



Número: **0035780-03.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 1ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **17/06/2019**

Valor da causa: **R\$ 7.087,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ANDRE LUIZ BARBOSA LEMES (AUTOR)		PAULO ANTONIO COELHO CASTOR (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSÓCIOS DE SEGURO DPVAT (RÉU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
ARUANA SEGUROS S.A. (RÉU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
OYAMA ARRUDA FREI CANECA JUNIOR (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
55003363	04/12/2019 15:57	2642434_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_JUR_01	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo: 00357800320198172001

ARUANA SEGUROS 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 **ANDRE LUIZ BARBOSA LEMES**, 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.

Ocorre que o autor ingressou com pedido administrativo, momento em que foi realizada análise medica documental por profissional medico capacitado e durante o procedimento foi atestada a seguinte lesão, vejamos.

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: 3190269860 Cidade: Santa Cruz do Capibaribe Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: ANDRE LUIZ BARBOSA LEMES Data do acidente: 26/08/2018 Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/04/2019
Valoração do IML: 0
Perícia médica: Não
Diagnóstico: FRATURA DIAFIÁRIA DO FÊMUR DIREITO.
Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (TRAÇÃO TRANSESQUELETICA) E ALTA MÉDICA.
Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.
Sequelas: Com sequela
Conduta mantida:
Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.
Documentos complementares:
Observações: PAG 4,6

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 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: 00000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 26/04/2019
NUMERO DO DOCUMENTO:
VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANDRE LUIZ BARBOSA LEMES

BANCO: 104
AGÊNCIA: 01038
CONTA: 00000027375-0

Nr. da Autenticação 7945099CDFE1028F

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



Nesse sentido, foi nomeado perito por esse d. juízo, e posteriormente as partes intimadas a apresentaram quesitos, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez do autor e assim atestou o percentual de 75% de incapacidade do membro.

Outrossim, cumpre esclarecer que a Ré utilizou as regras da tabela inserida na Lei 11.945/09 e Sumula do 474 do STJ ao efetuar o pagamento administrativo no importe de R\$ 2.362,50 (dois mil, trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos), não sendo crível que a lesão tenha se agravado nesse período entre o pedido administrativo e o laudo pericial judicial.

Em razão da graduação e da ausência de informação, pugna a Ré pela intimação do Perito do juízo para que preste esclarecimentos acerca do elevado percentual de invalidez atestado, uma vez que não há nos autos documentos médicos que corroborem com a graduação.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RECIFE, 3 de dezembro de 2019.

JOÃO BARBOSA
OAB/PE 4246

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE





Número: **0035780-03.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 1ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **17/06/2019**

Valor da causa: **R\$ 7.087,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
ANDRE LUIZ BARBOSA LEMES (AUTOR)	PAULO ANTONIO COELHO CASTOR (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSÓCIOS DE SEGURO DPVAT (RÉU)	RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)
ARUANA SEGUROS S.A. (RÉU)	RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)
OYAMA ARRUDA FREI CANECA JUNIOR (PERITO)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
55003364	04/12/2019 15:57	ANEXO 1	Outros (Documento)



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-3596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP 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 PELA REGULAÇÃO 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 ILCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.633/98.

Pelo exposto, eu Josilene Ferreira Macedo

inscrito (a) no CPF/CNPJ 540974874 / 34, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Andre Luiz Barbosa Reemer inscrito (a) no CPF sob o Nº 361232538 / 83

do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima Andre Luiz Barbosa Reemer

inscrito (a) no CPF sob o Nº 361232538 / 83, 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 Antenor Navarro</u>		Número: <u>729</u>	Complemento: <u>casav</u>
Bairro: <u>Retópolis</u>	Cidade: <u>Caruaru</u>	Estado: <u>PE</u>	CEP: <u>55032210</u>
E-mail: <u>macedof43@gmail.com</u>		Inscrição: <u>8199907-718A</u>	

Local e Data: Caruaru, 29 de Janeiro de 2019

Josilene Ferreira Macedo
Assinatura do Declarante

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

10 ABR 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C.
Boa Vista - CEP: 50.068-010

RECIFE-PE

DLDR.L001 V001/2017





FIGHA DE ATENDIMENTO

EXECIONISTA: Patyline Data: 26/09/18 Hora: 07:55 min
 Nome: Andre Luiz Barbosa Bonin Nº do Produtório: _____
 Idade: 74 Nascimento: 11/09/81 Nº SUS: _____
 Estado Civil: _____ Profissão: _____ Fone: () _____
 Endereço: _____ Nº _____ Bairro: _____
 Cidade: SCL Acompanhante: Sim Não Nome: _____
 Telefone: _____

Exames da Triagem: (Técnico de enfermagem) Horário: _____ min
 T: _____ HGT: _____ FC: _____ FR: _____ SaO2%: _____

Exames da Classificação: (ENFERMEIRO) Horário: _____ min
 Lesões pré-existentes: _____
 Sinais vitais: _____
 Uso de medicações: _____

CLASSIFICAR COMO VERMELHO:
 Cianose (); Estridor (); PC < 50 > 140 (); FR > 32 vpm (); Extremidades frias (); Pulso fraco ();
 Sono ausente (); Sudorese (); PAS < 80 mmHg (); PAD > 130 mmHg (); Letargia (); Convulsionando ();
 Não responde ou só resposta a dor (); Intoxicação exógena (); Sangramento intenso (); Lesão grave ();
 Edematosas > 25% de SC ou acometimento de vias aéreas (); Hipoglicemia com sudorese intensa ();
 S: _____

05.802.494/0001-11
 TRACÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA

10 ABR 2019

CLASSIFICAR COMO AMARELO:
 Traumatizado com Glasgow entre 13 e 16 (); FC < 50 ou > 140 (); PAS < 80 ou > 180 (); PAD > 130 ();
 T > 39°C (); Febre com imunodepressão (); Convulsão nas últimas 24h (); Mãos frias associadas ();
 Edematosas de 1° e 3° graus em áreas não críticas (); Abuso sexual (); Dor abdominal ou torácica intensa ();
 Fraturas anguladas e luxações com comprometimento neurovascular ou dor intensa (); história até 72h de:
 febre (); Hematemese (); enterorragia (); epistaxe (); Acidente químico/contato c/ mat biológico ();

19120415573008300000054116050





DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de comprovação que o Sr. **ANDRÉ LUIZ BARBOSA LEMES** nascido em 17/09/1981 esteve nesta unidade hospitalar no dia 26/08/2018 por volta das **01h55min**. Para tanto segue em anexo cópia da ficha do atendimento do mesmo.

Santa Cruz do Capibaribe, 04 de FEVEREIRO de 2019.

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
10 APR 2019
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.260-010
RECIFE-PE

ATENCIOSAMENTE


JOSE ADEMIR PEREIRA
DIRETOR
MAT.069043

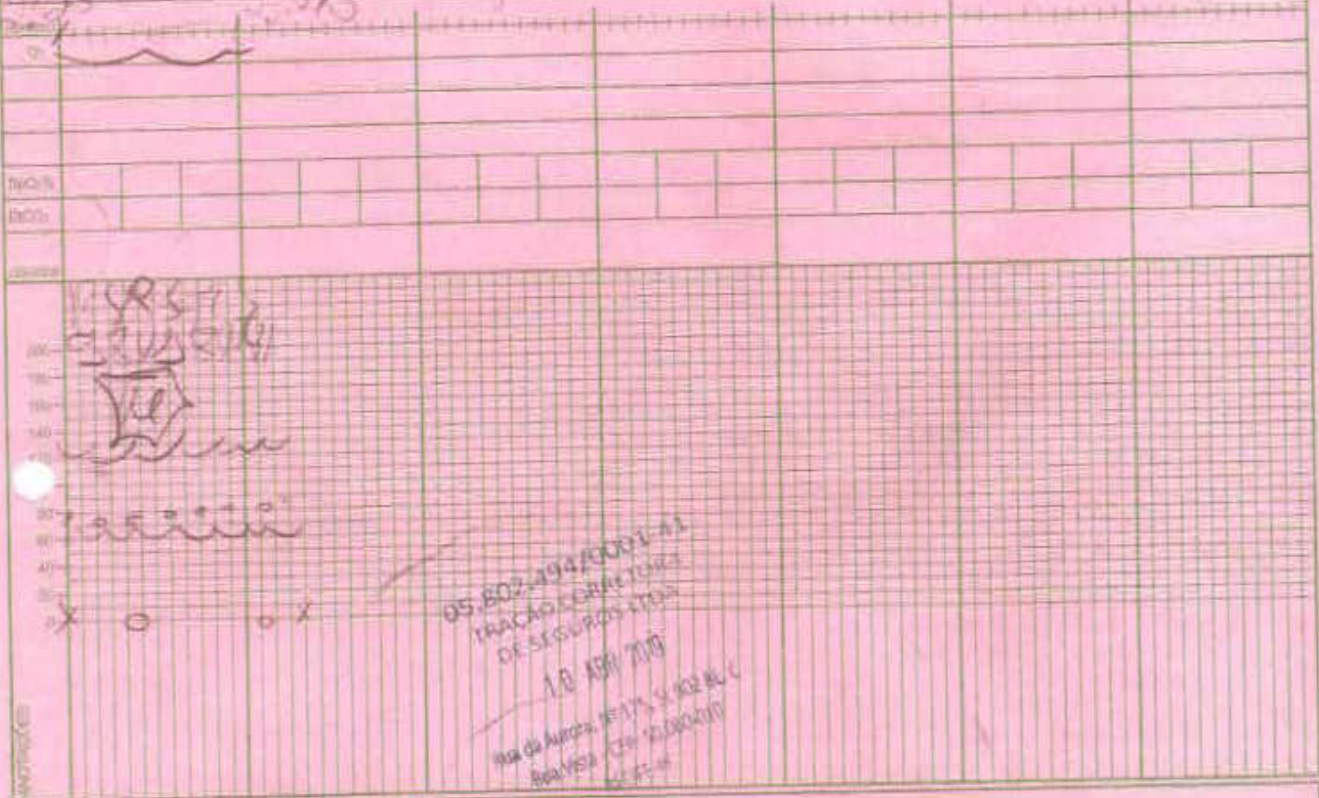
Rodovia PE 160, SN – Curral Picado – Santa Cruz do Capibaribe - PE
E-mail: upa24hsc@gmail.com



FICHA DE ANESTESIA

UNID.:

NOME: André Luiz Barbosa Lima		REGISTRO: 321420	CATEGORIA: SUS
HOSPITAL: 11RA	SEXO: M / ETC: F	COR: B / P: Q	IDADE: 36 / NOME DO PAI: 1120
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura de tíbia	RESPIRAÇÃO: 36 / PA: 120x80 / FC: 76 / BPM: 45 / I	RESPIRAÇÃO: ABR	
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: A contusão	CÓDIGO CIRÚRGICA: 3107019031-0	FORTE: 2	N: 100
OPERAÇÃO PROPOSTA: Tratam. fratura de tíbia			
OPERAÇÃO REALIZADA: A mesma			



05.802.494/0001-41
 TRACÇÃO CORDEIRO TORRES
 DE SEGUROS ETERA
 1.01 ABR 2019
 Rua da Aurora, 1571, S. José do C.
 Recife - PE - 51000-000
 CEP: 51000-000

AGENTE	CONC.	QUANTIDADE	TECNICA ANESTESICA
Pantone		100ml	Intubação orotraqueal c/ @ + 2
Propofol		250mg	

DURAÇÃO DA OPERAÇÃO: **15m** DURAÇÃO DA ANESTESIA: **15m**

<input checked="" type="checkbox"/> CARMÉN (COREP)	<input type="checkbox"/> CARMÉN (MARI)	<input type="checkbox"/> PVS	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> CARMÉN (M)	<input type="checkbox"/> E-VEGICAL	<input type="checkbox"/> TEMPERATURA	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> PNI	<input type="checkbox"/> URINA (MATERIAL)	<input type="checkbox"/> MONITOR DO ESTADO CEREBRAL	<input type="checkbox"/>

<input type="checkbox"/> FICHA (MATERIAL)	<input type="checkbox"/> DESTRUI
<input type="checkbox"/> ACOPIAR (MATERIAL)	<input type="checkbox"/> BR
<input type="checkbox"/> ACOPIAR (MATERIAL)	<input type="checkbox"/> UT
<input type="checkbox"/> ACOPIAR (MATERIAL)	<input type="checkbox"/> QUARTO

Dr. Thales Portela Barcoza
 Médico Anestesiologista
 CREMEPE 25410

ASSOCIADA DA ANESTESIOLOGIA




SECRETARIA DO ESTADO DE PERNAMBUCO
CONSUMO DE MEDICAMENTOS E MATERIAIS EM CIRURGIAS
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

BLOCO CIRÚRGICO							
PACIENTE: <u>André Luiz Botelho</u>			REGISTRO Nº <u>324230</u>				
SALA CIRÚRGICA Nº <u>08</u>			DATA <u>26/08/18</u>				
CIRURGIJA: <u>fractura transmandibular</u>			CIRURGIÃO: <u>Dr. Ubaldo F. F. F. F.</u>				
ANESTESIA: <u>Sedação</u>			ANESTESIOLOGISTA: <u>Dr. Thalles Portela</u>				
QUANT.	ESPECIFICAÇÃO	PREÇO		QUANT.	ESPECIFICAÇÃO	PREÇO	
		UNIT.	TOTAL			UNIT.	TOTAL
✓	Oxigênio				Agulha Descartável		
	Água Destilada				Agulha para Pendura		
	Atropina				Agulha para Raqui		
	Bupivacaína				Atadura Gessada		
	Cefazolina 1g				Atadura Crepom		
	Clonidina			01	Cateter para Oxigênio		
01	Dezametasona 4mg				Cateter para Venopunção		
	Diclofenaco				Coletor de Urina Aberto		
02	Dipirona				Coletor de Urina Fechado		
	Etilefrina				Dreno		
	Glicose 50%			05	Eletrodo p/ Monitorização		
	Lidocaina				Equipo para Sangue		
	Metoclopramida				Equipo para Soro		
	Neostigmina				Fio Cat Gut Cromado		
	Prometazina				Fio Cat Gut Simples		
	Ranitidina			01	Fio de Aço Kishner 3,5		
	Ringer co Lactato				Fio de Algodão		
01	Soro Fisiológico				Fio de Nylon		
	Soro Glicosado				Fio de Polipropileno		
	Succinato de Estriol			07	Gase 7,5x7,5		
	Tenoxicam			01	Lâmina de Bisturi 24		
01	<u>propranolol</u>				Luvas Estéreis 7,0		
01	<u>pentamida</u>				Luvas Estéreis 7,5		
					Luvas Estéreis 8,0		
				01	Seringa 5ml		
				01	Seringa 10ml		
				01	Seringa 20ml		
					Sonda de Foiev		
					Sonda Endotraqueal		
					Sonda Nasogástrica		
					Sonda Uretal		
					Tubo para Aspiração		
05	<u>anticoagulante</u>			08	<u>luvas procedimento</u>		
05	<u>medicamento</u>			✓	<u>clonidina</u>		
05	<u>doença</u>			✓	<u>propofol</u>		
SUBTOTAL				SUBTOTAL			
				TOTAL			

05.802.494/0001-41
 TRACÇÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA
 10 APR 2019
 Rua da Aurora, nº 175, SJ 902 BL. E
 Boa Vista - CEP 50.040-010
 PE/PE-PE

Observação: No caso de serem utilizados outros itens especificá-los.


 Assinatura do Cirurgião

Dr. Eur. Selma 201995
 Assinatura do Responsável pela Sala de Cirurgia



SECRETARIA DE SAUDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE - HRA

RESUMO DE ALTA

Si Teuber

Nome: Paula Rosa Barbosa Gomes

Prontuário: 324220

Data: 26/08/2018 Hora: _____

DIAGNÓSTICO: Fratura de fêmur

AMBULATÓRIO DE EGRESSO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS: 101027) 2125

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

10 ABR 2019

Rua da Aurora, Nº 175, Sl. 902 Bl. C
Boa Vista - CEP- 50.160-010
RECIFE-PE

TRATAMENTO REALIZADO: Exame realizado por outro
coléu

Alta Hospitalar: Data: 25/10/18 Dr. Jackson Florêncio Hora: _____
Ortopedista

15 OUT. 2018

CRM 18571-PE/OT - 13024
CPF: MR-481.384-06 Ass. do Médico e CRM
Carimbo

HRA
Data: 25/10/18
hor: susqueto
Dr: SH





05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
10 ABR 2019
Rua da Aurora, Nº 175, Sl. 902 Bl. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE





05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

10 APR 2019

Rua da Aurora, 1175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE





05.802.494/0001-43
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

10 ABR 2019

Rua da Aurora, nº 175, Sl. 902 BL. C
Boa Vista - CEP 50.063-010
RECIFE-PE



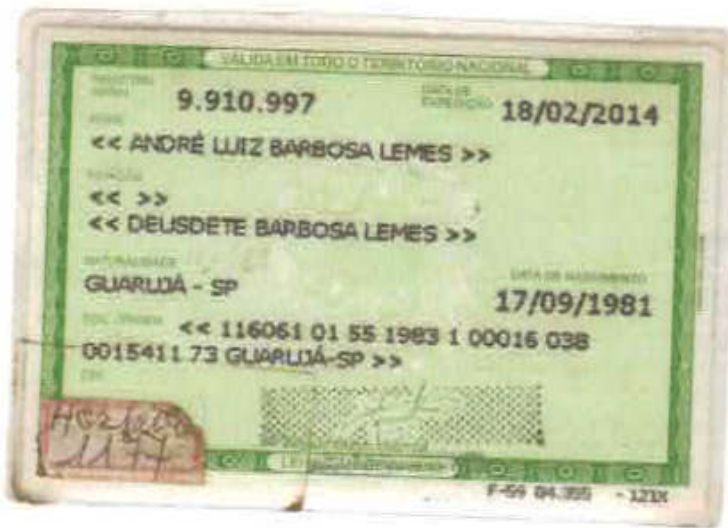


05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

10 APR 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP-50.060-010
RECIFE-PE





05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
19 ABR 2019
Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP- 52.060-010
RECIFE-PE





CNPJ 09.769.035/0001-64
 INSC. EST. Nº 18.1.001.0014398-2

ATELIER: RUA 18 CAMEIA - BARR. - 00152 - MUNICÍPIO DE MASSAU
 A/C CARUARU-PE 55012-370

DADOS DO CLIENTE MATRÍCULA: 384257672 **FEV-2019**
JOSILENE FERREIRA MACEDO
 R. ANTENOR NAVARRO, N. 00729 - PETROPOLIS - CARUARU-PE 55052-238
 INSCRIÇÃO: 041.971.170-075.063 GRUPO: 16 DEB. AUTOMÁTICO: 054257672

SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO EBOUDO FACTIVEL	RESIDENCIAL	TIPO DE CONSUMO (A/E)
		2	RESIDA MD

HIDRÔMETRO A338093778	DATA LEIT. ANTERIOR 13/02/2019	DATA LEIT. ATUAL 14/03/2019	RESIDA MD
-----------------------	--------------------------------	-----------------------------	-----------

ÁGUA:
 LEIT ANT: 291 CONSUMO-E
 LEIT ATU: 286
 LEIT FAT: 286 LEIT MR ANT

HISTÓRICO DE CONSUMO

REFERÊNCIA CONSUMO	PARAMETROS	NÚMERO DE ANÁLISES		
		EXIG. MS 2.914/11	ANÁLISES REALIZ.	ATEND. A LEGIS
01/2019 06	TURBID. Z	10	10	10
12/2018 06	COR APARENTE	10	10	10
11/2018 04	CORO RESIDUAL	10	10	10
10/2018 06	COND. RESIDUAL	10	10	10
09/2018 07	COND. VISUAL	10	10	10
08/2018 07	E. COLI	10	10	10

Qtd. de Amostras de Água: www.compesa.com.br
 OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 99% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS
 (2) OS PARÂMETROS CONFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DE ÁGUA
 (3) OS PARÂMETROS COR E TURBID. SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	CONSUMO	TOTAL (R\$)
ÁGUA RESIDENCIAL 3 UNIDADE(S) CONSUMO DE ÁGUA	6 M3	42,30

INDICATIVO	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPORTE
de consumo	41,30	2,05	0,85
	41,30	7,60	3,14

05.802.494/0001-41
 TRACÇÃO CORRETORA DE SEGUROS LTDA
 10 ABR 2019
 Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
 Boa Vista - CEP 50.060-010
 RECIFE-PE



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190269860 **Cidade:** Santa Cruz do Capibaribe **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANDRE LUIZ BARBOSA LEMES **Data do acidente:** 26/08/2018 **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/04/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DO FÊMUR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (TRAÇÃO TRANSESQUELETICA) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: PAG 4,6

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 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 PARTICULAR.

OUTORGANTE:

NOME: Andre Luiz Barbosa Lemes
NACIONALIDADE: Brasileiro ESTADO CIVIL: Solteiro.
PROFISSÃO: Autônomo IDENTIDADE: 9.930997 SDS-PE
CPF: 363.232.538.83 CNH: —
ENDEREÇO: Rua Abilio Texeira Neto 07
BAIRRO: Milagres Antezozo CIDADE: Santa Cruz do Capibaribe.
ESTADO: Pernambuco

OUTORGADO:

NOME: JOSILENE FERREIRA MACEDO
NACIONALIDADE: BRASILEIRA. ESTADO CIVIL: CASADA.
PROFISSÃO: DO LAR IDENTIDADE: 546858594 SSPSP.
CPF: 540-974-874-34. CNH: _____
ENDEREÇO: RUA ANTONOR NAVARRO N - 729
BAIRRO: PETROPOLIS. CIDADE: CARUARU. ESTADO: PERNAMBUCO.

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante a SEGURADORAS, referente ao SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

Sta Cruz do Capibaribe / PE, 29 de janeiro de 2019
LOCAL E DATA

Andre Luiz Barbosa Lemes
ASSINATURA DO OUTORGANTE.

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

10 ABR 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP- 50.065-010
RECIFE-PE

TABELIONATO DE NOTAS E PROTESTO
Tabelião: ISAAC AÉCIO FREITAS MIRANDA
Av. Ten. Sérgio Amador, 174 - Centro
Santa Cruz do Capibaribe - PE - Fone: (51) 3221-1100

Reconhecido por AUTENTICIDADE 1 firma(s) de (1) Andre Luiz
Barbosa Lemes
Doutor Santa Cruz do Capibaribe, 29/01/2019 - Total: 4,79
Em Testemunho _____ da verdade
Eriane Nilze de Aguiar Pa - Escrevente
Seio(s): 0159467-IRF0 201901 02237
* Consulte autenticidade em: www.tipe.jus.br/seiodigital*



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0123116/19

Vítima: ANDRE LUIZ BARBOSA LEMES

CPF: 361.232.538-83

Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

Data do acidente: 26/08/2018

Titular do CPF: ANDRE LUIZ BARBOSA LEMES

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

JOSILENE FERREIRA MACEDO : 540.974.874-34

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

ANDRE LUIZ BARBOSA LEMES : 361.232.538-83

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: 10/04/2019
Nome: JOSILENE FERREIRA MACEDO
CPF: 540.974.874-34

JOSILENE FERREIRA MACEDO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/04/2019
Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

Steffany Carolyn Lins Veloso



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0123116/19

Número do Sinistro: 3190269860

Vítima: ANDRE LUIZ BARBOSA LEMES

CPF: 361.232.538-83

Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

Data do acidente: 26/08/2018

Titular do CPF: ANDRE LUIZ BARBOSA LEMES

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

ANDRE LUIZ BARBOSA LEMES : 361.232.538-83

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: 15/04/2019
Nome: JOSILENE FERREIRA MACEDO
CPF: 540.974.874-34

JOSILENE FERREIRA MACEDO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/04/2019
Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

Steffany Carolyn Lins Veloso





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

Rio de Janeiro, 11 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190269860

Vítima: ANDRE LUIZ BARBOSA LEMES

Data do Acidente: 26/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANDRE LUIZ BARBOSA LEMES

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 14177894

Pag. 01517/01518 - carta_01 - INVALIDEZ





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

Rio de Janeiro, 11 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190269860

Vítima: ANDRE LUIZ BARBOSA LEMES

Data do Acidente: 26/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ANDRE LUIZ BARBOSA LEMES

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

Comprovante de residência ilegível, o documento não permite a leitura das informações, necessário apresentar.

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: 00061/00062 - carta_03 - INVALIDEZ

00070031



Carta nº 14178271





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, 04 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190269860

Vítima: ANDRE LUIZ BARBOSA LEMES

Data do Acidente: 26/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANDRE LUIZ BARBOSA LEMES

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **ANDRE LUIZ BARBOSA LEMES**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **104**

Agência: **000001038**

Conta: **0000027375-0**

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. 01671/01672 - carta_15R - INVALIDEZ



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190269860 **Cidade:** Santa Cruz do Capibaribe **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANDRE LUIZ BARBOSA LEMES **Data do acidente:** 26/08/2018 **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/04/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DO FÊMUR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (TRAÇÃO TRANSESQUELETICA) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: PAG 4,6

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 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





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 36123253883 Nome completo da vítima: André Luiz Barbosa Leães
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012
 Nome completo: André Luiz Barbosa Leães CPF: 36123253883
 Profissão: Autônomo Endereço: Rua Abílio Cesar P. Neto Número: 07 Complemento: CASA
 Bairro: Milagres Cardoso Cidade: Santa Luz do Capibaribe Estado: PE CEP: 55190389
 E-mail: marcioloff43@gmail.com Tel (DDD): 8199907-7180

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

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:
 RECURSO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 1038 CONTA: 27375 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

INVALIDEZ PERMANENTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte a aqueles 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.

MORTE

Local e Data: Paraná 07/04/2019
 Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): André Luiz Barbosa Leães
 Assinatura do Representante Legal (se houver): _____
 Assinatura do Procurador (se houver): _____

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
 CPF: _____
 2ª | Nome: _____
 CPF: _____

05-802.494/0001-43
 TRACÇÃO CORRETORA
 Assinatura
 10 ABR 2019
 Rua da Aurora, nº 176 - SE 907 BLC-E
 Assinatura _____ CPF: 50160010
 RECIFE-PE

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

L V001/2018





AUTO-ATENDIMENTO - Ag Santa Cruz do Capibarib
DATA: 04/04/2019 HORA: 12:49:31
TERMINAL: 10361810 CONTROLE: 103610100463

AGENCIA: 1036 - SANTA CRUZ DO CAPI
CONTA: 013.00027375-0
CLIENTE: ANDRE LUIZ BARBOSA LEMES

EXTRATO MENSAL PARA SIMPLES CONFERENCIA
ULTIMOS 30 DIAS

SALDOS POR DATA LIMITE

DEPOSITOS REALIZADOS ATÉ 03/03/2012	
DATA	VALOR
09/03	0,00
11/03	0,00
DEPOSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/03/2012	
DATA	VALOR
09/03	22,89
11/03	0,05

MOVIMENTAÇÃO

DATA	NR.DOC	HISTÓRICO	VALOR
SALDO ANTERIOR			22,860
Março			
09/03	000000	REM BASICA	0,000
09/03	000000	CRED JUROS	0,000
11/03	000000	REM BASICA	0,000

RESUMO EM 03/04
SALDO 22,940

RESUMO DO DIA
SALDO DISPONIVEL 22,940
SALDO BLOQUEADO 0,00
SALDO TOTAL 22,940

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

10 MAR 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

Informações, reclamações, sugestões e elogios
SAC CAIXA: 0800-725 0101
Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474
www.caixa.gov.br

CONHEÇA A NOVA TABELA DE TARIFAS NO SITE
CAIXA.GOV.BR/VOCE





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
POSTO POLICIAL DO HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE -
CIRCUNSCRICAO CARURU



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. **19E2106000175**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **06/04/2019** às **12:17**

Complementa o BO Número: 19E2106000173

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)
que aconteceu no dia **26/3/2018** às **01:05**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, AVENIDA PREFEITO BRÁZ DE LIRA, PROXIMO AO SAMU - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:
DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
ANDRÉ LUIZ BARBOSA LEMES (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

05.802.494/0001-41
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

10 APR 2019

Rua da Aurora, nº 175, Sl. 902 Bl. C
Das Vistas - CEP: 53.060-010
PE - PE

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

DESCONHECIDO (não presente no plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

ANDRÉ LUIZ BARBOSA LEMES (presente no plantão) - Sexo: Masculino Mãe: DEUSDETE BARBOSA LEMES Data de Nascimento: 17/9/1984 Naturalidade: GUARUJA / SAO PAULO / BRASIL Documentos: 9916997/SDS/PE (RG), 36122293883 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: SERRALHEIRO Telefones Celulares: - 81973203313

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, RUA ABILIO CESAR P. NETO, 26, - CEP: 53868-400 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

06/04/2019 12:09



MOTOCICLETA DESCONHECIDA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(s):
DESCONHECIDO, que estava em posse do(s) Sr(s): **DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto
apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

COMPARECEU A SEDE DO PLANTÃO NESTE POSTO POLICIAL A PESSOA DA VÍTIMA ONDE FALOU QUE NO DIA DO FATO ESTAVA NAS PROXIMIDADES DO LOCAL CONHECIDO COMO GIRADOURO PARA O BAIRRO MALAQUIAS CARDOSO E PARA TANTO FEZ USO DE UM MOTOTAXISTA E ESTA ESTAVA USANDO UM FARDAMENTO CARACTERÍSTICO NAQUELA CIDADE DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, OU SEJA, O CONDUTOR ESTAVA USANDO UM COLETE MAIS A VÍTIMA NÃO LEMBRA A NUMERAÇÃO DAQUELE COLETE E INICIARAM A VIAJEM PORÉM NA AVENIDA PREFEITO BRÁZ DE LIRA, AO LADO DO SAMU E EM UMA CURVA O CONDUTOR ESTAVA USANDO VELOCIDADE ACIMA DO PERMITIDO E NESTA CURVA AMBOS FORAM AO SOLO OU SEJA, SO A VÍTIMA E GARUPA SENTIU DORES POIS O CONDUTOR DEPOIS DA QUEDA LEVANTOU FOI ATÉ A VÍTIMA PEGOU O CAPACETE QUE ESTA USAVA E FOI EMBORA, POPULARES ACIONARAM O SERVIÇO DE EMERGENCIA QUE É PROXIMO DO LOCAL DO ACIDENTE COMPARECERAM UMA EQUIPE E NESTE ATO A VÍTIMA APRESENTA UMA DECLARAÇÃO DAQUELE ORGÃO DE SALVAMENTO NO QUAL CONSTA ID-9887, REG-22.293, APOS OS PRIMEIROS SOCORROS A VÍTIMA FOI TRANSPORTADA PARA UPA 24 HORAS DA CIDADE DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE E APRESENTA COPIA DAQUELA UNIDADE HOSPITALAR E DEPOIS FOI TRANSFERIDO PARA ESTA UNIDADE ONDE RECEBEU O PRONTUARIO DE NUMERO 324226, ONDE CONSTA QUE O MOTIVO DO ATENDIMENTO É QUEDA DE MOTO E FEZ TRATAMENTO CIRURGICO NA PERNA DIREITA FICANDO CERCA DE QUATRO MESES.

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

ANDRÉ LUIZ BARBOSA LEMES
(VITIMA)

B.O. registrado por: **ANTONIO JOSE RIBEIRO SOARES** - Matrícula: **331884-6**



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

10 APR 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902-BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

06/04/2019 12:5



*OBS B.O
foi retificado pois
o agent colocou a mesma
data que foi registrada
B.O no data do acidente*



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
POSTO POLICIAL DO HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE - 909
CIRCUNSCRICAO CARUARU



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E2106000173

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **06/04/2019** às **11:19**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia **6/4/2019** às **01:06**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, AVENIDA PREFEITO BRÁZ DE LIRA, PROXIMO AO SAMU - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
ANDRÉ LUIZ BARBOSA LEMES (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

05.802.494/0001
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

10 ABR 2019

Rua da Aurora, nº 175, Sl. 902 Bl. C
Bela Vista - CEP: 50.060-019
RECIFE-PE

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

DESCONHECIDO (não presente no plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

ANDRÉ LUIZ BARBOSA LEMES (presente no plantão) - Sexo: Masculino Mãe: DEUSDETE BARBOSA LEMES Data de Nascimento: 17/9/1981 Naturalidade: GUARUJA / SAO PAULO / BRASIL Documentos: 9919957/SSS/PE (RG), 36123263883 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1ª. GRAU INCOMPLETO Profissão: SERRALHEIRO Telefones Celulares: - 91973263513

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, RUA ABILIO CESAR P. NETO, 26, - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

MOTOCICLETA DESCONHECIDA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): DESCONHECIDO, que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto

06/04/2019 11:1



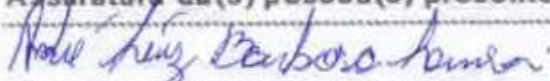
apreendido. Não

Cor: VERMELHA - Quantidade: 1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Complemento / Observação

COMPARECEU A SEDE DO PLANTÃO NESTE POSTO POLICIAL A PESSOA DA VÍTIMA ONDE FALOU QUE NO DIA DO FATO ESTAVA NAS PROXIMIDADES DO LOCAL CONHECIDO COMO GIRADOURO PARA O BAIRRO MALAGUIAS CARDOSO E PARA TANTO FEZ USO DE UM MOTOTAXISTA E ESTA ESTAVA USANDO UM FARDAMENTO CARACTERÍSTICO NAQUELA CIDADE DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIPE, OU SEJA, O CONDUTOR ESTAVA USANDO UM COLETE MAIS A VÍTIMA NÃO LEMBRA A NUMERAÇÃO DAQUELE COLETE E INICIARAM A VIAJEM POREM NA AVENIDA PREFEITO BRÁS DE LIRA, AO LADO DO SAMU E EM UMA CURVA O CONDUTOR ESTAVA USANDO VELOCIDADE ACIMA DO PERMITIDO E NESTA CURVA AMBOS FORAM AO SOLO OU SEJA, SO A VÍTIMA E GARUPA SENTIU DORES POIS O CONDUTOR DEPOIS DA QUEDA LEVANTOU FOI ATE A VÍTIMA PEGOU O CAPACETE QUE ESTA USAVA E FOI EMBORA, POPULARES ACIONARAM O SERVIÇO DE EMERGENCIA QUE E PRÓXIMO DO LOCAL DO ACIDENTE COMPARECERAM UMA EQUIPE E NESTE ATO A VÍTIMA APRESENTA UMA DECLARAÇÃO DAQUELE ORGÃO DE SALVAMENTO NO QUAL CONSTA ID-8887, REG -32.203, APOS OS PRIMEIROS SOCORROS A VÍTIMA FOI TRANSPORTADA PARA UPA 24 HORAS DA CIDADE DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIPE E APRESENTA COPIA DAQUELA UNIDADE HOSPITALAR E DEPOIS FOI TRANSFERIDO PARA ESTA UNIDADE ONDE RECEBEU O PRONTUARIO DE NUMERO 324228, ONDE CONSTA QUE O MOTIVO DO ATENDIMENTO É QUEDA DE MOTO E FEZ TRATAMENTO CIRURGICO NA PERNA DIREITA FICANDO CERCA DE QUATRO MESES.

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



ANDRÉ LUIZ BARBOSA LEMES
(VITIMA)

B.O. registrado por: ANTONIO JOSE CORDEIRO SOARES - Matrícula: 381884-8

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

10 ABR 2019

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



06/04/2019 11:1





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou AS: _____ CPF da vítima: **36123253883** Nome completo da vítima: **André Luiz Barbosa Leães**

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

Nome completo: **André Luiz Barbosa Leães** CPF: **361232.538.83**

Profissão: **Autônomo** Endereço: **Rua Abílio Cesar P. Neto** Número: **07** Complemento: **CASA**

Bairro: **Milagres Cardoso** Cidade: **Santa Luz do Capibaribe** Estado: **PE** CEP: **55190389**

E-mail: **macedo43@gmail.com** Tel (DDD): **8199907-7180**

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

RENDA MENSAL:

RECLUSO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

Bradesco (237) Itaú (341)

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

AGÊNCIA: **0038** CONTA: **27375** 0

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vivos: _____ Falecidos: _____

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

Local e Data: **Paraná 07/04/2019**

Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver) _____ Assinatura do Procurador (se houver) _____

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____ CPF: _____

2ª Nome: _____ CPF: _____

TRACÃO CORRETORA
Assinatura
10 APR 2019
Rua da Aurora, nº 175, SL 907 BL C
Assinatura _____ CPF: 50.060.010
RECIFE-PE

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

V001/2018





PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE
SECRETARIA MUNICIPL DE SAÚDE
SAMU SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, em atenção ao pedido do (a) Sr (a) **ANDRÊ LUIZ BARBOSA LEMES**, CPF-361.232.538-83, RG-9.910.997-SDS/PE que consta nos registros de ocorrências do **SAMU REGIONAL AGRESTE**, atendimento realizado por este serviço ao mesmo com ID-0607, REG-22.293 no dia 26 de agosto 2018, às 01:11 e 15min, na Av. Prefeito Bráz de Lira, com queixa de queda de moto, tendo sido enviado pela **UNIDADE DE SUPORTE BÁSICO (USB)** que prestou atendimento a vítima no local, transportando-o para UPA 24h

De acordo com o registro de informações do SAMU, foram realizados no (a) paciente os seguintes procedimentos: avaliação da equipe plantonista, protocolo de, imobilização, verificação de sinais, AVP e remoção.

SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 29 DE JANEIRO 2019

Maria Lenice C. da Silva
Coordenadora do SAMU

MARIA LENICE CORDEIRO DA SILVA
COORDENADORA

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

10 ABR 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP- 50.060-010
RECIFE-PE

Recebi esta declaração do SAMU REGIONAL AGRESTE – BASE SANTA
CRUZ DO CAPIBARIBE em 26/02/2019

André Luiz Barbosa Lemes



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: 26/04/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANDRE LUIZ BARBOSA LEMES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01038

CONTA: 000000027375-0

Nr. da Autenticação 7945099CDFE1028F





CNPJ 09.769.035/0001-64
 INSC. EST. Nº 18.1.001.0014398-2

ATELIER: RUA 18 CAMEIA - BARR. - 00152 - MUNICÍPIO DE BRAS
 AU CARUARU PE 55012-370

DADOS DO CLIENTE MATRÍCULA: 384257672 Exp: 7/2019
 JOSILENE FERREIRA MACEDO
 R ANTONIO NAVARRO, N. 00729 - PETROPOLIS - CARUARU PE 55052-2
 28
 INSCRIÇÃO: 041.971.170.075.063 GRUPO: 16 DEB. AUTOMÁTICO: 05257672

SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO EBOUDO FACTIVEL	RESIDENCIAL 2	TIPO DE CONSUMO (A/E)
HIDRÔMETRO A338093778	DATA LEIT. ANTERIOR 13/02/2019	DATA LEIT. ATUAL 14/03/2019	MESES 00

ÁGUA:
 LEIT ANT: 291 CONSUMO-E
 LEIT ATU: 286
 LEIT FAT: 286 LEIT ME ANT

HISTÓRICO DE CONSUMO REFERÊNCIA CONSUMO

REFERÊNCIA CONSUMO	PARAMETROS	NÚMERO DE ANÁLISES		
		EXIG. MS 2.914/11	ANÁLISES REALIZ.	ATEND. A LEGIS
01/2019 06	TURBID. Z	10	10	10
12/2018 06	COR APARENTE	10	10	10
11/2018 04	CORO RESIDUAL	10	10	10
10/2018 06	COND. RESIDUAL	10	10	10
09/2018 07	COND. RESIDUAL	10	10	10
08/2018 07	COND. RESIDUAL	10	10	10

Obs.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 99% DAS ANÁLISES EXATIDÃO 99%
 (2) OS PARÂMETROS CONFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DE ÁGUA
 (3) OS PARÂMETROS COR E TURBID. Z SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	CONSUMO	TOTAL (R\$)
ÁGUA RESIDENCIAL 3 UNIDADE(C) CONSUMO DE ÁGUA	6 M3	42,30

INDICATIVO	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPORTE
de consumo	41,30	2,05	0,85
	41,30	7,60	3,14

05.802.494/0001-41
 TRACÇÃO CORRETORA DE SEGUROS LTDA

10 ABR 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
 Boa Vista - CEP 50.060-010
 RECIFE-PE



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

COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO
 AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA
 RECIFE, PERNAMBUCO
 CEP: 50000-000
 CNPJ: 19.024.922/0001-08
 INSCRIÇÃO ESTADUAL: 905383-03



Tarifa Social da Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
 COMERCIAL, 118 J PROTEÇÃO 118
 Atendimento ao cliente: 0800 201 0742
 Ouvidoria: 8000 282 5500
 Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados de Estado
 de Pernambuco - ANEP: 8889-727-8100 Agência Estadual de Defesa do Consumidor - PROCON
 Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
 0800 4040000

DADOS DO CLIENTE AFONSO FRUTOSO DE NOVA CPF: 880.214.494-04	DATA DE VENCIMENTO 17/04/2019	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 10/04/2019	COSTA CONTRATO 007012522015
	TOTAL A PAGAR (R\$) 25,16	DATA DA APRESENTAÇÃO 10/04/2019	Nº DO CLIENTE 2002475882
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA ABILIO CESAR F NETO 88 MALACARÉ CARLOS AUGUSTO CRISTO DO CARMO 5196-200 SANTA CRUZ DO CAPIM RECIFE	CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásico		
As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, prazos, serviços prestados e tributos se encontram a disposição para consulta nos nossos websites de atendimento e no site www.celpe.com.br	RESERVADO AO FISCO 9CE0.B2CC.FF43.FB32.F62B.4E3C.653C.57E5		

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR UNIT.
Consumo Abonador	32,00	8,775889	24,74
Imposto sobre serviços - ICMS - 25,00%			6,16
Juros sobre serviços - JUS - 11,50%			2,46
Atenuação sobre serviços - ATEN - 11,50%			0,51
Compensação FIC - 0,00%			0,00
TOTAL DA FATURA			25,16

05.802.494/0001-41
 TRACÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA
 15 ABR 2019
 Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL C
 Boa Vista - CEP: 50.060-010
 RECIFE-PE

Período	Consumo	Valor
ABR 10	32,00	24,74
MAI 10	0,00	0,00
JUN 10	0,00	0,00
JUL 10	0,00	0,00
AUG 10	0,00	0,00
SET 10	0,00	0,00
OCT 10	0,00	0,00
NOV 10	0,00	0,00
DEZ 10	0,00	0,00
JAN 11	0,00	0,00
FEB 11	0,00	0,00
MAR 11	0,00	0,00
ABR 11	32,00	24,74
TOTAL	32,00	24,74

ICMS	FIS	COFINS
24,74	24,74	24,74

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL			
PERÍODO DE REFERÊNCIA	TIPO DE LEITURA	APRESENTAÇÃO	VALOR
00000012522015	CAT	12022019 252106 10042019 288930 28	1,0000 8,04 22,99

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPTÕES					
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIMESTRAL	META ANUAL
FIC - Imposto sobre serviços de Energia	30000	0,00	0,00	0,00	0,00
FIC - Imposto sobre serviços de Energia	CAPIMARÉ	4,00	3,00	8,00	15,00
FIC - Imposto sobre serviços de Energia		0,54	0,54	0,54	0,54

INFORMAÇÕES IMPORTANTES Pagar em quatro parcelas iguais de R\$ 6,29, a primeira em 17/04/2019, as demais em 15/05/2019, 14/06/2019 e 13/07/2019. Na data da leitura a bandeira em verde e Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br. O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão do fornecimento. Paga: em atraso para multa 2% (Lei 414/ANEEEL) - Juros 1% a.m (Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês. O Cliente é compensado quando há descompensamento no prazo de 45 dias para os produtores de energia elétrica comercial.	NÍVEL DE TENSÃO TENSÃO NOMINAL (V) 220 LIMITE DE TENSÃO (V) MÍNIMO 202 MÁXIMO 231
---	--

COSTA CONTRATO 007012522015	SECUNDO 04/2019	TOTAL A PAGAR (R\$) 25,16	VENCIMENTO 17/04/2019
---------------------------------------	---------------------------	-------------------------------------	---------------------------------

Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Esta cãnhoto será usado em leitora ótica.

