: Honda / CG 150 FAN
Ano: 2014
Placa: 04R 2AG4
Chassi: 9C2RC16 80ER025AAS
Data do Acidente: 02/06/2018
Local e Data: Capina, 23 de julho de 2018

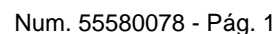
Assinatura do Declarante

contingent

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

[illegible]

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
02 OUT 2018
Geac Seguradora S/A
Av. Rio Branco, 715 - Lapa 6
Rio de Janeiro - RJ 20040-900



0425989/18

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Edison Bernardo de Oliveira,
RG nº 670898, data de expedição 11/06/18,
Órgão SDS/PE, portador do CPF nº 087.294.054-32, com
domicílio na cidade de CARPINA, no Estado de
PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA mendes martins, nº 5/n,
complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima CLEVO CARLOS RIBEIRO DA SILVA o condutor era
CLEVO CARLOS RIBEIRO DA SILVA

Veículo: MOTOCICLETA
Modelo: HONDA CG FAN 150
Ano: 2014
Placa: OYR 2167
Chassi: 9C2RC1680E025115
Data do Acidente: 02/06/2018
Local e Data: CARPINA 30/11/2018

Edison Bernardo de Oliveira
Assinatura do Declarante

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

CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO - CARPINA/PE - TABELIONATO
Privilegio dos Registros de Imóveis, Hipotecas, Títulos e Documentos Particulares e Pessoas Jurídicas
Av. Congresso Eucarístico Internacional, 126, Fone/Fax (011) 3521.0410, Carpina-PE - cartorio.carpina@bol.com.br
Reconheço, por Autenticidade a firma: EDISON BERNARDO DE OLIVEIRA, lançada em minha presença dou fe. CARPINA/PE
30/11/2018 11:29:39, Emol:3,99; YSNR: 0,80; FERC: 0,00; Total: 4,79. Seio nº 0074807-B2B11201802-01698, Consultar autenticidade em www.tipe.jus.br/selodigital.
FAUSTINO PEREIRA, Tabela

JOSÉ MANOEL DA SILVA FILHO
Oficial



RESUMO DE ALTA

DATA DA ALTA - 22/11/2018 14:17:00

IDENTIFICAÇÃO

NOME: CLEVIO CARLOS RIBEIRO DA SILVA

IDADE: 24 Anos

Data de Nascimento:

21/11/1994

PRESTADOR ASSISTENTE:

LEONNARDO COSTA GONCALVES DE OLIVEIRA

DATA DE ATENDIMENTO: 22/11/2018 13:27:18

ATENDIMENTO: 187172

TEMPO DE PERMANÊNCIA: -1 Hora(s)

CONVÊNIO: SUS - AMBULATORIO

PLANO: PLANO UNICO

DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:

S723 - FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR

DIAGNÓSTICO(S) SECUNDÁRIO(S):

DIAGNÓSTICO INICIAL:

S723 - FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR

DIAGNÓSTICO DE ALTA:

S723 - FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR

CONDUÇÃO DE ALTA

MOTIVO DA ALTA: ALTA APOS CONSULTA

PROCEDIMENTO DE ALTA:

OBSERVAÇÃO DE ALTA:

PACIENTE COM BOA RECUPERAÇÃO CLÍNICA E RADIOGRÁFICA DE FRATURA DIÁFISÁRIA DE FÊMUR ESO.
ADM: COMPLETA
ALTA DA ORTOPEDIA

LEONNARDO COSTA GONCALVES DE OLIVEIRA





HOSPITAL
MEMORIAL JABOATÃO

FICHA DE ESCLARECIMENTO

Processo:

GESTÃO DE PESSOAS

CÓDIGO

F.AT.SAM.01

REVISÃO

00

INFORMAMOS QUE ESTA FICHA FOI CONFECCIONADA A PARTIR DE DADOS EXTRAIDOS EXCLUSIVAMENTE DO PRONTUÁRIO MÉDICO DO (A) PACIENTE ABAIXO IDENTIFICADO (A).

NOME: Clívio Carlos Ribeiro da Silva

REGISTRO: 752678 DATA DE NASCIMENTO: 21/11/1994

RG: 9599529 ÓRGÃO EMISSOR: SDS-PE

ENDEREÇO: Sítio Lha de Castelo - Caruaru

NOME DA MÃE: Maria José da Penha

DATA ADMISSÃO: 05/06/2018 DATA ALTA: 09/06/2018

DATA DO PROCEDIMENTO: 07/06/2018 CID: S723

DIAGNÓSTICO: Fratura da diáfise do Fêmur

TRATAMENTO REALIZADO: Tratamento cirúrgico de Fratura da diáfise do Fêmur

MÉDICO:

CREMEPE:

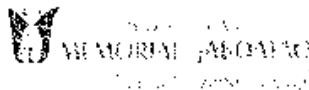
JABOATÃO DOS GUARAPES, 21 DE junho DE 2018

Dr. Edgar Carneiro
Médico
CRMPE 28823

MÉDICO



Av. Gen. Manoel Rabelo • 125 • Centro
Jaboatão dos Guarapés - PE • CEP: 54160-000
Tel: (81) 3482.9888 • www.hmpe.com.br



Paciente: WILTON MATOS DA PAZ FILHO

Data: 07/06/2018 19:34:34

Hora: 19:34

Relatório Geral de Cirurgias

Nome: CLEVIO CARLOS RIBEIRO DA SILVA

Prontuário: 752678

Atendimento: J62370

Unidade de Internação / Leito: ENF-11 - LEITO 02

Sexo: Masculino

Idade: 23 Anos, 6 Meses e 17 Dias

Diagnóstico Pré Operatório: S723 - FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR

Risco Operatório:

Cirurgia(s) Realizada(s): D408050519 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR

Data: 07/06/2018

1. Cirurgião: RENATA HIRSCHLE GALINDO

Q. 1. Auxílio Cirúrgico: WILTON MATOS DA PAZ FILHO

Q. 2. Auxílio Cirúrgico: LEONARDO COSTA GOMCALVES DE OLIVEIRA

II. Instrumentador:

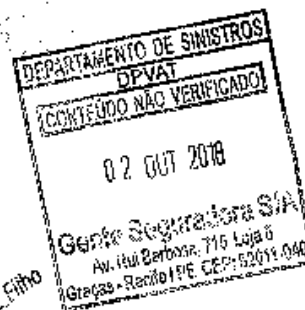
Anestesia: RAQUI ANESTESIA

III. Anestesia:

IV. Anestesista: DIANA SOUZA CANUTO DOS ANJOS

Descrição da Cirurgia:

- ASSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS
 - INCISÃO LONGITUDINAL LATERAL EM QUADRIL E
 - ABERTURA POR PLANOS + HEMOSTASIA
 - INSERÇÃO DE FIO-GUIA, PORÉM NÃO FOI POSSÍVEL REALIZAR A REDUÇÃO INCRUENTIA. POR ESSE MOTIVO, FOI REALIZADA INCISÃO TRANSVERSA DE COXA ESQUERDA ATÉ FOCO DE FRATURA E REALIZADA REDUÇÃO SOB VISUALIZAÇÃO DIRETA.
 - RESAGEM DO CANAL INTRAMEDULAR
 - FIXAÇÃO COM HIN ANTEROGRADA
 - BLOQUEIO DISTAL COM 02 PARAFUSOS
 - BLOQUEIO PROXIMAL COM 01 PARAFUSO
 - COLOCAÇÃO DE PARAFUSO TAMPÃO
 - LIQUEDAÇÃO COM SORO
 - SÍNTESE POR PLANOS + CURATIVO
- At: APLIZADO RADIOSCOPIA NA CIRURGIA



Dr. Wilton Matos da Paz Filho
MATOS DA PAZ FILHO
RMT 26617



Convênio: SUS - INTERNACAO Atendimento: 162370 Nascimento: 21/11/1994
Responsável: Prontuário: 752678 Sexo: Masculino
Nome: CLEVIS CARLOS RIBEIRO DA SILVA Data e Hora do Atendimento: 05/06/18 18:07:04
Idade: 23 Anos, 6 Meses e 15 Dias Profissão: Escolaridade:
CPF: Identidade: 9599529 Telefone:
Conjuge: Estado Civil: Cartão SUS: 164191629640001
Nome da Mãe: MARIA JOSE DA CONCEICAO Nome do Pai: GILVAN RIBEIRO DA SILVA
Endereço: RUA ALTO DO MOURO, SANTO ANTONIO, CEP: 55811150, Nº 91, CARPINA - PE
OBSERVAÇÃO:

Unidade de Internação: CLINICA CIRURGICA ORTOPEDICA Enfermário / Leito: ENF 01 - LEITO 02
Médico: AECIO ALVES PEREIRA LEANDRO - CRM: 23664 CID:

RESUMO DE INTERNAMENTO

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

ACIDENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO HA 3 DIAS

ANTECEDENTES PESSOAIS E HEREDITARIOS:

NDN

EXAME FISICO GERAL:

EGE, CONSCIENTE, ORIENTADO, HIDRATADO, EUPNEICO

AP - CARDIO - VASCULAR:

F. 92 BNF S/S

RESPIRATORIO:

V+ AHT SEM RA

ABDOMEN:

ANO, DEPRESSIVEL, INDOLOR

GENITO - URINARIO:

NDN

OUTROS:

NDN

HIPOTESE DIAGNOSTICA:

FRATURA DE FEMUR ESQUERDO

DIAGNOSTICO DEFINIVO:

CONDIÇÕES DE ALTA:

DATA:

09-06-18

HORA DE SAÍDA:

AECIO ALVES PEREIRA LEANDRO - CRM: 23664

Av. General Manoel Rabelo - nº125 - Centro - Jaboatão dos Guararapes - CEP: 54160-000

TELEFONE: 3482-8888 - www.hmjpe.org





Laudo para solicitação de autorização de Internação

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO	CNES	5356067
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO	CNES	5356067

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
Nome do paciente		Nº Protuário	
CLEVIO CARLOS RIBEIRO DA SILVA		752678	
Cartão Nacional do SUS	Data de Nascimento	Sexo	Raça Cor
	21/11/1994	Masc. <input type="radio"/> Fem. <input checked="" type="radio"/>	
Nome da Mãe		Telefone de contato	
MARIA JOSE DA CONCEICAO			
Nome Responsável			
Endereço	Número	Bairro	
RUA ALTO DO MOURO	91	SANTO ANTONIO	
Município	IBGE	UF	CEP
CARPINA			55811150

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
Principais Sinais e Sintomas Clínicos			
ACIDENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO HA 3 DIAS			
Condições que justificam a Internação			
CIRURGIA			
Principais Resultados de Provas Diagnósticas			
ANAMNESE + EXAMES DE IMAGEM			
Diagnóstico Inicial / Código	CID-10 Principal	CID-10 Secundário	CID-10 Causas Associadas
FRATURA DE FEMUR ESQUERDO			

PROCEDIMENTO SOLICITADO			
Descrição do Procedimento Solicitado		Código do Procedimento	
INTERNAMENTO			
Especialidade	Caráter de Atendimento	Documento	Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assis
ORTOPEDIA		<input checked="" type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF	
Nome do Profissional Solicitante/Assistente		Data da Solicitação	Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)
LECIO ALVES		05/06/2019	

PRESENCIA EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
<input type="checkbox"/> Acidente de trânsito	CNPJ Seguradora	Nº Bilhete	Série
<input type="checkbox"/> Acid. Trabalho típico			
<input type="checkbox"/> Acid. Trabalho atípico	CNPJ / Empresa	CNAE/Empres	CBO
Inclusão com a Previdência			
<input type="checkbox"/> Empregado	<input type="checkbox"/> Empregador	<input type="checkbox"/> Autônomo	<input type="checkbox"/> Desempregado
<input type="checkbox"/> Aposentado <input type="checkbox"/> Não Se Enquadra			

AUTORIZAÇÃO	
Nome do Profissional Autorizador	Cod. Orgão Emissor
Documento	Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador
<input checked="" type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF	
Data da Autorização	Assinatura e Carimbo (Nº de Registro do Conselho)
Etc	



ANEXO I

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTENIDO NÃO VERIFICADO

02 OCT 2018

Garth Superstore S/A
- 40 Rue Barbosa, 716 Loja 5
Tel: 011-5000-1000



Sumário de Admissão e Alta

Paciente: CLEVIO CARLOS RIBEIRO DA SILVA

Prontuário: 752678

Idade: 162370

Unidade de Internação: CLINICA CIRURGICA ORTOPEDICA

Sexo: Masculino

Leito: ENF 11 - LEITO 02

Histórico Inicial (Constante no Laudo Médico):

FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR

CID: S723

Exame Solicitado: 0408050519 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR

Tempo de permanência Previsto:

01 dias

Exame SUS Realizado: 0408050519 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR

Cirurgião: RENATA HIRSCHLE GALINDO

1. Auxílio Cirúrgico: WILTON MATOS DA PAZ FILHO

2. Auxílio Cirúrgico: LEONARDO COSTA GONCALVES DE OLIVEIRA

3. Auxílio Cirúrgico:

Demais Auxílios Cirúrgicos:

Anestesiologista: DIANA SOUZA CANUTO DOS ANJOS

Clinico:

Clinico:

Exames especiais:

Indicação de Procedimento

Admissão de UTI

Admissão de Acompanhante

Vacina Anti -- Rh

- ☒ Uso de Prótese Ortopédica
☐ Uso de Fatores de Coagulação
☐ Uso de Oxigenadores
☐ Nutrição Parenteral

Histórico de Caso: PACIENTE SUBMETIDO AO TRATAMENTO CIRÚRGICO SEM INTERCORRÊNCIAS.

Histórico Principal: S723 - FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR

Histórico Secundário:

Data da Alta:

Data de Internação: 05/06/2018

Data da Alta:

09.06.18

Dias de Hospitalização:

dia (s).

WILTON MATOS DA PAZ FILHO
CRM: 26617 - CNM: 26617

TRATAMENTO DE SINISTROS
OPVAT
CONTENDO MAC VERIFICADO
02 OUT 2018
Gente de Saúde
Rua da República, 161 - Jaboatão
CEP: 54160-000

Av. General Manoel Rabelo - Nº 126 - Centro - Jaboatão dos Guararapes - CEP: 54160-000

TELEFONE: 3482-9888 - www.hmjpe.org



LAUDO MÉDICO E ATESTADO MÉDICO
(AO INSS - PERÍCIA MÉDICA)

PACIENTE: CLEVIO CARLOS RIBEIRO DA SILVA

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE ACIMA CITADO ESTEVE INTERNADO EM NOSSO SERVIÇO ONDE FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO RECEBENDO ALTA HOSPITALAR APÓS MELHORA CLÍNICA.

TESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE ACIMA CITADO NECESSITA AFASTAR-SE DAS ATIVIDADES LABORAIS POR UM PERÍODO DE 90 (NOVENTA) DIAS A PARTIR DESTA DATA.

RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPÉDIA E TRAUMATOLOGIA DO HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO PARA CONSULTA DE RETORNO NO DIA E HORÁRIO MARCADO ABAIXO.

ID-10: S723 - FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR

ATA DE INTERNAMENTO: 05/06/2018

ATA DA CIRÚRGIA: 07/06/2018

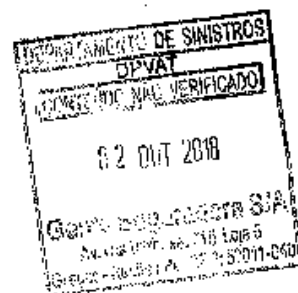
ATA DE ALTA: 09/06/2018

ATA CONSULTA DE RETORNO: 23/06/2018 HORÁRIO: 12:00

MEDICO ASSISTENTE: DR. RENATA KIRSCHLE GALINDO

JABOATÃO DOS GUARARAPES, 9 DE JUNHO DE 2018

MEDICO: LEONARDO COSTA GONCALVES DE OLIVEIRA



Av. General Manoel Ribeiro - Nº126 - Centro - Jaboatão dos Guararapes - CEP: 54160-000

TELEFONE: 3482-9888 - www.hmjpe.org



HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO
MVPEP - Sistema de Prontuário Eletrônico
Relatório de Resumo de Alta

PÁGINA 1 DE 1
Emitido por: LEONNARDOCGO
Em:22/11/2018 14:18

RESUMO DE ALTA

DATA DA ALTA - 22/11/2018 14:17:00

IDENTIFICAÇÃO

NOME: CLEVO CARLOS RIBEIRO DA SILVA

RG: 9599529

PESO:

IDADE: 24 Anos

SEXO: MASCULINO

ALTURA:

Data de Nascimento: 21/11/1994

PRESTADOR ASSISTENTE: LEONNARDO COSTA GONCALVES DE OLIVEIRA

DATA DE ATENDIMENTO: 22/11/2018 13:27:16

ATENDIMENTO: 187172

TEMPO DE PERMANÊNCIA: -1 Hora(s)

CONVÊNIO: SUS - AMBULATORIO

PLANO: PLANO UNICO

DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: S723 - FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR

DIAGNÓSTICO(S) SECUNDÁRIO(S):

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO: S723 - FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR

DIAGNÓSTICO DE ALTA: S723 - FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR

CONDUTA DE ALTA:

MOTIVO DA ALTA: ALTA APOS CONSULTA

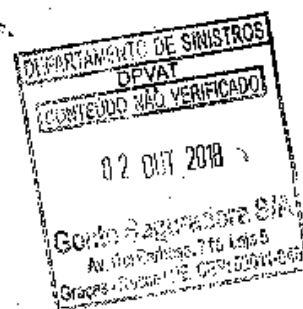
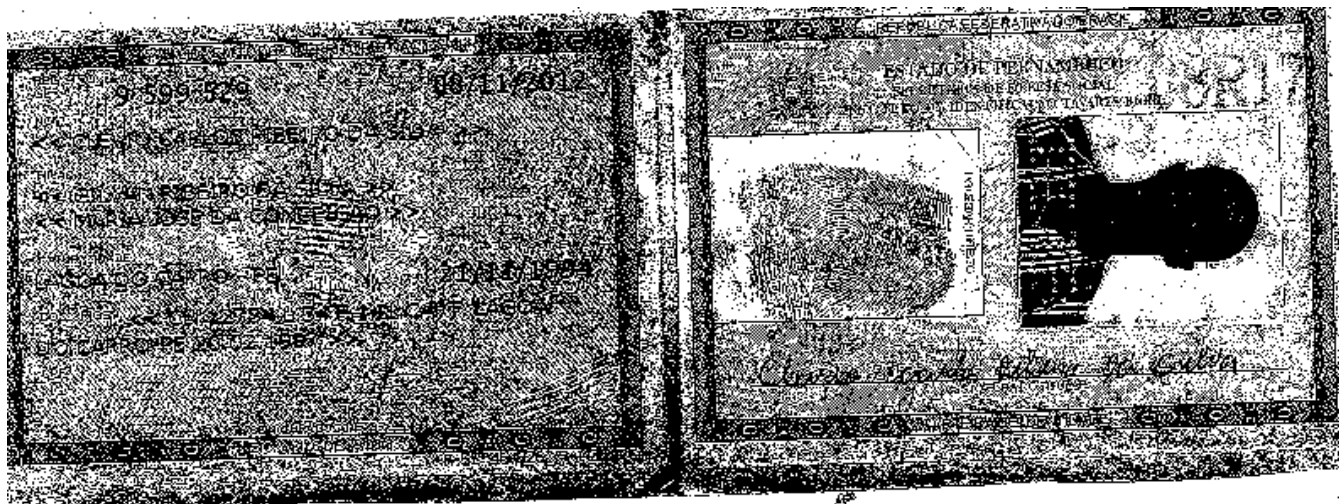
PROCEDIMENTO DE ALTA:

OBSERVAÇÃO DE ALTA: PACIENTE COM BOA RECUPERAÇÃO CLÍNICA E RADIOGRÁFICA DE FRATURA DIAFISÁRIA DE FÊMUR ESQ., ADM: COMPLETA ALTA DA ORTOPEDIA

CRM-73550

Esta conta foi paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais
SOUL MV - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR





ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

CPF: 16796851714

RG: 16796851714

DATA DE NASCIMENTO: 12/08/1984

SEXO: MASCULINO

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

PROFISSÃO: ENFERMEIRO

ENDEREÇO: RUA BARBOSA, 718, LOJA 5, GRAÇA - RIBEIRÃO PRETO - SP

CEP: 13060-000

ASSINATURA: [Assinatura]

DATA: 16/12/2019

ASSINADO POR: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

ASSINADO EM: 16/12/2019

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO!

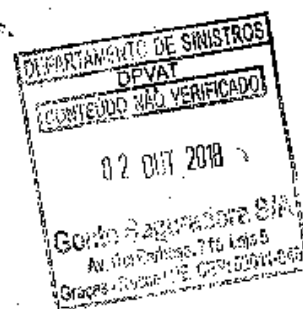
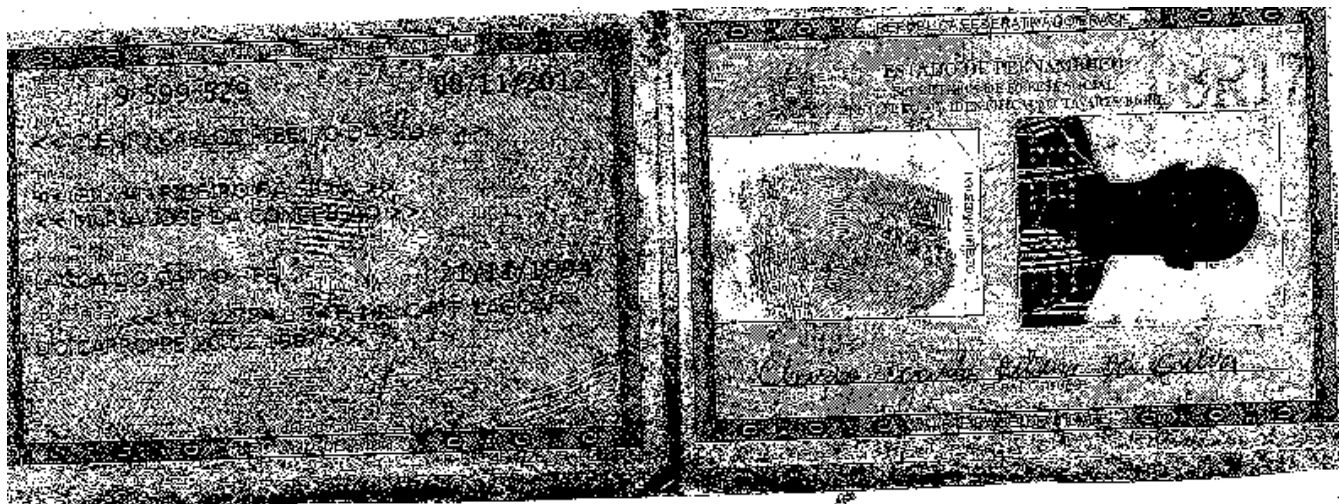
02 OUT 2018

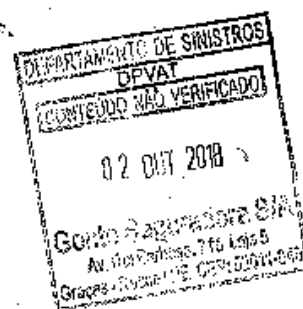
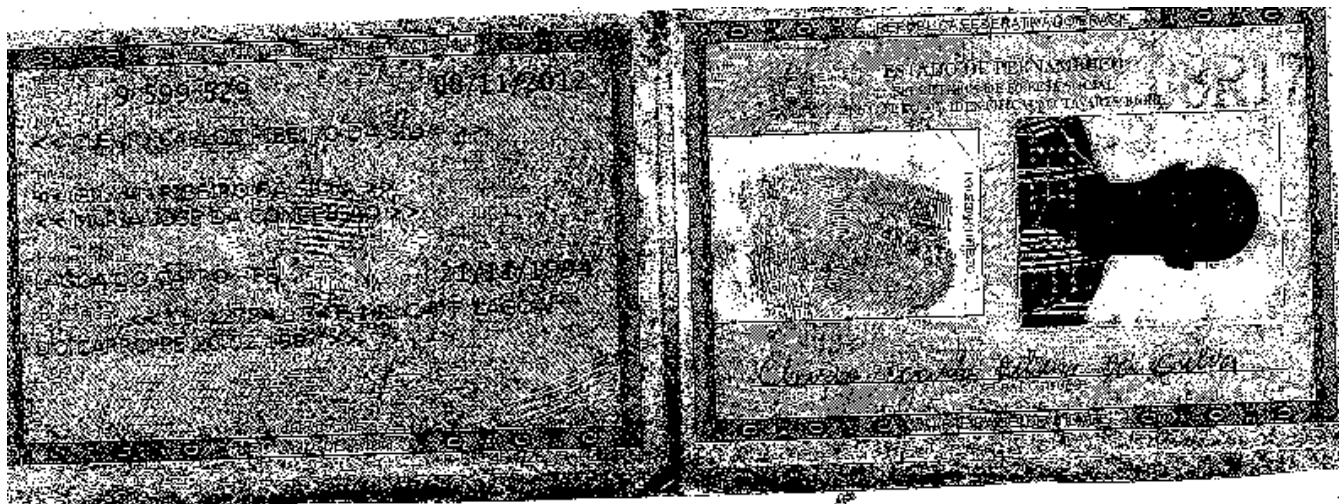
Certo Seguradora S/A

Av. Rui Barbosa, 718, Loja 5

Gracas - Ribeirão Preto - SP 13060-000









SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DE ROUBO E FURTOS DE VEÍCULOS

Data : 20/08/2018
pag.: 1

Relatório de Veículo

PLACA : OYR2167 UF : PE RENAVAL : 1013764940 CHASSI : 9CZKC1680ER025115

Características Básicas :

TIPO : MOTOCICLETA

ESPECIE : PAS

ANO FAB./MODELO : 2014/2014

MARCA/MODELO : HONDA/CG 160 FAN ESDI

COR : PRETA

COMBUSTIVEL : ALCO/GASOL

Dados do Proprietário :

CPF/CGC :

PROPRIETÁRIO : EDISON BERNARDO DE OLIVEIRA

Endereço do Proprietário :

LOGRADOURO : RUA MENDES MARTINS

COMPLEMENTO : OS

BAIRRO : STO ANTONIO

MUNICÍPIO : CARPINA

CEP : 55814290

UF : PE

Debitos :

IPVA : SIM

LICENCIAMENTO : SIM

MULTAS : SIM

VALOR : 790,85

VALOR : 190,06

VALOR : 508,72

Restrições Gerais :

RESTRIÇÃO : AL. FID. BANCO PAN SA





SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DE ROUBO E FURTOS DE VEÍCULOS

Data : 20/08/2018
pag.: 1

Relatório de Veículo

PLACA : OYR2167 UF : PE RENAVAL : 1013764940 CHASSI : 9CZKC1680ER025115

Características Básicas :

TIPO : MOTOCICLETA

ESPECIE : PAS

ANO FAB./MODELO : 2014/2014

MARCA/MODELO : HONDA/CG 160 FAN ESDI

COR : PRETA

COMBUSTIVEL : ALCOOL/GASOL

Dados do Proprietário :

CPF/CGC :

PROPRIETÁRIO : EDISON BERNARDO DE OLIVEIRA

Endereço do Proprietário :

LOGRADOURO : RUA MENDES MARTINS

COMPLEMENTO : OS

BAIRRO : STO ANTONIO

MUNICÍPIO : CARPINA

CEP : 55814290

UF : PE

Debitos :

IPVA : SIM

LICENCIAMENTO : SIM

MULTAS : SIM

VALOR : 790,85

VALOR : 190,06

VALOR : 508,72

Restrições Gerais :

RESTRIÇÃO : AL. FID. BANCO PAN SA



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180459286 **Cidade:** Carpina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CLEVIO CARLOS RIBEIRO DA SILVA **Data do acidente:** 02/06/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DO FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(HASTE INTRAMEDULAR) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: VITIMA JÁ INDENIZADA EM SINISTRO ANTERIOR EM 50% DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECIMENTO DE SEQUELAS PERMANENTES, CASO EXISTAM.

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: FERNANDA CARDOSO GUERRA FONSECA

CRM: 533427

UF do CRM: RJ

Assinatura:

Fernanda C. G. Fonseca



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180554006 **Cidade:** Carpina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CLEVIO CARLOS RIBEIRO DA SILVA **Data do acidente:** 02/06/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM HASTE INTRAMEDULAR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



PROCURAÇÃO

Outorgante: Cláudio Carlos Ribeiro da Silva, brasileiro(a), estado Civil solteiro, profissão Estudante, residente e domiciliado à Rua Stio. São do Castelo, nº 12, bairro Zona Rural, Município de Lagoa da Carne, Estado PE, Cep: 55.820-000, Rg nº 9599529, órgão emissor SDS/PE e CPF nº 120.051.28495

Outorgado(a): Ayane Karla Guedes Pereira Silva, inscrito(a) no CPF sob o nº 009.847.614-97, Carteira de Identidade nº 5.968.745, órgão emissor SDS-PE, estado civil casada, autônoma, com endereço a Rua José Mariano, 66-A, Centro, Timbaúba-PE.

Por este instrumento particular de procuração, o(a) outorgante nomeia e constitui o(a)

Outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer Seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Cláudio Carlos Ribeiro da Silva, ocorrido em 02/06/2018, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

Podendo o(a) dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

Timbaúba, 03, de Setembro de 2018



Cláudio Carlos Ribeiro da Silva

Outorgante



Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



PROCURAÇÃO

Outorgante: Cláudio Carlos Ribeiro da Silva, brasileiro(a), estado Civil solteiro, profissão Estudante, residente e domiciliado à Rua Stio. São do Castelo, nº 12, bairro Zona Rural, Município de Lagoa da Carne, Estado PE, Cep: 55.820-000, Rg nº 9599529, órgão emissor SDS/PE e CPF nº 120.051.28495

Outorgado(a): Ayane Karla Guedes Pereira Silva, inscrito(a) no CPF sob o nº 009.847.614-97, Carteira de Identidade nº 5.968.745, órgão emissor SDS-PE, estado civil casada, autônoma, com endereço a Rua José Mariano, 66-A, Centro, Timbaúba-PE.

Por este instrumento particular de procuração, o(a) outorgante nomeia e constitui o(a)

Outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer Seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Cláudio Carlos Ribeiro da Silva, ocorrido em 02/06/2018, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

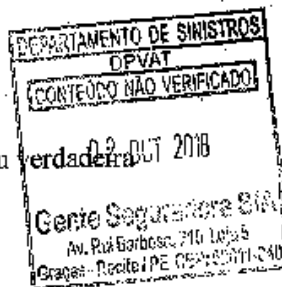
Podendo o(a) dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

Timbaúba, 03, de Setembro de 2018



Cláudio Carlos Ribeiro da Silva

Outorgante



Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



PROCURAÇÃO

Outorgante: CLEVIO CARLOS RIBEIRO DA SILVA, brasileiro(a), estado Civil SOLTEIRO, profissão ESTUDANTE, residente e domiciliado à Rua Sítio Chão de Castelo, nº 12, bairro Zona Rural, Município de Lagoa do CARO, Estado PE, Cep: 55820-000, Rg nº 9599529, órgão emissor SDS-PE e CPF nº 120.051.294/45

Outorgado(a): Ayane Karla Guedes Pereira Silva, inscrito(a) no CPF sob o nº 009.847.614-97, Carteira de Identidade nº 5.968.745, órgão emissor SDS-PE, estado civil casada, autônoma, com endereço a Rua José Mariano, 66-A, Centro, Timbaúba-PE.

Por este instrumento particular de procuração, o(a) outorgante nomeia e constitui o(a) Outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer Seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) CLEVIO CARLOS RIBEIRO DA SILVA, ocorrido em 02.06.2018, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

Podendo o(a) dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

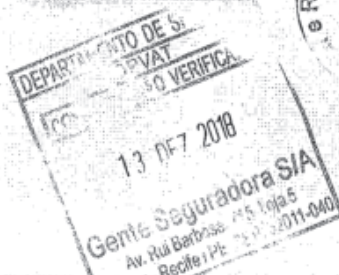
CARPINA, 30 de novembro de 2018



Clevis Carlos Ribeiro da Silva

Outorgante

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



PROCURAÇÃO

Outorgante: CLEVIO CARLOS RIBEIRO DA SILVA, brasileiro(a), estado Civil SOLTEIRO, profissão ESTUDANTE, residente e domiciliado à Rua Sítio Chão de Castelo, nº 12, bairro Zona Rural, Município de Lagoa do CARO, Estado PE, Cep: 55820-000, Rg nº 9599529, órgão emissor SDS-PE e CPF nº 120.051.294-45

Outorgado(a): Ayane Karla Guedes Pereira Silva, inscrito(a) no CPF sob o nº 009.847.614-97, Carteira de Identidade nº 5.968.745, órgão emissor SDS-PE, estado civil casada, autônoma, com endereço a Rua José Mariano, 66-A, Centro, Timbaúba-PE.

Por este instrumento particular de procuração, o(a) outorgante nomeia e constitui o(a) Outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer Seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) CLEVIO CARLOS RIBEIRO DA SILVA, ocorrido em 02.06.2018, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

Podendo o(a) dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

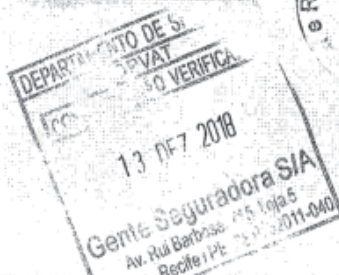
CARPINA, 30 de novembro de 2018



Clevis Carlos Ribeiro da Silva

Outorgante

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0425989/18

Número do Sinistro: 3180554006

Vítima: CLEVIO CARLOS RIBEIRO DA SILVA

CPF: 120.051.294-45

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 02/06/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: CLEVIO CARLOS RIBEIRO DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Declaração do Proprietário do Veículo

AYANE KARLA GUEDES PEREIRA SILVA : 009.847.614-97

Procuração

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: 13/12/2018
Nome: AYANE KARLA GUEDES PEREIRA SILVA
CPF: 009.847.614-97

AYANE KARLA GUEDES PEREIRA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/12/2018
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

JULIANA BEZERRA DE LUNA



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0425989/18

Vítima: CLEVIO CARLOS RIBEIRO DA SILVA

CPF: 120.051.294-45

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 02/06/2018

Titular do CPF: CLEVIO CARLOS RIBEIRO DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

AYANE KARLA GUEDES PEREIRA SILVA : 009.847.614-97

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

CLEVIO CARLOS RIBEIRO DA SILVA : 120.051.294-45

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: 26/11/2018
Nome: AYANE KARLA GUEDES PEREIRA SILVA
CPF: 009.847.614-97

AYANE KARLA GUEDES PEREIRA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/11/2018
Nome: Isabelly Antonia dos Santos Ursulino
CPF: 106.719.384-79

Isabelly Antonia dos Santos Ursulino



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0360966/18

Vítima: CLEVIO CARLOS RIBEIRO DA SILVA

CPF: 120.051.294-45

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 02/06/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: CLEVIO CARLOS RIBEIRO DA SILVA

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
Outros

AYANE KARLA GUEDES PEREIRA SILVA : 009.847.614-97

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

CLEVIO CARLOS RIBEIRO DA SILVA : 120.051.294-45

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: 02/10/2018
Nome: AYANE KARLA GUEDES PEREIRA SILVA
CPF: 009.847.614-97

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/10/2018
Nome: Isabelly Antonia dos Santos Ursulino
CPF: 106.719.384-79

AYANE KARLA GUEDES PEREIRA SILVA

Isabelly Antonia dos Santos Ursulino



Rio de Janeiro, 03 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: CLEVIO CARLOS RIBEIRO DA SILVA

Nº Sinistro: 3180459286

Vítima: CLEVIO CARLOS RIBEIRO DA SILVA

Data do Acidente: 02/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: AYANE KARLA GUEDES PEREIRA SILVA

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180459286**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13433635

Pag. 01007/01008 - carta_01 - INVALIDEZ



Rio de Janeiro, 20 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **CLEVIO CARLOS RIBEIRO DA SILVA**

Sinistro: **3180459286**

Vítima: **CLEVIO CARLOS RIBEIRO DA SILVA**

Data do Acidente: **02/06/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **AYANE KARLA GUEDES PEREIRA SILVA**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o número **3180459286** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00705/00706 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 13495972



Rio de Janeiro, 26 de Novembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180554006

Vítima: CLEVIO CARLOS RIBEIRO DA SILVA

Data do Acidente: 02/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: AYANE KARLA GUEDES PEREIRA SILVA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), CLEVIO CARLOS RIBEIRO DA SILVA

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

Declaração do Proprietário do Veículo

Sendo assim, favor entrar em contato com um dos canais relacionados a seguir para as informações necessárias.

Ponto de atendimento, onde o seu pedido do Seguro DPVAT foi entregue, ou site www.seguradoralider.com.br ou 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 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.

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: 00253/00254 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 13632846



**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

Sinistro: **3180459286**
Nome do(a) Examinado(a): **CLEVIO CARLOS RIBEIRO DA SILVA**
Endereço do(a) Examinado(a): **SÍTIO CHA DE CASTELO nº 12 - CENTRO - ZONA RURAL - LAGOA DO CARRO/PE**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 9599529**
Data e local do acidente: **02/06/2018 CARPINA/PE**
Data e local do exame: **26/10/2018 RECIFE/PE**

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA DE DIÁFASE DO FEMUR ESQUERDO

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

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE DIÁFASE DO FEMUR ESQUERDO, COM FIXAÇÃO E PARAFUSOS EM 07.06.2018, SEM INTERCORRÊNCIAS. ALTA HOSPITALAR EM 09.06.2018.

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

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

☒ SIM ☐ NÃO

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

☐ SIM ☒ NÃO

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

EM TRATAMENTO

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

☐ Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em **60** dias

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 parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

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

TEMPO NÃO HÁBIL PARA AVALIAR AS SEQUELAS PERMANENTES -

Médico Perito: ARAKEN ALMEIDA DE ARAUJO CRM:6172/PE


Araken Almeida
Médico Perito
CRM: 6172/PE

Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com nome e CRM





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS 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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da vítima

120.051.294-45

Nome completo da vítima

Cláudio Carlos Ribeiro da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Cláudio Carlos Ribeiro da Silva	120.051.294-45	Estudante
Endereço	Número	Complemento
Rua Lha de Castelo	12	Casa
Bairro	Cidade	Estado
Zona Rural	Lagoa do Barro	PE
E-mail	CEP	Telefone (DDD)
meupersona@gmail.com	55820-000	(81) 99933-7242

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ ATÉ R\$ 1.000,00

☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

☐ BRADESCO (237)

☐ BANCO DO BRASIL (001)

☐ ITAÚ (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Nome

Nº

AGÊNCIA

Nº

D/V

CONTA

Nº

D/V

AGÊNCIA

Nº

D/V

CONTA

Nº

D/V

1242

(Informar dígito se existir)

01344770

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

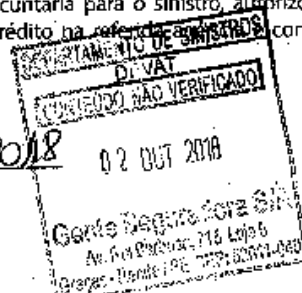
Limbauá, 03 de Setembro de 2018

Local e Data

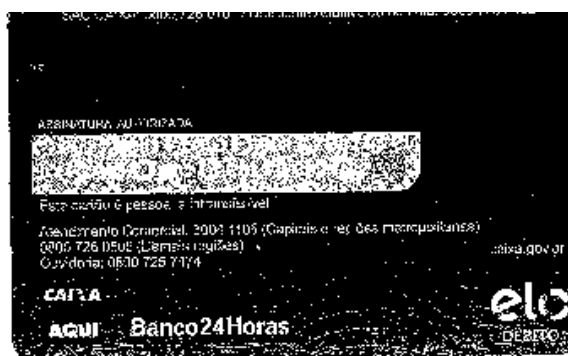
Cláudio Carlos Ribeiro da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



FAPPP.001 V001/2017





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS 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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da vítima

120.051.294-45

Nome completo da vítima

Cláudio Carlos Ribeiro da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Cláudio Carlos Ribeiro da Silva	120.051.294-45	Estudante
Endereço	Número	Complemento
Rua Lha de Castelo	12	Casa
Bairro	Cidade	Estado
Zona Rural	Lagoa do Barro	PE
E-mail	CEP	Telefone (DDD)
meupersona@gmail.com	55820-000	(81) 99933-7242

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

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

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)
☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

Nº

1242

(Informar dígito se existir)

CV

CONTA

Nº

01344770

(Informar dígito se existir)

DV

7

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Nome

Nº

AGÊNCIA

Nº

CV

CONTA

Nº

CV

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Limbuca 03 de Setembro de 2018

Local e Data

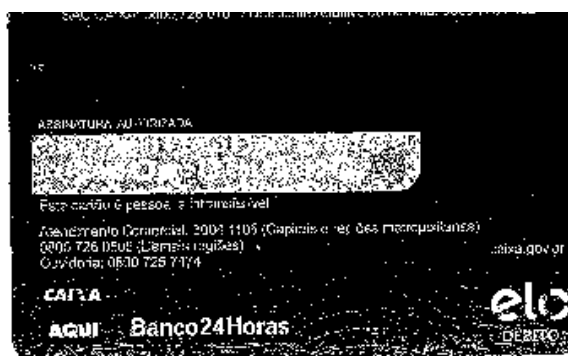
Cláudio Carlos Ribeiro da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017







476493

0360966/18

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 045ª CIRCUNSCRIÇÃO - CARPINA - DP45ªCIRC
DINTER1/11ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0135002672**Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **26/07/2018** às **10:31**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **2/6/2018** às **04:00**

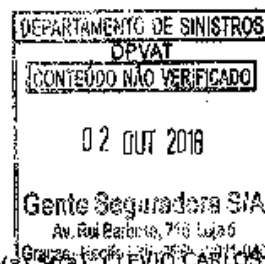
Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA CONGRESSO EUCARISTICO INTERNACIONAL, 1** - Bairro: **SANTA CRUZ - CARPINA/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **SEMÁFORO DA COMERCIAL 2001**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
EDISON BERNARDO DE OLIVEIRA (OUTRO)
CLEVIO CARLOS RIBEIRO DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
RIBEIRO DA SILVA
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**



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

CLEVIO CARLOS RIBEIRO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA JOSÉ DA CONCEIÇÃO** Pai: **GILVAN RIBEIRO DA SILVA** Data de Nascimento: **21/11/1994** Naturalidade: **LAGOA DO CARRO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **9599529/SDS/PE (RG), 12005129446 (CPF), 08889326210 (CNH)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1ª. GRAU INCOMPLETO** Telefones Celulares: **- 993638789**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE LAGOA DO CARRO, 1, SÍTIO CHA DOS CASTELOS - CEP: 0** - Bairro: **VASSOURAS - LAGOA DO CARRO/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO - Ramo da Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -

EDISON BERNARDO DE OLIVEIRA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **M** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **RUA MENDES MARTINS, 345 - CEP: 0** - Bairro: **SANTO ANTONIO - CARPINA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

VEICULO 1 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **EDISON BERNARDO DE OLIVEIRA**, que estava em posse

no/02/2018 16

do(a) Sr(a): **CLEVIO CARLOS RIBEIRO DA SILVA**Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**Placa: **OYR2167 (PERNAMBUCO/CARPINA)** Renavam: **101376494** Chassi: **9C2KC1680ER025116**Ano Fabricação/Modelo: **2014/2014** Combustível: **ALCO/GASOL****VEICULO 2 (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a):**DESCONHECIDO**Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

COMPARECEU NESTA DELEGACIA DE POLICIA, O SR. CLEVIO CARLOS, INFORMANDO QUE NO DIA 02/06/2018, POR VOLTA DAS 04:00 HORAS QUANDO TRANSITAVA NA MOTOCICLETA DE PLACA QYR 2167, DE PROPRIEDADE DO SR. EDISON BERNARDO DE OLIVEIRA, NA AV. CONGRESSO EUCARISTICO, PE-90, NESTA CIDADE, NO SEMÁFORO, EM FRENTE A COMERCIAL 2001, NO SENTIDO PAUDALHO A CARPINA, O ACUSADO VINHA ULTRAPASSANDO UM OUTRO VEICULO, NO SENTIDO CONTRÁRIO, EM UMA MOTO DE CONDUTOR E PLACA NÃO ANOTADA, QUE COLIDIU DE FRENTE COM A VITIMA. A VITIMA FOI SOCORRIDA POR POPULARES ATÉ A UNIDADE MISTA LOCAL E LOGO APÓS TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO DOS GUARARAPES-PE, ONDE FOI SUBMETIDO A UMA CIRURGIA NO FEMUR ESQUERDO. DIANTE O FATO EXPOSTO, SOLICITA PROVIDENCIAS POLICIAIS QUE O CASO REQUER.

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

CLEVIO CARLOS RIBEIRO DA SILVA
(VITIMA)B.O. registrado por: **JOSÉ AMARO DE AGUIAR - Matrícula: 3847977**

02/08/2018 16:4





476493

0360966/18

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 045ª CIRCUNSCRIÇÃO - CARPINA - DP45ªCIRC
DINTER1/11ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0135002672**Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **26/07/2018** às **10:31**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **2/6/2018** às **04:00**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA CONGRESSO EUCARISTICO INTERNACIONAL, 1** - Bairro: **SANTA CRUZ - CARPINA/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **SEMÁFORO DA COMERCIAL 2001**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
EDISON BERNARDO DE OLIVEIRA (OUTRO)
CLEVIO CARLOS RIBEIRO DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
RIBEIRO DA SILVA
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**



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

CLEVIO CARLOS RIBEIRO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA JOSÉ DA CONCEIÇÃO** Pai: **GILVAN RIBEIRO DA SILVA** Data de Nascimento: **21/11/1994** Naturalidade: **LAGOA DO CARRO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **9599529/SDS/PE (RG), 12005129446 (CPF), 08889326210 (CNH)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1ª. GRAU INCOMPLETO** Telefones Celulares: **- 993638789**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE LAGOA DO CARRO, 1, SÍTIO CHA DOS CASTELOS - CEP: 0** - Bairro: **VASSOURAS - LAGOA DO CARRO/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO - Ramo da Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -

EDISON BERNARDO DE OLIVEIRA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **M** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **RUA MENDES MARTINS, 345 - CEP: 0** - Bairro: **SANTO ANTONIO - CARPINA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

VEICULO 1 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **EDISON BERNARDO DE OLIVEIRA**, que estava em posse

no/02/2018 16

do(a) Sr(a): **CLEVIO CARLOS RIBEIRO DA SILVA**Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**Placa: **OYR2167 (PERNAMBUCO/CARPINA)** Renavam: **101376494** Chassi: **9C2KC1680ER025116**Ano Fabricação/Modelo: **2014/2014** Combustível: **ALCO/GASOL****VEICULO 2 (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a):**DESCONHECIDO**Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

COMPARECEU NESTA DELEGACIA DE POLICIA, O SR. CLEVIO CARLOS, INFORMANDO QUE NO DIA 02/06/2018, POR VOLTA DAS 04:00 HORAS QUANDO TRANSITAVA NA MOTOCICLETA DE PLACA QYR 2167, DE PROPRIEDADE DO SR. EDISON BERNARDO DE OLIVEIRA, NA AV. CONGRESSO EUCARISTICO, PE-90, NESTA CIDADE, NO SEMÁFORO, EM FRENTE A COMERCIAL 2001, NO SENTIDO PAUDALHO A CARPINA, O ACUSADO VINHA ULTRAPASSANDO UM OUTRO VEICULO, NO SENTIDO CONTRÁRIO, EM UMA MOTO DE CONDUTOR E PLACA NÃO ANOTADA, QUE COLIDIU DE FRENTE COM A VITIMA. A VITIMA FOI SOCORRIDA POR POPULARES ATÉ A UNIDADE MISTA LOCAL E LOGO APÓS TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO DOS GUARARAPES-PE, ONDE FOI SUBMETIDO A UMA CIRURGIA NO FEMUR ESQUERDO. DIANTE O FATO EXPOSTO, SOLICITA PROVIDENCIAS POLICIAIS QUE O CASO REQUER.

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

CLEVIO CARLOS RIBEIRO DA SILVA
(VITIMA)B.O. registrado por: **JOSÉ AMARO DE AGUIAR - Matrícula: 3847977**

02/08/2018 16:4



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 PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos – Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima <i>Renato Carlos Ribeiro da Silva</i>	CPF da Vítima <i>120.051.294-45</i>	Data do Acidente <i>02/06/2018</i>
--	--	---------------------------------------

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome Completo do Representante Legal	CPF do Representante Legal
Email	Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

- ☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

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

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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
02 JUN 2018
Gerente Seguros SIA
Al. das Hortênsias, 116 - Lousã
Grupo - Recuperação - 06 - 02041-040

Timbóndra 03 de *Setembro* de 2018
Local e Data

Renato Carlos Ribeiro da Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALL001 V001/2017



**DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - 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 PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos – Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima <i>Renato Carlos Ribeiro da Silva</i>	CPF da Vítima <i>120.051.294-45</i>	Data do Acidente <i>02/06/2018</i>
--	--	---------------------------------------

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome Completo do Representante Legal	CPF do Representante Legal
Email	Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

- ☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

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

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



Timbóndira 03 de *Setembro* de 2018
Local e Data

Renato Carlos Ribeiro da Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALL001 V001/2017



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180554006 **Cidade:** Carpina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CLEVIO CARLOS RIBEIRO DA SILVA **Data do acidente:** 02/06/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM HASTE INTRAMEDULAR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: MARCELO DE TOLEDO FERNANDES TERRIGNO

CRM: 5255920-8

UF do CRM: RJ

Assinatura:



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
UNIDADE MISTA FRANCISCO ASSIS CHATEAUBRIAND



HEMÍTIM DE EMERGÊNCIA

Portuário: 123 456 ENS: Idade: 23 Sexo: M
Nome: Claudio Carlos Ribeiro da Silva Nascimento: 21.11.94 Est. Civil: Solteiro
End: R. 1710 Cruz de Cristo Bairro: Rural CEP: 54391-118
Cidade: Lagoa de São Paulo N: SIN Nac.: Doc Nº: 123456789
Mãe: M. Jose da Conceição Pai: Responsável: Tel.: 123456789
Profissão:

Atas Ocorrências:

Data: 03-06-18 Hora: 04:00 Nº OCORRÊNCIA Situação / Sintomas / Queixas / Eventos:

2-CONSULTA: URGÊNCIA () NÃO URGÊNCIA () EMERGÊNCIA () ACIDENTE TRABALHO () ACIDENTE TRANSITO ()

HORÁRIO:	P.A.	FC	PULSO	PESO	ASSINATURA

EXAME / DIAGNÓSTICO:

Acidente, motociclista, 23 anos
Em movimento no sentido oposto
à direita, depois de virado pelo SMO
de uma via de sentido de mão única
para a esquerda, apresentando deformação a
altura de M1

TRATAMENTO:
① Transferido paciente p/ HUP -
Sobrinho: 5439118
② SVD
③ SPO 200-1.000
④ PRS
⑤ Hef

ANEXOS COMPLEMENTARES:

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:
① TC de região parietal
② Fratura de crânio (S)

CID:

ATIVO DA SAÍDA:

SIDÊNCIA: ☐ INTERNADO: ☐ CURATIVO ☐ BÁSICO ☐ ESP ☐ TÉCNICO / CONSEN.
NEBULIZAÇÃO ☐ RETIRADA DE PONTOS ☐

STIFICATIVA:

CAMINHAMENTO:

MÓVIO:

CONSULTAS / ATENDIMENTO MÉDICO:
☐ URGÊNCIA BÁSICA ☐ URG. ESPECIALIZADA ☐ OBS. BÁSICA ☐ OBS. ESPECIALIZADA

ATO:

IM DO DIA

TA SAÍDA:

RÁRIO SAÍDA:

TA:

RECEPCIONISTA:

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
PRIVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

02 OUT 2018

Gamte Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 3
Graças - Recife / PE CEP: 52011-040



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
UNIDADE MISTA FRANCISCO ASSIS CHATEAUBRIAND



HEMÍTIM DE EMERGÊNCIA

Portuário: 123 456 ENS: Idade: 23 Sexo: M
Nome: Claudio Carlos Ribeiro da Silva Nascimento: 21.11.94 Est. Civil: Solteiro
End: R. 1710 Cruz de Castelo Bairro: Rural CEP: 54301-18
Cidade: L. do Carro Nº: SIN Nac.: Doc Nº:
Mãe: M. Jose da Conceicao Pai: Responsável: Tel.:
Profissão:

Temas Ocorrências:

Data: 03-06-18 Hora: 04:00 Nº OCORRÊNCIA Situação / Sintomas / Queixas / Eventos:

2-CONSULTA: URGÊNCIA () NÃO URGÊNCIA () EMERGÊNCIA () ACIDENTE TRABALHO () ACIDENTE TRANSITO ()

HORÁRIO:	P.A.	FC	PULSO	PESO	ASSINATURA

EXAME / DIAGNÓSTICO:

Acidente, motorista, 23 anos
Em trânsito no serviço
então, depois trazido pelo SMC
de acidente de trânsito de moto
apresentando deformação a
coluna de M1

TRATAMENTO:

1) Transferido paciente p/ HUP -
Sinais: S430118
2) SVD
3) SVD
4) SVD
5) SVD

ANEXOS COMPLEMENTARES:

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

1) L. de Reg. Part.
2) F. de L. de Reg. Part.

CID:

ATIVO DA SAÍDA:

SIDÊNCIA: ☐ INTERNADO: ☐ CURATIVO ☐ BÁSICO ☐ ESP ☐ TÉCNICO / CONSEN.
NEBULIZAÇÃO ☐ RETIRADA DE PONTOS ☐

STIFICATIVA:

CAMINHAMENTO:

MÓVIO:

CONSULTAS / ATENDIMENTO MÉDICO:

URGÊNCIA BÁSICA ☐ URG. ESPECIALIZADA ☐
OBS. BÁSICA ☐ OBS. ESPECIALIZADA ☐

Dr. Roberto de Santana
Médico
CRM 26014

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	TÉCNICO / CONSELHO	HORÁRIO:

ATO:

IM DO DIA

TA SAÍDA:

RÁRIO SAÍDA:

TA:

RECEPCIONISTA:

02 OUT 2018

Gamte Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 3
Graças - Recife / PE CEP: 52011-040



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA:	20/12/2018
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	2.362,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CLEVIO CARLOS RIBEIRO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01242

CONTA: 000000044770-7

Nr. da Autenticação F570F00446BA23E4





CELPE - Companhia Energética de Pernambuco
Av. José de Barros, 116 Loja 5, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 51030-000
CNPJ 10.316.892/0001-00 | INSC. EST. 10.934.497 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
MARIA JOSE DA CONCEICAO

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA DE CASTELO 12

CPF 662.475.934-34 NIS: 184.821.489

ZONA RURAL, LAGOA DO CARROLAGEM DO
LAGOA DO CARROPE
58200-000

CLASSIFICAÇÃO
E: RESIDENCIAL
BOMBA D'ÁGUA COM 15
MONTES

CONSUMIDOR: MARIA JOSE DA CONCEICAO
C: 8234507 UNIC: 20000000
CONSUMIDOR: MARIA JOSE DA CONCEICAO
C: 8234507 UNIC: 20000000

Consumo Fatores de C.A.M.
Aproximado 69,13 kWh/mês
Consumo de Iluminação Fatores

QUANTIDADE	FACTOR (R\$)	VALOR (R\$)
30,000000	0,1811775	5,435325

DATA	TIPO DA	ANTERIOR	POSTERIOR	ATUAL	DE	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
01/01/2019	VERIFICAÇÃO	000000	000000	000000	000000	000000	000000	000000

DATA	VALOR	%	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR
01/01/2019	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

DATA	VALOR	%	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR
01/01/2019	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

CONSUMO DE ILUMINAÇÃO FATOR 1,000000
CONSUMO DE ILUMINAÇÃO FATOR 1,000000
CONSUMO DE ILUMINAÇÃO FATOR 1,000000
CONSUMO DE ILUMINAÇÃO FATOR 1,000000
CONSUMO DE ILUMINAÇÃO FATOR 1,000000
CONSUMO DE ILUMINAÇÃO FATOR 1,000000
CONSUMO DE ILUMINAÇÃO FATOR 1,000000
CONSUMO DE ILUMINAÇÃO FATOR 1,000000
CONSUMO DE ILUMINAÇÃO FATOR 1,000000
CONSUMO DE ILUMINAÇÃO FATOR 1,000000

DATA	VALOR	%	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR
01/01/2019	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

DATA	VALOR	%	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR
01/01/2019	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

DATA	VALOR	%	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR
01/01/2019	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

CONSUMO DE ILUMINAÇÃO FATOR 1,000000
CONSUMO DE ILUMINAÇÃO FATOR 1,000000
CONSUMO DE ILUMINAÇÃO FATOR 1,000000
CONSUMO DE ILUMINAÇÃO FATOR 1,000000
CONSUMO DE ILUMINAÇÃO FATOR 1,000000
CONSUMO DE ILUMINAÇÃO FATOR 1,000000
CONSUMO DE ILUMINAÇÃO FATOR 1,000000
CONSUMO DE ILUMINAÇÃO FATOR 1,000000
CONSUMO DE ILUMINAÇÃO FATOR 1,000000
CONSUMO DE ILUMINAÇÃO FATOR 1,000000

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
02 OUT 2018
Gertio Seguros S.A.
Av. José de Barros, 116 Loja 5
Boa Vista - Recife/PE CEP: 51030-000



CELPE - Companhia Energética de Pernambuco
Av. José de Barros, 116 Loja 5, Boa Vista, Recife - PE 51030-000
CNPJ 10.216.892/0001-01 | INSC. EST. 10.934.497 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
MARIA JOSE DA CONCEICAO

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
S/OZA DE CASTELO 12

CPF 662.475.934-34 NIS: 184.827.489

ZONA RURAL, LAGOA DO CARROLAGEM DO
LAGOA DO CARROPE
5820-000

CLASSIFICAÇÃO
E: RESIDENCIAL
SABOR ENDO COM 15
MONTES

CONSUMIDOR: MARIA JOSE DA CONCEICAO
C: 8234510 UNIC: 20000000
CONSUMIDOR: MARIA JOSE DA CONCEICAO
C: 8234510 UNIC: 20000000

QUANTIDADE	PREÇO UNIT.	VALOR UNIT.
30,000000	R\$ 1871,17	R\$ 56.135,10

Consumo Fatores de C.A.M.
Aproximado 69,13 kWh/mês
Consumo Fatores de C.A.M.

DATA	TIPO DA	ANTERIOR	POSTERIOR	DE	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
01/01/2019	VERIFICADO	000000	000000	000000	000000	000000	000000

DATA	TIPO DA	ANTERIOR	POSTERIOR	DE	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
01/01/2019	VERIFICADO	000000	000000	000000	000000	000000	000000

DATA	TIPO DA	ANTERIOR	POSTERIOR	DE	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
01/01/2019	VERIFICADO	000000	000000	000000	000000	000000	000000

DATA	TIPO DA	ANTERIOR	POSTERIOR	DE	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
01/01/2019	VERIFICADO	000000	000000	000000	000000	000000	000000

DATA	TIPO DA	ANTERIOR	POSTERIOR	DE	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
01/01/2019	VERIFICADO	000000	000000	000000	000000	000000	000000

DATA	TIPO DA	ANTERIOR	POSTERIOR	DE	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
01/01/2019	VERIFICADO	000000	000000	000000	000000	000000	000000


DATA	TIPO DA	ANTERIOR	POSTERIOR	DE	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
01/01/2019	VERIFICADO	000000	000000	000000	000000	000000	000000

DATA	TIPO DA	ANTERIOR	POSTERIOR	DE	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
01/01/2019	VERIFICADO	000000	000000	000000	000000	000000	000000

DATA	TIPO DA	ANTERIOR	POSTERIOR	DE	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
01/01/2019	VERIFICADO	000000	000000	000000	000000	000000	000000

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
02 OUT 2018
Gertio Seguros S.A.
Av. dos Barões, 116 Loja 5
Graciosa - Recife/PE CEP: 51030-000



NOTA FISCAL FATURA CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA		2a VIA
<div>COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA, RECIFE, PERNAMBUCO CEP 50050-902 CNPJ 10.835.932/0001-08 INSCRIÇÃO ESTADUAL 0006943-83</div> <div> Grupo Norenergia www.celpe.com.br</div>		<div>Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02 COMERCIAL 116 PRONTIDÃO 116 Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 014 Ouvidoria 0800 282 5598</div> <div>Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado de Pernambuco-ARPE: 0800-727-8167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis</div>
<div>DADOS DO CLIENTE GEOVANO GAIÃO BOREA CPF: 780.656.414-78</div> <div>ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA VIG HENRIQUE 222 -B</div> <div>CENTRO TIMBAUBA 55870-000 TIMBAUBA PE</div>	<div>DATA DE VENCIMENTO 12/07/2018 TOTAL A PAGAR (R\$) 71,90</div> <div>DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 05/07/2018 DATA DA APRESENTAÇÃO 05/07/2018 NÚMERO DA NOTA FISCAL 022761310</div>	<div>CONTA CONTRATO 007004026599 Nº DO CLIENTE 2001121529 Nº DA INSTALAÇÃO 0005228397</div>
CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásico		RESERVADO AO FISCO 08F5.E03D.E81C.DA17.2A87.1D45.8AED.8896
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)	71,86	0,74722043	53,06	
Acrescimo Bandeira VERMELHA			5,08	
Contribuição Iluminação Pública			0,16	
ICMS Subvenção-COF.NF 015260043-07/05/18			1,14	
Multa por atraso-NF 015260043 - 07/05/18			2,73	
Juros por atraso-NF 015260043 - 07/05/18			1,99	
Atualização IGPM-NF 015260043 - 07/05/18			2,16	
TOTAL DA FATURA			71,86	

INFORMAÇÕES DE IMPOSTOS								
ICMS			PIS		COFINS			
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
68,13	25,00	14,53	68,13	0,82	0,56	68,13	4,28	2,48

Composições e não pagamento de(m) centavos de energia citada(s):			
Vencim	In Recib	Valor	
13/06/18	05/07/18	407,33	

Em caso de não pagamento do débito, o fornecimento da energia poderá ser suspenso, bem como poderá ocorrer sua inclusão nos registros de créditos do SPCE e REPARCEL, bem como a inscrição judicial. Este comprovante não substitui o envio do débito eletrônico, nem como nota estrangeira de débito para discussão judicial que poderá ser cancelada após o fim do processo.

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo(KWH)	0,52155000	JUL 18	71
		JUN 18	190
		MAY 18	190
		ABR 18	267
		MAR 18	232
		FEV 18	201
		JAN 18	120
		DEZ 17	127
		NOV 17	232
		OCT 17	151
		SET 17	101
		AGO 17	600
		JUL 17	136

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DE FUNÇÃO	AMPERAGEM		VOLTAGEM		Nº DIAS	CONSTANTE	JULHO	CONSUMO KWH
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
000000003016179120	CAT	08/04/2013	14.910,00	05/07/2013	11.981,00	28	1,00000	0,00	73,00

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APLICADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
modulista					
DIG-96 de horas sem Energia	TIMBAUBA	0,00	9,15	12,76	24,00
horas sem Energia		0,00	3,42	5,85	13,70
Interrupção total de energia		0,00	3,53	5,00	0,00
			Linha DGR: 12,82		
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> DEPARTAMENTO DE SINISTROS E PVAT CONTENDO AO VERBAIS </div>					
BSN-Valor de Encargo de Uso - R\$ 10,54 Total Consumo em energia elétrica - a exemplo das medições de 08/04/2013 a 05/07/2013 - equívoco bancar.					

NOTA PREVISIVA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 05/08/2013

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

CONTA CONTRATO	MES/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
007004026599	07/2018	71,90	12/07/2018	

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





CELPE - Companhia Energética de Pernambuco
Av. José de Barros, 116 Loja 5, Boa Vista, Recife - PE 51030-000
CNPJ 10.216.892/0001-00 | INSC. EST. 10.934.497 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
MARIA JOSE DA CONCEICAO

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
S/OZA DE CASTELO 12

CPF 662.475.934-34 NIS: 184.821.489

ZONA RURAL, LAGOA DO CARROLAGEM DO
LAGOA DO CARROPE
5820-000

CLASSIFICAÇÃO
E: RESIDENCIAL
SABOR RENDA COMUM
MONTESSE

CONSUMO DE ENERGIA ELÉTRICA
C: 8234570 UNIC 20/05/2018
20/05/2018 20/05/2018 1834-009

Consumo Fatores de CM,
Aproximado 69,13 kWh/m²
Contribuição Luz e Água Fatores

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
30,00 kL/000	R\$ 1871,17	R\$ 561,35

DATA	TIPO DA	ANTERIOR	POSTERIOR	ATUAL	DE	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
20/05/2018	VERIFICAÇÃO	1834-009	1834-009	1834-009	1834-009			

DATA	TIPO DA	ANTERIOR	POSTERIOR	ATUAL	DE	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
20/05/2018	VERIFICAÇÃO	1834-009	1834-009	1834-009	1834-009			

DATA	TIPO DA	ANTERIOR	POSTERIOR	ATUAL	DE	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
20/05/2018	VERIFICAÇÃO	1834-009	1834-009	1834-009	1834-009			

DATA	TIPO DA	ANTERIOR	POSTERIOR	ATUAL	DE	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
20/05/2018	VERIFICAÇÃO	1834-009	1834-009	1834-009	1834-009			

DATA	TIPO DA	ANTERIOR	POSTERIOR	ATUAL	DE	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
20/05/2018	VERIFICAÇÃO	1834-009	1834-009	1834-009	1834-009			

DATA	TIPO DA	ANTERIOR	POSTERIOR	ATUAL	DE	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
20/05/2018	VERIFICAÇÃO	1834-009	1834-009	1834-009	1834-009			

DATA	TIPO DA	ANTERIOR	POSTERIOR	ATUAL	DE	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
20/05/2018	VERIFICAÇÃO	1834-009	1834-009	1834-009	1834-009			

DATA	TIPO DA	ANTERIOR	POSTERIOR	ATUAL	DE	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
20/05/2018	VERIFICAÇÃO	1834-009	1834-009	1834-009	1834-009			

DATA	TIPO DA	ANTERIOR	POSTERIOR	ATUAL	DE	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
20/05/2018	VERIFICAÇÃO	1834-009	1834-009	1834-009	1834-009			

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
02 OUT 2018
Gertio Seguros S/A
Av. Rui Barbosa, 116 Loja 5
Boa Vista - Recife/PE CEP: 51030-000



NOTA FISCAL FATURA CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2ª VIA																																																																																																																																											
COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA, RECIFE, PERNAMBUCO CEP 50050-902 CNPJ 10.835.932/0001-08 INSCRIÇÃO ESTADUAL 0006943-03		Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02 COMERCIAL 116 PRONTIDÃO 116 Atendimento ao cliente audível ou de fala: 0800 282 0142 Ouvidoria 0800 282 5599 Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado de Pernambuco-ARPE: 0800-727-8167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis																																																																																																																																									
DADOS DO CLIENTE GEOVANO GAIRO BOREA CPF: 780.856.414-78 ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA VIG HENRIQUE 222 -B CENTRO/IMBAURÁ 55870-000 TIMBAURÁ PE	DATA DE VENCIMENTO 12/07/2018 TOTAL A PAGAR (R\$) 71,90	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 05/07/2018 DATA DA APRESENTAÇÃO 05/07/2018 NÚMERO DA NOTA FISCAL 022761310	CONTA CONTRATO 007004026599 Nº DO CLIENTE 2001121520 Nº DA INSTALAÇÃO 0005228297																																																																																																																																								
CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásico																																																																																																																																											
RESERVADO AO FISCO 08F5.E03D.E81C.DA17.2A67.1D45.0AED.8896																																																																																																																																											
DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL																																																																																																																																											
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>DESCRIÇÃO</th> <th>QUANTIDADE</th> <th>PREÇO</th> <th>VALOR (R\$)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Consumo Ativo(kWh)</td> <td>71,00</td> <td>0,74722063</td> <td>53,06</td> </tr> <tr> <td>Acréscimo Bandeira VERMELHA</td> <td></td> <td></td> <td>5,08</td> </tr> <tr> <td>Contribuição Iluminação Pública</td> <td></td> <td></td> <td>0,16</td> </tr> <tr> <td>ICMS Subvenção-COF. NF 015260043-07/05/18</td> <td></td> <td></td> <td>1,14</td> </tr> <tr> <td>Multa por atraso-NF 015260043-07/05/18</td> <td></td> <td></td> <td>2,73</td> </tr> <tr> <td>Juros por atraso-NF 015260043-07/05/18</td> <td></td> <td></td> <td>1,59</td> </tr> <tr> <td>Atualização IGPI-LF 015260043-07/05/18</td> <td></td> <td></td> <td>2,16</td> </tr> <tr> <td>TOTAL DA FATURA</td> <td></td> <td></td> <td>71,90</td> </tr> </tbody> </table>		DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)	Consumo Ativo(kWh)	71,00	0,74722063	53,06	Acréscimo Bandeira VERMELHA			5,08	Contribuição Iluminação Pública			0,16	ICMS Subvenção-COF. NF 015260043-07/05/18			1,14	Multa por atraso-NF 015260043-07/05/18			2,73	Juros por atraso-NF 015260043-07/05/18			1,59	Atualização IGPI-LF 015260043-07/05/18			2,16	TOTAL DA FATURA			71,90	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="4">Compulsões e não pagamento de (as) conta(s) de energia elétrica(s):</th> </tr> <tr> <th>Venda</th> <th>DI Rev</th> <th>Valor</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>13/01/18</td> <td>05/07/18</td> <td>107,33</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>Em caso de não pagamento do débito, o fornecimento da energia elétrica será suspenso, sendo como padrão de corte sua inclusão nos registros de interrupção de energia do SPCE e RERASE, com exceção de emergência. Essa suspensão não substitui o envio de cobranças anteriores, bem como não abrange débitos em discussão judicial que poderão ser cobrados após o fim do processo.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2">Tarifas Aplicadas</th> <th colspan="2">HISTÓRICO DO CONSUMO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Consumo Ativo(kWh)</td> <td>0,74722063</td> <td>JUL 18</td> <td>71</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>JUN 18</td> <td>190</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>MAR 18</td> <td>190</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>ABR 18</td> <td>261</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>MAR 18</td> <td>232</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>FEV 18</td> <td>201</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>JAN 18</td> <td>109</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>DEZ 17</td> <td>127</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>NOV 17</td> <td>232</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>OCT 17</td> <td>151</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>SET 17</td> <td>101</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>AGO 17</td> <td>900</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>JUL 17</td> <td>136</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="4">COMPOSIÇÃO DO CONSUMO</th> </tr> <tr> <th></th> <th>R\$</th> <th>%</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Energia de Energia</td> <td>51,12</td> <td>71,11</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Transmissão</td> <td>2,45</td> <td>3,41</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Distribuição (Cabo)</td> <td>11,47</td> <td>16,11</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Encargos Setoriais</td> <td>2,86</td> <td>4,00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Taxa de</td> <td>17,04</td> <td>23,84</td> <td></td> </tr> <tr> <td>TOTAL</td> <td>84,94</td> <td>100</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Compulsões e não pagamento de (as) conta(s) de energia elétrica(s):				Venda	DI Rev	Valor		13/01/18	05/07/18	107,33		Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO		Consumo Ativo(kWh)	0,74722063	JUL 18	71			JUN 18	190			MAR 18	190			ABR 18	261			MAR 18	232			FEV 18	201			JAN 18	109			DEZ 17	127			NOV 17	232			OCT 17	151			SET 17	101			AGO 17	900			JUL 17	136	COMPOSIÇÃO DO CONSUMO					R\$	%		Energia de Energia	51,12	71,11		Transmissão	2,45	3,41		Distribuição (Cabo)	11,47	16,11		Encargos Setoriais	2,86	4,00		Taxa de	17,04	23,84		TOTAL	84,94	100	
DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)																																																																																																																																								
Consumo Ativo(kWh)	71,00	0,74722063	53,06																																																																																																																																								
Acréscimo Bandeira VERMELHA			5,08																																																																																																																																								
Contribuição Iluminação Pública			0,16																																																																																																																																								
ICMS Subvenção-COF. NF 015260043-07/05/18			1,14																																																																																																																																								
Multa por atraso-NF 015260043-07/05/18			2,73																																																																																																																																								
Juros por atraso-NF 015260043-07/05/18			1,59																																																																																																																																								
Atualização IGPI-LF 015260043-07/05/18			2,16																																																																																																																																								
TOTAL DA FATURA			71,90																																																																																																																																								
Compulsões e não pagamento de (as) conta(s) de energia elétrica(s):																																																																																																																																											
Venda	DI Rev	Valor																																																																																																																																									
13/01/18	05/07/18	107,33																																																																																																																																									
Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO																																																																																																																																									
Consumo Ativo(kWh)	0,74722063	JUL 18	71																																																																																																																																								
		JUN 18	190																																																																																																																																								
		MAR 18	190																																																																																																																																								
		ABR 18	261																																																																																																																																								
		MAR 18	232																																																																																																																																								
		FEV 18	201																																																																																																																																								
		JAN 18	109																																																																																																																																								
		DEZ 17	127																																																																																																																																								
		NOV 17	232																																																																																																																																								
		OCT 17	151																																																																																																																																								
		SET 17	101																																																																																																																																								
		AGO 17	900																																																																																																																																								
		JUL 17	136																																																																																																																																								
COMPOSIÇÃO DO CONSUMO																																																																																																																																											
	R\$	%																																																																																																																																									
Energia de Energia	51,12	71,11																																																																																																																																									
Transmissão	2,45	3,41																																																																																																																																									
Distribuição (Cabo)	11,47	16,11																																																																																																																																									
Encargos Setoriais	2,86	4,00																																																																																																																																									
Taxa de	17,04	23,84																																																																																																																																									
TOTAL	84,94	100																																																																																																																																									
INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS		DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES																																																																																																																																									
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="8">DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL</th> </tr> <tr> <th>NÚMERO DO MEDIDOR</th> <th>TIPO DA FUNÇÃO</th> <th>ANTERIOR</th> <th>ATUAL</th> <th>Nº DIAS</th> <th>CONSTANTE</th> <th>APRIM.</th> <th>CONSUMO kWh</th> </tr> <tr> <th></th> <th></th> <th>DATA</th> <th>LEITURA</th> <th>DATA</th> <th>LEITURA</th> <th></th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>000000003016170120</td> <td>CAT</td> <td>08/06/2018</td> <td>14.916,00</td> <td>05/07/2018</td> <td>11.981,00</td> <td>28</td> <td>71,00</td> </tr> </tbody> </table>		DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL								NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	APRIM.	CONSUMO kWh			DATA	LEITURA	DATA	LEITURA			000000003016170120	CAT	08/06/2018	14.916,00	05/07/2018	11.981,00	28	71,00	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>DESCRIÇÃO</th> <th>CONJUNTO</th> <th>VALOR APLICADO</th> <th>METAS</th> <th>METAS</th> <th>METAS</th> </tr> <tr> <th></th> <th></th> <th></th> <th>VERBA</th> <th>TRIM</th> <th>ANUAL</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Duração de horas sem energia</td> <td>TIMBAURÁ</td> <td>0,00</td> <td>8,16</td> <td>12,36</td> <td>24,80</td> </tr> <tr> <td>Horas sem energia</td> <td></td> <td>0,00</td> <td>8,42</td> <td>6,65</td> <td>13,70</td> </tr> <tr> <td>Horas sem energia de</td> <td></td> <td>0,00</td> <td>8,53</td> <td>8,00</td> <td>0,00</td> </tr> </tbody> </table> <p>Limite DIARI: 12,82</p>		DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APLICADO	METAS	METAS	METAS				VERBA	TRIM	ANUAL	Duração de horas sem energia	TIMBAURÁ	0,00	8,16	12,36	24,80	Horas sem energia		0,00	8,42	6,65	13,70	Horas sem energia de		0,00	8,53	8,00	0,00																																																																										
DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL																																																																																																																																											
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	APRIM.	CONSUMO kWh																																																																																																																																				
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA																																																																																																																																						
000000003016170120	CAT	08/06/2018	14.916,00	05/07/2018	11.981,00	28	71,00																																																																																																																																				
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APLICADO	METAS	METAS	METAS																																																																																																																																						
			VERBA	TRIM	ANUAL																																																																																																																																						
Duração de horas sem energia	TIMBAURÁ	0,00	8,16	12,36	24,80																																																																																																																																						
Horas sem energia		0,00	8,42	6,65	13,70																																																																																																																																						
Horas sem energia de		0,00	8,53	8,00	0,00																																																																																																																																						
INFORMAÇÕES IMPORTANTES Pague no ponto mais perto de você comercialmente: e-commerce: antonio yves cordeiro de melo junior, comercialmente: antonio yves cordeiro de melo junior, comercialmente: antonio yves cordeiro de melo junior Na data da leitura a bandeira em vigor é a Vermelha. Mais informações em www.celpe.com.br O cliente é responsável quando há violação na continuidade individual ou no nível de tensão de fornecimento. Pague, em atraso, multa 2% (Res 414/ANEEL), Juros 1% (Lei 10.438/02) e atualização monetária no próximo mês. O Cliente é responsável quando há descumprimento do prazo definido para o atendimento comercial. Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorreu a suspensão.		NÍVEL DE TENSÃO <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>TENSÃO NOMINAL(V)</th> <th>LIMITE DE VARIAÇÃO(V)</th> </tr> <tr> <th></th> <th>MÍNIMO</th> <th>MÁXIMO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>220</td> <td>202</td> <td>231</td> </tr> </tbody> </table>		TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)		MÍNIMO	MÁXIMO	220	202	231																																																																																																																																
TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)																																																																																																																																										
	MÍNIMO	MÁXIMO																																																																																																																																									
220	202	231																																																																																																																																									
TALÃO DE PAGAMENTO		AUTENTICAÇÃO MECÂNICA																																																																																																																																									
CONTA CONTRATO	MES/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO																																																																																																																																								
007004026599	07/2018	71,90	12/07/2018																																																																																																																																								
83820000002 718000110073 004026599107 118066663931																																																																																																																																											
Evite dobrar, perfurar ou rasgar. Este cartão será usado em leitura ótica.																																																																																																																																											

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=25638>

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 Ayone Carla Guedes Pereira Silva inscrito (a) no CPF/CNPJ 009.847.614 / 97 na qualidade de Produtor (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Cláudio Carlos Ribeiro da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 100.051.294 / 45 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidadez da Vítima Cláudio Carlos Ribeiro da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 100.051.294 / 45, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso Informar

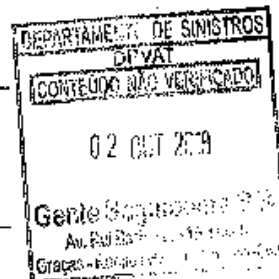
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço <u>Rua Araújo Henriques</u>		Número <u>222</u>	Complemento <u>Para</u>
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Timbaura</u>	Estado <u>PE</u>	CEP
Email <u>meyaneroia@gmail.com</u>		Telefone comercial (DDD) <u>(81) 99113-7889</u>	Telefone celular (DDD) <u>(81) 99933-7242</u>

Timbaura 03 de Setembro de 2018
Local e Data

Ayone Carla Guedes Pereira Silva
Assinatura do Declarante



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=25638>

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 Ayone Carla Guedes Pereira Silva inscrito (a) no CPF/CNPJ 009.847.614 / 97 na qualidade de Produtor (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Cláudio Carlos Ribeiro da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 100.051.294 / 45 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidadez da Vítima Cláudio Carlos Ribeiro da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 100.051.294 / 45, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ 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 Araújo Henriques</u>	Número <u>222</u>	Complemento <u>Para</u>
Bairro <u>Centro</u>	Estado <u>PE</u>	CEP
Cidade <u>Limbuá</u>	Telefone comercial (DDD) <u>(81) 99113-7889</u>	Telefone celular (DDD) <u>(81) 99933-7242</u>
E-mail <u>meyaneroia@gmail.com</u>		

Limbuá 03 de Setembro de 2018
Local e Data

Ayone Carla Guedes Pereira Silva
Assinatura do Declarante

