

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=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 faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Sergio F.A. Sampaio inscrito (a) no CPF/CNPJ 007.662.344/01, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Antonio Marcos B. de Oliveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 101.981.754/26, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Antonio Marcos B. de Oliveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 101.981.754/26, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☒ Declaro Profissão: Diretor Geral Renda: 1.279,15 e apresento os documentos comprobatórios: Conta cheque

☐ Recuso informar

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

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

Endereço	<u>Buclides Bezerra Lima</u>		Número	<u>300</u>	Complemento
Bairro	<u>Centro</u>	Cidade	<u>Ousieusi</u>	Estado	<u>PE</u>
				CEP	<u>56200-000</u>
Email	<u>SergiofaSampaio@hotmail.com</u>		Telefone comercial(DDD)	<u>(87) 99980-5451</u>	
			Telefone celular (DDD)	<u>(87) 9.9998-3998</u>	

Ousieusi 08 de Fevereiro de 2019

Local e Data

Sergio F.A. Sampaio
Assinatura do Declarante



Declaração do Proprietário do Veículo

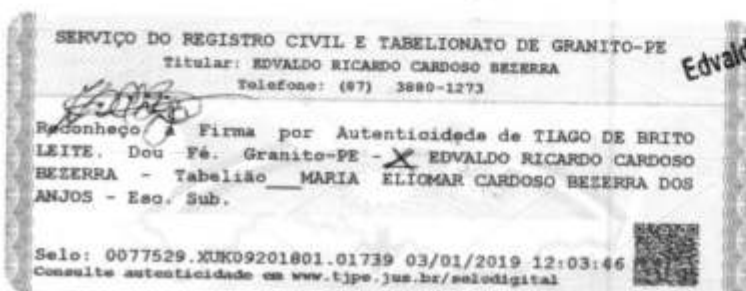
Eu, Tiago de Brito Leite,
RG nº 2005034055918 data de expedição 21/07/15,
Órgão SSP CE, portador do CPF nº 087 191 624-05 com
domicílio na cidade de Granito, no Estado de
PE, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Sítio Arica, nº 5N,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Antonio Marcos B. de Oliveira cujo o condutor era
Antonio Marcos Brito de Oliveira

Veículo: Motocicleta
Modelo: Honda NXR 160
Ano: 2015
Placa: PNF 1240
Chassi: 9C2X00810FR479988
Data do Acidente: 20/11/2018
Local e Data: Granito 03/01/19

Tiago de Brito Leite
Assinatura do Declarante

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



Edvaldo Ricardo C. Bezerra
TABELIAO



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO RECIFE
HOSPITAL REGIONAL FERNANDO BEZERRA



PERNAMBUCO

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
IX GERÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE - IX GERES

FICHA DE INTERNAÇÃO E ALTA HOSPITALAR

DADOS DO PACIENTE

DATA INTERNAÇÃO: 03/12/2018 12:47:37

NOME: ANTONIO MARCOS BRITO DE OLIVEIRA
ENDEREÇO: RUA DO SOSSEGO
MUNICÍPIO: GRANITO
NATURALIDADE: GRANITO
PROFISSÃO:
MÃE: LUZINETE GREGORIO BRITO DE OLIVEIRA
PAI CICERO PEDRO DE OLIVEIRA
NOME DO RESPONSÁVEL:
CNS: 700400451315848

DATA NASCIMENTO: 07/08/1990 PRONTUÁRIO: 17228
IDADE: 28 anos(s) 3 mese(s) 9 dia(s)
BAIRRO: CENTRO Nº: 1
SEXO: MASCULINO COR: PARDA
ESTADO CIVIL: CASADO(A)
RG: 8584762 CPF:
ALA: TRAUMATO-ORTOPEDIA Leito: ENF 6 VIRT. 1
PARENTESCO:
ESCOLARIDADE:

OCCORRÊNCIA

LOCAL DO ACIDENTE:

DATA: HORA:

NATUREZA DO
ACIDENTE

☐ Casual ☐ Acid. Trânsito ☐ Intoxicação ☐ Tent. Suicídio
☐ Queda ☐ Acid. Trabalho ☐ Agressão ☐ Outras Causas

ATENÇÃO MÉDICA

ATENDIMENTO: ☐ Clínico ☐ Cirúrgico

QUEIXA PRINCIPAL:

HD:

EXAME

PRESSÃO ARTERIAL: 120/80 PULSO: TEMPERATURA: 36.6 PESO:

ESTADO GERAL:

A.C.V:

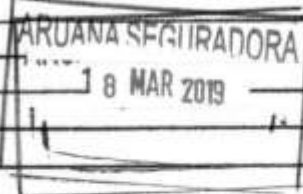
A.R:

A.D:

A.G.U:

PARTICULARIDADE OUTRAS:

DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO:



CONDIÇÃO DE ALTA

MOTIVO DE ALTA

☐ Curado ☐ Inalterado ☐ Óbito em ☐ +48 Horas ☐ Decisão Médica ☐ Indisciplina
☐ Melhorado ☐ Piorado Hora ☐ -48 Horas ☐ Alta Pedida ☐ Evasão
☐ Transferida

TRANSFERIDO PARA:

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

RECEPCIONISTA

MÉDICO - CREMEPE

Data: 20/11/18	Horas:	PSF:			
Nome: Antonio Marcos B. de Oliveira			Sexo: M	Idade: 28	DN: 07/05/90
Filiação:					
Endereço: Rua do Sossego					
Profissional:			Cidade: Granito	Telefone:	
Responsável:					

EXAME CLÍNICO

PA: 130x90	Temp.:	Peso:	Conduta (continuação)
<p>OPD/MDA</p> <p>Pit pituitária de opóide nte. nte. cl trauma em nte. cl torçozel. D. cl dor + edema local</p>			<p>① Voltar em 1 Amp Im 08/51</p> <p>② Exame físico em 1 Amp Im</p> <p>Dr. Rogério Macêdo Médico CRM 24.370</p>
<p>Exame Físico</p> <p>Sl. outro trauma na nte.</p> <p>Dor + edema torçozel</p>			<p>ARUANA SEGURODORA 18 MAR 2019</p> <p>() Residência () Ambulatório () Observação () Internam</p> <p>() Transferência:</p> <p>() Óbitos:</p> <p>Dr. Rogério Macêdo Médico CRM 24.370</p> <p>Assinatura:</p> <p>(Paciente ou Responsável)</p>
<p>Hipótese Diagnóstica:</p> <p>trauma torçozel</p>			
<p>Conduta:</p> <p>transfusão de HRTB pl</p> <p>noio X ⊕</p> <p>Análise ortopédica</p>			



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO RECIFE

HOSPITAL REGIONAL FERNANDO BEZERRA

OURICURI - PERNAMBUCO

BOLETIM DE CIRURGIA

PACIENTE: Puteri - Br. B. d. V. REG.: _____ DATA: 1 / 1 / _____

CIRURGIA REALIZADA: _____ CONVÊNIO: _____

INÍCIO: _____ TÉRMINO: _____ URGÊNCIA () ELETIVA () SALA Nº. _____

ANESTESIA: GERAL () RAQUIANESTESIA () PERIDURAL () SEDAÇÃO () LOCAL ()

INÍCIO: _____ TÉRMINO: _____

EQUIPE CIRÚRGICA:

CIRURGIÃO: Paulo L. Aze ANESTESISTA: _____

1º AUXILIAR: _____ 2º AUXILIAR: _____

CIRCULANTE: _____

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

- 1 - Inspeção e toque abdominal
- 2 - Fim de inspeção
- 3 - Inspeção da pele
- 4 - Fim de inspeção
- 5 - Alceamento por pinos
- 6 - Fim de alceamento
- 7 - Fim de alceamento T. no Beto
- 8 - Fim de alceamento



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO RECIFE
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE - PE
HOSPITAL REGIONAL FERNANDO BEZERRA
FOLHA DE ANESTESIA



Pernambuco
Secretaria de Saúde

Nome: Antonio Marcos Ant. de Jesus Idade: 28 Sexo: M Cor:
 Hospital: PRFB Enfermaria: Leito: Nº Prontuário: 17208
 Data: 23/04 Pulso: 85 Respiração: Temperatura: Peso: Altura:
 Tipo Sanguíneo: Hemácias: Hemoglobina: Hematócrito: Glicemia: Urina: Outros:
 An. Respiratório: OK Asma: Bronquite:
 An. Circulatório: OK Eletrocardiograma:
 An. Digestivo: OK Aparelho Urinário:
 Estado Mental: LOTE Dentos: Pescoco: Alergia: N Hipertensão:
 Atorxicos: Cortico-des: Estado Físico: Normal
 Diagnóstico Pré-Operatório: Anest. Anteriores:
 Diagnóstico Pós-Operatório: Aplicada a: Efeito:
 Medicação Pré-Anestésica:



Respiração
 put. rante, insipiente
 ant. insipiente, pul. rante
 batos constantes, pul. rante
 lombos mid. ins. 1700
 com agulha de 26 mm
 A. dent. 1.0, 1.0 bilog
 rante de 1.0, 1.0, 1.0
 ant. insipiente
 Sedação - pul. rante
 de pul. rante 1.0, 1.0
 ant. insipiente, pul. rante
 de pul. rante 1.0, 1.0
 ant. insipiente, pul. rante
 de pul. rante 1.0, 1.0

SÍMBOLOS
ANOTAÇÕES

Posição: Deitado
 Agentes: propofol, fentanil, 1.0, 1.0, 1.0
 Técnica: Respiração + Sedação
 Operação: Ortognata de Tornozelo Direito
 Cirurgião: Dr. Adilson e Dr. Elton
 Anestesistas: Dr. José Carlos
 Observações: PTASA II, HAS, peso 80kg, 170cm
 Anotar, no verso, as complicações Operatórias e Pós-Operatórias

José Carlos S. J. ANESTESIOLOGIA CRM-PE 1017
 18 MAR 2019

Relatório Médico de Alta

Nome: **ANTONIO MARCOS BRITO DE OLIVEIRA**
Reg.: 19161 Pront.: 17228
Sexo: Masculino Dt. Nasc.: 07/08/1990
Conv.: SUS



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO RECIFE
HOSPITAL REGIONAL FERNANDO BEZERRA



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
1ª SECRETARIA REGIONAL DE SAÚDE - 1ª DELEG

Idade: 27

Admissão: 03/12/2018 12:47

Alta: 03/12/2018 15:35

Admissão:

FRAT DE PILÃO TIBIAL ANTIGA

Evolução / Conduta:

OPERADO POR DR ADELMO LAGE

Diagnóstico:

Principal S82.3 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TÍBIA

Internação:

Unidade	Admissão	Alta/Transferência	Tempo
TRAUMATO-ORTOPEDIA	03/12/2018 12:47	03/12/2018 15:35	3 hora(s)

Orientação:

REVISÃO NO AME

Condição de Alta:

Tipo de Alta: Médica

Médico Responsável: Dr. ADELMO LAGE TEOT: 6668
CRM: 20469





SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO RECIFE
HOSPITAL REGIONAL FERNANDO BEZERRA



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
IX GERÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE - IX GERES

Atestado Médico

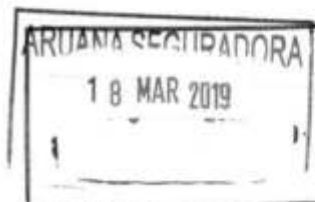
Atesto para os devidos fins que o(a) **Sr.(a) ANTONIO MARCOS BRITO DE OLIVEIRA**, foi atendido (a) neste serviço no dia 04/12/2018 CID: S823.

ESCOLHA UMA DAS SEGUINTE OPÇÕES

- (☒) Necessitado de 180 dias de afastamento de suas atividades (no trabalho ou escola).
- (☐) Estando apto para voltar ao trabalho.
- (☐) Como acompanhante
- (☐) Outros: _____

OURICURI, 4 de Dezembro de 2018


Dr. ADELMO LAGE TEOT: 6668
CRM: 20469





Secretaria Municipal de Saúde
receituário

Nome do Paciente: Antonio Mourao B. de Oliveira

As HRFB/Ortopedia

Por vítima ocidental de moto e
trauma em torço G.D.

Solicito conclusões por meio
de raios X
futura!

Granito - PE 19/11/2018.

Dr. Ronaldo Machado
CRM 10.000

Médico





SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO RECIFE
HOSPITAL REGIONAL FERNANDO BEZERRA



PERNAMBUCO

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
IX GERÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE - IX GERES

Data: 20/11/2018 10:48 N. Tratamento: 3

Nome: **ANTONIO MARCOS BRITO DE OLIVEIRA**

Pront.: 17228

End.: RUA DO SOSSEGO, 1

Bairro: CENTRO Cidade: GRANITO - PE Telefone: 8791117821

Sexo: Masculino Prof.: AGRICULTOR Nascimento: 07/08/1990 Idade: 28

Mãe: LUZINETE GREGORIO BRITO DE OLIVEIRA Responsável:

BOLETIM DE ATENDIMENTO

CR- ORTOPEDISTA - Verde

ANAMNESE / QUEIXA PRINCIPAL:

TRIAGEM:

- QUEIXA

- PCT VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO (SIC) COM QUEIXA DE DOR E EDEMA EM TORNOZELO DIREITO.

ORIGEM

TIPO DE CHEGADA

OBSERVAÇÕES

FLUXOGRAMA

- Problemas em extremidades

DISCRIMINADOR

- Edema

COLETA AUTORIZADA?

- SIM

AVALIAÇÃO E MEDIDAS CLINICAS

- DOR 4

DOR 4

ENCAMINHAMENTOS

- Ortopedia

TRANSPORTADO POR

JUSTIFICATIVA

MEDICA:

PACIENTE VÍTIMA DE COLISÃO MOTO-MOTO
DOR E LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO TORNOZELO DIR
EDEMA ++/4+



Peso:

PA: x mmHg

Altura:

HGT: mg/dL

IMC: ()

Temperatura: °

Paciente chegou: () Andando () De Auto () Ambulância

Ambulância: Saída _____ Chegada _____

() Acidente de Trabalho () Caso Policial

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Dr. VALMIR LACERDA FILHO
CRM: 14553



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO RECIFE
HOSPITAL REGIONAL FERNANDO BEZERRA



PERNAMBUCO

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
IX GERENCIA REGIONAL DE SAÚDE - I GERES

Data: 20/11/2018 10:48 N. Tratamento: *

Nome: **ANTONIO MARCOS BRITO DE OLIVEIRA**

Pront.: 17228

End.: RUA DO SOSSEGO, 1

Bairro: CENTRO Cidade: GRANITO - PE Telefone: 8791117821

Sexo: Masculino Prof.: AGRICULTOR Nascimento: 07/08/1990 Idade: 28

Mãe: LUZINETE GREGORIO BRITO DE OLIVEIRA Responsável:

FRATURA DA TÍBIA DISTAL D

SOLICITAÇÕES / RESULTADOS DE EXAMES:
RX

EVOLUÇÃO DO PACIENTE:

ORIENTAÇÃO E TALA BOTA

O PACIENTE NÃO QUIS SER INTERNADO

Óbito às _____ H _____ Min

DESTINO DO PACIENTE

(☒) RESIDÊNCIA () INTERNADO

ENCAMINHADO:

REMOVIDO:

Data:

ASSINATURA - CARIMBO - CRM / CRO
Dr. VALMIR LACERDA FILHO
CRM: 14553



Dr. VALMIR LACERDA FILHO
CRM: 14553



O paciente Antônio Marcos Brito de Oliveira, foi vítima de acidente de trânsito no dia 20 de Novembro de 2018, tendo

sofrido fratura da extremidade distal da tibia a direita e sendo submetido a tratamento cirúrgico. O paciente é portador de sequelas permanentes e definida no membro afetado, apresentando limitação de movimento, déficit de força e edema em tornozelo direito, além de atrofia muscular e marcha claudicante. Estima-se perda funcional grave (70%) do tornozelo direito. O paciente teve alta clínica após ter realizado 20 sessões de fisioterapia. Oriento avaliação pericial para confirmação das sequelas.

CID - S823

04/06/2019

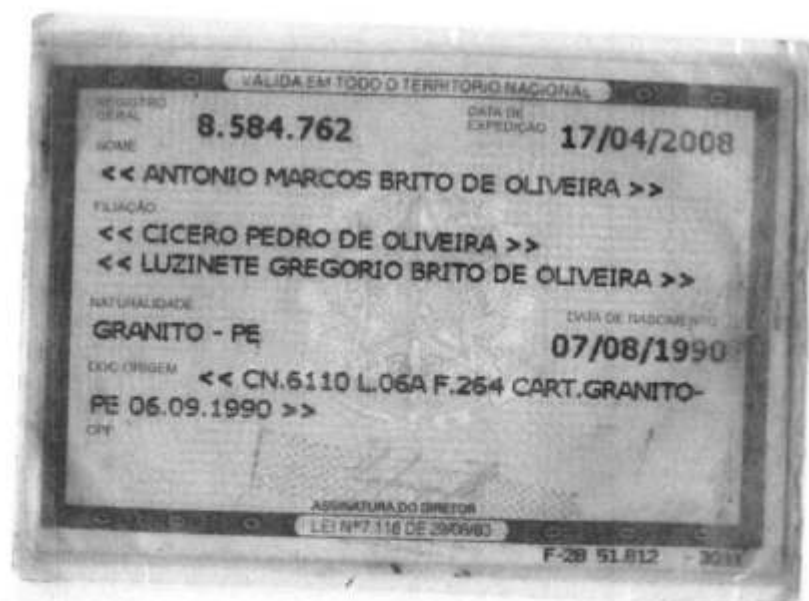
Dr. Bruno Coelho
Fisioterapeuta
CREF nº 195170-8

87 3374-2433
87 99958-7997
drbrunocoelho@hotmail.com
Rua Teófilo Gomes Torres, 1435,
Carlinha, Curitiba - PR, CEP 85140-000

ARUANA SECUNDARIA
28 JUN 2019

29 JUN 1975

ANTONIO MATEOS DE OLIVERA
PX TOWNSHIP 13 12 18
L.R.F.



IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Antonio Marcos Brito de Oliveira

DATA DO ACIDENTE 20/03/2018 CPF DA VÍTIMA 903.983.754-26

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO SERGIO FRANCISCO A. SAMPAIO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☐ VÍTIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARÂNTESCO COM A VÍTIMA É

ENDEREÇO DO PORTADOR RUA EUCLIDES BEZERRA LINS

Nº 100 COMPLEMENTO CENTRO BAIRRO

CIDADE OURICURI UF PE CEP 562000-000

E-MAIL sergiofasmapiu@hotmail.com TELEFONE 87 9980-5451
99998-3E98

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EMITIDO 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 DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

☐ PROCURAÇÃO E CIRCULAR 445 (NO CASO DO REPRESENTANTE SER PROCURADOR)

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EMITIDO 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 FISCIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO 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 OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA

DATA

IDENTIDADE 4.407.038 SSP/PE

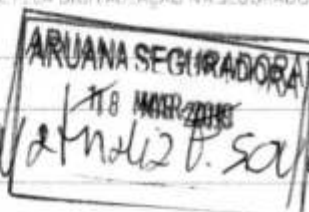
ASSINATURA [Assinatura]

RESPONSÁVEL PELA DIGITALIZAÇÃO NA SEGURADORA

DATA

NOME

ASSINATURA [Assinatura]



DIRETOR GERAL

1453

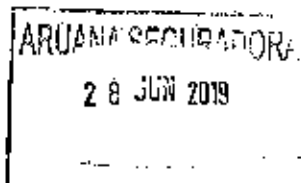
Eu Antonio Marcos Brito de Oliveira

Venho pedir a seguradora líder
uma renovação do meu processo
afim de poder passar pela perícia
médica e poder comprovar minhas
sequelas.

Me sinto prejudicado com o valor
que recebi mas fazer perícia.

Obrigado

3190/204741



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190204741 **Cidade:** Granito **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO MARCOS BRITO DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 20/11/2018 **Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER

Diagnóstico: Fratura do tornozelo direito.

Descrição do exame físico: Bloqueio articular do tornozelo direito associado a edema residual.

Resultados terapêuticos: Submetido a tratamento cirúrgico da fratura do tornozelo direito.
Não realizou fisioterapia.
Recebeu alta médica em 02/2019.

Sequelas permanentes: Limitação funcional intensa do tornozelo direito.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 12/07/2019

Conduta mantida: Não

Observações: Vítima após término do tratamento, com quadro de restrição sequelar da mobilidade do tornozelo direito.
OBS : Trata-se de sinistro com pagamento.Vítima indenizada em 50% do Tornozelo direito, recebe agora indenização complementar.

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 tornozelo	25 %	Em grau intenso - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190204741 **Cidade:** Granito **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO MARCOS BRITO DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 20/11/2018 **Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER

Diagnóstico: Fratura do tornozelo direito.

Descrição do exame físico: Bloqueio articular do tornozelo direito associado a edema residual.

Resultados terapêuticos: Submetido a tratamento cirúrgico da fratura do tornozelo direito.
Não realizou fisioterapia.
Recebeu alta médica em 02/2019.

Sequelas permanentes: Limitação funcional intensa do tornozelo direito.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 12/07/2019

Conduta mantida: Não

Observações: Vítima após término do tratamento, com quadro de restrição sequelar da mobilidade do tornozelo direito.
OBS : Trata-se de sinistro com pagamento.Vítima indenizada em 50% do Tornozelo direito, recebe agora indenização complementar.

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 tornozelo	25 %	Em grau intenso - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190204741 **Cidade:** Granito **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO MARCOS BRITO DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 20/11/2018 **Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE PILÃO TIBIAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(OSTEOSSÍNTESE).
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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 tornozelo	25 %	Em grau médio - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190204741 **Cidade:** Granito **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO MARCOS BRITO DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 20/11/2018 **Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE PILÃO TIBIAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(OSTEOSSÍNTESE).
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @1 EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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 tornozelo	25 %	Em grau médio - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190204741 **Cidade:** Granito **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO MARCOS BRITO DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 20/11/2018 **Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PILÃO TIBIAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(OSTEOSSINTESE).
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANALISE MÉDICA DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO DIREITO.

Documentos complementares:
Observações:

DANOS

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

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Antonio Marcos Brito de Oliveira
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Solteiro
Profissão: Agricultor
Identidade: 8584.762 CPF: 101.981.754-26
Endereço: Rua do Sonego 29

data acidente 20/11/2018 cobertura Invalidiz

OUTORGADO:

Nome: SERGIO FRANCISCO ANDRADE SAMPAIO
Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: CASADO
Profissão: DIRETOR GERAL
Identidade: 404.7038 CPF: 007.662.344-01
Endereço: EUCLIDES BEZERRA LINS Nº 100

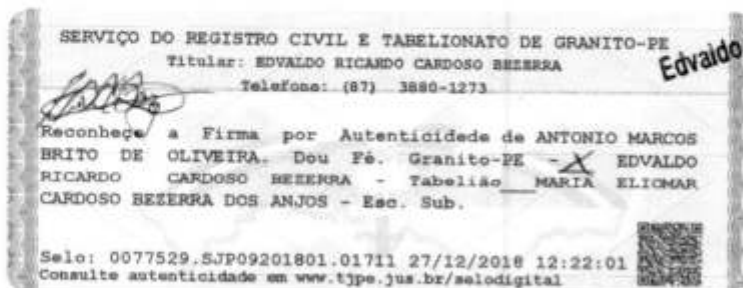
Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER**, referente ao **Seguro Obrigatório - DPVAT**

Local e Data: Ouro Preto 27/12/2018

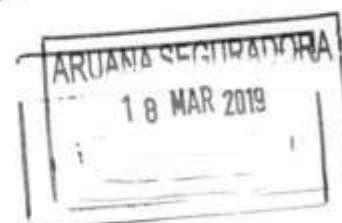


Antonio Marcos Brito de Oliveira

ASSINATURA DO OUTORGANTE
(RECONHECIDA FIRMA POR AUTENTICIDADE)



Edvaldo Ricardo C. Bezerra
TABELIÃO



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0091523/19

Vítima: ANTONIO MARCOS BRITO DE OLIVEIRA

CPF: 101.981.754-26

CPF de: Próprio

Data do acidente: 20/11/2018

Titular do CPF: ANTONIO MARCOS BRITO DE OLIVEIRA

Seguradora: COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

SERGIO FRANCISCO ANDRADE SAMPAIO : 007.662.344-01

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

ANTONIO MARCOS BRITO DE OLIVEIRA : 101.981.754-26

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: 18/03/2019
Nome: SERGIO FRANCISCO ANDRADE SAMPAIO
CPF: 007.662.344-01

SERGIO FRANCISCO ANDRADE SAMPAIO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/03/2019
Nome: NATHALIA GABRIELA FERREIRA DE SOUZA
CPF: 109.530.024-54

NATHALIA GABRIELA FERREIRA DE SOUZA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0091523/19

Número do Sinistro: 3190204741

Vítima: ANTONIO MARCOS BRITO DE OLIVEIRA

CPF: 101.981.754-26

Seguradora: COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

Data do acidente: 20/11/2018

Titular do CPF: ANTONIO MARCOS BRITO DE OLIVEIRA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

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: 28/06/2019
Nome: SERGIO FRANCISCO ANDRADE SAMPAIO
CPF: 007.662.344-01

SERGIO FRANCISCO ANDRADE SAMPAIO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/06/2019
Nome: NATHALIA GABRIELA FERREIRA DE SOUZA
CPF: 109.530.024-54

NATHALIA GABRIELA FERREIRA DE SOUZA

Rio de Janeiro, 20 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190204741

Vítima: ANTONIO MARCOS BRITO DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 20/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: SERGIO FRANCISCO ANDRADE SAMPAIO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANTONIO MARCOS BRITO DE OLIVEIRA

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, 05 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190204741

Vítima: ANTONIO MARCOS BRITO DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 20/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: SERGIO FRANCISCO ANDRADE SAMPAIO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANTONIO MARCOS BRITO DE OLIVEIRA

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 tornozelo 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: ANTONIO MARCOS BRITO DE OLIVEIRA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000002130

Conta: 00000057032-4

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





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, 03 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190204741 **Vítima: ANTONIO MARCOS BRITO DE OLIVEIRA**

Data do Acidente: 20/11/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: SERGIO FRANCISCO ANDRADE SAMPAIO

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

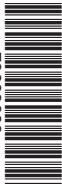
Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você

Pag. 00003/00004 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 14517064

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas de Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190204741

Nome do(a) Examinado(a): ANTONIO MARCOS BRITO DE OLIVEIRA

Endereço do(a) Examinado(a): RUA DO SOSSEGO, 29 - Granito/PE - CEP 56160-000

Identificação - Orgão Emissor/UF/Número : 8584762 - SDSPE - 17/04/2008

Data e Local do Acidente : 20/11/2018 - GRANITO - PE

Data e Local do Exame : 12/07/2019 RUA MANOEL CASSIMIRO, 34b - JUAZEIRO DO NORTE/CE - CEP 63024-550

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA DE TORNOZELO DIREITO

RELTA DOR EM TORNOZELO DIREITO AO DEMABULAR MÉDIAS DISTÂNCIAS, AO TENTAR CORRER, AO TENTAR AGACHAR-SE E AO TENTAR SUBIR E DESCER DEGRAUS.

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

TRATAMENTO CIRÚRGICO COM OSTEOSÍNTESE COM PARAFUSOS FIXADORES. NÃO FOI REALIZADO TRATAMENTO FISIOTERÁPICO. ENCONTRA-SE DE ALTA MÉDICA DESDE FEVEREIRO DE 2019.

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

APRESENTA EDEMA RESIDUAL COM LIMITAÇÃO IMPORTANTE DOS MOVIMENTOS DE FLEXÃO DORSAL E PLANTAR, ABDUÇÃO E ADUÇÃO DO TORNOZELO DIREITO DEVIDO A BLOQUEIO ARTICULAR.

IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada? [X] Sim [] Não

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)? ☒ Sim ☐ Não

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

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

Vide motivo do impedimento no campo das observações

() “Vítima em tratamento” Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

() “Sem sequela permanente” (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal

TORNOZELO DIREITO

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio (X) 75% intensa () 100% completo

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

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



RENAN DE ALMEIDA SILVA CRM : 12076 / UF :CE

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: 303.983.754-26 Nome completo da vítima: Antonio Marcos Brito de Oliveira

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

Nome completo: Antonio Marcos Brito de Oliveira CPF: 303.983.754-26
Profissão: Agricultor Endereço: Rua do Sossego Número: 29 Complemento: _____
Bairro: Centro Cidade: Granito Estado: PE CEP: 56.160-000
E-mail: _____ Tel (DDD): 81 99998-3998

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

RENDA MENSAL:

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

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

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

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

AGÊNCIA: 2130 CONTA: 057032-4
(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 Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

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 nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, Ousvensi 08/02/2019
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____

2ª | Nome: _____
CPF: _____



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

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

Bandeira do
Estado



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 209ª CIRCUNSCRIÇÃO - GRANITO - DP209ªCIRC
DINTER2/24ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0299000312**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **19/12/2018** às **18:43**

Complementa o BO Número: **18E0299000295**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumados) que aconteceu no dia **20/11/2018** às **09:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE GRANITO, 1, AV TANCREDO NEVES** - Bairro: **CENTRO** -
GRANITO/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NETINHO DE CHICO DA MATA (AUTOR \ AGENTE)
TIAGO DE BRITO LEITE (OUTRO)
MORÉ MOTO (TESTEMUNHA)
ANTONIO MARCOS BRITO DE OLIVEIRA (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **ANTONIO MARCOS BRITO DE OLIVEIRA**

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

ANTONIO MARCOS BRITO DE OLIVEIRA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **LUZINETE GREGORIO BRITO DE OLIVEIRA** Pai: **CÍCERO PEDRO DE OLIVEIRA** Data de Nascimento: **7/8/1990** Naturalidade: **GRANITO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **8584762/SSP/PE (RG), 10198175426 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares: **- 87991125207**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE GRANITO, 69, RUA DO SOSSEGO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - GRANITO/PERNAMBUCO/BRASIL**

NETINHO DE CHICO DA MATA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **DESCONHECIDO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE GRANITO, 1, RUA DA UNIÃO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - GRANITO/PERNAMBUCO/BRASIL**

TIAGO DE BRITO LEITE (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **08719162405 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **MILITAR** Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE GRANITO, 1, SITIO AREAL - CEP: 0 - Bairro: JARDIM NOVO GRANITO - GRANITO/PERNAMBUCO/BRASIL**

MORÉ MOTO (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **DESCONHECIDO** Profissão: **MECANICO** Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE GRANITO, 1, AV TANCREDO NEVES - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO -**

GRANITO/PERNAMBUCO/BRASIL

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

ACIDENTE COM MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **TIAGO DE BRITO LEITE**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ANTONIO MARCOS BRITO DE OLIVEIRA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR150 BROS** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PNF1240** (CEARA/CRATO) Renavam: **107310297** Chassi: **9C2KD0810FR479988**

Ano Fabricação/Modelo: **2015/2015** Combustível: **ALCO/GASOL**

Descrição: **CONFORME A VÍTIMA A MOTO QUE SOFREU O ACIDENTE PERTENCE AO SR, TIAGO DE BRITO LEITE**

Complemento / Observação

COMPARECEU A ETA DEPOL DE GRANITO, HOJE DIA 26/11/18, COMUNICANDO QUE NO DIA 19/11/2018, POR VOLTA DAS 09:00 HORAS, VINHA DO POSTO DE GASOLINA E AO ENTRAR NA CIDADE EM FRENTE A OFICINA MECANICA DE MORE MOTO, SE DEPAROU COM UM MOTOQUEIRO QUE SAIU DA DEVIDA OFICINA EM DISPARDA SEM OBSERVAR QUE A VÍTIMA VINHA SE APROXIMANDO, QUE TENTOU LIVRAR DE BATER NA MOTO DE NETINHO, MAS NÃO CONSEGUIU DEVIDO TER SIDO MUITO DE CIMA, QUE SE CHOCOU E CAIU SOBRE O CALÇAMENTO QUEBRANDO O TORNOZELO DIREITO, QUE O NETINHO NÃO SENTIU NADA, QUE A VÍTIMA FOI SOCORRIDA PELA AMBULANCIA PARA O HOSPITAL LOCAL, ONDE FOI ATENDIDO PELO DR. ROGÉRIO MACEDO CRM PE- 24880 E EM SEGUIDA FOI ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL REGIONAL FERNANDO BEZERRA COELHO, ONDE FOI ATENDIDO PELO MÉDICO DE PLANTÃO DR. VALMIR LACERDA FILHO, CRM 14553, QUE FICOU CONSTADO QUE A VÍTIMA FRATUROU O TORNOZELO DO PÉ DIREITO E FOI LIBERADO PARA RETORNSR NO PRÓXIMO DIA 03/12/2018 PARA AFETUAR A CIRURGIA, CONFORME A SOLICITAÇÃO EM ANEXO. QUE DIANTE O EXPOSTO VEI FAZER CIENTE A AUTORIDADE COMPATENTE. NESTA DATA, 19 DE DEZEMBRO DE 2018, COMPLEMENTE ESTE BOE, INFORMANDO QUE A DATA DO FATO FOI DIA 20/11/2018, CONTRÁRIO A DATA ANTERIOR AO BOE 295, PORTANTO VOLTO A REPETIR QUE A DATA DO ACIDENTE COM VÍTIMA LESIONADA FOI DIA 20/11/18.

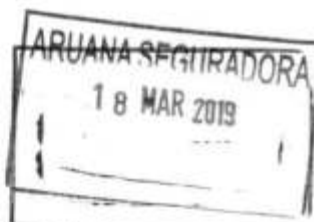
Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

ANTONIO MARCOS BRITO DE OLIVEIRA
(VITIMA)

x *Antonio marcos Brito de Oliveira*

B.O. registrado por: **AVELINO FERNANDES** - Matrícula: **1597400**

Avelino Fernandes



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	309.983.754-26	Antonio Marcos Brito de Oliveira
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
Antonio Marcos Brito de Oliveira	309.983.754-26	
Profissão:	Endereço:	Número:
Agricultor	Rua do Sarango	29
Bairro:	Cidade:	Estado:
Centro	Granito	PE
E-mail:	CEP:	Tel (DDD):
	56.160-000	(81) 99998-3998

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

RENDA MENSAL:

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

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

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

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

AGÊNCIA: 2130 CONTA: 057032-4

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

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

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

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 nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão
digital da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

Local e Data, Ouroense 08/02/2019
 Nome: _____
 CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

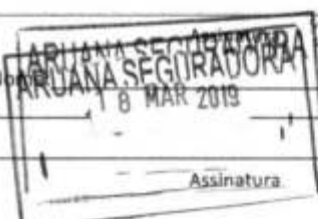
Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____
 CPF: _____

2ª Nome: _____
 CPF: _____



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

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

Data: 20.11.18	Horas:	PSF:			
Nome: Antonio Marcos B. de Oliveira			Sexo: M	Idade: 28	DN: 07/05/90
Filiação:					
Endereço: Rua do Sossego					
Profissional:			Cidade: Granito	Telefone:	
Responsável:					

EXAME CLÍNICO

PA: 130x90	Temp.:	Peso:	Conduta (continuação)
<p>OPD/MDA</p> <p>Pit pituitária de opóide nte. nte. cl trauma em nte. cl torçozel. D. cl dor + edema local</p>			<p>① Voltar em 1 Amp Im 08/51</p> <p>② Exame físico em 1 Amp Im</p> <p>Dr. Rogério Macêdo Médico CRM-PE 24320</p>
<p>Exame Físico</p> <p>Sl. outro trauma na nte.</p> <p>Dor + edema torçozel</p>			<p>ARUANA SEGURODORA 18 MAR 2019</p> <p>() Residência () Ambulatório () Observação () Internam</p> <p>() Transferência:</p> <p>() Óbitos:</p> <p>Dr. Rogério Macêdo Médico CRM-PE 24320</p> <p>Assinatura:</p> <p>(Paciente ou Responsável)</p>
<p>Hipótese Diagnóstica:</p> <p>trauma torçozel</p>			
<p>Conduta:</p> <p>transfusão de HRTB pl</p> <p>noio X ⊕</p> <p>Análise ortopédica</p>			

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: 23/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIO MARCOS BRITO DE OLIVEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02130

CONTA: 000000057032-4

Nr. da Autenticação 3F1586AC07A7C323

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: 29/03/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIO MARCOS BRITO DE OLIVEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02130

CONTA: 000000057032-4

Nr. da Autenticação F1D4FE413CC59A0B

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

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



www.celpe.com.br

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

FRANCISCO PEDRO DE OLIVEIRA

CPF: 023.710.194-70

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA DO SOSSEGO 29

CENTRO/GRANITO
56160-009 GRANITO 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

12/12/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

0,00

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

16/11/2018

DATA DA APRESENTAÇÃO

16/11/2018

NÚMERO DA NOTA FISCAL

039350983

CONTA CONTRATO

002818803012

Nº DO CLIENTE

2001593417

Nº DA INSTALAÇÃO

0001257757

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

E9B8.B3B4.4511.D4F4.3CE1.C45D.D78A.C33E

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	105,00	9,73645862	77,32
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,77
Acréscimo Bandeira VERMELHA			3,45
Contrib. Rum. Pública Municipal			2,33
ICMS Subvenção-CDE-NF 031795130-14/09/18			0,71
TOTAL DA FATURA			84,58

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS		PIS		COFINS	
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
81,54	25,00	20,38	81,54	0,74	0,60
					3,44
					2,80

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo(kWh)	3,52156000		kWh
		NOV 18	105
		OUT 18	103
		SET 18	109
		AGO 18	124
		JUL 18	105
		JUN 18	95
		MAI 18	96
		ABR 18	102
		MAR 18	95
		FEV 18	121
		JAN 18	128
		DEZ 17	175
		NOV 17	111

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Geração de Energia	26,42	32,41
Transmissão	3,75	4,50
Distribuição (Celpe)	17,53	21,53
Encargos Setoriais	4,52	5,54
Tributos	23,78	28,16
Perdas de Energia	5,50	6,77
TOTAL	81,54	100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
NF44498	CAT	17/10/2018	18.194,00	16/11/2018	18.299,90	30	1.00000	0,90	105,90

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 16/12/2018

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	METAS MENSAL	METAS TRIM.	METAS ANUAL
set/2018					
DIC-No.de horas sem Energia	EXU	0,00	6,87	13,74	27,48
FIC-No.de vezes sem Energia		0,00	3,42	6,85	13,70
DMC-Duração máxima de Interrupção contínua		0,00	3,97	6,00	0,00
DICR-Duração de Interrupção em dia crítico					Limite DICR: 12,22
EUSD-Valor do Encargo de Ues = R\$ 29,90					
Toda Consumidor pode solicitar a aprovação das interrupções DIC, FIC, DMC e DICR a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você mercadinho alexandrino: praça da matriz 12 centro / mercadinho alves: pc da matriz 12 centro. Lista completa em www.celpe.com.br.
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em www.aneel.gov.br.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL). Juros 1%a.m(Lei 10.438/92) 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)	
	MINIMO	MAXIMO
220	202	231

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUÍ

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
002818803012	11/2018	0,00	12/12/2018	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este parafuso será usado em leitora ótica.

FATURA PAGA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA





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

ATENDIMENTO: AVENIDA FERNANDO BEZERRA - IIIA - 00696 - CENTR
O OURICURI PE 56200-000

DADOS DO CLIENTE		MATRÍCULA: 16780510 Out/2018	
JOSE FERREIRA CAVALCANTI R EUCLIDES BEZERRA LINS, COMPESA 00100 - CENTRO OURICURI PE 56200-000		INSCRIÇÃO: 099.190.415.0160.000 GRUPO: 11 DEB. AUTOMÁTICO: 016780510	
SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL	RESIDENCIAL 1	QUANTIDADE DE ECONOMIAS COMERCIAL INDUSTRIAL PÙBLICA
HIDRÔMETRO Y07N228553	DATA LEIT. ANTERIOR 05/10/2018	DATA LEIT. ATUAL 06/11/2018	TIPO DE CONSUMO (A/E) REAL
ÁGUA: LEIT ANT: 395 CONSUMO: 2 LEIT ATU: 397 LEIT FAT: 397			
HISTÓRICO DE CONSUMO REFERÊNCIA CONSUMO			
09/2018 02	TÚRBIDEZ 54 54 48		
08/2018 02	COR APARENTE 54 54 51		
07/2018 02	CLORO RESIDUAL 54 54 54		
06/2018 02	COLIF. TOTAIS 54 54 54		
05/2018 02	E. COLI 54 54 54		
04/2018 02	MÉDIA: 02		
Qualidade de Água: www.compesa.com.br			
OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS (2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA (3) OS PARÂMETROS COR E TÚRBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA			
DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS		CONSUMO	TOTAL (R\$)
ÁGUA			
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		2 H3	41,30
CONSUMO DE ÁGUA			
TÓRBILOS		BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL (%)
41,30		1,65	0,68
41,30		7,60	3,14

VENCIMENTO: 20/11/2018

TOTAL A PAGAR: 41,30

NENSAGEM:

ARUANA SEGURODORA
18 MAR 2019