



Número: **0000475-21.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **06/01/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE RONALDO LOPES DE OLIVEIRA (AUTOR)		Roselane Maria Barbosa da Silva (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (RÉU)			
MARCELA MENDONCA SILVA (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
57254208	31/01/2020 16:55	<a href="#">2688860_CONTESTACAO_01</a>	Petição em PDF



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

Processo: 00004752120208172001

**AUSÊNCIA DE COBERTURA**

**SÚMULA 474 STJ:** "A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau de invalidez."

**SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **JOSE RONALDO LOPES DE OLIVEIRA**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

**CONTESTAÇÃO**

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor

**BREVE SÍNTESE DA DEMANDA**

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **19/03/2017**, restando permanentemente inválida.

**Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data 02/08/2017.**

Cumprе esclarecer que após a devida análise da documentação apresentada a Seguradora, o médico perito avaliou como incompleta e parcial a lesão acometida pela vítima, o que por certo descaracteriza o pleito de indenização integral por seguro obrigatório DPVAT.

Entretanto, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

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



Cumpra acrescentar a ausência de nexo de causalidade entre o suposto acidente e a alegada invalidez haja vista que o boletim de ocorrência fora elaborado de forma declaratória, após cinco meses da data do sinistro e sem a presença de testemunhas, bem como, que os documentos médicos apresentados não atestam que houve atendimento à parte autora no dia do sinistro e que as lesões ali citadas tenham decorrido do acidente aduzido.

A pretensão esposada na inicial não merece prosperar, visto que sua argumentação afigura-se totalmente contrária à orientação jurisprudencial traçada pelo Superior Tribunal de Justiça, bem como preceitua a legislação vigente sobre o DPVAT. É o que se demonstrará em seguida.

#### **PRELIMINARMENTE**

#### **DA TEMPESTIVIDADE**

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015<sup>1</sup>, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

#### **DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO**

Conforme se observa na exordial, a natureza do pedido do Seguro Obrigatório DPVAT, cujo cerne da questão é a suposta invalidez do demandante e o grau da lesão sofrida para fins indenizatórios do referido Seguro.

Assim, **torna-se imprescindível a realização da prova pericial**, pois, a Lei do DPVAT prevê graus diferenciados referentes à extensão das lesões acometidas pelas vítimas, classificando-as em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, em caso de invalidez parcial do beneficiário a indenização será paga de forma proporcional ao grau da debilidade sofrida.

Desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação, e, visando dirimir as dúvidas existentes sobre a invalidez do autor, requer, se Vossa Excelência assim entender, a antecipação da prova pericial nos termos do art. 381, do CPC/2015<sup>2</sup>.

#### **DO MÉRITO**

#### **DA VALIDADE DO REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

Verifica-se Nobre Magistrado que o boletim de ocorrência policial acostado aos autos, trata-se de mera certidão, a qual foi comunicada pelo próprio autor, documento este produzido unilateralmente, a conveniência do interessado, assim, não tem validade alguma para a presente lide.

Há de ser considerado que o boletim de ocorrência policial anexo aos autos, somente foi registrado apenas em 02/08/2017 após 5 MESES da data do alegado acidente noticiado.

Ademais, o boletim de ocorrência policial foi relatado pelo próprio autor a sua conveniência, sem testemunhas, e sem a presença da autoridade competente no local.

Em análise ao presente feito, verifica-se com estranheza que não foi apresentado Boletim de Ocorrência da data do sinistro supostamente ocorrido em 19/03/2017, não podendo ser considerado o registro de ocorrência policial apresentado como prova cabal do acidente noticiado nesta demanda.

<sup>1</sup>[1] Art. 218 - Os atos processuais serão realizados nos prazos prescritos em lei. [...] § 4º - Será considerado tempestivo o ato praticado antes do termo inicial do prazo.

<sup>2</sup>[1] Art. 381. A produção antecipada da prova será admitida nos casos em que: II - a prova a ser produzida seja suscetível de viabilizar a autocomposição ou outro meio adequado de solução de conflito;



Destarte, cabe alertar ao Nobre Julgador que, além de não ter sido apresentado o Registro de ocorrência da época do acidente, o comunicante CONVENIENTEMENTE É A VÍTIMA E AUTOR da presente lide o que causa grande espanto!

Ressalta-se ainda o fato de que além de a vítima ser comunicante do suposto acidente, foi elaborado através dos fatos narrados pelo mesmo de forma unilateral, sem que nenhuma testemunha ou outro vitimado prestassem depoimento.

Não há justificativa para delonga tão grande, qualquer parente, amigo do autor, poderia ter comunicado o acidente a época do sinistro na delegacia competente.

No caso em apreço, exigir da ré o pagamento da indenização sem a existência de comprovação da veracidade do acidente, descaracteriza a atividade definida como seguro. Essa prova documental incumbe à parte Autoral, em razão de ser constitutiva do seu direito, de conformidade com o que estabelece o art. 373, I, do NCPC/15.

Desta forma a Ré requer a IMPROCEDENCIA TOTAL do pedido inicial, com fulcro nos artigos 487, I, do NCPC/15.

#### **DA AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML QUANTIFICANDO A LESÃO - ÔNUS DA PROVA DO AUTOR**

Pode-se observar que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber a íntegra do teto indenizatório no que se refere à invalidez de caráter permanente, vez que não trouxe aos autos laudo do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização.

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC<sup>3</sup>.

Logo, tendo a parte autora deixado de comprovar suas alegações, impõe-se a improcedência total dos pedidos Autorais.

Caso este não seja o entendimento deste Douto Juízo, prossegue a Ré em suas argumentações apenas por amor ao debate.

#### **- DA FALTA DE NEXO DE CAUSALIDADE -**

A Lei que regula a indenização pleiteada pela parte Autoral é a Lei n.º 6.194/74, a qual determina que deve existir nexo de causalidade e efeito entre a invalidez e o acidente noticiado.

Em que pese à parte autora ter juntado aos autos documentos médicos e uma comunicação policial unilateral, não há elementos capazes de comprovar **que a lesão apresentada seja em decorrência do acidente de trânsito**<sup>4</sup>.

<sup>3</sup>“APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. AUSÊNCIA DE PROVA DA INVALIDEZ PERMANENTE. LAUDO INDIRETO DO IML. INSUFICIÊNCIA. ÔNUS DA PROVA DO AUTOR. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA. 1 - O pagamento de indenização com base no seguro obrigatório se restringe às hipóteses de morte da vítima ou de invalidez permanente, ainda que parcial, além da possibilidade de reembolso por despesas médicas que se fizerem necessárias em razão do acidente. 2 - Não se desincumbindo o Autor do ônus de comprovar a invalidez permanente decorrente de acidente automobilístico, conforme exigem os artigos 5º da Lei 6.194/74 e 333, I, do Código de Processo Civil, deve ser julgado improcedente o pleito indenizatório.” (TJ-MG - AC: 10342120045667001 MG, Relator: José Marcos Vieira, Data de Julgamento: 13/03/2014, Câmaras Cíveis / 16ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 24/03/2014)

<sup>4</sup>“SEGURO OBRIGATÓRIO (DPVAT). AÇÃO DE COBRANÇA. AFIRMAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE. NEXO DE CAUSALIDADE ENTRE A INVALIDEZ E O ACIDENTE. AUSÊNCIA. IMPROCEDÊNCIA RECONHECIDA. RECURSO IMPROVIDO. Constatada pericialmente a ausência de nexo de causalidade entre o acidente narrado e a incapacidade apresentada, impossível se apresenta o reconhecimento do direito ao recebimento de qualquer valor a título de seguro DPVAT.(TJ-SP - APL: 90000717820118260577 SP 9000071-78.2011.8.26.0577, Relator: Antonio Rigolin, Data de Julgamento: 03/03/2015, 31ª Câmara de Direito Privado, Data de Publicação: 03/03/2015)



Constata-se, pela simples leitura dos documentos acostados aos autos, que os mesmos atestam que inexistia nexo causal entre o acidente e a suposta invalidez da vítima, não podendo de forma alguma o i. julgador ficar indiferente a estes documentos.

Observando os documentos acostados à exordial, constata-se que o boletim de ocorrência fora elaborado de forma declaratória, após cinco meses da data do sinistro e sem a presença de testemunhas, bem como, que os documentos médicos apresentados não atestam que houve atendimento à parte autora no dia do sinistro e que as lesões ali citadas tenham decorrido do acidente aduzido.

Como é de sabença não só é necessário, mas obrigatória, a comprovação do nexo entre a ocorrência do dano e o fato gerador do mesmo<sup>5</sup>.

Portanto, como não há nexo de causalidade entre a invalidez e o suposto acidente noticiado, confia no alto grau de competência de Vossa Excelência, sendo certo que a presente demanda deverá ser julgada totalmente improcedente, com fundamento no artigo 487, inciso I, da Lei Processual Civil.

#### **DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA**

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, após a regulação do sinistro.

Ocorre, que durante o processo administrativo a parte foi submetida a perícia e de acordo com avaliação médica realizada por dois médicos especializados, sendo um na figura de revisor.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo administrativo, sendo certo que foram utilizados os critérios de fixação de indenização.

Vale salientar que é usual quando do pagamento da indenização em âmbito administrativo, que o beneficiário da verba indenizatória assine documento de quitação, onde se lê que:

***“(...) com o pagamento efetuado dou, plena, rasa, geral, irrevogável e irretratável quitação para mais nada reclamar quanto ao sinistro noticiado.”***

Com o procedimento adotado quando do pagamento da indenização, temos caracterizado o ato jurídico perfeito e acabado, dando-se quitação geral e irrestrita à Seguradora reguladora do sinistro.

É de sabença que para que fossem afastados os efeitos da quitação, a parte Autora deveria desconstituí-la através da propositura da correspondente ação anulatória, discorrendo os fatos e fundamentos jurídicos para inquinar a quitação outorgada de próprio punho pela parte beneficiária, por suposto vício de consentimento, dolo ou coação, o que de fato não ocorreu, em perfeita consonância com o artigo 849 do Código Civil.

Não obstante, a parte autora não formulou pedido algum de anulação do ato jurídico liberatório, cuja validade é presumida e somente poderia ser desconstituída por sentença.

Ademais, temos que a parte Autora poderia, e quiçá deveria ressaltar no referido recibo sua intenção de quitação somente quanto ao valor efetivamente recebido, o que por certo não ocorreu.

<sup>5</sup> APELAÇÃO CÍVEL. DPVAT. INVALIDEZ PERMANENTE. AUSÊNCIA DE DEMONSTRAÇÃO DE NEXO CAUSAL DE QUE AS LESÕES SÃO DECORRENTES DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO OCORRIDO EM 25/12/1992. BOLETIM DE OCORRÊNCIA LAVRADO APENAS EM 12/06/2009, DEZESSETE ANOS APÓS O SUPOSTO ACIDENTE. ÔNUS DA PROVA. INCUMBÊNCIA DO AUTOR. ART. 333, I, CPC. RECURSO CONHECIDO E NÃO PROVIDO. 1. Não há nos autos qualquer elemento que comprove que as lesões suportadas pela apelante sejam decorrentes de acidente automobilístico. 2. A requerente sequer trouxe aos autos prova do atendimento hospitalar realizado na data do sinistro, ou ainda, prova do tratamento médico realizado decorrente das lesões alegadas. (TJ-PR 8967797 PR 896779-7 (Acórdão), Relator: Dartagnan Serpa Sa, Data de Julgamento: 24/05/2012, 9ª Câmara Cível)



Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

Ante o exposto, deve o feito deve ser julgado extinto com resolução de mérito, o que se requer com fundamento nos art. 487, inciso I, do Código de Processo Civil.

#### **DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO**

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **19/03/2017**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**.

Mister destacar ao ilustre Magistrado a edição da Medida Provisória nº 451/08, atualmente convertida na Lei nº 11.945/2009, em vigência desde 15 de dezembro de 2008, que alterou o texto dos arts. 3º e 5º da Lei nº 6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais<sup>6</sup>.

Por certo, a mencionada Lei 11.945/09 deverá ser aplicada ao caso concreto, em respeito ao princípio *tempus regit actum* (Art. 6º, §1º, LINDB).

Recentemente, a Suprema Corte firmou posicionamento sobre a constitucionalidade da inovação legal trazida originariamente pela MP 451/08, conforme se verifica no julgamento da ADI 4627/DF.

Ademais, a jurisprudência é pacífica quanto à necessidade de quantificação, sendo este o entendimento consagrado através da Súmula 474, do STJ<sup>7</sup>.

Em continuidade, tem-se a aludida Lei prevê graus diferenciados de invalidez permanente, classificando-a em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, o que de certo deverá ser observado por esse Nobre Magistrado.

Dentro desse contexto, a Medida Provisória nº 451/2008 (posteriormente convertida na Lei 11.945/09), complementando a Lei 6.194/74, especificou em termos objetivos o percentual do valor máximo da indenização de acordo com os tipos de invalidez permanente.

Outrossim, conforme antedito, a referida inovação legal, no art. 3º, §1º, II, da Lei 6.194/74, trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, a fim de dirimir o cerne da questão, qual seja, o percentual indenizável, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pelo autor é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral.

Destarte, para se chegar ao valor indenizável devido, na hipótese de invalidez parcial incompleta, devem ser observadas duas etapas:

<sup>6</sup> RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO HOUE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

<sup>7</sup> **Súmula 474 | Superior Tribunal de Justiça** “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.”



Identifica-se o tipo de dano corporal segmentar na Tabela, aplicando-se o respectivo percentual de perda; e

Sobre o valor encontrado, aplica-se os percentuais de acordo com o grau de repercussão: intensa – 75%; média – 50%; leve – 25%; e sequela residual – 10%.

Evidente, pois, inexistir qualquer direito de indenização integral ao Autor, devendo ser respeitada a proporcionalidade do grau de invalidez.

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 1.687,50 (UM MIL E SEISCENTOS E OITENTA E SETE REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**.

#### **DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA**

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação<sup>8</sup>.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação<sup>9</sup>

Assim sendo, na remota hipótese de condenação, requer que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação, bem como a correção monetária seja computada a partir do ajuizamento da presente ação.

#### **DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS**

Observar-se que o parte autora litiga sob o pálio da Gratuidade de Justiça e, em caso de eventual condenação, os honorários advocatícios deverão ser limitados ao patamar **máximo** de 20% (vinte por cento), nos termos do art. 85, §2º do Código de Processo Civil.

Contudo, a demanda não apresentou nenhum grau de complexidade nem mesmo exigiu um grau de zelo demasiado pelo patrono da parte autora, pelo que se amolda nos termos dos incisos I, II, III e IV do §2º art. 85, do Código de Processo Civil.

Desta feita, na remota hipótese de condenação da Ré, requer que o pagamento dos honorários advocatícios seja arbitrado na monta de 10% (dez por cento), conforme supracitado.

#### **CONCLUSÃO**

Ante o exposto, ante a ausência de laudo pericial do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação.

Pelo exposto e por tudo mais que dos autos consta, requer a total improcedência dos pedidos da parte autora.

<sup>8</sup>“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

<sup>9</sup>art. 1º. (...)

§2º Nos demais casos, o cálculo far-se-á a partir do ajuizamento da ação.



Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, **pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez, exposta na lei 11.945/2009, bem como o que preconiza a Sumula 474 do STJ.**

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida e horários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10% (dez por cento).

Requer, outrossim, a produção de todos os meios de prova em direito admitidas e haja vista a necessidade de elucidar aspectos que contribuam com a veracidade dos fatos alegados na exordial requer o depoimento pessoal da vítima para que esclareça:

- Queira a vítima esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características, o membro ou segmento do corpo afetado e se houve encaminhamento ao hospital;
- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial ou outro sinistro;
- Se a vítima recebeu algum valor referente a este ou outro sinistro.

Requer a produção de prova pericial nos termos do convênio de cooperação institucional celebrado entre o Tribunal de Justiça de Pernambuco e a Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT nº014/2017

Para fins do exposto no artigo 106, inciso I, do Código de Processo Civil, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, Grupo 810/812, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, exclusivamente, em nome da patrona **DRA. RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO, OAB-PE 25393**, sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

RECIFE, 24 de janeiro de 2020.

**ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR**  
**30225 - OAB/PE**





### **QUESITOS DA RÉ**

- 1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexos de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;
- 2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;
- 3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando o vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;
- 4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;
- 5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma sequela oriunda de circunstância anterior;
- 6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;
- 7 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.



### **TABELA DE GRADAÇÃO**

<b>Danos Corporais Previstos na Lei</b>	<b>Total (100%)</b>	<b>Intensa (75%)</b>	<b>Média (50%)</b>	<b>Leve (25%)</b>	<b>Residual (10%)</b>
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho					
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					



## SUBSTABELECIMENTO

**JOÃO ALVES BARBOSA FILHO**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR**, inscrito na **30225 - OAB/PE** os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **JOSE RONALDO LOPES DE OLIVEIRA**, em curso perante a **1ª VARA CÍVEL** da comarca de **RECIFE**, nos autos do Processo nº 00004752120208172001.

Rio de Janeiro, 24 de janeiro de 2020.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/PE 4246

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

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





Número: **0000475-21.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **06/01/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE RONALDO LOPES DE OLIVEIRA (AUTOR)		Roselane Maria Barbosa da Silva (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (RÉU)			
MARCELA MENDONCA SILVA (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
57254 209	31/01/2020 16:55	<a href="#">ANEXO 1</a>	Outros (Documento)



AVENIDA CRUZ CABUGA - NUM. 1387 - SANTO AMARO RECIFE PE  
CEP: 50040-000. Fone: (081) 0800 081 0195  
Inscrição Estadual: 18.1.001.0014398-2  
CNPJ: 09.769.035/0001-64  
Qualidade da Água: www.compesa.com.br

Nº Documento: 20190623159562

Escritório: SAO JOSE DO EGITO

**FATURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO**

FRANCINALDO GOMES DA SILVA SOUTO

R BOM JESUS, COMPESA 00059 - CENTRO SAO JOSE DO EGITO PE 56700-000

INSCRIÇÃO: 136.814.078.0001.450

GRUPO: 15

OPÇÃO DÉS. AUTOMÁTICO: 02315956.2

02315956.2

06/2019-5

LIGADO	POTENCIAL			
111U205271	10/06/2019	10/07/2019		MEDIA HD /
ÁGUA		ESGOTO		
LEIT. ANT.: 656	CONSUMO: 7	LEIT. ANT.:		VOLUME: 0
LEIT. ATUAL: 666	TAXA MINIMA	LEIT. ATUAL:		
LEIT. FAT.: 666	ANORMALIDADE DE LEITURA	LEIT. FAT.:		
<b>HISTÓRICO DE CONSUMO</b>		<b>NÚMEROS DE AMOSTRAS</b>		
REFERÊNCIA/CONSUMO		PARÂMETROS	EXIG. PELA PORT.	ANÁLISES REALIZADAS
05/2019 7/	A	TURBIDEZ	MS 2.914/11	45
04/2019 9/	A	COR APARENTE	42	45
03/2019 7/	A	COLOR RESIDUAL	42	45
02/2019 7/	A	COLIFORMES TOTAIS	42	45
01/2019 7/	A	E. Coli	42	45
12/2018 7/	A	<b>OBSERVAÇÕES:</b> (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA EM 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS.		
MÉDIA 7/ 0	A	(2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA.		
		(3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA.		

**DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS**

ÁGUA

RESIDENCIAL 001 UNIDADE

CONSUMO DE ÁGUA

MULTA P/IMPONTUALIDADE

JUROS DE MORA

05/2019

04/2019

**CONSUMO POR FAIXA**

**VALOR R\$**

7 M3

41,30

0,85

0,29

PIS	41,30	1,65	0,68
COFINS	41,30	7,60	3,14

20/07/2019

42,44

Emtido por: INTERNET

Emtido em: 02/08/2019



ATENDIMENTO: 0800-0810195  
VAZAMENTOS: 0800-0810185

**Arpe** Agência de Regulação de Pernambuco

0800-2813844

02315956.2

06/2019-5

20/07/2019

42,44

VIA COMPESA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA





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

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: 0800-1505 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficiências auditivas e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 95

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**

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

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

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao 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 Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu

Francinaldo Gomes da Silva Souto

Inscrito (a) no CPF/CNPJ

931.101.894/53

na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

José Ronaldo Lopes de Oliveira

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 291.938.504-68

do sinistro de DPVAT cobertura

Invalidez

da Vítima

José Ronaldo Lopes de Oliveira

Inscrito (a) no CPF sob o Nº

291.938.504-68

conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão:

Militar

Renda:

6130,29

e apresento os documentos comprobatórios:

☐ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 289 do Código Penal.

Endereço: Rua Bom Jesus

Novo Horizonte

Cidade: São José do Egito

E-mail: fran730gss@gmail.com

Número: 39

Estado: PE

Complemento: Rua

Cep: 56700-000

Tel.(DDD):

Local e Data:

São José do Egito-PE, 03.10.2019

Francinaldo G. da S. Souto

Assinatura do Declarante

DLDR001 V001/2017





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO.

POLÍCIA MILITAR DE PERNAMBUCO

CNPJ: 11433180000157

NOME FRANCINALDO GOMES DA SILVA SOUTO	MATRÍCULA 9306064	COMPETÊNCIA JUL/2019	
LOTAÇÃO 23 BPM 3 CPM SAO JOSE DO EGITO	IDENTIDADE 00000041228 PM PE	CPF 931.101.894-53	ADMISSÃO 02/08/1993
CARGO: 154 - TERCEIRO SARGENTO TAB: MLT PLN: 154 - TERCEIRO SARGENTO NIV: 001 STP: D	FUNÇÃO: 153 - SEGUNDO SARGENTO TAB: MLT PLN: 153 NIV: 001 STP: A		
ESPECIALIDADE:			
BANCO/AGÊNCIA BRADESCO AFOG.DA INGAZEIRA(PE)	CONTA 01001515	DEPIR 1	DEP.SF 0

CÓD.	DESCRIÇÃO	REFERÊNCIA	VANTAGENS	DÉSCONTOS
3	SOLDO		R\$ 5.308,52	
21	V REFEICAO	22,00	R\$ 246,40	
23	GR LOC ESPEC		R\$ 21,77	
263	GAT		R\$ 800,00	
126	APCS PMBM-AT			R\$ 49,90
240	SUL AMERICA			R\$ 21,79
268	CAS			R\$ 22,09
269	SISMEPE	4,00		R\$ 212,34
282	IRRF			R\$ 536,75
327	CARTAO BMG			R\$ 242,17
395	BC BRASIL			R\$ 576,75
397	FUNAFIN	13,50		R\$ 827,59

SALÁRIO (BASE) R\$ 0,00	SALÁRIO (HORA) R\$ 0,00	F.G.T.S. R\$ 0,00	TOTAL DE VANTAGENS R\$ 6.376,69	TOTAL DE DESCONTOS R\$ 2.489,38
BASE (INSS / IPSEP) R\$ 6.130,29	BASE (IMP.RENDA) R\$ 6.130,29	MARGEM CONSIGNÁVEL R\$ 760,91	<b>LÍQUIDO</b> R\$ 3.887,31	

Mensagem: ATENÇÃO APOSENTADO E PENSIONISTA: NO PERÍODO DE 11 A 25 DO MÊS DE SEU ANIVERSÁRIO, COMPAREÇA A SUA AGÊNCIA DO BRADESCO

Código de autenticidade: b3e81d5f48bd5a22730980fc393d00d7fb14fa2de92d8493eb1ecf797a5eddb3e

OBS: A autenticidade deste contracheque deverá ser confirmada na página do Portal do Servidor, ou clicando



19/05/17: Pedido de - 15

honda 1/4 ano de 1/17

Mo de com expla na

expto.

CF 200: 1000 fols

Por e echa 1000 fols

Pj 1000

1. Valor 1/17 + 1000

2. P/m 1/17 + 1000

3. Pedido 1/17 + 1000

Dr. Luan  
Mestrado  
CRIMPE 24956

27/06/17

Revisão de documento (E)





- José Ronaldo Lopes de Oliveira SVS 709808095795896  
- Mãe Aurita Lopes de Oliveira

RG - 1377.360

Data de Nascimento 13/11/1957

Rua da Aurora nº 168 - Bairro Spirança  
São José do Egito

FONE - 999572101

Filho - Mãe - 999 294086

CPF - 294938-504-68

Quadro  
Clínico

Acidente supra traumático na  
coluna, após acidente  
de moto.  
Reparação e apresenta deformidade

Casa de saúde São Vicente

Exames

Mão X. clavícula esquerda

acidente de moto



RECEITUÁRIO

João Paulo Lopes de Oliveira

Pedro que está a frente de  
no dia 19/03/17 tem história clínica de  
queda de notas e apêlo. Indica  
história de doença e pode manifestar de  
obstáculos e outros.

Data: 28/06/17

D. Maria Rafael Barbosa da Silva  
Médico  
CRM-PE-24956  
Médico - CRM

HOSPITAL MARIA RAFAEL DE SIQUEIRA  
Rua Antônio Mariano de Souza, 16 - Bairro Antônio Marinho  
São José do Egito - PE - CEP 56700-000 - Tel: (87) 3844.1192



Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES
HOSPITAL SÃO VICENTE	2351633
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	4 - CNES
HOSPITAL SÃO VICENTE	2351633

Identificação do Paciente

NÚMERO DO DOCUMENTO	NOME ATEND.
1377360	
5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE	6 - SIS PRE NATAL
709808095795896	
7 - SENHA/REGULAÇÃO	8 - Nº DO PRONTUÁRIO
	000137668
9 - NOME DO PACIENTE	10 - DATA DE NASCIMENTO
JOSE RONALDO LOPES DE OLIVEIRA	13/11/1957
11 - SEXO	12 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL
Masculino	AURITA LOPES DE OLIVEIRA
13 - ENDEREÇO (RUA Nº BAIRRO)	DDD 15 - TELEFONE DE CONTATO
DA AURORA	(87) 99957-2101
14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	16 - COD. IBGE MUNICÍPIO
SAO JOSE DO EGITO	17 - UF
	18 - CEP
	PE 56700-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

19 - HISTÓRIA CLÍNICA / EXAME FÍSICO

Prisão de fratura em ombro esquerdo, com dor, deformidade e limitação funcional

20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

21 - DIAGNÓSTICO INICIAL

fratura (C) AP

22 - CID. 10 PRINCIPAL

5420

23 - DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO

24 - CID. 10 SECUNDÁRIO

25 - CID. 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - COD. DO PROCEDIMENTO

28 - CLÍNICA

29 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

30 - DOCUMENTO

31 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

202 - TRAUMA. MASC. 01

32 - ASS. E CARIMBO DO SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - DATA DA SOLICITAÇÃO

34 - ASSINATURA E CARIMBO (DIRETOR MÉDICO)

13/06/2017

CPF: 01.1.1.3.994-1

CRM: 16278

Diagnóstico Clínico

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

35 - I | ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - I | ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

37 - I | ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

38 - CNPJ DA SEGURADORA

39 - Nº DO BILHETE

40 - SÉRIE

41 - CNPJ DA EMPRESA

42 - CNAE DA EMPRESA

43 - CBOR

44 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

I | EMPREGADO I | EMPREGADOR I | AUTÔNOMO I | DESEMPREGADO I | APOSENTADO I | NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

45 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO AUTORIZADO

46 - COD. ORGÃO EMISSOR

47 - DOCUMENTO

48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

50 - ASSINATURA E CARIMBO (DO REGISTRO DO CONSELHO)

CPF: 153.272.214-15 CRM: 8603

Médico Autorizador

XI GERES

51 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

261710 479664-7

MOTIVO DA ALTA:

CARÁTER DA INTERNAÇÃO:

DATA DA INTERNAÇÃO:

13.06.2017

DATA DA ALTA:

15.06.2017



# Hospital São Vicente

Data do Atendimento: 13/06/2017		Nº Registro: 000137668	
Identificação do Paciente: JOSE RONALDO LOPES DE OLIVEIRA		202 - TRAUMA. MASC. 03	
Data Nascimento: 13/11/1957	Idade: 59	Sexo: Masculino	Cor: Parda
Estado Civil: Divorciado(a)	Profissão: MESTRE DE OBRAS	Naturalidade: SAO JOSE DO EGITO	Nacionalidade: Brasileiro
Filiação: Pai: FRANCISCO JOSE DE OLIVEIRA		Mãe: AURITA LOPES DE OLIVEIRA	
Endereço: DA AURORA		168	
Bairro: IPIRANGA	Cidade: SÃO JOSE DO EGITO	Estado: PE	Telefone: (87) 99957-2101
ELEMENTOS DA OCORRÊNCIA:			
Acidente de Trânsito [ ]		Acidente de Trabalho [ ]	
Suicídio [ ]		Outros Acidentes [ ]	
Casual [ ]		Agressão [ ]	
Outros [ ]			
Nome do Acompanhante:		Telefone para Contato:	
Endereço:			
Local da Ocorrência:			
ANAMNESE E EXAME FÍSICO: <i>Lesão perfurante HSE, deformidade pérf. torácica, olho esquerdo, e lesão no olho direito - ativo</i>			
Diagnóstico Inicial: <i>luxação promio-clavicular e -</i>			
S.A.D.T: <i>Lesão TPAE, MM, Glor e Presença</i>			
Diagnóstico Final:			
CONDIÇÃO DE ALTA		MOTIVO DA ALTA	
Melhorada [x]	Decisão Médica [x]		
Inalterado [ ]	Alta a Pedido [ ]		
Piorado [ ]	Transferência [ ]		
Óbito+48h [ ]	Evasão [ ]		
Óbito-48h [ ]	Indisciplina [ ]		
Óbito em: / /		Data do Internamento: 13/06/17	
Hora:		Data da Alta: 15/06/17	
		Local: Antonio Rodrigues de Freitas	
		CPF: 006.552.003-25 CRM: 7351	
		Médico Responsável	



Turma Realizada:

Data:

Nº do Procedimento:

Cirurgião:

1º Auxiliar:

Término:

2º Auxiliar:

Anestesia:

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

- 1) Ponto em centro do plexo braquial.
- 2) Anestesia, antissepsia, exposição do campo cirúrgico.
- 3) Aterio deltopectoral proximal, dissecção por planos, identificação do lig. corac.
- 4) Redução de vasos venosebraquiais e passagem do DUK 2.0 p/mo.
- 5) Anastomose do neo-ligamento para em clostula utilizando fio Ethibond.
- 6) Fechamento por planos.
- 7) Curativo.



Assinatura do Cirurgião





Hospital São Vicente

x Rua Inocêncio Gomes de Andrade, 603  
Centro - Fone: (87) 3831-9150  
Serra Talhada - Pernambuco  
CNPJ 10.280.543/0001-63 #

**ATESTADO**

Nome:

João Ronaldo Lopes de Almeida

Atesto para os devidos fins que o (a) citado (a):

☐ Apresenta ao Exame Clínico, boa saúde física e mental;

☐ Compareceu para Atendimento Médico, sendo liberado às \_\_\_\_ hs;

☐ Necessita de \_\_\_\_ dia(s) (\_\_\_\_) de  
afastamento de suas atividades acadêmicas e/ou profissionais;

☒ Esteve internado neste Hospital no período de 13/06/17 à  
15/06/17 e necessita de mais 60  
sessenta dias para sua reabilitação;

☐ Acompanhou o Paciente: \_\_\_\_\_  
no período de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ à \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, neste Hospital;

CID-10 S43.1

Serra Talhada - PE, 15 de 06 de 17

Atenciosamente;

México/CRM



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

**VÁLIDA EM TODOS  
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS**  
**1017338383**

**1017338383**

NOME  
**JOSE RONALDO LOPES DE OLIVEIRA**

DOC. IDENTIDADE / ÓRGÃO EMISSOR / UF  
**1377360 SDS PE**

CPF  
**291.938.504-68**

DATA NASCIMENTO  
**13/11/1957**

FILIAÇÃO  
**FRANCISCO JOSE DE OLIVEIRA**  
**AURITA LOPES DE OLIVEIRA**

PERMISSÃO  
**ACC** CAT. HAB.  
**AB**

Nº REGISTRO  
**03508173863**

VALIDADE  
**01/12/2019**

1ª HABILITAÇÃO  
**17/02/2005**

OBSERVAÇÕES  
**sem observações**

*Jose Ronaldo Lopes de Oliveira*  
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL  
**AFOGADOS DA INGAZEIRA - PE**

DATA EMISSÃO  
**02/12/2014**

*Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior*  
ASSINATURA DO EMISSOR

**89614664965**  
**PR063162385**

**DETRAN - PE (PERNAMBUCO)**

**PROBANDO PLASTIFICAR**  
**1017338383**









**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

**DETRAN - PE** Nº 013155228350  
**CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO**

VIA: 1 Cód. RENAVAM: 803792433 R.N.T.R.C.: \*\*\*\*\* EXERCÍCIO: 2017

NOME: **JOSE RONALDO LOPES DE OLIVEIRA**

**SÃO JOSE EGITO-PE**

CPF / CNPJ: 291.938.504-68 PLACA: KHE1775

PLACA ANT. / UF: \*\*\*\*\* PE CHASSI: 9C2JC30103R220122

ESPÉCIE TIPO: PAS / MOTOCICLISTA COMBUSTÍVEL: GASOLINA

MARCA / MODELO: HONDA/CG 125 TITAN RS ANO FAB.: 2003 ANO MOD.: 2003

CAP. / POT. / CIL.: 2P/124CL CATEGORIA: PARTIC COR. PREDOMINANTE: VERMELHA

DOTA ÚNICA: IPVA 2017 QUITADO VENC. COTA ÚNICA: 1ª \*\*\*\*\*

Faixa I.P.V.A.: 1 PARCELAMENTO / COTAS: 2ª \*\*\*\*\*

3ª \*\*\*\*\*

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$): SEGURO PAGO IOF (R\$): PRÊMIO TOTAL (R\$): DATA DE PAGAMENTO: 24/02/17

OBSERVAÇÕES: SEM RESERVA

DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATÓRIO NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA

LOCAL: SÃO JOSE EGITO-PE DATA: 24/02/17

**Charles Andrews Sousa Ribeiro**  
Diretor Presidente DETRAN/PE

**PE Nº 013155228350 BILHETE DE SEGURO DPVAT**

**JOSE RONALDO LOPES DE OLIVEIRA**  
RUA DA AURORA 18 56700-000  
CASA IPIRANGA SÃO JOSE EGITO-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: 2017 DATA EMISSÃO: 24/02/17

VIA: 1 CPF / CNPJ: 291.938.504-68 PLACA: KHE1775

RENAVAM: 803792433 MARCA / MODELO: HONDA/CG 125 TITAN RS

ANO FAB.: 2003 CAT. TARIF.: 09 Nº CHASSI: 9C2JC30103R220122

**PRÊMIO TARIFÁRIO**

FNS (R\$): DENATRAM (R\$): CUSTO DO SEGURO (R\$):

CUSTO DO BILHETE (R\$): IOF (R\$): TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$):

SEGURO PAGO


PAGAMENTO: COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO:

**SEGURADORA LÍDER - DPVAT**  
CNPJ 09.248.608/0001-04

**DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT  
ELE NÃO É DE PORTE OBRIGATÓRIO.**



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos  
Consórcios do Seguro DPVAT

### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0372867/19

**Vítima:** JOSE RONALDO LOPES DE OLIVEIRA

**CPF:** 291.938.504-68

**Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 19/03/2017

**Titular do CPF:** JOSE RONALDO LOPES DE OLIVEIRA

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

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

#### FRANCINALDO GOMES DA SILVA SOUTO : 931.101.894-53

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

#### JOSE RONALDO LOPES DE OLIVEIRA : 291.938.504-68

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

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

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

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

#### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 24/10/2019  
Nome: FRANCINALDO GOMES DA SILVA SOUTO  
CPF: 931.101.894-53

FRANCINALDO GOMES DA SILVA SOUTO

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/10/2019  
Nome: RAPHAELLA CRISTINA CAVALCANTI DA SILVA  
CPF: 703.646.014-85

RAPHAELLA CRISTINA CAVALCANTI DA SILVA



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS - INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

### IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima: JOSE BONELLO LOPES DE OLIVEIRA  
 Data do Acidente: 19.03.2019 CPF da vítima: 291.938.504-68  
 Portador da documentação: Juan Carlos Gomes da Silva Santos  
 Qualificação do Portador: ☐ Vítima ☒ Representante legal do parentesco com a vítima é:  
 Endereço do portador: Rua Bonfins  
 Número: 59 Complemento: casal Bairro: Novo Horizonte  
 Cidade: São José do Egito PE CEP: 5670000 Telefone: 87 99907580  
 E-mail:

### MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

#### DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE:

- ☒ Formulário de Pedido do Seguro DPVAT  
☒ Registro de ocorrência expedido pela autoridade policial (cópia simples 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 simples e legível)  
☒ Declaração de Ausência de Laudo do IML, presente no Formulário de Pedido do Seguro DPVAT  
☒ Boletem de atendimento hospitalar ou ambulatorial (cópia simples e legível)  
☒ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples e legível)

### MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

#### 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)  
 obs: Representante Legal é quem representa a vítima menor, de 0 a 15 anos. (pai ou tutor)

### PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA

Data: 03.10.2019  
 Identidade: 7650438505-PE  
 Assinatura: [assinatura]

### MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

#### DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS:

- ☐ Formulário de Pedido do Seguro DPVAT  
☐ Registro de ocorrência expedido pela autoridade policial (cópia simples 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)  
☐ Comprovações (originais e legíveis) das despesas médicas hospitalares quitadas  
☐ Notas fiscais (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)

### MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

#### 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)  
 obs: Representante Legal é quem representa a vítima menor, de 0 a 15 anos. (pai ou tutor)

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Morte = R\$ 13.500,00

VALORES DE INDENIZAÇÕES: Invalidez Permanente = até R\$ 13.500,00

Despesas Médicas (DAMS) = até R\$ 2.700,00 (Reembolso)

- 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 ao lado, nesse formulário
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou ligue para Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

### RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

Data:  
 Nome:  
 Assinatura:



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190603680 **Cidade:** São José do Egito **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE RONALDO LOPES DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 19/03/2017 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

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

**Data da análise:** 31/10/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM 2 FIOS DE KIRSCHNER (P6).  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO OMBRO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO OMBRO ESQUERDO.

**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 ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190603680 **Cidade:** São José do Egito **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE RONALDO LOPES DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 19/03/2017 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

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

**Data da análise:** 31/10/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE COM 2 FIOS DE KIRSCHNER (P6).  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO OMBRO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO OMBRO ESQUERDO.

**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 ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 29 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190603680

Vítima: JOSE RONALDO LOPES DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 19/03/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FRANCINALDO GOMES DA SILVA SOUTO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE RONALDO LOPES 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

Carta nº 15030333

Pag. 00243/00244 - carta\_01 - INVALIDEZ





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 13 de Novembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190603680**

**Vítima: JOSE RONALDO LOPES DE OLIVEIRA**

**Data do Acidente: 19/03/2017**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: FRANCINALDO GOMES DA SILVA SOUTO**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), JOSE RONALDO LOPES DE OLIVEIRA**

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros  
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: **JOSE RONALDO LOPES DE OLIVEIRA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **756**

Agência: **000004293**

Conta: **00000143403-9**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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





## 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: 291.938.504/68 Nome completo da vítima: Jose Ronaldo Lopes de Oliveira

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

Nome completo: Jose Ronaldo Lopes de Oliveira CPF: 291.938.504/68

Profissão: Auxiliar de Obras Endereço: Rua Marechal Bondon Número: 221 Complemento: Casa

Bairro: Centro Cidade: São José do Egito Estado: PE CEP: 56700-000

E-mail: \_\_\_\_\_ Tel.(DDD): \_\_\_\_\_

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)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: SICOOB

AGÊNCIA: 4293 CONTA: 143.403 9

(Informar o dígito se existir) (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 de 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) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascer? ☐ 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.

Local e Data: São José do Egito - PE 27.07.19

Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

#### TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2º | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

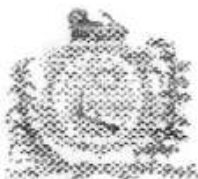
Assinatura do Provedor (se houver)

(\*) 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.

FPS.001 V001/2018







GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 168ª CIRCUNSCRIÇÃO - SÃO JOSÉ DO  
EGITO - DP168ªCIRC DINTER2/20ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **17E0258000900**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **02/08/2017** às  
**14:32**

Complementa o BO Número: **17E0258000757**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)**  
que aconteceu no dia **19/3/2017** no período da Noite

Fato ocorrido no endereço: **RUA POETA ROGACIANO LEITE, 1** - Bairro:  
**CENTRO - SÃO JOSÉ DO EGITO/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

**Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:**

INDETERMINADO (AUTOR \ AGENTE )  
ANTÔNIO SANTINO DA SILVA (TESTEMUNHA )  
DAMIANA EDNA DA SILVA (TESTEMUNHA )  
JOSÉ RONALDO LOPES DE OLIVEIRA (VÍTIMA )

**Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:**

VEÍCULO: (Outros motivos) , que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSÉ RONALDO  
LOPES DE OLIVEIRA**

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

**JOSÉ RONALDO LOPES DE OLIVEIRA (presente ao plantão) - Sexo:**  
Masculino Mãe: **AURITA LOPES DE OLIVEIRA** Pai: **FRANCISCO JOSÉ DE OLIVEIRA** Data  
de Nascimento: **13/11/1957** Nacionalidade: **SÃO JOSÉ DO EGITO / PERNAMBUCO / BRASIL**  
Endereço Residencial: **RUA MARECHAL RONDON, 221 - CEP: 8 - Bairro: CENTRO - SÃO  
JOSÉ DO EGITO/PERNAMBUCO/BRASIL**

**ANTÔNIO SANTINO DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo:**  
Masculino Nacionalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

**DAMIANA EDNA DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino** Nacionalidade:  
**NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

**INDETERMINADO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido** Nacionalidade: **NÃO**



*José Ronaldo Lopes de Oliveira*



INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

**VEÍCULO (VEÍCULO)** de propriedade do(s) Sr(a): **JOSÉ RONALDO LOPES DE OLIVEIRA**, que estava em posse do(s) Sr(a): **JOSÉ RONALDO LOPES DE OLIVEIRA**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **0 (UNIDADE)**

Placa: **KHE1775** (PERNAMBUCO/SÃO JOSÉ DO EGITO) Renavam: **803782433** Chassi: **9C2JG36103R220122**

Ano Fabricação/Modelo: **2003/2003** Combustível: **GASOLINA**

## Complemento / Observação

**COMPARECEU NESTA DELEGACIA O SRº JOSÉ RONALDO, EM SEGUIDA RELATOU: QUE, CONDUZIA SUA MOTOCICLETA NA RUA POETA ROGACIANO LEITE; QUE, AO SOCHILAR, PERDEU O CONTROLE E CAIU; QUE FOI ATENDIDO PRIMEIRAMENTE NO HOSPITAL MARIA RAFAELA DE SIQUEIRA; QUE, DIAS DEPOIS, FOI ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL SÃO VICENETE, EM SERRA TALHADA, LOCAL ONDE FOI CIRURGIADO.**

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

*José Ronaldo Lopes de Oliveira*  
**JOSÉ RONALDO LOPES DE OLIVEIRA**  
(VITIMA)

B.O. registrado por: **RINALDO CARLOS ANGELO PATRIOTA - MAT. 221.435-0**  
Matrícula: **221435-0**



02/08/2017 14:2



## 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: 291.938.504/68 Nome completo da vítima: Jose Ronaldo Lopes de Oliveira

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

Nome completo: Jose Ronaldo Lopes de Oliveira CPF: 291.938.504/68

Profissão: Auxiliar de Obras Endereço: Rua Marechal Bondon Número: 221 Complemento: Casa

Bairro: Centro Cidade: São José do Egito Estado: PE CEP: 56700-000

E-mail: \_\_\_\_\_ Tel.(DDD): \_\_\_\_\_

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)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: SICOOB

AGÊNCIA: 4293 CONTA: 143.403 9

(Informar o dígito se existir) (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 de 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) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nasçuro (vai nascer)? ☐ 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.

Local e Data: São José do Egito - PE 27.07.19

Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

#### TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2º | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Provedor (se houver)

(\*) 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.

FPS.001 V001/2018



19/03/17. Sendo de - 15

hDAJ/ha no do b/ m

No de com expla na  
exllo.

CF 2001. hest fols

Por e edia b/ bave

P/ g/ h/ m

1. Vdlu 1/8 + 1000

2. D/ m 1/8 + 1000

3. Perodo 4/8 + 1000

Dr. Elton  
Mestrado  
CRMPE 24956

27/06/17

Revisão fixa do xulo (E)



# 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:	07/11/2019
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:
----------------------

VALOR TOTAL:	1.687,50
--------------	----------

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

CLIENTE: JOSE RONALDO LOPES DE OLIVEIRA

BANCO: 756

AGÊNCIA: 04293

CONTA: 000000143403-9

---

---

Nr. da Autenticação 2685F74806FE9576



NOTA FISCAL   FATURA   CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2ª VIA																																																																																																																																																																																															
<b>COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO</b> AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA, RECIFE, PERNAMBUCO CEP 50050-902 CNPJ 10.835.932/0001-08 INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93  <b>CELPE</b> www.celpe.com.br		Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02 <b>COMERCIAL 116   PRONTIDÃO 116</b> 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																																																																																																																																																																																													
<b>DADOS DO CLIENTE</b> FRANCISCO JOSE DE OLIVEIRA CPF: 065.760.014-87  <b>ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA</b> RUA MAL RONDON 221  CENTRO/SAO JOSE DO EGITO 56700-000 SAO JOSE DO EGITO PE  <small>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</small>		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;"> <b>DATA DE VENCIMENTO</b>  <b>11/07/2019</b>    <b>TOTAL A PAGAR (R\$)</b>  <b>0,00</b> </td> <td style="width: 33%;"> <b>DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL</b>            04/07/2019    <b>DATA DA APRESENTAÇÃO</b>            04/07/2019    <b>NÚMERO DA NOTA FISCAL</b>            068294737         </td> <td style="width: 33%;"> <b>CONTA CONTRATO</b>            000228212016    <b>Nº DO CLIENTE</b>            2000125138    <b>Nº DA INSTALAÇÃO</b>            0003586736         </td> </tr> </table> <b>CLASSIFICAÇÃO</b> B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásico  <b>RESERVADO AO FISCO</b> 3444.4CED.6B73.F271.722A.F0DE.CB59.E6D5		<b>DATA DE VENCIMENTO</b> <b>11/07/2019</b>  <b>TOTAL A PAGAR (R\$)</b> <b>0,00</b>	<b>DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL</b> 04/07/2019  <b>DATA DA APRESENTAÇÃO</b> 04/07/2019  <b>NÚMERO DA NOTA FISCAL</b> 068294737	<b>CONTA CONTRATO</b> 000228212016  <b>Nº DO CLIENTE</b> 2000125138  <b>Nº DA INSTALAÇÃO</b> 0003586736																																																																																																																																																																																									
<b>DATA DE VENCIMENTO</b> <b>11/07/2019</b>  <b>TOTAL A PAGAR (R\$)</b> <b>0,00</b>	<b>DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL</b> 04/07/2019  <b>DATA DA APRESENTAÇÃO</b> 04/07/2019  <b>NÚMERO DA NOTA FISCAL</b> 068294737	<b>CONTA CONTRATO</b> 000228212016  <b>Nº DO CLIENTE</b> 2000125138  <b>Nº DA INSTALAÇÃO</b> 0003586736																																																																																																																																																																																													
<b>DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL</b>																																																																																																																																																																																															
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>DESCRIÇÃO</th> <th>QUANTIDADE</th> <th>PREÇO</th> <th>VALOR (R\$)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Consumo Ativo(kWh)</td> <td>155,00</td> <td>0,78063095</td> <td>120,99</td> </tr> <tr> <td>Acréscimo Bandeira AMARELA</td> <td></td> <td></td> <td>0,31</td> </tr> <tr> <td>Contrib. Ilum. Pública Municipal</td> <td></td> <td></td> <td>19,01</td> </tr> <tr> <td>Multa por atraso-NF 064377233 - 04/06/19</td> <td></td> <td></td> <td>2,30</td> </tr> <tr> <td>Juros por atraso-NF 064377233 - 04/06/19</td> <td></td> <td></td> <td>0,03</td> </tr> <tr> <td>Atualização IGPIM-NF 064377233 - 04/06/19</td> <td></td> <td></td> <td>0,02</td> </tr> <tr> <td>Bônus ITAPIU - art 21 da Lei 10.438/2002</td> <td></td> <td></td> <td>1,67</td> </tr> <tr> <td><b>TOTAL DA FATURA</b></td> <td></td> <td></td> <td><b>140,99</b></td> </tr> </tbody> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="8">INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS</th> </tr> <tr> <th colspan="2">ICMS</th> <th colspan="2">PIS</th> <th colspan="2">COFINS</th> <th colspan="2"></th> </tr> <tr> <th>BASE DE CÁLCULO</th> <th>%</th> <th>VALOR DO IMPOSTO</th> <th>BASE DE CÁLCULO</th> <th>%</th> <th>VALOR DO IMPOSTO</th> <th>BASE DE CÁLCULO</th> <th>%</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>121,30</td> <td>25,00</td> <td>30,32</td> <td>121,30</td> <td>0,82</td> <td>0,99</td> <td>121,30</td> <td>3,81</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>4,62</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2">Tarifas Aplicadas</th> <th colspan="2">HISTÓRICO DO CONSUMO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Consumo Ativo(Nº)</td> <td>0,54922088</td> <td>JUL 19</td> <td>155</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>JUN 19</td> <td>152</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>MAI 19</td> <td>178</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>ABR 19</td> <td>150</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>MAR 19</td> <td>180</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>FEV 19</td> <td>142</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>JAN 19</td> <td>162</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>DEZ 18</td> <td>203</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>NOV 18</td> <td>194</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>OCT 18</td> <td>175</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>SET 18</td> <td>150</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>AGO 18</td> <td>166</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>JUL 18</td> <td>145</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="8">COMPOSIÇÃO DO CONSUMO</th> </tr> <tr> <th></th> <th>R\$</th> <th>%</th> <th></th> <th>R\$</th> <th>%</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Geração de Energia</td> <td>30,40</td> <td>21,57</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Transmissão</td> <td>4,37</td> <td>3,09</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Distribuição (Celpe)</td> <td>21,54</td> <td>15,36</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Encargos Setoriais</td> <td>6,24</td> <td>4,44</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Tributos</td> <td>31,03</td> <td>22,02</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Perdas de Energia</td> <td>3,06</td> <td>2,18</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><b>TOTAL</b></td> <td><b>121,30</b></td> <td><b>100</b></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)	Consumo Ativo(kWh)	155,00	0,78063095	120,99	Acréscimo Bandeira AMARELA			0,31	Contrib. Ilum. Pública Municipal			19,01	Multa por atraso-NF 064377233 - 04/06/19			2,30	Juros por atraso-NF 064377233 - 04/06/19			0,03	Atualização IGPIM-NF 064377233 - 04/06/19			0,02	Bônus ITAPIU - art 21 da Lei 10.438/2002			1,67	<b>TOTAL DA FATURA</b>			<b>140,99</b>	INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS								ICMS		PIS		COFINS				BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	121,30	25,00	30,32	121,30	0,82	0,99	121,30	3,81								4,62	Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO		Consumo Ativo(Nº)	0,54922088	JUL 19	155			JUN 19	152			MAI 19	178			ABR 19	150			MAR 19	180			FEV 19	142			JAN 19	162			DEZ 18	203			NOV 18	194			OCT 18	175			SET 18	150			AGO 18	166			JUL 18	145	COMPOSIÇÃO DO CONSUMO									R\$	%		R\$	%	Geração de Energia	30,40	21,57				Transmissão	4,37	3,09				Distribuição (Celpe)	21,54	15,36				Encargos Setoriais	6,24	4,44				Tributos	31,03	22,02				Perdas de Energia	3,06	2,18				<b>TOTAL</b>	<b>121,30</b>	<b>100</b>			
DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)																																																																																																																																																																																												
Consumo Ativo(kWh)	155,00	0,78063095	120,99																																																																																																																																																																																												
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,31																																																																																																																																																																																												
Contrib. Ilum. Pública Municipal			19,01																																																																																																																																																																																												
Multa por atraso-NF 064377233 - 04/06/19			2,30																																																																																																																																																																																												
Juros por atraso-NF 064377233 - 04/06/19			0,03																																																																																																																																																																																												
Atualização IGPIM-NF 064377233 - 04/06/19			0,02																																																																																																																																																																																												
Bônus ITAPIU - art 21 da Lei 10.438/2002			1,67																																																																																																																																																																																												
<b>TOTAL DA FATURA</b>			<b>140,99</b>																																																																																																																																																																																												
INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS																																																																																																																																																																																															
ICMS		PIS		COFINS																																																																																																																																																																																											
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%																																																																																																																																																																																								
121,30	25,00	30,32	121,30	0,82	0,99	121,30	3,81																																																																																																																																																																																								
							4,62																																																																																																																																																																																								
Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO																																																																																																																																																																																													
Consumo Ativo(Nº)	0,54922088	JUL 19	155																																																																																																																																																																																												
		JUN 19	152																																																																																																																																																																																												
		MAI 19	178																																																																																																																																																																																												
		ABR 19	150																																																																																																																																																																																												
		MAR 19	180																																																																																																																																																																																												
		FEV 19	142																																																																																																																																																																																												
		JAN 19	162																																																																																																																																																																																												
		DEZ 18	203																																																																																																																																																																																												
		NOV 18	194																																																																																																																																																																																												
		OCT 18	175																																																																																																																																																																																												
		SET 18	150																																																																																																																																																																																												
		AGO 18	166																																																																																																																																																																																												
		JUL 18	145																																																																																																																																																																																												
COMPOSIÇÃO DO CONSUMO																																																																																																																																																																																															
	R\$	%		R\$	%																																																																																																																																																																																										
Geração de Energia	30,40	21,57																																																																																																																																																																																													
Transmissão	4,37	3,09																																																																																																																																																																																													
Distribuição (Celpe)	21,54	15,36																																																																																																																																																																																													
Encargos Setoriais	6,24	4,44																																																																																																																																																																																													
Tributos	31,03	22,02																																																																																																																																																																																													
Perdas de Energia	3,06	2,18																																																																																																																																																																																													
<b>TOTAL</b>	<b>121,30</b>	<b>100</b>																																																																																																																																																																																													
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="10">DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL</th> </tr> <tr> <th rowspan="2">NÚMERO DO MEDIDOR</th> <th rowspan="2">TIPO DA FUNÇÃO</th> <th colspan="2">ANTERIOR</th> <th colspan="2">ATUAL</th> <th rowspan="2">Nº DIAS</th> <th rowspan="2">CONSTANTE</th> <th rowspan="2">AJUSTE</th> <th rowspan="2">CONSUMO kWh</th> </tr> <tr> <th>DATA</th> <th>LEITURA</th> <th>DATA</th> <th>LEITURA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>000203000002153118</td> <td>CAT</td> <td>04/06/2019</td> <td>6.396,00</td> <td>04/07/2019</td> <td>8.253,00</td> <td>30</td> <td>1,00000</td> <td>0,00</td> <td>155,00</td> </tr> </tbody> </table> <small>DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 05/08/2019</small>				DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL										NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	000203000002153118	CAT	04/06/2019	6.396,00	04/07/2019	8.253,00	30	1,00000	0,00	155,00																																																																																																																																																										
DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL																																																																																																																																																																																															
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh																																																																																																																																																																																						
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA																																																																																																																																																																																										
000203000002153118	CAT	04/06/2019	6.396,00	04/07/2019	8.253,00	30	1,00000	0,00	155,00																																																																																																																																																																																						
<b>INFORMAÇÕES IMPORTANTES</b> Pague no ponto mais perto de você amando leite siqueira farmacia: av governador walfrido siqueira centro / drogaria potiguar: rua governador walfrido siqueira 08 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%(Lei 10.438/02) e atualização monetária no prox. mês. O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.				<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="3">NÍVEIS DE TENSÃO</th> </tr> <tr> <th>TENSÃO NOMINAL(V)</th> <th colspan="2">LIMITE DE VARIAÇÃO(V)</th> </tr> <tr> <th></th> <th>MÍNIMO</th> <th>MÁXIMO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>220</td> <td>202</td> <td>231</td> </tr> </tbody> </table> <b>AUTENTICAÇÃO MECÂNICA</b>		NÍVEIS DE TENSÃO			TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)			MÍNIMO	MÁXIMO	220	202	231																																																																																																																																																																														
NÍVEIS DE TENSÃO																																																																																																																																																																																															
TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)																																																																																																																																																																																														
	MÍNIMO	MÁXIMO																																																																																																																																																																																													
220	202	231																																																																																																																																																																																													

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
000228212016	07/2019	0,00	11/07/2019	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

<b>FATURA PAGA</b>	<b>AUTENTICAÇÃO MECÂNICA</b>
--------------------	------------------------------

