



23/07/2020

Número: **0018400-30.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 7ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **07/04/2020**

Valor da causa: **R\$ 12.656,25**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
FABIO PESSOA RIBEIRO (AUTOR)		JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHAES (ADVOGADO)	
TOKIO MARINE SEGURADORA S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
65145 234	23/07/2020 11:53	ANEXO 1	Outros (Documento)



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

Rio de Janeiro, 17 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190583996

Vítima: FABIO PESSOA RIBEIRO

Data do Acidente: 29/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FABIO PESSOA RIBEIRO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14976695





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

Rio de Janeiro, 18 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190583996

Vítima: FABIO PESSOA RIBEIRO

Data do Acidente: 29/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), FABIO PESSOA RIBEIRO

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

Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples dos documentos médicos de todo tratamento realizado entre a data da alta médica e a data da identificação da sequela permanente, com a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foram entregues.
---------------------------------------	---

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. 01783/01784 - carta_03 - INVALIDEZ

00050892



Carta nº 14982891





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

Rio de Janeiro, 12 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190583996

Vítima: FABIO PESSOA RIBEIRO

Data do Acidente: 29/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FABIO PESSOA RIBEIRO

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos
25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: **FABIO PESSOA RIBEIRO**

Valor: **R\$ 843,75**

Banco: **001**

Agência: **000004357-5**

Conta: **000010005370-X**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

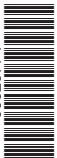
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01547/01548 - carta_15R - INVALIDEZ

00020774



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 836.882.574-91 4 - Nome completo da vítima: Fabio Pessoa Ribeiro

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

5 - Nome completo: Fabio Pessoa Ribeiro 6 - CPF: 836.882.574-91
7 - Profissão: Advogado 8 - Endereço: R. São Miguel 900 304. 9 - Número: 128 10 - Complemento:
11 - Bairro: Afogados 12 - Cidade: Recife 13 - Estado: PE 14 - CEP: 50850-000
15 - E-mail: marceloassessoria@hotmail.com 16 - Tel. (DDD): (81) 97915.3756

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal:
19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Brasil
AGÊNCIA: 4352 5 CONTA: 5370 8
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vairascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Informação
dígito de
automação
beneficiário
ou alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, _____

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

ENC 001 1002/2010



DEBENDIMENTO DE GERALDO
0040130 SUPER IBS CATAMARA 26/08/2019
CIBRACARD
07 05 23 (Horário de Brasília)
*****3135

Saldo N 93028004-0514

26/08/2019 BANCO DO BRASIL 07.00.28
435719138

SALDO DE CONTA CORRENTE
PARA SIMPLES CONFERENCIA

CLIENTE FABIO PESSOA RIBEIRO
AGENCIA 4357-5 5.370,8

Saldo 7.410

DISPONIVEL 7.410

DIÁRIO 0.00 10F 0.00

Informações importantes no verso

www.banco24horas.com.br
Impressão em papel termossensível com
vida útil de 5 anos. Evite contato com
líquidos, produtos químicos, exposição
ao calor, umidade, luz do sol e lâmpadas

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
14/10/19





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 009ª CIRCUNSCRIÇÃO - IPSEP - DP9ªCIRC DIM/3ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0099001223**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **10/05/2019** às **13:47**

Complementa o BO Número: **19E0099001222**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado) que aconteceu no dia **29/4/2019** às **13:40**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA RECIFE, 1** - Bairro: **IPSEP - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**
- Ponto de Referência: **PROXIMO AO CAÇOTE**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

MARIA BETANIA DO NASCIMENTO (AUTOR \ AGENTE)
VALDENIO MENDONÇA GOMES DA SILVA (OUTRO)
FABIO PESSOA RIBEIRO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): MARIA BETANIA DO NASCIMENTO
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): FABIO PESSOA RIBEIRO

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

MARIA BETANIA DO NASCIMENTO (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **NI** Pai: **NI** Data de Nascimento: **1/1/1970** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **1/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escolaridade: **DESCONHECIDO**
Endereço Residencial: **RUA PROFESSOR POTIGUAR MATOS, 315 - CEP: 55000-000 - Bairro: IBURA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

FABIO PESSOA RIBEIRO (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **GESILDA INES PESSOA RIBEIRO** Pai: **SEVERINO ADALBERTO SOUZA RIBEIRO** Data de Nascimento: **4/10/1974** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **4603368/SSP/PE (RG), 83688757491 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **MECANICO** Telefones Celulares: **- 81986904533**

Endereço Residencial: **RUA SANTO CRISTO, 293 - CEP: 55000-000 - Bairro: AFOGADOS - RECIFE/PERNAMBUCO /BRASIL, PORXIMO A IGREJA DA FÉ**

VALDENIO MENDONÇA GOMES DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **DALVA MENDONÇA BEZERRA** Pai: **JOSE GOMES DA SILVA SOBRINHO** Data de Nascimento: **6/3/1973** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **3687388/SDS/PE (RG), 82066230430 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **VIGILANTE** Telefones Celulares: **- 984296880**

10/05/2019 13:40



996336490

Endereço Residencial: **AVENIDA NOSSA SENHORA DE FATIMA, 4 - CEP: 55000-000 - Bairro: JARDIM JORDAO - JABOATAO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL, ESCOLA NSRª DE FATIMA**

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

PDZ3223 MOTO BROSS 160 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **VALDENIO MENDONÇA GOMES DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **FABIO PESSOA RIBEIRO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR 160 BROS ESDD** Objeto apreendido: **Não** Número de Série: **9C2KD0810JR001270**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PDZ3223** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **1134574794** Chassi: **9C2KD0810JR001270**
Ano Fabricação/Modelo: **2017/2017**

KGK2521 CORSA SEDAN (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **MARIA BETANIA DO NASCIMENTO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **MARIA BETANIA DO NASCIMENTO**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/GM/CORSA** Objeto apreendido: **Não** Número de Série: **9BGXH19G06B157142**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)** Unitário: **10000,00 (REAL)**

Placa: **KGK2521** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **874050316** Chassi: **9BGXH19G06B157142**
Ano Fabricação/Modelo: **2005/2005** Combustível: **ALCO/GASOL**
Descrição: **CHASSI 9BGXH19G06B157142 CORSA PRETO PLACA KGK 2521**

Complemento / Observação

INFORMA A VÍTIMA FABIO PESSOA RIBEIRO QUE ESTAVA TRANSITANDO NA FAIXA DIREITA NA MOTO PDZ3223 PELA AVENIDA RECIFE, NA ALTURA DO CAÇOTE, QUANDO O CONDUTOR DO AUTOMÓVEL KGK2521 REALIZOU ULTRAPASSAGEM DE OUTRO AUTOMÓVEL PELA DIREITA E COLIDIU COM A MOTO. QUE O DECLARANTE FOI LANÇADO NO ASFALTO SOFRENDO FRATURA NO COTOVELO EQUERDO, TENDO O MOTRISTA A PRINCÍPIO EVADIDO-SE SENDO NECESSÁRIO O USO DOS SERVIÇOS DA BPMP MOTORIZADA BPTRAM QUE FOI ATRÁS DO MOTORISTA O FAZENDO VOLTAR AO LOCAL DO ACIDENTE QUE O DECLARANTE DISSE QUE AINDA VIU O MOTORISTA QUANDO ESTAVA SENDO SOCORRIDO, PARA O HOSPITAL DO HAPVIDA EM AMBULANCIA DO SAMU; QUE O DECLARANTE DISSE TER TOMADO CONHECIMENTO DE QUE O CONDUTOR DO VEÍCULO ESTAVA DIRECIONANDO O CARRO QUE SERIA DA GENITORA DO MESMO, E SEM CARTEIRA DE HABILITAÇÃO TENDO SIDO ESTE, O AUTOR SEGUNDO SOUBE MULTADO POR DIRIGIR SEM ESTAR HABILITADO PARA TAL. QUE A VÍTIMA VEIO A ESTA 9ª CIRC. PARA PEDIR TOMADA DE PROVIDÊNCIAS CABÍVEIS.

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


FABIO PESSOA RIBEIRO
(VÍTIMA)

VALDENIO MENDONÇA GOMES DA SILVA
(OUTRO)

B.O. registrado por:  **MONICA BARBOSA DE MELO DUARTE** - Matrícula: **221284-6**

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
14/11/19

10/05/2019 13:40





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 009ª CIRCUNSCRIÇÃO - IPSEP - DP9ªCIRC DIM/3ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0099002941**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **06/11/2019** às **16:13**

Complementa o BO Número: **19E0099001223**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado) que aconteceu no dia **29/4/2019** às **13:40**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA RECIFE, 1** - Bairro: **IPSEP - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **PROXIMO AO CAÇOTE**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

MARIA BETANIA DO NASCIMENTO (AUTOR \ AGENTE)
VALDENIO MENDONÇA GOMES DA SILVA (OUTRO)
FABIO PESSOA RIBEIRO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): FABIO PESSOA RIBEIRO
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): MARIA BETANIA DO NASCIMENTO

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

MARIA BETANIA DO NASCIMENTO (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **NI** Pai: **NI** Data de Nascimento: **1/1/1970** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **1/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escolaridade: **DESCONHECIDO**
Endereço Residencial: **RUA PROFESSOR POTIGUAR MATOS, 315 - CEP: 55000-000 - Bairro: IBURA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

FABIO PESSOA RIBEIRO (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **GESILDA INES PESSOA RIBEIRO** Pai: **SEVERINO ADALBERTO SOUZA RIBEIRO** Data de Nascimento: **4/10/1974** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **4603368/SSP/PE (RG), 83688757491 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **MECANICO** Telefones Celulares: **- 81986904533**

Endereço Residencial: **RUA SANTO CRISTO, 293 - CEP: 55000-000 - Bairro: AFOGADOS - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL, PORXIMO A IGREJA DA FÉ**

VALDENIO MENDONÇA GOMES DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **DALVA MENDONÇA BEZERRA** Pai: **JOSE GOMES DA SILVA SOBRINHO** Data de Nascimento: **6/3/1973** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **3687388/SDS/PE (RG), 82066230430 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **VIGILANTE** Telefones Celulares: **- 996336490**
- 984296880

Endereço Residencial: **AVENIDA NOSSA SENHORA DE FATIMA, 4 - CEP: 55000-000 - Bairro: JARDIM JORDAO - JABOATAO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL, ESCOLA NSRª DE FATIMA**



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

PDZ3223 MOTO BROSS 160 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **VALDENIO MENDONÇA GOMES DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **FABIO PESSOA RIBEIRO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR 160 BROS ESDD** Objeto apreendido: **Não** Número de Série: **9C2KD0810JR001270**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PDZ3223** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **1134574794** Chassi: **9C2KD0810JR001270**
Ano Fabricação/Modelo: **2017/2017**

KGK2521 CORSA SEDAN (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **MARIA BETANIA DO NASCIMENTO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **MARIA BETANIA DO NASCIMENTO**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMÓVEL/GM/CORSA** Objeto apreendido: **Não** Número de Série: **9BGXH19G06B157142**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)** Unitário: **10000,00 (REAL)**

Placa: **KGK2521** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **874050316** Chassi: **9BGXH19G06B157142**
Ano Fabricação/Modelo: **2005/2005** Combustível: **ALCO/GASOL**
Descrição: **CHASSI 9BGXH19G06B157142 CORSA PRETO PLACA KGK 2521**

Complemento / Observação

INFORMA A VÍTIMA FABIO PESOA RBEIRO QUE ESTAVA TRANSITANDO NA FAIXA DIREITA NA MOTO PDZ3223 PELA AVENIDA RECIFE, NA ALTURA DO CAÇOTE, QUANDO O CONDUTOR DO AUTOMÓVEL KGK2521 REALIZOU ULTRAPASSAGEM DE OUTRO AUTOMÓVEL PELA DIREITA E COLIDIU COM A MOTO. QUE O DECLARANTE FOI LANÇADO NO ASFALTO SOFRENDO FRATURA NO COTOVELO EQUERDO, TENDO O MOTRISTA A PRINCÍPIO EVADIDO-SE SENDO NECSSÁRIO O USO DOS SERVIÇOS DA BPMP MOTORIZADA BPTRAM QUE FOI ATRÁS DO MOTORISTA O FAZENDO VOLTAR AO LOCAL DO ACIDENTE QUE OD ECLARANTE DISSE QUE AINDA VIU O MOTORISTA QUANDO ESTAVA SENDO SOCORRIDO, PARA O HUSITAL DO HAPVIDA EM AMBULANCIA DO CORPO DE BOMBEIROS, CONFORME CERTIDÃO APRESENTADA CERTIDÃO, 2019APH001162 DIV. OP; QUE O DECLARANTE DISSE TER TOMADO CONHECIMENTO DE QUE O CONDUTOR DO VÉICUKLOS ESTAVA DIREIGNDO O CARRO QUE SERIA DA GENITORA DO MESMO, E SEM CARTEIRA DE HABILITAÇÃO TENDO SIDO ESTE, O AUTOR SEGUNDO SOUBE MULTADO POR DIRIGIR SEM ESTAR HABILITADO PARA TAL. QUE A VÍTIMA VEIO A ESTA 9ª CIRC. PARA PEDIR TOMADA DE PROVIDENCIAS CABÍVEIS.

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

FABIO PESSOA RIBEIRO
(VITIMA)

VALDENIO MENDONÇA GOMES DA SILVA
(OUTRO)

B.O. registrado por: **MONICA BARBOSA DE MELO DUARTE** - Matrícula: **221284-6**



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

1 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 836.882.574-91 4 - Nome completo da vítima: Fabio Pessoa Ribeiro

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

5 - Nome completo: Fabio Pessoa Ribeiro 6 - CPF: 836.882.574-91
7 - Profissão: Advogado 8 - Endereço: R. São Miguel qd 304.
9 - Número: 728 10 - Complemento:
11 - Bairro: Apogados 12 - Cidade: Recife 13 - Estado: PE 14 - CEP: 50850-000
15 - E-mail: marceloassessoria@hotmail.com 16 - Tel. (DDD): (81) 97915.3756

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal:
19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECURSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Brasil
AGÊNCIA: 4357 5 CONTA: 5370 8
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (viver nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Informar o nome completo da testemunha e o endereço completo para contato.

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

ENC 001 1000/2010



DEBENTURADO DE OPERAÇÃO
0040130 SUPER IBS CATAMARA 26/08/2010
ABRILIANO
07.05.23 (Horário de Brasília)
*****3135

Saida N. 93020001-6514

26/08/2010 BANCO DO BRASIL 07.00.28
435745130

SALDO DE CONTA CORRENTE
PARA SIMPLES CONFERENCIA

CLIENTE FABIO PESSOA RIBEIRO
AGENCIA 4357-5 5.370-8

SALDO	7.410
DISPONIVEL	7.410
ANOS 0.00 100	0.00

Informações importantes ao verso

www.banco24horas.com.br
Impressão em papel termossensível com
vida útil de 5 anos. Evite contato com
líquidos, produtos químicos, exposição
ao calor, umidade, luz do sol e lâmpadas.

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
14/10/19



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 836.882.574-91 4 - Nome completo da vítima: Fabio Pessoa Ribeiro

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

5 - Nome completo: Fabio Pessoa Ribeiro 6 - CPF: 836.882.574-91
7 - Profissão: Advogado 8 - Endereço: R. São Miguel 900 304. 9 - Número: 128 10 - Complemento:
11 - Bairro: Afogados 12 - Cidade: Recife 13 - Estado: PE 14 - CEP: 50850-000
15 - E-mail: marceloassessoria@hotmail.com 16 - Tel. (DDD): (81) 97915.3756

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Brasil

AGÊNCIA: 4352 5 CONTA: 5370 8
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vairascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Informação
dígito de
assinatura
assinatura
assinatura
assinatura

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 08/10/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

ENC 001 1007/2010



DEBENDIMENTO DE GENERALAO
0040130 SUPER IBS CATAMARA 26/08/2019
CIBRACARIS
07.05.23 (Horário de Brasília)
*****3135

Saldo N 93028004-0514

26/08/2019 BANCO DO BRASIL 07.00.28
435719130

SALDO DE CONTA CORRENTE
PARA SIMPLES CONFERENCIA

CLIENTE FABIO PESSOA RIBEIRO
AGENCIA 4357-5 5.370-8

Saldo 7.410

DISPONIVEL 7.410

DIARIOS 0.00 10F 0.00

Informações importantes no verso

www.banco24horas.com.br
Impressão em papel termossensível com
vida útil de 5 anos. Evite contato com
líquidos, produtos químicos, exposição
ao calor, umidade, luz do sol e lâmpadas

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
14/10/19



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 05/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FABIO PESSOA RIBEIRO

BANCO: 001

AGÊNCIA: 04357-5

CONTA: 000010005370-X

Nr. da Autenticação E416FB0556AC8873



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Fabio Pessoa Ribeiro

RG nº 4.603.368, data de expedição 31/01/18, Órgão SSPIPE,

CPF nº 836.887.574-91, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>R. São miguel</u>
Número	<u>428</u>
Apto / Complemento	<u>Apto 304 - Condomínio EDE K.S Belém</u>
Bairro	<u>afogados</u>
Cidade	<u>Recife</u>
Estado	<u>PE</u>
CEP	<u>50850-000</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 97915-3756</u>
E-mail	<u>marceloassessoria@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Caruaru, 08/10/2019

Assinatura do Declarante: Fabio Pessoa Ribeiro

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
14/10/19



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 0005943-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

GESILDA INES PESSOA RIBEIRO
CPF: 224.267.444-72

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA SAO MIGUEL 728 AP-304
CONDOMÍNIO EDF N S BELEM
AFOGADOS/RECIFE
50850-000 RECIFE PE

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

DATA DE VENCIMENTO

01/10/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

112,19

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

24/09/2019

DATA DA APRESENTAÇÃO

24/09/2019

NÚMERO DA NOTA FISCAL

078893390

CONTA CONTRATO

000406847012

Nº DO CLIENTE

2002589817

Nº DA INSTALAÇÃO

0002652933

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

2B7F.11D6.7C79.9F5C.618D.3D4D.F9C1.7331

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	107,00	0,77952320	83,40
Acréscimo Bandeira VERMELHA			6,07
Contrib. Ilum. Pública Municipal			18,45
ICMS Subvenção-CDE-NF 071165427-25/07/19			0,90
Multa por atraso-NF 071165427 - 25/07/19			2,02
Juros por atraso-NF 071165427 - 25/07/19			1,35
TOTAL DA FATURA			112,19

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
89,47	25,00	22,36	89,47	0,81	0,72	89,47	3,72	3,32

EM ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE.

Vencido	Di. Raav.	Valor
02/09/19	24/09/19	111,45

Este comunicado NÃO substitui aviso de débitos anteriores e NÃO contempla débitos em discussão judicial. Caso a suspensão do fornecimento persista por dois ciclos de faturamento, poderá ocorrer o encerramento do contrato, podendo também existir cobrança conforme os critérios definidos no Art. 99 REN 414/Anel. Podem ocorrer ações de cobrança, bem como inclusão nos registros de restrições de crédito SPC e SERASA.

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo(kWh)	0,54933000	SET 19	107
		AGO 19	107
		JUL 19	128
		JUN 19	115
		MAR 19	113
		ABR 19	103
		MAR 19	111
		FEV 19	92
		JAN 19	140
		DEZ 18	157
		NOV 18	82
		OUT 18	110
		SET 18	131

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Geração de Energia	30,86	34,89
Transmissão	3,10	3,46
Distribuição (Celpe)	18,76	20,99
Encargos Setoriais	4,41	4,93
Tributos	26,40	29,51
Perdas de Energia	5,92	6,62
TOTAL	89,47	100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
M01164	CAT	26/08/2019	4.271,00	24/09/2019	4.378,00	29	1,00000	0,00	107,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 25/10/2019

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	METAS MENSAL	METAS TRIM.	METAS ANUAL
			JUL/2019		
DIC-No.de horas sem Energia		0,00	4,95	9,91	19,82
FIC-No.de vezes sem Energia		0,00	3,11	6,22	12,45
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	2,77	0,00	0,00
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico					Limite DICRI: 12,22
EUSD-Valor do Encargo de Uso					R\$ 31,92

Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! Barato express: rua levinia afogados / miscelania silva costa: av. fernando bezerra 286 centroLista completa em www.celpe.com.br.
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Vermelha. Mais informações em www.aneel.gov.br.
Cobrança ICMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 39.459/13.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês.
O cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.
Em caso de suspensão 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 ocorrer a suspensão.

NÍVEIS DE TENSÃO

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

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
000406847012	09/2019	112,19	01/10/2019	

838100000019 121900110006 406847012101 142297592736



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

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
Jul/2019

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERVICOS MEDICOS LTDA - HE

08/05/2019 13:38

Paciente: FABIO PESSOA RIBEIRO Dt. Nasc.: 04/10/1974 Atendimento: 17936070 Prontuário: 7050125

Convênio: HAPVIDA Posto: POSTO EMERGENCIA - HE Leito: 300222/2

Profissional(is): FILIPE DE AZEVEDO MESQUITA CRM 21360 [1] Nº: 13177895 29/04/2019 às 15:52

ANAMNESE

Queixa Principal Dor no cotovelo e ombro esquerdos após acidente de trânsito hoje. [1]
Ao exame: EGB, eupnéico, Glasgow = 15, orientado
Marcha fisiológica
CD: 1. Rx do antebraço e braço esquerdos

Queixa Principal

CID10 S501 CONTUSAO DE OUTRAS PARTES E DE PARTES NAO ESPECIFICADAS DO ANTEBRACO [1]

Alergias Não [1]

Medicação Em Uso Não [1]

Antecedentes Patológicos Familiar Não [1]

DIAGNÓSTICO

CID10 S501 CONTUSAO DE OUTRAS PARTES E DE PARTES NAO ESPECIFICADAS DO ANTEBRACO [1]

CID10 S501 CONTUSAO DE OUTRAS PARTES E DE PARTES NAO ESPECIFICADAS DO ANTEBRACO [1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
14/10/19



FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERVICOS MEDICOS LTDA - HE

08/05/2019 13:38

Paciente: FABIO PESSOA RIBEIRO Dt. Nasc.: 04/10/1974 Atendimento: 17936070 Prontuário: 7050125
Convênio: HAPVIDA Posto: POSTO EMERGENCIA - HE Leito: 300222/2

Profissional(is): FILIPE DE AZEVEDO MESQUITA CRM 21360 [1] Nº: 13178406 29/04/2019 às 16:29

ANAMNESE

Queixa Principal Rx mostra fratura Mason 2 da cabeça radial esquerda. [1]
CD: 1. Ao ambulatório com tala axilopalmar, analgesia e orinetações

Queixa Principal

CID10 S521 FRATURA DA EXTREMIDADE SUPERIOR DO RADIO [1]

Alergias Não [1]

Medicação Em Uso Não [1]

Antecedentes Patológicos Familiar Não [1]

EXAME FÍSICO

Aspecto Geral Rx mostra fratura Mason 2 da cabeça radial esquerda. [1]
CD: 1. Ao ambulatório com tala axilopalmar, analgesia e orinetações

DIAGNÓSTICO

CID10 S521 FRATURA DA EXTREMIDADE SUPERIOR DO RADIO [1]

CID10 S521 FRATURA DA EXTREMIDADE SUPERIOR DO RADIO [1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO

Alta Após Medicação E Cuidados Alta após cuidados e/ou medicação [1]

KOTE SEGURO
Erica Araujo
14/10/19



PRESCRIÇÃO MÉDICA

Página 1 de 1
Emissão: 08/05/2019 13:38

Paciente: FABIO PESSOA RIBEIRO		Dt. Nasc: 04/10/1974		Atendimento: 17936070	
Convênio: HAPVIDA		Nº Prescrição: 10297222		Prontuário: 7050125	
Posto: POSTO EMERGENCIA - HE		Leito: 300222/2		Peso: kg	
1	PROFENID M (50.00mg/ml)	100 mg	2 ML (AMP. C/ 100MG)	Agua	IM
2	TAULA AXILO PALMAR				
Profissional: CRM 21360		FIM DE ADEVERSO PRESCRIÇÃO			
		CRM 21360		CRM 21360	

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
04/05/19

08/05/2019 13:38





LAUDO MEDICO

PCT:FABIO PESSOA RIBEIRO

PACIENTE COM HISTORIA DE DOR EM COTOVELO ESQUERDO POS
ACIDENTE DE MOTO EM 29/4/19.HD- FRATURA DA CABECA DO RADIO
COTOVELO ESQUERDO
NAO HA INDICACAO CIRURGICA ABSOLUTA
CD- IMOBILIZACAO/FISIOTERAPIA
CID-S52.1

Avraham Ferreira
SBCOT 25698 / SBCOC
CRM 17411

Ribeiro

07/05/19

KOTE SEGURO
Erica Araujo
Julia





PRESCRIÇÃO MÉDICA

Emissão: 08/05/2019 13:38

Página 1 de 1

Hospital do Espírito Santo Fundação Hospitalar de Apoio à Administração da Prefeitura Municipal de Vitória		Dt. Nasc. 04/10/1974		Atendimento: 17936070	
Paciente FABIO PESSOA RIBEIRO		Nº Prescrição: 10297222		Frontal: 7050125	
Convênio: HAPVDA		Teste: 30022212		Peso: kg	
Posto: POSTO EMERGENCIA - HE		2 ML (AMPA 100MG)		Agro IM	
1. POCFENIDINA (500mg/mg)		100 mg		CRM: 21360	
2. TALIA AXICO PAMMAO				CRM: 21360	
Profissional: CRP: 21360		Super de Atendimento: 17936070			

Atenção pelo Dr. FILSAR DE AZEVEDO MOURA

Dr. Leandro F. de Azevedo Moura
Médico
CRM: 21360

08/05/2019



FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

08/05/2019 13:38

ULTRA SOM SERVICOS MEDICOS LTDA - HE

Paciente: FABIO PESSOA RIBEIRO Dt. Nasc.: 04/10/1974 Atendimento: 17936070 Prontuário: 7050125
Convênio: HAPVIDA Posto: POSTO EMERGENCIA - HE Leito: 300222/2
Profissional(is): FILIPE DE AZEVEDO MESQUITA CRM 21360 [1] Nº: 13177895 29/04/2019 às 15:52

ANAMNESE

Queixa Principal

Dor no cotovelo e ombro esquerdos após acidente de trânsito hoje.

[1]

Ao exame: EGB, eupneico, Glasgow = 15, orientado
Marcha fisiológica

CD: 1 Rx do antebraço e braço esquerdos

Queixa Principal

CID10

S501 CONTUSAO DE OUTRAS PARTES E DE PARTES NAO
ESPECIFICADAS DO ANTEBRACO

[1]

Alergias

Não

[1]

Medicação Em Uso

Não

[1]

Antecedentes Patológicos Familiar

Não

[1]

DIAGNÓSTICO

CID10

S501 CONTUSAO DE OUTRAS PARTES E DE PARTES NAO
ESPECIFICADAS DO ANTEBRACO

[1]

CID10

S501 CONTUSAO DE OUTRAS PARTES E DE PARTES NAO
ESPECIFICADAS DO ANTEBRACO

[1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

Dr. Leandra
CRM 21360
CRM 21360

ATENDIDO PELO DR
FILIPE DE AZEVEDO MESQUITA



FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

08/05/2019 13:38

ULTRA SOM SERVICOS MEDICOS LTDA - HE

Paciente: FABIO PESSOA RIBEIRO

Dt. Nasc.: 04/10/1974

Atendimento: 17936070

Prontuário: 7050125

Convênio: HAPVIDA

Posto: POSTO EMERGENCIA - HE

Leito: 300222/2

Profissional(is): FILIPE DE AZEVEDO MESQUITA CRM 21380 [1]

Nº: 13178406 29/04/2019 às 16:29

ANAMNESE

Queixa Principal

Rx mostra fratura Mason 2 da cabeça radial esquerda.

[1]

CD: 1. Ao ambulatório com tala axilopalmar, analgesia e orientações

Queixa Principal

CID10

S521 FRATURA DA EXTREMIDADE SUPERIOR DO RADIO

[1]

Alergias

Não

[1]

Medicação Em Uso

Não

[1]

Antecedentes Patológicos Familiar

Não

[1]

EXAME FÍSICO

Aspecto Geral

Rx mostra fratura Mason 2 da cabeça radial esquerda.

[1]

CD: 1. Ao ambulatório com tala axilopalmar, analgesia e orientações

DIAGNÓSTICO

CID10

S521 FRATURA DA EXTREMIDADE SUPERIOR DO RADIO

[1]

CID10

S521 FRATURA DA EXTREMIDADE SUPERIOR DO RADIO

[1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO

Alta Após Medicação E Cuidados

Alta após cuidados e/ou medicação

[1]

ATENDIDO PLO DR FILIPE
DE AZEVEDO MESQUITA

Dr. Leandro Protes M...
Médico
CRM-PE 25427



GOVERNADO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
GOVERNADOR PAULO FREIRE
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

FABIO FREIRE STRECH

RG: 4403268 SSP PE
CPF: 038.887.574-91
DATA NASCIMENTO: 04/10/1978

PLACER
REVERENDO ADALBERTO BOM
DA MINEIRO
GISELDA INES FREIRE DE
MEYNO

SEXO: M
COR: BRN
ESTADO CIVIL: CASADO

CPF: 01101884078
DATA: 01/01/2005
VIGENCIA: 10/02/2008

Antônio Roberto Mello
SECRETÁRIO DE SEGURANÇA PÚBLICA

RECIFE, PE
DATA EMISSÃO: 31/01/2018

1561196955
PERNAMBUCO

KOTE SEGURO
Erica Araújo
14/10/19



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA	
DETRAN - PE		Nº 015102038161	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
1	1134574754	*****	2019
VALDENIO MENDONÇA GOMES DA SILVA			
JAB GUARARAPES-PE			
CPF / CNPJ		PLACA	
020.862.304-20		PD33223	
DADOS ANO / VÁLID. / COT. / PREÇO		DADOS ANO / VÁLID. / COT. / PREÇO	
***** / PE		9C2K08103R001270	
MARCA / MODELO		ANO FAB. / ANO REG.	
HONDA / HXR160 BROS ESDD		2017 / 2019	
CAP / POT / CL		CATEGORIA	
2F/162CL		PARTIC	
COR		VERMELHA	
COTA ÚNICA		BENEF. DOTAÇÃO	
IPVA 2019 QUITADO		*****	
ENQUILAV. / ANO		*****	
PREÇO TARIFÁRIO (R\$)		PREÇO TOTAL (R\$)	
40.11		40.11	
DATA DE VIGÊNCIA		10/07/19	
AL. FID. ADM. CONS. NAS. HONDA LTDA			
NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA			
JAB GUARARAPES		DATA	
25/07/19			
ROBERTO CARLOS MORAES FORTALEZA			
FONE 9822			

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT	
PE Nº 015102038161 - BILHETE DE SEGURO DPVAT	
VALDENIO MENDONÇA GOMES DA SILVA	
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA	
www.seguradoralider.com.br	
SAC DPVAT 0800 022 1204	
0	
JAB GUARARAPES-PE	
EXERCÍCIO DATA (EMISSÃO)	
2019 25/07/19	
CPF / CNPJ	
020.862.304-20	
PLACA	
PD33223	
RENENAM	
1134574754	
MARCA / MODELO	
HONDA / HXR160 BROS ESDD	
ANO FAB. / ANO REG.	
2017 / 00	
9C2K08103R001270	
PRÊMIO TARIFÁRIO	
PRÊMIO PRÊMIO PRÊMIO	
26.05 4.01 40.06	
CUSTO DO BILHETE PRÊMIO	
4.15 0.22 44.38	
PAGAMENTO	
DATA DE SURTIÇÃO	
15/07/19	
SEGURODPVAT	
CNPJ 06.340.888/0001-04	
DESTAQUE E COPIA DO BILHETE DPVAT	
SEM VALOR DE RESERVA	



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190583996 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FABIO PESSOA RIBEIRO **Data do acidente:** 29/04/2019 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA EXTREMIDADE DO RADIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.
P-4

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANALISE DOCUMENTAL DEFICIT LEVE DO PUNHO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: X

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190583996 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FABIO PESSOA RIBEIRO **Data do acidente:** 29/04/2019 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA EXTREMIDADE DO RADIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.
P-4

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANALISE DOCUMENTAL DEFICIT LEVE DO PUNHO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: X

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0357798/19

Vítima: FABIO PESSOA RIBEIRO

CPF: 836.887.574-91

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 29/04/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FABIO PESSOA RIBEIRO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

FABIO PESSOA RIBEIRO : 836.887.574-91

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 14/10/2019
Nome: FABIO PESSOA RIBEIRO
CPF: 836.887.574-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/10/2019
Nome: MARIA ERICA ARAUJO COELHO
CPF: 010.626.514-80

FABIO PESSOA RIBEIRO

MARIA ERICA ARAUJO COELHO



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0357798/19

Número do Sinistro: 3190583996

Vítima: FABIO PESSOA RIBEIRO

Data do acidente: 29/04/2019

CPF: 836.887.574-91

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FABIO PESSOA RIBEIRO

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 21/11/2019

Nome: FABIO PESSOA RIBEIRO

CPF: 836.887.574-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/11/2019

Nome: MARIA ERICA ARAUJO COELHO

CPF: 010.626.514-80

FABIO PESSOA RIBEIRO

MARIA ERICA ARAUJO COELHO

