



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
55003 363	04/12/2019 15:57	<u>2642434_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_JUR_01</u>	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1^a 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 médica documental por profissional médico 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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 04/12/2019 15:57:30
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19120415572998800000054116049>
Número do documento: 19120415572998800000054116049

Num. 55003363 - Pág. 1

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 FÉMUR 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.
sequelas:

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: 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

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 04/12/2019 15:57:30
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19120415572998800000054116049>
Número do documento: 19120415572998800000054116049

Num. 55003363 - Pág. 2

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

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 04/12/2019 15:57:30
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19120415572998800000054116049>
Número do documento: 19120415572998800000054116049

Num. 55003363 - Pág. 3



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
55003 364	04/12/2019 15:57	<u>ANEXO 1</u>	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: 40020-1596 / 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 Ouvidoria: 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_ASP?TIPO=1&CODIGO=29636

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da fonte de renda normal, 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 CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APlicar PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Josilene Ferreira Macedo
inscrito (a) no CPF/CNPJ 540.974.874-34, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Andre Raiz Barbosa Reemers inscrito (a) no CPF sob o nº 361.232.538-83,
do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima Andre Raiz Barbosa Reemers,
inscrito (a) no CPF sob o nº 361.232.538-83, 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 à Seguradora Lider-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 Antônio Navarro</u>	Número:	<u>729</u>	Complemento:	<u>casa</u>	
Bairro:	<u>Retrópolis</u>	Cidade:	<u>Laranjeiras</u>	Estado:	<u>RJ</u>	
E-mail:	<u>macedoff43@ gmail.com</u>				CEP:	<u>25032-810</u>
				Teléfone:	<u>81 99907-7180</u>	

Local e Data: Laranjeiras, 29 de janeiro de 2019

Josilene Ferreira Macedo
Assinatura do Declarante

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

10 APR 2019

DLRLL001 V001/2017

Rua da Aurora, 10 175, Sl. 902 BLOCO
Boa Vista - CEP: 50.060-010
MACEIÓ-PE

FICHA DE ATENDIMENTO

DEPOGINISTA: Patyline Data: 26/08/18 Hora: 01:55 min
 M: André Rôney Barreto Ferreira Nº do Prontuário: _____
 Idade: 27 Nascimento: 11/09/81 Nº SUS: _____
 Estado Civil: _____ Profissão: _____ Fone: () _____
 Endereço: _____ N° _____ Bairro: _____
 Telefone: 5111 Acompanhante: () Sim () Não () Nome: _____
 E-mail: _____

Dos da Triagem: (Técnico de enfermagem) Horário: _____ min

T: _____ HGT: _____ FC: _____ FR: _____ SaO2%: _____

Dos da Classificação: (ENFERMEIRO) Horário: _____ min

Sintomas preeexistentes: _____

Exames complementares: _____

Prescrição de medicações: _____

CLASSIFICAR COMO VERMELHO:

náuseas (); Cianose (); Estridor (); PC < 50 ou > 140 (); FR > 32 bpm (); Extremidades frias (); Pulo fraco ()

ou ausente (); Sudorese (); PAS < 80 mmHg (); PAD > 130 mmHg (); Letargia (); Convulsões ();

sponsiva ou só resposta à dor (); Intoxicação exógena (); Sangramento Intenso (); Lesão grave ();

emaduras > 25% de SC ou acometimento de vias aereas (); Hipoglicemia com sudorese intensa ();

Síndrome de hipotensão arterial aguda ();

05.802.494/0001-0
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

10 APR 2019



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
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
10 APR 2019
Rua da Aurora, Nº 175, Sl 902 Bl. C
Boa Vista - CEP: 50.060-016
RECIFE/PE

ATENCIOSAMENTE

JOSE ADEMIR PEREIRA
JOSE ADEMIR PEREIRA
DIRETOR
MAT.069043





HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
EMERGÊNCIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento: 440475

Prontuário: 324220

Nome: ANDRE LUIZ BARBOSA LEMES

Data Nasc.: 17/09/1981

Idade: 37

Sexo:

MASCULINO

Cor: PARDA

Religião:

CPF: 36123253883

RG: 9910997

CNS: 703605040787034

Nº: 7

Endereço: RUA ABILIO CESAR P NETO

Bairro: MALAQUIAS CARDOSO

Cidade: SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE

Estado: PE

CEP: 55190000 Fone: 973203313

Profissão: SERRALHEIRO

Nome da Mãe: DEUSDETE BARBOSA LEMES

Acompanhante:

Motivo do Atendimento: QUEDA DE MOTO

Clinica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico: MEDICO PLANTONISTA

2 - ATENDIMENTO

Data: 26/08/2018 14:19

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Exame Físico:

*Edema na face direita.
Deformidade.*

PA: _____ FC: _____ FR: _____

Diag. Provisório:

Fratura desfrância de fiumed.

Prescrição:

Dleta: _____

Data

Horário

Internamento.

Rx band AP

Ao Bloco no RX!

*05.802-404/0001-41
DRAGÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA*

10 ABR 2019

*Rua da Aurora, nº 175, 5º andar
Belo Jardim - CEP: 50.080-010*

RECIFE - PE



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Unidade de Saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGreste

Paciente: Andri lux Barbosa ~~Klara Kress~~ | Nº do Registro: 324220

Clínica: Oftopedre | Nº do Leito:

Operador: Ribeirão

1º Assistente: | 2º Assistente:

Instrumentador: | Anestesista: A Tales

Anestesia: Sedacau | Duração:

Data da Operação: 26/8/18 | Início: | Término:

Diagnóstico Pré-Operatório: Fratura de fêmur D

Diagnóstico Pós-Operatório: O mesmo

Operação Proposta: Fáscio faceniquelífera

Operação Realizada: O cunho

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

paciente em decúbito dorsal, intubado,
 anestesiado e antiseptizado
 Aperturas de colo, operários
 Realizou-se fáscio faceniquelífera no cunho
 cunho
 A fa

ESTAMPA DE IDENTIFICAÇÃO
 DE DOCUMENTO DE TRABALHO
 ELETRÔNICO
 MECÂNICO

05.802.494/0001-41
 TRAÇÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA
 17/AGO/2019

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



FICHA DE ANESTESIA



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

BLOCO CIRÚRGICO				A4-440479	
QUANT.	ESPECIFICAÇÃO	PREÇO	QUANT.	ESPECIFICAÇÃO	PREÇO
		UNIT. TOTAL			UNIT. TOTAL
✓	Oxigênio			Aguilha Descartável	
	Água Destilada			Aguilha para Pendura	
	Atropina			Aguilha 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	
	Etiléfrina			Dreno	
	Glicose 50%		05	Eletrodo p/ Monitorização	
	Lidocaína			Equipo para Sangue	
	Metoclopramida			Equipo para Soro	
	Neostigmina			Fio Cat Gut Cromado	
	Prometazina			Fio Gat Gui Simples	
	Ranitidina		01	Fio de Aço <i>Kushnir 5,5</i>	
	Ringer co Lactato			Fio de Algodão	
01	Soro Fisiológico			Fio de Nylon	
	Soro Glicosado			Fio de Polipropileno	
	Succinato de Estriol		17	Gasa 7,5x7,5	
	Tenoxicam		01	Lâmina de Bisturi 24	
01	<i>protegual</i>			Luvas Estéreis 7,0	
01	<i>gentamicina</i>			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	<i>anestesia</i>		08	<i>furos procedurais</i>	
05	<i>mepive 1g/10</i>		✓	<i>cloramentina</i>	
05	<i>dextca</i>		✓	<i>Spaciochagro</i>	
SUBTOTAL			SUBTOTAL		
			TOTAL		

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

Assinatura do Cirurgião

Jé 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

S/Turbo

Nome: José Luiz Barbosa Lemos

Prontuário: 326990

Data: 26/08/2018 Hora: _____

DIAGNÓSTICO:

Fadiga de fadiga

AMBULATÓRIO DE EGRESO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

(01) 062) 0105

05.802-494/0001-43
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

10 ABR/2018

Rua da Aurora, nº 175, S/nº 02 Bl. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010

REC/1.47

TRATAMENTO REALIZADO:

Cirurgico Removido por oitro

Cortes

Alta Hospitalar: Data: 25/11/18 Dr. Jackson Florencio Hora: _____

HRA

04/12/2018

DR. YVES CORDEIRO

DR. SH

15 OUT. 2018

CRM 10571 TEOT-LPE
CPF: 44.481.384-02

Ass. do Médico e CRM
Carimbo





05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

10 ABR 2019

Rua da Aurora, nº 175, 5º, 502 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 04/12/2019 15:57:30
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19120415573008300000054116050>
Número do documento: 19120415573008300000054116050

Num. 55003364 - Pág. 9



05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

10 APR 2019

Rua da Aurora, N° 175, Sl. 902 Bl. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 04/12/2019 15:57:30
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19120415573008300000054116050>
Número do documento: 19120415573008300000054116050

Num. 55003364 - Pág. 10



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: 50.060-010
RECIFE-PE



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 04/12/2019 15:57:30
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19120415573008300000054116050>
Número do documento: 19120415573008300000054116050

Num. 55003364 - Pág. 11

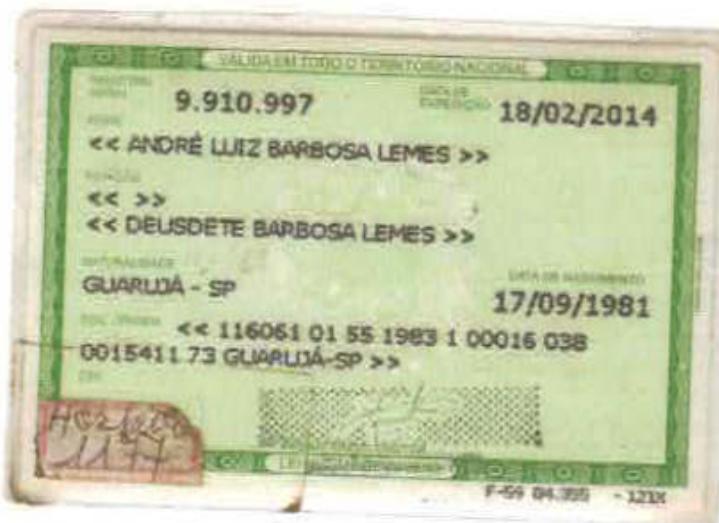


05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
10 APR 2019
Rua da Aurora, nº 173, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP 50.060-010
RECIFE-PE



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 04/12/2019 15:57:30
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19120415573008300000054116050>
Número do documento: 19120415573008300000054116050

Num. 55003364 - Pág. 12



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 04/12/2019 15:57:30
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19120415573008300000054116050>
Número do documento: 19120415573008300000054116050

Num. 55003364 - Pág. 13



CNPJ 09.769.035/0001-64
INSC. EST. N° 18.1.001.0014398-2

ATENDIMENTO: RUA FÁBIO CANECA - NIRE: - 00152 - MUNICÍPIO DE JAHU
AU CARIJAU - PE 55012-330

DADOS DO CLIENTE		MATRÍCULA: 394257622	PERÍODO: 06/07/2019																																													
JOSILENE FERREIRA MACEDO R. ANTONIOR NAVARRO, N. 00729 - PETROPÓLIS - CARIJAU - PE 55052-2		INSCRIÇÃO: 041.971.170.0.75.063 GRUPO: 16 DEB AUTOMÁTICO: 07525-2672																																														
SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO FÁCTIVEL	RESIDENCIAL	COMERCIAL / INDUSTRIAL / PÚBLICA																																													
HORÔMETRO A38885-778	DATA LEIT. ANTERIOR 11/02/2019	DATA LEIT. ATUAL 14/03/2019	TIPO DE CONSUMO (MESES) MÉDIA MD																																													
ÁGUA: LEIT ANT: 291 CONSUMO: 66 LEIT ATU: 286 LEIT MÉS ANT: 286 HISTÓRICO DE CONSUMO REFERÊNCIA CONSUMO <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>PARAMETROS</th> <th colspan="3">NÚMERO DE AMOSTRAS</th> </tr> <tr> <th></th> <th>EXIG. PONT.</th> <th>ANALISES</th> <th>ATENDEM.</th> <th>A LEGISL.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>01/2019</td> <td>06</td> <td>10</td> <td>10</td> <td>10</td> </tr> <tr> <td>12/2018</td> <td>06</td> <td>10</td> <td>10</td> <td>10</td> </tr> <tr> <td>11/2018</td> <td>04</td> <td>10</td> <td>10</td> <td>10</td> </tr> <tr> <td>10/2018</td> <td>06</td> <td>10</td> <td>10</td> <td>10</td> </tr> <tr> <td>09/2018</td> <td>07</td> <td>10</td> <td>10</td> <td>10</td> </tr> <tr> <td>08/2018</td> <td>07</td> <td>10</td> <td>10</td> <td>10</td> </tr> <tr> <td>MÉDIA:</td> <td>06</td> <td>10</td> <td>10</td> <td>10</td> </tr> </tbody> </table> Qualidade de Água: nenhuma constatação com ocorrência de: 06%: (1)COLIFORMES TOTais: Ausência 95% das amostras exaustivas (2)OS PARÂMETROS: COLIFORMES TOTais, ESCHERICHIA: COLI E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA (3)OS PARÂMETROS: COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA					PARAMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS				EXIG. PONT.	ANALISES	ATENDEM.	A LEGISL.	01/2019	06	10	10	10	12/2018	06	10	10	10	11/2018	04	10	10	10	10/2018	06	10	10	10	09/2018	07	10	10	10	08/2018	07	10	10	10	MÉDIA:	06	10	10	10
	PARAMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS																																														
	EXIG. PONT.	ANALISES	ATENDEM.	A LEGISL.																																												
01/2019	06	10	10	10																																												
12/2018	06	10	10	10																																												
11/2018	04	10	10	10																																												
10/2018	06	10	10	10																																												
09/2018	07	10	10	10																																												
08/2018	07	10	10	10																																												
MÉDIA:	06	10	10	10																																												
DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS ÁGUA RESIDENCIAL 3 UNIDADE(S) CONSUMO DE ÁGUA: 6.103 41,30																																																
TRIBUTOS: 41,30 1,65 6,68 = 41,30 7,68 5,14																																																

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

10 APR 2019

Rua da Aurora, N° 175, Sl 902-BL C.
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE - PE

REPROVADA EXCEPÇÃO DO PIS/PIVA		ESTADO DE SÃO PAULO
JOSE FERREIRA DE LIMA		8400-4
JOSILENE FERREIRA MACEDO		54.605.859-4
JOSE FERREIRA DE LIMA		09/09/2010
E. LINDAIVRA PEREIRA FERREIRA		JOSE FERREIRA DE LIMA
CARUARU - PE		16/03/1971
CARUARU - PE		JOSILENE FERREIRA MACEDO
CARUARU		CCILV. 80277/EL-3-0078/H-010477
		-540974074
		14/03/2019
		12419211907
		Nota: Atenção ao limite de tempo (10 dias)

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: André Luiz Barbosa Lemos
NACIONALIDADE: Brasileiro ESTADO CIVIL: Solteiro.
PROFISSÃO: Autônomo IDENTIDADE: 9.930997-505-PE
CPF: 363.932.538-83 CNH: _____
ENDEREÇO: Rua Abílio Freire R. Neto 07
BAIRRO: Mataquias Ferreira CIDADE: Santo Antônio do Piauí
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 ANTENOR 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.

pt. Antônio do Piauí, PE, 29 de janeiro de 2019
LOCAL E DATA

André Luiz Barbosa Lemos

ASSINATURA DO OUTORGANTE.

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
10 APR 2019
rua da Aurora, nº 175, sl. 902 blc.
Boa Vista - CEP: 50.080-010
MCEP: PE



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

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

JOSILENE FERREIRA MACEDO

Steffany Caroliny Lins Veloso



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 04/12/2019 15:57:30
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19120415573008300000054116050>
Número do documento: 19120415573008300000054116050

Num. 55003364 - Pág. 17

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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 26/08/2018

Titular do CPF: ANDRE LUIZ BARBOSA LEMES

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

JOSILENE FERREIRA MACEDO

Steffany Caroliny Lins Veloso



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 04/12/2019 15:57:30
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19120415573008300000054116050>
Número do documento: 19120415573008300000054116050

Num. 55003364 - Pág. 18



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, contados a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.

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

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

Atenciosamente

Seguradora Líder-DRVAT

Estamos aqui para Você

Carta n° 14177894



Pág. 01517/01518 - carta 01 - INVAHIDEZ



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 04/12/2019 15:57:30
<https://pjje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19120415573008300000054116050>
Número do documento: 19120415573008300000054116050

Núm. 55003364 - Pág. 19



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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 04/12/2019 15:57:30
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19120415573008300000054116050>
Número do documento: 19120415573008300000054116050

Num. 55003364 - Pág. 20



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 POUPANCA

NOTA: O percentual final indicado equivale a 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, retorno 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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 04/12/2019 15:57:30
<https://pjje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19120415573008300000054116050>
Número do documento: 19120415573008300000054116050

Num. 55003364 - Pág. 21

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 Leunes

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

Nome completo:

Profissão:

Endereço:

Bairro:

Cidade:

E-mail:

Estado:

CEP:

CFF: 36123253883

Número: 07 Complemento: 081

55190389

Tel.(DDD): 8199907-7180

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:

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

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

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

AGÊNCIA: 1038

CONTA: 27375

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Inserir o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer emissão 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.

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____
CPF: _____
05.802.494/0003-43TRACAO CORRETORA
Assinatura: _____
Assinatura: _____2º | Nome: _____
CPF: _____
10 APR 2019
Assinatura: _____
Assinatura: _____
Assinatura: _____
Assinatura: _____
RECIFE-PE

Local e Data: 07/04/2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A RODO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

1 V001/2018



AUTO-ATENDIMENTO - Ag Santa Cruz do Capibaribe
DATA: 04/04/2019 HORA: 12:49:31
TERMINAL: 18381818 CONTROLE: 183818180463

AGÊNCIA: 1838 - SANTA CRUZ DO CAPI
CONTA: 813.00027375-0
CLIENTE: ANDRE LUIZ BARBOSA LEMES

EXTRATO MENSAL PARA SIMPLES CONFERÊNCIA
ÚLTIMOS 30 DIAS

SALDOS POR DATA LÍMITE

DEPÓSITOS REALIZADOS ATÉ 03/05/2012

DATA	VALOR
09/03	0,00
11/03	0,00

DEPÓSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2012

DATA	VALOR
09/03	22,69
11/03	0,05

MOVIMENTAÇÃO

DATA NR. DOC HISTÓRICO VALOR

SALDO ANTERIOR 22,650

Marcos

09/03	888888	REM BASICA	0,00C
09/03	888889	CRED JUROS	0,00C
11/03	888888	REM BASICA	0,00C

RESUMO EM 03/04

SALDO 22,940

RESUMO DO DIA

SALDO DISPONIVEL	22,940
SALDO BLOQUEADO	0,00
SALDO TOTAL	22,940

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-725 0181

Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474

www.caixa.gov.br

CONHEÇA A NOVA TABELA DE TARIFAS NO SITE
[CAIXA.GOV.BR/VOCE](http://caixa.gov.br/voce)

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





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
PÓLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
POSTO POLICIAL DO HOSPITAL REGIONAL DO AGreste - 01
CIRCONSCRIÇÃO CARUARU

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 19E2106000175

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

Completa 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: MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO CABIBARIPE,
1, AVENIDA PREFEITO BRÁZ DE LIRA, PRÓXIMO AO SAMU - Bairro:
CENTRO - SANTA CRUZ DO CABIBARIPE/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: VIA PÚBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

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

05.802.498/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
10 APR 2019

Rua da Aurora, nº 175, Sl. 902 B/C
Bela Vista - CEP: 52062-010

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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 Nascimento: 02/02/1991 Naturalidade: GUARUJA / SÃO PAULO / BRASIL Documento: 9916887/SDS/PE (RG), 36122283883 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 4º GRAU INCOMPLETO Profissão: BERRALHEIRO Telefones Celulares:
- 81973202213

Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO CABIBARIPE, 1, RUA ABILIO CESAR P. NETO, 58, - CEP: 55660-600 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CABIBARIPE/PERNAMBUCO/BRASIL

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

06/04/2019 12:09



MOTOCICLETA DESCONHECIDA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a):
DESCONHECIDO, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
 Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/NAO INFORMADO/NAO INFORMADO** Objeto
 Aparecimento: **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 UNIFORMAMENTE 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 VIAGEM 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 SOLOOU 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 ENFORA, POPULARES ACIONARAM O SERVIÇO DE EMERGÊNCIA QUE É PRÓXIMO DO LOCAL DO ACIDENTE COMPARECERAM UMA EQUIPE E NESTEATO A VÍTIMA APRESENTA UMA DECLARAÇÃO DAQUELE ÓRGÃO DE SALVAMENTO NO QUAL CONSTA ID-8887, 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 TRANSFERIDA PARA ESTA UNIDADE ONDE RECEBEU O FORTUÁRIO DE NÚMERO 324229, ONDE CONSTA QUE O MOTIVO DO ATENDIMENTO É QUEDA DE MOTO E FEZ TRATAMENTO CIRÚRGICO 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: 321994-6



05.802.494/0001-41
 TRAÇÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA
 19 APR 2019
 Rua da Aurora, nº 175, Sl. 902-BL C
 Boa Vista - CEP: 50.060-010
 RECIFE-PE

06/04/2019 12:



OBS B.O
foi retificada poiss
o agnt teleiou a minha
avt xz que foi registrada
o ave date do acidente



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
POSTO POLICIAL DO HOSPITAL REGIONAL DO AGreste - 900
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 - Culposo (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, PRÓXIMO AO SAMU - Bairro:
CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: VIA PÚBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

05.802.494/0001-
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

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

10 ABR 2019

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

Rua da Autra, 10 175, R. 902 Bl. C
Bura Vista - CEP: 50.660-010
RECIFE-PE

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

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

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

**ANDRÉ LUIZ BARBOSA LEMES (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mão:
DEUSDENE BARBOSA LEMES Data de Nascimento: 17/9/1981 Naturalidade: GUARUJA / SÃO PAULO / BRASIL Documentos: 0916997/SDS/PE (RG), 361233263883 (CPF) Estado Civil:
SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: SENHORHEIRO Telefones Celulares:
- 81973263313**

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 (VEÍCULO) 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 MALAQUIAS 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 VIAGEM POREM 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 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 EMERGÊNCIA QUE É PRÓXIMO DO LOCAL DO ACIDENTE COMPARECERAM UMA EQUIPE E NESTEATO A VÍTIMA APRESENTA UMA DECLARAÇÃO DAQUELE ORGÃO DE SALVAMENTO NO QUAL CONSTA ID-8887, REG-22.283, 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 PRONTUÁRIO DE NÚMERO 324226, ONDE CONSTA QUE O MOTIVO DO ATENDIMENTO É Queda de moto e fez tratamento cirúrgico na perna direita ficando cerca de quatro meses.

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

ANDRÉ LUIZ BARBOSA LEMES
(VITIMA)

S.O. registrado por: ANTONIO JOSE RIBEIRO SOARES - Matrícula: 381884-6

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
10 ABR 2019
Rua da Aurora, nº 175, 51.902 BL C
Boa Vista - CEP: 55.060-010
RECEBIDO



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 ASI:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:		
	36123253883	André Luiz Barbosa Lemes		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
Nome completo:		CPF:		
Profissão:	Enderço:	Número:	Complemento:	
Autônomo	Rua Abílio Lacerda Neto	07	081	
Bairro:	Santo Luiz do Paraitinga	Estado:	CEP: 55390-389	
Malgacão Fardoso		PE	Tel (DDD): 81 99907-7180	
E-mail:	marcioloff43@gmail.com			

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

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> 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 (343)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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

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

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

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

- Não há IMI que atenda a regiao do acidente ou da minha residencia; ou
 O IMI que atende a regiao do acidente ou da minha residencia não realiza pericias para fins do Seguro DPVAT; ou
 O IMI que atende a regiao do acidente ou da minha residencia realiza pericias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

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

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

Este cliente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando cliente, 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:	Paráuru 07/04/2019
Nome:	_____
CPF:	_____

(*) Assinatura de quem assina A RODO
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS
1º Nome: _____ CPF: _____ 05.807.494/0001-43 TRACÃO CORRETORA ASSISTÊNCIA SEGURADORA LTDA
2º Nome: _____ CPF: _____ 10 APR 2019 Assinatura _____ Data da Autoria: 10/04/2019 CNPJ: 00.118.176/0001-43 RECEBIDA

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

V001/2018



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

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, em atenção ao pedido do (a) Sr (a) ANDRÉ 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:H 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 SAMU

MARIA LENICE CORDEIRO DA SILVA
COORDENADORA

05.802.494/0001-43
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

10 APR 2019

Rua da Aurora, nº 175, sl. 902 Bl. C
Boa Vista - CEP: 50.010-010
RECIFE-PE

Recebi esta declaração do SAMU REGIONAL AGRESTE – BASE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE em 29/02/2019

André Lúiz 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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 04/12/2019 15:57:30
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19120415573008300000054116050>
Número do documento: 19120415573008300000054116050

Num. 55003364 - Pág. 31



Nota Fiscal de Energia Elétrica Cadastrado no Lote 10.000.04.257462

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Petrópolis - CEP 26200-000
(081) 30.251.1122/301-00 | FAX: 30.62254-42 | www.celpe.com.br

DADOS DO CONSUMIDOR DE MOLRA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

CNPJ: 080.214.454/0001-04

MALAQUERES CHICOS SANTA CRUZ/PE

SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE PE

55190-388

RESIDENCIAL

7012622015 03/2019

DESPESA TOTAL: 1.000,00
DESPESA LIGADA: 1.000,00

20/03/2019 10/04/2019

NOTA FISCAL: 24.11

SUBSCRIÇÃO DA NOTA FISCAL
Consumo: 46.400 kWh
ICMS: Bifurcação-CCDAF 043107000-10/12/18
Competição FIC Mercado 01/18

DEPARTAMENTO: 33-2000000
RECEITAS: 0,7690324
VALOR FIS: 24,09
0,07
-0,19

TOTAL DA FATURA

24,11

DETALHAMENTO DE CONTEÚDO DESTA NOTA FISCAL

Nº DA MOVIMENTAÇÃO	DATA DA MOVIMENTAÇÃO	ANTERIOR	LEITORIA	DATA	VALOR	TIPO	DETALHAMENTO	ANTES	CONTRIBUIÇÃO
MOVIMENTAÇÕES DE CONTA									
000119 01				BASE CALORÍFICO	0,00	VOLUME DE	Transmissão	0,0	0,00%
000119 02				2100	0,00	2100	Entrega à Clientes	0,0	0,00%
000119 03				2100	1,01	1,01	Perfílio de Energia	0,0	0,00%
000119 04				2100	1,01	1,01	Impostos e Serviços	0,0	0,00%
000119 05				2100	1,01	1,01	Total	0,0	0,00%
000119 06									
000119 07									
000119 08									
000119 09									
000119 10									
000119 11									
000119 12									
000119 13									
000119 14									
000119 15									
000119 16									
000119 17									
000119 18									
000119 19									
000119 20									
MOVIMENTAÇÕES DE CONTA									
MOVIMENTAÇÕES DE CONTA									
MOVIMENTAÇÕES DE CONTA									
MOVIMENTAÇÕES DE CONTA									
MOVIMENTAÇÕES DE CONTA									
MOVIMENTAÇÕES DE CONTA									
MOVIMENTAÇÕES DE CONTA									
MOVIMENTAÇÕES DE CONTA									
MOVIMENTAÇÕES DE CONTA									
MOVIMENTAÇÕES DE CONTA									
MOVIMENTAÇÕES DE CONTA									
MOVIMENTAÇÕES DE CONTA									
MOVIMENTAÇÕES DE CONTA									
MOVIMENTAÇÕES DE CONTA									
MOVIMENTAÇÕES DE CONTA									
MOVIMENTAÇÕES DE CONTA									
MOVIMENTAÇÕES DE CONTA									
MOVIMENTAÇÕES DE CONTA									
MOVIMENTAÇÕES DE CONTA									
MOVIMENTAÇÕES DE CONTA									
MOVIMENTAÇÕES DE CONTA									
MOVIMENTAÇÕES DE CONTA									
MOVIMENTAÇÕES DE CONTA									
MOVIMENTAÇÕES DE CONTA									
MOVIMENTAÇÕES DE CONTA									
MOVIMENTAÇÕES DE CONTA									
MOVIMENTAÇÕES DE CONTA									
MOVIMENTAÇÕES DE CONTA									
MOVIMENTAÇÕES DE CONTA									
MOVIMENTAÇÕES DE CONTA									
MOVIMENTAÇÕES DE CONTA									
MOVIMENTAÇÕES DE CONTA									
MOVIMENTAÇÕES DE CONTA									
MOVIMENTAÇÕES DE CONTA									
MOVIMENTAÇÕES DE CONTA									
MOVIMENTAÇÕES DE CONTA									
MOVIMENTAÇÕES DE CONTA									
MOVIMENTAÇÕES DE CONTA									
MOVIMENTAÇÕES DE CONTA									
MOVIMENTAÇÕES DE CONTA									
MOVIMENTAÇÕES DE CONTA									
MOVIMENTAÇÕES DE CONTA									
MOVIMENTAÇÕES DE CONTA									
MOVIMENTAÇÕES DE CONTA									
MOVIMENTAÇÕES DE CONTA									
MOVIMENTAÇÕES DE CONTA									
MOVIMENTAÇÕES DE CONTA									
MOVIMENTAÇÕES DE CONTA									
MOVIMENTAÇÕES DE CONTA									
MOVIMENTAÇÕES DE CONTA									
MOVIMENTAÇÕES DE CONTA									
MOVIMENTAÇÕES DE CONTA									
MOVIMENTAÇÕES DE CONTA									
MOVIMENTAÇÕES DE CONTA									
MOVIMENTAÇÕES DE CONTA									
MOVIMENTAÇÕES DE CONTA									
MOVIMENTAÇÕES DE CONTA									
MOVIMENTAÇÕES DE CONTA									
MOVIMENTAÇÕES DE CONTA									
MOVIMENTAÇÕES DE CONTA									
MOVIMENTAÇÕES DE CONTA									
MOVIMENTAÇÕES DE CONTA									
MOVIMENTAÇÕES DE CONTA									
MOVIMENTAÇÕES DE CONTA									
MOVIMENTAÇÕES DE CONTA									
MOVIMENTAÇÕES DE CONTA									
MOVIMENTAÇÕES DE CONTA									
MOVIMENTAÇÕES DE CONTA									
MOVIMENTAÇÕES DE CONTA									
MOVIMENTAÇÕES DE CONTA									
MOVIMENTAÇÕES DE CONTA									
MOVIMENTAÇÕES DE CONTA									
MOVIMENTAÇÕES DE CONTA									
MOVIMENTAÇÕES DE CONTA									
MOVIMENTAÇÕES DE CONTA									
MOVIMENTAÇÕES DE CONTA									
MOVIMENTAÇÕES DE CONTA									
MOVIMENTAÇÕES DE CONTA									
MOVIMENTAÇÕES DE CONTA									
MOVIMENTAÇÕES DE CONTA									
MOVIMENTAÇÕES DE CONTA									
MOVIMENTAÇÕES DE CONTA									
MOVIMENTAÇÕES DE CONTA									



CNPJ 09.769.035/0001-64
INSC. EST. N° 18.1.001.0014398-2

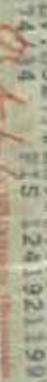
ATENDIMENTO: RUA FÉLIX CANECA - NIRE: - 00152 - MUNICÍPIO DE JAHU
AU CARIJAU - PE 55012-330

DADOS DO CLIENTE		MATRÍCULA: 394257622	PERÍODO: 06/2019																																													
JOSILENE FERREIRA MACEDO R. ANTONIO NAVARRO, N. 00729 - PETROPOLIS - CARIJAU PE 55052-2		INSCRIÇÃO: 041.971.170.0.75.063 GRUPO: 16 DEB AUTOMATICO: 07525-2672																																														
SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO FÁCTIVEL	RESIDENCIAL	COMERCIAL INDUSTRIAL PÚBLICA																																													
HORÓMETRO A38885-778	DATA LEIT. ANTERIOR 11/02/2019	DATA LEIT. ATUAL 14/03/2019	TIPO DE CONSUMO (MESES) MÉDIA MD																																													
ÁGUA: LEIT ANT: 291 CONSUMO: 66 LEIT ATU: 286 LEIT MÉS ANT: 286 HISTÓRICO DE CONSUMO REFERÊNCIA CONSUMO <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>PARAMETROS</th> <th colspan="3">NÚMERO DE AMOSTRAS</th> </tr> <tr> <th></th> <th>EXIG. PONT.</th> <th>ANALISES</th> <th>ATENDEM.</th> <th>A LEGISL.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>01/2019</td> <td>06</td> <td>10</td> <td>10</td> <td>10</td> </tr> <tr> <td>12/2018</td> <td>06</td> <td>10</td> <td>10</td> <td>10</td> </tr> <tr> <td>11/2018</td> <td>04</td> <td>10</td> <td>10</td> <td>10</td> </tr> <tr> <td>10/2018</td> <td>06</td> <td>10</td> <td>10</td> <td>10</td> </tr> <tr> <td>09/2018</td> <td>07</td> <td>10</td> <td>10</td> <td>10</td> </tr> <tr> <td>08/2018</td> <td>07</td> <td>10</td> <td>10</td> <td>10</td> </tr> <tr> <td>MÉDIA:</td> <td>06</td> <td>10</td> <td>10</td> <td>10</td> </tr> </tbody> </table> Qualidade de Água: nenhuma constatação com br 06%: (1)COLIFORMES TOTais: ausência 95% das amostras exaustadas (2)OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTais, ESCHERICHIA, COLI E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA (3)OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA					PARAMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS				EXIG. PONT.	ANALISES	ATENDEM.	A LEGISL.	01/2019	06	10	10	10	12/2018	06	10	10	10	11/2018	04	10	10	10	10/2018	06	10	10	10	09/2018	07	10	10	10	08/2018	07	10	10	10	MÉDIA:	06	10	10	10
	PARAMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS																																														
	EXIG. PONT.	ANALISES	ATENDEM.	A LEGISL.																																												
01/2019	06	10	10	10																																												
12/2018	06	10	10	10																																												
11/2018	04	10	10	10																																												
10/2018	06	10	10	10																																												
09/2018	07	10	10	10																																												
08/2018	07	10	10	10																																												
MÉDIA:	06	10	10	10																																												
DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS ÁGUA RESIDENCIAL 3 UNIDADE(S) CONSUMO DE ÁGUA: 6.103 41,30																																																
TRIBUTOS: 41,30 1,65 6,68 = 41,30 7,68 5,14																																																

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

10 APR 2019

Rua da Aurora, N° 175, Sl 902-BL C.
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

REPROVADA EXCEPÇÃO DO PIS/PIVA		ESTADO DE SÃO PAULO
JOSE FERREIRA DE LIMA		8400-4
 JOSILENE FERREIRA MACEDO MULHERES QUE LUTAM PELA IGUALDADE		8400-4
JOSE FERREIRA DE LIMA E. LINDA VILA PEREIRA FERREIRA CARUARU - PE 16/3/2019		34.605.859-4
CARUARU-PE CARUARU CCLV.80277/FELA-0078/H-010477 54097414-715 12419211907 		09/3/2010

