

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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: 4026-1596 / 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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> 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 COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> 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 Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu IVONILDO FERNANDA DE BARROS JUNIOR  
inscrito (a) no CPF/CNPJ 794698224168 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário  
ALECIO ROBERTO ALBIÑO inscrito (a) no CPF sob o Nº 81978960468  
do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima ALECIO ROBERTO ALBIÑO  
inscrito (a) no CPF sob o Nº 819789604168, conforme determinação da Circular Susep 445/12:  
Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:  
☒ Recuso Informar

**Dedaro 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 PADRE FELIX BARRETO</u> | Número: <u>13</u>      | Complemento: <u>ESCALA TOR. 0</u> |
| Bairro: <u>ALVIMARATO</u>                | Cidade: <u>VITÓRIA</u> | Estado: <u>PE</u>                 |
| E-mail: _____                            | CEP: <u>55602-360</u>  | Tel. (DDD): <u>(81) 988716195</u> |

Local e Data: VITÓRIA, 10 de Junho de 2019.

Ivonildo Fernando de Barros Junior  
Assinatura do Declarante

ARIANA SEGURADORA  
10 JUN 2019

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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: 4020-1596 / 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

Eu, ERIC ROBERTO FELICIANO,  
RG nº 6194914, data de expedição 2/10/2000  
Órgão SPS, portador do CPF nº 039 093 294 97,  
com domicílio na cidade de MORENO, no Estado de  
PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
R. GILBERTO VIANA, nº 12,  
complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima  
ALECIO ROBERTO ALBINO, cujo o condutor era  
ALECIO ROBERTO ALBINO.  
Veículo: MOTO Modelo: MODA NXR 150 BLOC Ano: 2001  
Placa: PEY 7474 Chassi: 9C2KD0550BR000241  
Data do Acidente: 19/2/19

Local e Data: MORENO

ARUANA SEGURODORA

16 JUN 2019

Eric Roberto Feliciano

Assinatura do Declarante

Alecio Roberto Albino

Assinatura do Condutor

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

**CARTÓRIO ÚNICO DE NOTAS E REGISTROS - MORENO/PE**

Praca da Bandeira, 23 - Centro - Moreno/PE - Fone/Fax: (0) 81 3335-1990 | Marcos José Freire Lopes - Titular

Reconheço a firma por AUTENTICIDADE de  
ERIC ROBERTO FELICIANO Moreno-PE, 06/06/2019 Emol R\$  
3,51 TSNR R\$ 0,30 FERC R\$ 0,40 FERM R\$ 0,04 FUNSEG R\$  
0,08 ISS R\$ 0,08 CLAUDIA CRISTINY MONTENEGRO MENDES  
FERREIRA 2ª Substituta

Seio: 0077172.TOU0520190100890



CARTÓRIO ÚNICO DE NOTAS E REGISTROS  
de Moreno-PE  
Marcos José Freire Lopes  
Titular



Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco  
Hospital Otávio de Freitas

Nome: ALECIO ROBERTO ALBINO  
Sexo: MASCULINO  
Mãe: MARIA VALDOMIRO DOS SANTOS  
Endereço: RUA PRIMEIRO DE MAIO, N.º 221 - J. SAIRRÓ - CENTRO - CIDADE: MORENO - JF: PE

Idade: 43 Anos 5 Meses 16 Dias  
Contatos: 81. 98181620 | Celular: 81.

Nasc: 07/11/1975

Ordem do Atendimento:

Data/Hora Atend.: 19/02/2019 01:40  
Prontuário: 1080421  
Nº. Atendimento: 3300728  
Serviço: ORTOPEdia E

Enfermaria/Leito:

Médico:  
MEDICO PLANTONISTA

## Admissão

### Queixa Principal

QUEDA DE MOTO

### História Clínica

PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO A APROXIMADAMENTE 2H, DA ENTRADA TRAZIDO PELO SAMU CONSCIENTE E ORIENTADO (ECG = 15), NO MOMENTO NEGANDO QUEIXAS. APRESENTA-SE COM COLAR CERVICAL E LOCALIZADO EM BRANCHA. NEGA DORES CERVICAIS, TORACICAS OU ABDOMINAIS. NEGA DESMAIO OU VOMITOS. APRESENTA ANTEBRAÇO DIREITO ENFADADO, EQUIPE DO SAMU INFORMA QUE HA FRATURA EXPOSTA NO LOCAL. NÃO APRESENTA SANGRAMENTO ATIVO VISTO NO MOMENTO.

### Exame Físico

EG REGULAR, EUPNEICO EM AR AMBIENTE, CONSCIENTE E ORIENTADO, RESPONDE DE FORMA CLARA E OBJETIVA AO QUESTIONAMENTO.  
ACV: RCR EM 2T, FC = 70BPM  
AR: MV+ EM JHC SEM R/A, SEM CREPITAÇÕES OU ENFISEMA NA REGIÃO TORACICA. FR = 16  
ABD: PLANO, DEPRESSIVEL E INDOLOR, MEMSO A PALPAÇÃO PROFUNDA.  
EXT.: MMII COM ESCORIAÇÕES, MOVIMENTOS PRESERVADOS. ANTEBRAÇO DIREITO COM FAIXA E IMOBILIZAÇÃO.

### Observações

### Conduta

SOLICITO RX DE TORAX EM AP, RX DE BACIA EM AP, RX DE COLUNA CERVICAL EM PERFIL.  
SOLICITO RX DE ANTEBRAÇO DIREITO.  
SOLICITO HEMOGRAMA  
SOLICITO AVALIAÇÃO DA ORTOPEdia

DOUGLAS MARQUES FERREIRA - CRM: Nº.CRM18777





## ENTREVISTA SERVIÇO SOCIAL

ROT 13.4-01.V1

|                                              |                                                              |                     |          |
|----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|---------------------|----------|
| SETOR:                                       | Unidade Ortopedica                                           | DATA:               | 19.02.19 |
| NOME:                                        | Renato Roberto Albino                                        |                     |          |
| NOME SOCIAL:                                 |                                                              |                     |          |
| IDADE:                                       | 43                                                           | DATA DE NASCIMENTO: | 07/11/75 |
|                                              |                                                              | ESTADO CIVIL:       | casado   |
| FILIAÇÃO:                                    | Sextina Jose Albino                                          |                     |          |
|                                              | Mauricio Valdomiro dos Santos                                |                     |          |
| ENDEREÇO:                                    | R. Henrique Dias, 221. Nossa Senhora de Fátima. Maracá - PE. |                     |          |
| PONTO DE REFERENCIA:                         | Colégio Daniel Rêgo                                          |                     |          |
| TELEFONES:                                   | 81. 49818.1620                                               |                     |          |
| ENTREVISTADO(A):                             | Adriana Maria Albino                                         | PARENTESCO:         | filha    |
| DOCUMENTOS: POSSUI (X) NÃO ( ) APRESENTADOS: | RG: 4675861                                                  |                     |          |

|                                              |                                      |                   |
|----------------------------------------------|--------------------------------------|-------------------|
| 1º ATENDIMENTO ( ) READMITIDO ( )            | PROCEDÊNCIA:                         | SAFIV             |
| ACOMPANHANTE:                                | Adriana Maria Albino                 | PARENTESCO: filha |
| TABAGISMO: SIM ( ) NÃO (X) ABANDONO ( )      | ÉTICOS: SIM (X) NÃO ( ) ABANDONO ( ) |                   |
| OUTRAS DROGAS: SIM ( ) NÃO (X) ABANDONO ( )  | QUAIS:                               |                   |
| POSSUI NECESSIDADE ESPECIAL: SIM ( ) NÃO (X) | QUAIS:                               |                   |
| COBERTURA DE PSF: SIM (X) NÃO ( )            | ACOMPANHAMENTO: SIM ( ) NÃO (X)      |                   |

|                                       |                                                               |               |                    |
|---------------------------------------|---------------------------------------------------------------|---------------|--------------------|
| PROFISSÃO:                            | Vigilante                                                     | ESCOLARIDADE: | Ensino fundamental |
| VÍNCULO EMPREGATÍCIO: SIM (X) NÃO ( ) |                                                               | OUTROS:       |                    |
| COMPOSIÇÃO FAMILIAR:                  | Esposa e 12 filhos                                            |               |                    |
| APOIO FAMILIAR: SIM (X) NÃO ( )       | BENEFÍCIO: PREVIDENCIÁRIO ( ) ASSISTENCIAL ( ) NÃO RECEBE (X) |               |                    |

|                                                                         |
|-------------------------------------------------------------------------|
| ALTA HOSPITALAR: SAIRÁ ACOMPANHADO (X) DESACOMPANHADO ( )               |
| CONTATO COM MUNICÍPIO ( ) RECURSOS PRÓPRIOS ( ) CONTATO COM FAMÍLIA (X) |

OBSERVAÇÕES: Paciente vítima de queda de moto. Fortificado pelo SAMU. Apresenta fratura no M.S.D. Realizado RX. Paciente apresenta laceração e hematomas no antebraço esquerdo e tornozelo direito.

ASSISTENTE SOCIAL:

043-HOF

Márcia Cecília da S. Pereira  
Assistente Social  
CRP 0320

Paciente: 1080421 - ALECIO ROBERTO ALBINO

Idade: 43 Anos 3 Meses 18 Dias

Data de Nascimento: 07/11/1975

Prestador Assistente: HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS SIM SUS

Conselho / Número Cons.: CRM - null - 12345

Função: MEDICO(A)

**RELATÓRIO DE EVOLUÇÃO**

Atendimento 3300893

Leito: TRAU 30-02 - POSTO III Admissão: 19/02/2019 08:35

Convênio: SUS - INTERNACAO

Plano: PLANO UNICO

EVOLUÇÃO: 469198 (FECHADO)

Responsável: JOAQUIM FERNANDES DE OLIVEIRA NETO -  
CRM CRM26442 / ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Data de Referência:

25/02/2019

Data/Hora do Documento:

25/02/2019 10:50

HD: TCE + FRATURA DE RADIO DISTAL DIREITO

FRATURA EXPOSTA DE RADIO DISTAL D OPERADO NA EMERGENCIA

EVOLUI SEM INTERCORRENCIAS, FO COM BOM ASPECTO, SEM QUEIXAS ALGICAS

AGUARDA RX DE CONTROLE DE PUNHO D

PACIENTE TEVE TCE, AVALIADO PELA NEUROLOGIA DO HR QUE ENCAMINHOU PACIENTE DE VOLTA P/O

HOF

CD: AGUARDA RX DE CONTROLE

JOAQUIM FERNANDES DE OLIVEIRA  
CRM CRM26442



# HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS SES/PE

HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS  
SES/PE C.G.C.: 09.794.975/0004-56



## RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

|                                         |                         |
|-----------------------------------------|-------------------------|
| NOME DO PACIENTE: ALECIO ROBERTO ALBINO | Nº DO REGISTRO: 1080421 |
| CLÍNICO: ORTOPEDISTA                    | Nº DO LEITO:            |

OPERADOR: DR TIAGO

|                                              |                        |
|----------------------------------------------|------------------------|
| 1º ASSISTENTE: DR LUIZ BAUDEL                | 2º ASSISTENTE:         |
| INSTRUMENTADOR:                              | ANESTESISTA: DR MARCOS |
| ANESTESISTA: BLOQ PLEXO DIREITO +<br>SEDACÃO | DURAÇÃO:               |

|                              |              |            |
|------------------------------|--------------|------------|
| DATA DA OPERAÇÃO: 21/02/2018 | INÍCIO: 9:00 | FIM: 13:00 |
|------------------------------|--------------|------------|

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: FRATURA EXPOSTA DE PUNHO DIREITO

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: O MESMO

OPERAÇÃO PROPOSTA: LIMPEZA CIRÚRGICA DE FRATURA LUXAÇÃO EXPOSTA DE  
RADIO DISTAL DIREITO + FIXAÇÃO COM FIO K

OPERAÇÃO REALIZADA: O MESMO

## DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1. PACIENTE EM DDH SOB BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUIAL DIREITO
2. ASSEPSIA E ANTISSEPISIA
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTEREIS
4. LIMPEZA CIRÚRGICA COM SOL fisiológica abundante+ DESBRIDAMENTO EM PUNHO DIREITO
5. REALIZAMOS REDUÇÃO CRUENTA + FIXAÇÃO COM FIO K DE FRATURA INTRAARTICULAR DE RÁDIO DIREITO
6. SUTURA DE PELE E SUBCUTANEO
7. CURATIVO
8. TALA AXILO PALMAR EM MSD
9. A SRA

OBS : SOLICITAMOS FIXADOR EXTERNO DE COLES, NÃO HAVIA NA RESERVA DE MATERIAL

LUIZ HENRIQUE P. BAUDEL  
Ortopedia Traumatologia  
CREMEPE 0328 - TECT 8032

# EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: Alícia Roberto Albino  
CLÍNICA: Transtorno 3 ENF: 30 LEITO: 2

| DATA     | HORA | EVOLUÇÃO                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|----------|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 24/02/19 |      | Paciente evolui EGA, com<br>quintado, supino, hipocorreo<br>dieta por V-O, ACP em 15<br>elimina 100% E E S ou<br>(SIC), apresenta sinal de<br>Guerrini bilateral, paci-<br>ta foi avaliada pelo neuro-<br>no UA (SIC), A evolução<br>medica em 15min 100%<br>+ evolução F.O. 100%. |

HOF

Realizado exames Radiológicos

Paciente AP/P em 25/02/19

Reg. Ass. 15/02/19

|          |  |                                                                                                                                                                                                         |
|----------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 25/02/19 |  | Fisioterapia Motora (0302050019)<br>Foi realizada fisioterapia passiva de dorso +<br>mobilização passiva de ombro + movimentação<br>Paciente relata muita dor<br>Paciente com encaminhamento para alta. |
|----------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Fisioterapia  
FISIOTERAPIA  
ORFEN 125 351.2

|          |  |                                                                                                                                                             |
|----------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 25/02/19 |  | Paciente evolui bem, com<br>evolução satisfatória, ACP em 15<br>realiza 100% E E S ou<br>(SIC), A evolução<br>medica em 15min 100%<br>+ evolução F.O. 100%. |
|----------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|



# HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS EMERGÊNCIA



## 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: ALECIO ROBERTO ALBINO  
 Data Nasc.: 07/11/1975 Idade: 43 Sexo: MASCULINO Nome Social:  
 CPF: RG: Cor: PARDA Religião:  
 Endereço: RUA PRIMEIRO DE MAIO  
 Bairro: CENTRO Cidade: MORENO Nº: 221  
 CEP: 54800000 Fone: 558198181620 Celular:  
 Acompanhante: Profissão:  
 Nome da Mãe: MARIA VALDOMIRO DOS SANTOS  
 Nome do Conjuge:  
 Clínica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

## 2 - ATENDIMENTO

Data: 07/03/2019 09:38

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

DOR/EDENIA PUNHO DIREITO

Exame Físico:

PA: FC: FR:

Diag. Provisório:

POS-OP TX EXOSTA PUNHO DIREITO

CUTANEO + TALA AXILO-PALMAR

Prescrição:

Dieta:

Data:

Horário:

LUIS HENRIQUE P. BAUDEL

Ortopedia/Traumatologia

CREMEPE 9028 TEST 2032

HOF

Realizado exames Radiológicos

Ass. em 07.03.19

RTG

Ass.

Luiz Henrique P. Baudel  
Téc. Em R.  
CRTR-PE



# HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

Sumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER\_V2

Data e hora retirada da senha: 07/03/2019 09:38

Nome Paciente: ALECIO ROBERTO ALBINO  
Cód. Paciente: 1080421  
Data de Nascimento: 07/11/1975  
Sexo: Masculino  
Idade: 43  
Senha: FN0008  
Convênio: 2 - SUS - AMBULATORIO  
Atendimento: 3306560  
SAME: 1080421

Período: 07/03/2019 09:44 - 07/03/2019 09:46

PRISCILA MARIA DA SILVA BUREGIO - COREN: 281055 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: VERDE - POUCO URGENTE

Cor: VERDE

Queixa Principal: PACIENTE RETORNA APÓS ALTA (25/02/2019) DESTA INSTITUIÇÃO REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FUNHO DIREITO. REFERE DOR E EDEMA

Observação: NEGA ALERGIAS

Fluxograma sintoma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES

Discriminador(es): - EDEMA?

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: PRISCILA MARIA DA SILVA BUREGIO - COREN: 281055 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 07/03/2019 09:46

110.572.042/0004-70

Secretaria Estadual de Saúde de PE

HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS

Rua Aprígio Guimarães, S/N

Tijubá - CEP: 54.920-000

RECIFE - PE

## # LAUDO MÉDICO #

Alcides Roberto Albino Frey = 1030421  
Idoso pass. os dias, por que o  
paciente. Sua história Exposto do ho-  
cio total D há 3 meses, exposto  
no Emergência, hoje há 1x  
com história em controle de caso, ainda  
em avaliação.

CLD 1 5526

24/03/19

Ulysses Barbosa  
Ortopedia Traumatologia  
CRM-PE 25541



Alexandre Roberto Alves

Leub



Atto p' a d'ca p' se

Além está a p'ção de

reclamação de faturamento  
de L&S D&L de faturamento

L&S 557-5

Orç. 14  
L&S 557-5  
L&S 557-5



ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO TAVARES BURL

25



Alecio Roberto Albino

CANTEIRA DE IDENTIDADE

REGISTRO  
GERAL

1675861

DATA DE  
EXPEDIÇÃO 08/10/1991

NOME  
ALECIO ROBERTO ALBINO

RELACAO  
Severino José Albino  
Maria Valdomiro dos Santos

NATURALIDADE  
Moreno-PE.

DATA DE NASCIMENTO  
07/11/1975

REG. CIVIL  
cert. nas. nº 20422, Liv 18a, fls 267  
cart. do Jaboatão-PE.

ASSINATURA DO DETENTOR

LEI Nº 7.116 DE 29/04/83

ARQUIVADA  
15 JUN 2019

NOME  
**ALECIO ROBERTO ALBINO**

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF  
**4675861 SSP PE**

CPF  
**819.789.604-68** DATA NASCIMENTO  
**07/11/1975**

FLIAÇÃO  
**BEVERINO JOSE ALBINO**

**MARIA VALDONIRO DOS SA  
NTOS**

PERMISSÃO  
**0000000000** ACE  
**0000000000** CAT. HAB.  
**AR**

Nº REGISTRO  
**05090939567** VALIDADE  
**15/10/2023** 1ª HABITAÇÃO  
**01/12/2010**

OBSERVAÇÕES  
RAR  
CMTI

*Alecio Roberto Albino*

ASSINATURA DO PORTADOR  
LOCAL  
**VITORIA DE SANTO ANTAO, PE** DATA EMISSÃO  
**17/10/2019**

*Charles Andrews Sousa Ribeiro*  
Charles Andrews Sousa Ribeiro  
Diretor Presidente

04462866450  
PE088587320

ASSINATURA DO EMISSOR  
**PERNAMBUCO**

VÁLIDA EM TODOS  
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS  
**1683660258**

PROIBIDO PLASTIFICAR  
**1683660258**

ARIJANA SEGURADORA  
16 JUN 2019



ARUANA SEGURADORA

16 JUN 2019

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 014487662156  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

SINOMAP R: 040 RENAVAM R.N.T.R.C. EXERCÍCIO  
1 316643513 \*\*\*\*\* 2019

NOME  
ERIC ROBERTO FALCÃO

MORENO - PE

CPF / CNPJ  
039.093.294-92

PLACA  
PEY7474

PLACA ANT / UF  
\*\*\*\*\* / PE

CHASSI  
9CZKRD 2 42000241

ESPECIE TIPO  
PAS / MOTOCICLISTA

COMBUSTÍVEL  
ALC / GASOL

MARCA / MODELO  
HONDA / INT

ANO FAB. ANO MOD.  
2011 2011

CAP / POT / CL  
2P / 149CL

CATEGORIA  
ALUCOEL

CDR PREDOMINANTE  
ALUCOEL

COTA ÚNICA  
IPVA 2019 QUINTO

VENC. COTA ÚNICA

VENC. COTAS

1  
P  
V  
A

2º

3º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)  
80,11

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO  
22/01/19

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA

DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATORIO  
NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

MORENO

LOCAL

DATA  
26/01/19

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS  
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA A PESSOAS  
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PE Nº 014487662156 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ERIC ROBERTO FALCÃO

54800-000

CS CONTINUAÇÃO MORENO - PE

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO  
2019 26/01/19

VIA 1 CPF / CNPJ PLACA  
1 039.093.294-92 PEY7474

RENAVAM MARCA / MODELO  
316643513 HONDA / INT

ANO FAB. CAL / ANO Nº CHASSI  
2011 2011 9CZKRD 2 42000241

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) DENATRAM (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)  
35,05 27,07 40,00

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R\$)  
4,15 0,32 84,58

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO  
COTA ÚNICA PARCELADO 22/01/19

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.309/0001-04

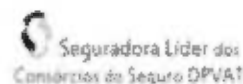
DESTAQUE E COPIAR O BILHETE DPVAT  
PARA SER APRESENTADO EM CASO DE ACIDENTE



ARJANA SEGUROTORA  
10 JUN 2019



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0196217/19

**Vítima:** ALECIO ROBERTO ALBINO

**CPF:** 819.789.604-68

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 19/02/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** ALECIO ROBERTO ALBINO

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

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

**IVONILDO FERREIRA DE BARROS JUNIOR : 794.699.224-68**

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

**ALECIO ROBERTO ALBINO : 819.789.604-68**

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](http://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 cancela 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: 10/06/2019  
Nome: IVONILDO FERREIRA DE BARROS JUNIOR  
CPF: 794.699.224-68

IVONILDO FERREIRA DE BARROS JUNIOR

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/06/2019  
Nome: NATHALIA GABRIELA FERREIRA DE SOUZA  
CPF: 109.530.024-54

NATHALIA GABRIELA FERREIRA DE SOUZA

## IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA ALECIO ROBERTO ALBINO  
 DATA DO ACIDENTE 19/2/19 CPF DA VÍTIMA 819 789 604 68  
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO IVONILDO FERREIRA DE BARROS JUNIOR  
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ( ) VÍTIMA ( ) REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É ALECIO ROBERTO ALBINO  
 ENDEREÇO DO PORTADOR PRAÇA PADRE FELIX BARRETO  
 Nº 13 COMPLEMENTO  BAIRRO LIVRAMENTO  
 CIDADE VITORIA UF PE CEP 55802-360  
 E-MAIL  TELEFONE ( 81 ) 98877-6145

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

## DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- ☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL), OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ( ) PROCURAÇÃO E CIRCULAR 445 (NO CASO DO REPRESENTANTE SER PROCURADOR)

## DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ( ) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- ( ) NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ( ) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ( ) PROCURAÇÃO E CIRCULAR 445 (NO CASO DO REPRESENTANTE SER PROCURADOR)

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO**
- MORTE = R\$ 13.500,00
  - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
  - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE [WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR](http://WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR) OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA

DATA 10/06/19  
 IDENTIDADE 4493761  
 ASSINATURA IVONILDO FERREIRA DE BARROS JUNIOR

RESPONSÁVEL PELA DIGITALIZAÇÃO NA SEGURADORA

DATA 10 JUN 2019  
 NOME NATÁLIA E SOUZA  
 ASSINATURA Natália E Souza

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190371995 **Cidade:** Moreno **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ALECIO ROBERTO ALBINO **Data do acidente:** 19/02/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 24/06/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO (GLASGOW 15).  
FRATURA EXPOSTA DISTAL DO RÁDIO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM FIO DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA. PÁG 4

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO PUNHO DIREITO.

**Documentos**

**complementares:**

**Observações:**

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS                   | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|-----------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------|-----------------------|
| Perda completa da mobilidade de um dos punhos | 25 %                                         | Em grau médio - 50 %                                 | 12,5%     | R\$ 1.687,50          |
| Total                                         |                                              |                                                      | 12,5 %    | R\$ 1.687,50          |

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0196217/19

**Vítima:** ALECIO ROBERTO ALBINO

**CPF:** 819.789.604-68

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 19/02/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** ALECIO ROBERTO ALBINO

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

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

### IVONILDO FERREIRA DE BARROS JUNIOR : 794.699.224-68

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

### ALECIO ROBERTO ALBINO : 819.789.604-68

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](http://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: 10/06/2019  
Nome: IVONILDO FERREIRA DE BARROS JUNIOR  
CPF: 794.699.224-68

IVONILDO FERREIRA DE BARROS JUNIOR

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/06/2019  
Nome: NATHALIA GABRIELA FERREIRA DE SOUZA  
CPF: 109.530.024-54

NATHALIA GABRIELA FERREIRA DE SOUZA

---

**Rio de Janeiro, 10 de Junho de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190371995**

**Vítima: ALECIO ROBERTO ALBINO**

**Data do Acidente: 19/02/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: IVONILDO FERREIRA DE BARROS JUNIOR**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), ALECIO ROBERTO ALBINO**

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

Rio de Janeiro, 07 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190371995

Vítima: ALECIO ROBERTO ALBINO

Data do Acidente: 19/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: IVONILDO FERREIRA DE BARROS JUNIOR

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ALECIO ROBERTO ALBINO

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\$ 1.687,50 |

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

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: ALECIO ROBERTO ALBINO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000648

Conta: 00000164780-1

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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190371995 **Cidade:** Moreno **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ALECIO ROBERTO ALBINO **Data do acidente:** 19/02/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 24/06/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO (GLASGOW 15).  
FRATURA EXPOSTA DISTAL DO RÁDIO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM FIO DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO PUNHO DIREITO.

**Documentos**

**complementares:**

**Observações:**

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS                   | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|-----------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------|-----------------------|
| Perda completa da mobilidade de um dos punhos | 25 %                                         | Em grau médio - 50 %                                 | 12,5%     | R\$ 1.687,50          |
| Total                                         |                                              |                                                      | 12,5 %    | R\$ 1.687,50          |



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

813 789 604 68

ALECIO ROBERTO ALBINO

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

5 - Nome completo: ALECIO ROBERTO ALBINO 6 - CPF: 813 789 604 68  
7 - Profissão: VIGILANTE 8 - Endereço: RUA HENRIQUE DIA 9 - Número: 221 10 - Complemento: CASA  
11 - Bairro: N SA DE FATIMA 12 - Cidade: MORENO 13 - Estado: PB 14 - CEP: 54800-000  
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (81) 988776145

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

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

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

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

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

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 0648 013 CONTA: 00164780 1  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

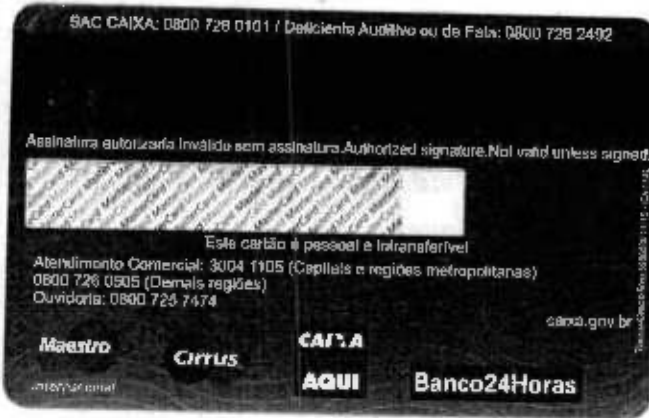
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, \_\_\_\_\_

ALECIO ROBERTO ALBINO  
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



ARIANA SECUNDARIA  
16 JUN 2019

2 de 2



ARUANA SEGURADORA

16 JUN 2019

07/05/2019 11:34

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 021ª CIRCUNSCRIÇÃO - MORENO -  
DP21ªCIRC DIM/6ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0111000679**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **07/05/2019** às  
**11:51**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)**  
que aconteceu no dia **19/2/2019** no período da Madrugada

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE MORENO, 1, BR. 232. NA  
ENTRADA DA GRANJA DE DARIO** - Bairro: **CENTRO** -  
**MORENO/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)  
ERIC ROBERTO FELICIANO (OUTRO)  
ALECIO ROBERTO ALBINO (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a):  
ALECIO ROBERTO ALBINO



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

**ALECIO ROBERTO ALBINO** (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA  
VALDOMIRO DOS SANTOS** Pai: **SEVERINO JOSE ALBINO** Data de Nascimento: **7/11/1975**  
Naturalidade: **JABOATÃO DOS GUARARAPES / PERNAMBUCO / BRASIL**  
Endereço Residência: **MUNICÍPIO DE MORENO, 221, RUA HENRIQUE DIAS - FATIMA - CEP:  
53000-000 - Bairro: CENTRO - MORENO/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

**ERIC ROBERTO FELICIANO** (não presente ao plantão) - Sexo:  
**Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

**MOTOCICLETA (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **ERIC ROBERTO FELICIANO**,  
que estava em posse do(a) Sr(a): **ALECIO ROBERTO ALBINO**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR 150 BROS MIX ES** Objeto apreendido:  
**Não**  
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Boletim de Ocorrência

file:///C:/Users/SDS/.infopol/xml/BOEPreview.html

Placa: **PEY7474** (PERNAMBUCO/MORENO)  
Ano Fabricação/Modelo: **2011/2011**

**Complemento / Observação**

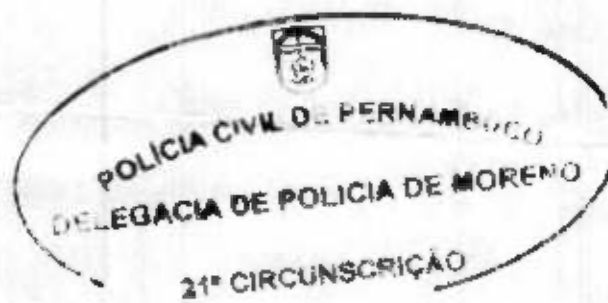
INFORMA A VITIMA QUE CONDUZIA A REFERIDA MOTOCICLETA PELA BR. 232 PROXIMO A GRANJA DE DARIO A MOTOCICLETA DESGOVERNOU-SE E A VITIMA FOI AO CHÃO, SENDO SOCORRIDO PELO O SAMU PARA O HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS NO RECIFE - PE., PARA OS PRIMEIROS SOCORROS NADA MAIS DIGNO DE REGISTRO.

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

*Alecio Roberto Albino*  
ALECIO ROBERTO ALBINO  
(VITIMA)

ARIANA SEGURADOR  
10 JUN 2019

*RRB*  
B.O. registrado por: **ROMERO BARBOSA PATRIOTA** - Matrícula: **321022-3**



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

813 789 604 68

ALECIO ROBERTO ALBINO

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

5 - Nome completo: ALECIO ROBERTO ALBINO 6 - CPF: 813 789 604 68  
7 - Profissão: VIGILANTE 8 - Endereço: RUA HENRIQUE DIA 9 - Número: 221 10 - Complemento: CASA  
11 - Bairro: N SA DE FATIMA 12 - Cidade: MORENO 13 - Estado: PB 14 - CEP: 54800-000  
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (81) 988776145

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

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

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

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

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

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 0648 013 CONTA: 00164780 1

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, \_\_\_\_\_

ALECIO ROBERTO ALBINO  
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



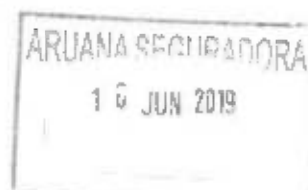
**PREFEITURA MUNICIPAL DO MORENO**  
**SECRETARIA DE SAÚDE**  
**SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA**  
**(SAMU)**



## **DECLARAÇÃO**

Declaro para os devidos fins, que o Senhor **ALECIO ROBERTO ALBINO**, 43 anos, portador do RG. 4.675.861 foi atendido pelo SAMU MORENO, no dia 19/02/2019, às 00h45min, acionado através do número 192 da regulação médica do SAMU metropolitano Recife, ocorrência Nº S 591442. O mesmo foi vítima de **QUEDA DE MOTO** em **VIA PÚBLICA**. Segundo registro da equipe que realizou o atendimento, a vítima encontrava-se **CONSCIENTE, ORIENTADO, CORADO, APRESENTANDO ESCORIAÇÕES EM MEMBROS SUPERIORES E INFERIORES MAIS FRATURA EXPOSTA DE PUNHO DIREITO E CORTE NOS LÁBIOS**. O mesmo foi removido para o **HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS** onde ficou aos cuidados da equipe médica.

Sem mais para o momento.



Dr. Osmir Alves  
Cod. 3376

**OSMIR ALVES DE OLIVEIRA**  
**Coordenador SAMU/MORENO-PE**

# 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: 01/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ALECIO ROBERTO ALBINO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00648

CONTA: 000000164780-1

---

Nr. da Autenticação FEDB0B2581E1F4F1



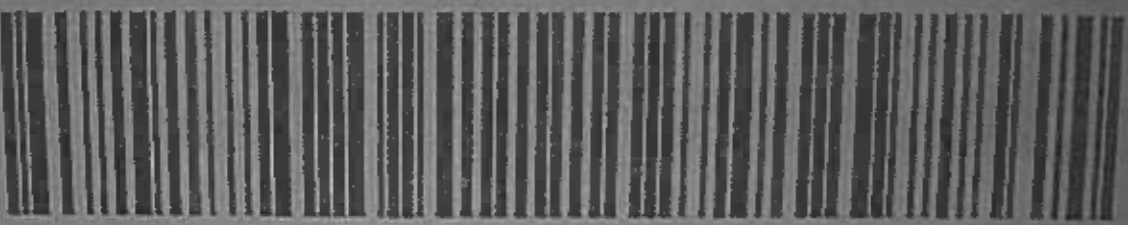
ARUANA SEGURADORA  
16 JUN 2019

ne esperar a fatura impressa chegar em casa? Mude agora

titular  
artão  
**FLAVIO OLIVEIRA DOS SANTOS**  
**5487.XXXX.XXXX.8646**

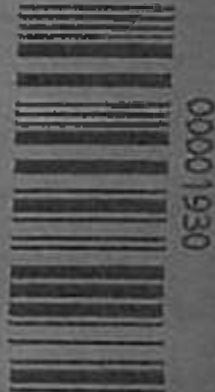
7211094230201030000000564930 270519  
Fechamento próxima fatura: 07

Postagem: 27  
Vencimento: 09  
Emissão: 25

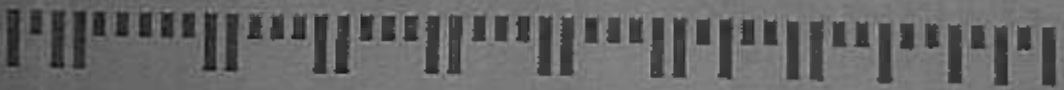


CTC RECIFE PE PL3  
**FLAVIO OLIVEIRA DOS SANTOS**  
**R HENRIQUE DIA 221**  
**N SA DE FATIMA**  
**54800-000 MORENO - PE**

00001930



PG-11



ard.com.br, digite o número da sua agência



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

COMPANHIA ENERGÉTICA  
DE PERNAMBUCO  
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,  
RECIFE, PERNAMBUCO  
CEP 50050-902  
CNPJ 10.835.932/0001-08  
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005343-93



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

## DADOS DO CLIENTE

IVONILDO FERREIRA DE BARROS JUNIOR  
CPF: 794.699.234-88

## ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

PC PE FELIX BARRETO 13

LIVRAMENTO VITÓRIA DE SANTO ANTAO  
55602-360 VITÓRIA DE SANTO ANTAO PE

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

## DATA DE VENCIMENTO

13/06/2019

## TOTAL A PAGAR (R\$)

155,85

## DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

06/06/2018

## DATA DA APRESENTAÇÃO

06/06/2019

## NÚMERO DA NOTA FISCAL

064718524

## CONTA CONTRATO

007006571365

Nº DO CLIENTE  
2001258677

Nº DA INSTALAÇÃO  
0005363400

## CLASSIFICAÇÃO

B3 COMERCIAL - COMERCIAL  
Monofásico

## RESERVADO AO FISCO

A168.9743.2912.A640.C84E.8E54.9362.93B2

## DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

| DESCRIÇÃO                                | QUANTIDADE | PREÇO      | VALOR (R\$)   |
|------------------------------------------|------------|------------|---------------|
| Consumo Ativo(kWh)                       | 154,00     | 0,74193679 | 121,67        |
| Acréscimo Bandeira AMARELA               |            |            | 1,75          |
| Contrib. Ilum. Pública Municipal         |            |            | 27,22         |
| ICMS Subvenção-CDE-NF 053348789-11/03/19 |            |            | 0,89          |
| ICMS Subvenção-CDE-NF 057192095-08/04/19 |            |            | 1,10          |
| Multa por atraso-NF 060979679 - 08/05/19 |            |            | 2,54          |
| Juros por atraso-NF 060979679 - 08/05/19 |            |            | 0,30          |
| Atualização IGPM-NF 060879679 - 08/05/19 |            |            | 0,26          |
| <b>TOTAL DA FATURA</b>                   |            |            | <b>155,85</b> |

## INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

| ICMS            |       |                  | PIS             |      |                  | COFINS          |      |                  |
|-----------------|-------|------------------|-----------------|------|------------------|-----------------|------|------------------|
| BASE DE CÁLCULO | %     | VALOR DO IMPOSTO | BASE DE CÁLCULO | %    | VALOR DO IMPOSTO | BASE DE CÁLCULO | %    | VALOR DO IMPOSTO |
| 123,42          | 25,00 | 30,85            | 123,42          | 0,17 | 0,20             | 123,42          | 0,79 | 0,97             |

ARREMA SECUNDARIA  
10 JUN 2019

## Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo(kWh) 0,54933010

## HISTÓRICO DO CONSUMO

|     |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  | kWh |
|-----|----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----|
| JUN | 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 184 |
| MAI | 19 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 170 |
| ABR | 19 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 171 |
| MAR | 19 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 160 |
| FEV | 19 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 168 |
| JAN | 19 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 120 |
| DEZ | 18 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 134 |
| NOV | 18 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 138 |
| OUT | 18 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 139 |
| SET | 18 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 126 |
| AGO | 18 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 123 |
| JUL | 18 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 124 |
| JUN | 18 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 133 |

## COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

|                      | R\$           | %          |
|----------------------|---------------|------------|
| Geração de Energia   | 41,35         | 33,50      |
| Transmissão          | 4,81          | 3,80       |
| Distribuição (Celpe) | 23,19         | 23,65      |
| Encargos Especiais   | 5,95          | 6,56       |
| Tributos             | 32,02         | 25,84      |
| Perdas de Energia    | 9,79          | 7,45       |
| <b>TOTAL</b>         | <b>123,42</b> | <b>100</b> |

## DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

| NÚMERO DO MEDIDOR  | TIPO DA FUNÇÃO | ANTERIOR   |          | ATUAL      |           | Nº DEGR | CONSTANTE | AJUSTE | CONSUMO kWh |
|--------------------|----------------|------------|----------|------------|-----------|---------|-----------|--------|-------------|
|                    |                | DATA       | LEITURA  | DATA       | LEITURA   |         |           |        |             |
| 003000003010092258 | CAT            | 08/05/2019 | 9.940,00 | 06/06/2019 | 10.104,00 | 29      | 1,0000    | 0,00   | 154,00      |

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 08/07/2019

## DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

| DESCRIÇÃO                                                                                         | CONJUNTO         | VALOR AFURADO | META MENSAL | META TRIM. | META ANUAL         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|---------------|-------------|------------|--------------------|
| Abr/2019                                                                                          |                  |               |             |            |                    |
| DIC-No.de horas sem Energia                                                                       | VITÓRIA DE SANTO | 4,00          | 5,79        | 11,58      | 23,16              |
| FIC-No.de vezes sem Energia                                                                       | ANTAO            | 4,00          | 3,20        | 5,60       | 19,20              |
| DMIC-Duração máxima de interrupção contínua                                                       |                  | 5,00          | 3,37        | 0,00       | 3,00               |
| DDCI-Duração de interrupção em dia crítico                                                        |                  |               |             |            | Limite DICI: 12,22 |
| Elevador de Encargo de Uso = R\$ 48,83                                                            |                  |               |             |            |                    |
| Todo Consumidor pode consultar a situação dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICI e qualquer dúvida |                  |               |             |            |                    |

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você e/ou utilize wágnier: avenida mariana amalia matriz / crisgei comercial  
farmaceutica: rua primitivo da miranda 197 centralista completa em www.celpe.com.br.  
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br.  
Cobrança ICMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 39.459/13.  
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.  
Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês.  
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

## NÍVEIS DE TENSÃO

| TENSÃO NOMINAL(V) | LIMITE DE VARIAÇÃO(V) |        |
|-------------------|-----------------------|--------|
|                   | MÍNIMO                | MÁXIMO |
| 220               | 202                   | 231    |

## AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

## DESTAQUE ADUI

| CONTA CONTRATO | MÊS/ANO | TOTAL A PAGAR(R\$) | VENCIMENTO | TALÃO DE PAGAMENTO                                                              |
|----------------|---------|--------------------|------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| 007006571365   | 06/2019 | 155,85             | 13/06/2019 | Evite dobrar, perfurar ou rasurar.<br>Este canhoto será usado em leitora ótica. |

838700000010 558500110070 006571365107 139881767230



## AUTENTICAÇÃO MECÂNICA