



Número: **0089851-52.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 28ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **27/12/2019**

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	
ALECIO ROBERTO ALBINO (AUTOR)		JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHAES (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (RÉU)			
PRISCILA COSTA LIMA LEMKE (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
57283 218	03/02/2020 08:58	2689709_CONTESTACAO_01	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 28ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo: 00898515220198172001

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

CIA EXCELSIOR DE SEGUROS, empresa seguradora com sede à Av. Marques de Olinda, 175 - Bairro do Recife - Recife - PE - CEP: 50030-000, inscrita no CNPJ sob o número 33.054.826/0001-92 e **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 **ALECIO ROBERTO ALBINO**, 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 **19/02/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data 07/05/2019.

Cumpra 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.

Deste modo, 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



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/2015¹, 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/2015².

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 07/05/2019 após 03 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 19/02/2019, não podendo ser considerado o registro de ocorrência policial apresentado como prova cabal do acidente noticiado nesta demanda.

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!

¹[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.

²[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;



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, CPC³.

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.

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, foi apurada a seguinte lesão:

³“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)



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA**DADOS DO SINISTRO**

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

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

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

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

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

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

Documentos

complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

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, recorrendo os fatos e fundamentos jurídicos para inquirir 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.

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



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.

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 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 **19/02/2019**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos), conforme demonstrado abaixo:**

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA:	01/07/2019
NUMERO DO DOCUMENTO:	
VALOR TOTAL:	1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ALECIO ROBERTO ALBINO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00648

CONTA: 000000164780-1

Nr. da Autenticação FEDB0B2581E1F4F1

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 parciais⁴.

⁴ 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



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 STJ⁵.

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:

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 citação⁶.

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 ação⁷

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.

⁵ **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.”

⁶ “SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”



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

Considerando a sua criação com a única finalidade de atuar como administradora do Seguro Obrigatório DPVAT, requer a substituição do pólo passivo para que passe constar a Seguradora Líder dos Consórcios de Seguro DPVAT.

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 a 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.

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 honorários 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

⁷ art. 1º. (...)

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



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, 30 de janeiro de 2020.

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR - 03/02/2020 08:58:57
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20020308585728200000056345354>
Número do documento: 20020308585728200000056345354

QUESITOS DA RÉ

- 1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexo 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

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
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/PE 4246, **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 **CIA EXCELSIOR DE SEGUROS e SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **ALECIO ROBERTO ALBINO**, em curso perante a **28ª VARA CÍVEL** da comarca de **RECIFE**, nos autos do Processo nº 00898515220198172001.

Rio de Janeiro, 30 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





Número: **0089851-52.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 28ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **27/12/2019**

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	
ALECIO ROBERTO ALBINO (AUTOR)		JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHAES (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (RÉU)			
PRISCILA COSTA LIMA LEMKE (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
57283219	03/02/2020 08:58	ANEXO 1	Outros (Documento)



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

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 0800-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

A Circular SUSEP 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 Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu IVONILDO FERNANDES DE BARROS JUNIOR

inscrito (a) no CPF/CNPJ 794698224 / 68 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

ALECIO ROBERTO ALBINO inscrito (a) no CPF sob o Nº 819789604 / 68

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima ALECIO ROBERTO ALBINO

inscrito (a) no CPF sob o Nº 819789604 / 68, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexoando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

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

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

IVONILDO FERNANDES DE BARROS JUNIOR
Assinatura do Declarante



DLDR.001 V001/2017



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

Eu, ERIC ROBERTO FELICIANO,
RG nº 6194914, data de expedição 2/10/2000
Órgão SPS, portador do CPF nº 039 093 294 87,
com domicílio na cidade de MORENO, no Estado de
PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
R. GILBERTO VIANA, nº 12,
complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
ALECIO ROBERTO ALBINO, cujo o condutor era
ALECIO ROBERTO ALBINO.
Veículo: MOTO Modelo: MODA NXR 150 BLOC Ano: 2011
Placa: PEY 7774 Chassi: 9C2KD0550BR000241
Data do Acidente: 19/2/19

Local e Data: MORENO

ARUANA SEGURODORA

16 JUN 2019

Eric Roberto Feliciano

Assinatura do Declarante

Alecio Roberto Albino

Assinatura do Condutor

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

CARTÓRIO ÚNICO DE NOTAS E REGISTROS - MORENO/PE

Prévia da Escritura, 22 - Centro - Moreno/PE - Fone/Fax: (0) 81 3535-1930 | Marcos José Freire Lopes - Titular

Reconheço a firma por AUTENTICIDADE de
ERIC ROBERTO FELICIANO Moreno-PE, 06/06/2019 Emol. R\$
3,51 TSNR R\$ 0,80 FERC R\$ 0,40 FERM R\$ 0,04 FUNSEG R\$
0,08 ISS R\$ 0,08 CLAUDIA CRISTINY MONTENEGRO MENDES
FERREIRA 2ª Substituta

Selo: 0077172.TOU05201901.00890



CARTÓRIO ÚNICO DE NOTAS E REGISTROS
22 - Centro - Moreno-PE
Fone/Fax: (0) 81 3535-1930
Marcos José Freire Lopes - Titular





Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
Hospital Otávio de Freitas

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

Idade: 43 Anos 5 Meses 16 Dias
Nasc: 07/11/1975
Contatos: 81. 98181620 | Celular: 81.

Ordem do Atendimento:

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

Enfermaria/Leito:

Médico:
MEDICO PLANTONISTA

Admissão

Queixa Principal

QUEDA DE MOTO

História Clínica

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

Exame Físico

EG REGULAR, EUFONEICO EM AR AMBIENTE, CONSCIENTE E ORIENTADO, RESPONDE DE FORMA CLARA E OBJETIVA AO QUESTIONAMENTO.
ACV: RCR EM 2T, FC = 70BPM
AR: MV+ EM AHC SEM 3/A, SEM CREPITAÇÕES OU ENFISEMA NA REGIÃO TORACICA. FR = 16
ABD: PLANO, DEPRESSIVEL E INDOLOR, MEMSO A PALPAÇÃO PROFUNDA.
EXT.: MMII COM ESCORIAÇÕES, MOVIMENTOS PRESERVADOS. ANTEBRAÇO DIREITO COM FAIXA E IMOBILIZAÇÃO.

Observações

Conduta

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

DOUGLAS MARQUES FERREIRA - CRM: Nº.CRM18777



Hospital Otávio de Freitas - CNES: 426 - CNPJ: 10.572.048/0004-70
Rua Apriúlio Guimarães, s/nº - Tejupó - Recife/PE CEP: 50.920-640 Fone: (81) 3182.8500





ENTREVISTA SERVIÇO SOCIAL

ROT 13.4-01.V1

SETOR:	Verde Ortodóxico	DATA:	19.02.19
NOME:	Renato Roberto Albino		
NOME SOCIAL:			
IDADE:	43	DATA DE NASCIMENTO:	07/11/75
ESTADO CIVIL:	solteiro		
FILIAÇÃO:	Sereno José Albino		
	Marcos Valdomiro dos Santos		
ENDEREÇO:	R. Henrique Dias, 221. Nossa Senhora de Fátima, Marabá - PA.		
PONTO DE REFERÊNCIA:	Colégio Daniel Raposo		
TELEFONES:	81. 99818.1620		
ENTREVISTADO(A):	Adriana Maria Albino	PARENTESCO:	irmã
DOCUMENTOS: POSSUI (X) NÃO () APRESENTADOS:	RG: 4675861		

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

PROFISSÃO:	Vigilante	ESCOLARIDADE:	Ensino fundamental
VÍNCULO EMPREGATÍCIO: SIM (X) NÃO ()		OUTROS:	
COMPOSIÇÃO FAMILIAR:	Esposa e 2 filhos		
APOK: FAMILIAR: SIM (X) NÃO ()	BENEFÍCIO: PREVIDENCIÁRIO () ASSISTENCIAL () NÃO RECEBE (X)		

ALTA HOSPITALAR: SAIRÁ ACOMPANHADO (X) DESACOMPANHADO ()	
CONTATO C/ MUNICÍPIO () RECURSOS PRÓPRIOS () CONTATO C/ FAMÍLIA (X)	

OBSERVAÇÕES: Paciente vítima de queda de moto. Ferimento pelo SAMU. Apresenta fratura no M.S.D. Realizado RX. Paciente apresenta laceração e hematomas no membro superior esquerdo e dor no membro superior esquerdo.

ASSISTENTE SOCIAL:

043-HOF

Márcia Lúcia S. Pereira

Assistente Social

CRP 0620

19.02.2019

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

MVPEP - Sistema de Prontuário Eletrônico

Relatório de Evolução

Página 1 de 1

Emitido por: JOAQUIM FERNANDES DE OLIVEIRA NETO

Em: 25/02/2019 10:57

Paciente: 1080421 - ALECIO ROBERTO ALSINO

Idade: 43 Anos 3 Meses 18 Dias

Data de Nascimento: 07/11/1975

Prestador Assistente: HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS SIH SUS

Conselho / Número Cons.: CRM - null - 12345

Função: MEDICO(A)

RELATÓRIO DE EVOLUÇÃO

Atendimento: 3300893

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

Convênio: SUS - INTERNACAO

Plano: PLANO UNICO

EVOLUÇÃO: 469198 (FECHADO)

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

Data de Referência: 25/02/2019
Data/Hora do Documento: 25/02/2019 10:50

HD: TCE + FRATURA DE RADIO DISTAL DIREITO

FRATURA EXPOSTA DE RADIO DISTAL D OPERADO NA EMERGENCIA
EVOLUI SEM INTERCORRENCIAS, FO COM BOM ASPECTO, SEM QUEIXAS ALGICAS
AGUARDA RX DE CONTROLE DE PUNHO D
PACIENTE TEVE TCE, AVALIADO PELA NEUROLOGIA DO HR QUE ENCAMINHOU PACIENTE DE VOLTA P/O
HOF
CD. AGUARDA RX DE CONTROLE

JOAQUIM FERNANDES DE OLIVEIRA
CRM CRM26442

MVPEP - Sistema de Prontuário Eletrônico





HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS SES/PE

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



RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

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

OPERADOR: DR TIAGO

1º ASSISTENTE: DR LUIZ BAUDEL	2º ASSISTENTE:
INSTRUMENTADOR:	ANESTESISTA: DR MARCOS
ANESTESISTA: BLOQ PLEXO DIREITO + SEDACÃO	DURAÇÃO:

DATA DA OPERAÇÃO: 21/02/2019	INÍCIO: 9:00	FIM: 13:00
------------------------------	--------------	------------

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: FRATURA EXPOSTA DE PUNHO DIREITO

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: O MESMO

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

OPERAÇÃO REALIZADA: O MESMO

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

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

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

LUIZ HENRIQUE P. BAUDEL
Ortopedia Traumatologia
CREMEPE 8028 - TECT 8032



EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME:		Alicia Roberto Albers	
CLÍNICA:		Tratado 3	ENF: 30 LEITO: 2
DATA	HORA	EVOLUÇÃO	
24/02/19		Paciente evolui EGA, comu- nidade, dispneia, hipoxemia dieta por V-O, ACP em uso elimina cor. H₂O E FOSFOS (SIC), opacito sinal de Quorinim bilio seral, paci- to foi avaliada pelo neuro no UA (SIC), A. opacito med. de Em. de no. de + evolutivo F.O. usado.	
HOF Realizado exames Radiológicos Paciente opaco em 25/02/19 Reg. Ass. 15/02/19			
25/02/19		Fisioterapia Motora (0302060019) Foi realizada fisioterapia passiva de ombro + mobilização passiva de quadril + orientações Paciente relata muita dor Paciente com desconforto passivo.	
25/02/19		Post. Exame de Hemograma Exame realizado. Hb 10,5 g/dL Hct 31,1% Hct 31,1% Hct 31,1% Hct 31,1% Hct 31,1% Hct 31,1%	

603-HGF



HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS
EMERGÊNCIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

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

2 - ATENDIMENTO Data: 07/03/2019 09:38 Médico: MÉDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

DOR/EDENIA PUNHO DIREITO

Exame Físico:

PA: _____ FC: _____ FR: _____

Diag. Provisório:

*POS-OP rx explosão PUNHO DIREITO
CURATIVO + TALA AXILO-PALMAR
A D*

Prescrição:

Dieta: _____

Data:

Horário

LUIZ FERRIQUES P. BANDEL

Ortopedia/Traumatologia

CREMEPE 9028 TEOT 8932

HOF

Realizando exames Radiológicos

Realizando exames Radiológicos

Ass. *[Assinatura]*

Luiz Ferriques P. Bandal
YEN EN RE
CENTRAL



HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

Sumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER_V2

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

Nome Paciente:	ALECIO ROBERTO ALBINO
Cód. Paciente:	1080421
Data de Nascimento:	07/11/1975
Sexo:	Masculino
Idade:	43
Senha:	FN0308
Convênio:	2 - SUS - AMBULATORIO
Atendimento:	3306560 
SAME:	1080421

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

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

Prioridade: VERDE - POUCO URGENTE

Cor:  VERDE

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

Observação: NEGA ALERGIAS

Fluxograma sintoma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES

Discriminador(es): - EDEMA?

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

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

Data Impressão: 07/03/2019 09:46

Sistema de Atendimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



110.572.040/0004-70
Secretaria Estadual de Saúde de PE
HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS
Rua Aprígio Guimarães, S/N
Tijipó - CEP: 51.520-040
RECIFE - PE

LAUDO MÉDICO

Alcides Roberto Albino Frey = 5080421
Leitura para os devidos fins que o
paciente. Sua história Exposta de tra-
uma distal D no 3º met, exposta
no Emergência, hoje fratura
sem traumas em condições de amparo
em reabilitação.

CLD 5526
24/03/19

Ulisses Barbosa
Ortopedia Traumatologia
CRM de 20547





Alexandre Roberto Alves

Leandro



Atto p! o duto por se

Além está a prova de

reclamação de faturamento

de 1/3 de 1/3 de 1/3

1/3 de 1/3 de 1/3

original
assinado
assinado

Lis Cordeiro Fortes
Osteopata e Fisioterapeuta
CRM-PE 27890



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO TAVARES BRIL

25



Alecio Roberto Albino

CARTÃO DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO CIVIL 1675861 DATA DE EMISSÃO 08/10/1992

NOME ALECIO ROBERTO ALBINO

FILIAÇÃO Severino José Albino
Maria Valdomiro dos Santos

NATURALIDADE Moreno-PE. DATA DE NASCIMENTO 07/11/1975

DOC. CR. 20422, Liv 18a, Fls 267
cert. do Jaboatão-PE

CM

ASSINADO POR: *João Carlos*
ASSINADO POR: *João Carlos*

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

ARQUIVADA
15 JUN 2019



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DA JUSTICA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICACAO
CENTRO NACIONAL DE IDENTIFICACAO

NOME
ALECIO ROBERTO ALBINO

SOC. IDENTIFICACAO EMISSOR: UF
4475861 SSP PE

CPF
619.789.694-68

DATA NASCIMENTO
07/11/1975

FILIAÇÃO
SEVERINO JOSE ALBINO
MARIA VALDOMIRO DOS SA
NTOS

PERMISSAO
00000000000000000000000000000000

ACC
00000000000000000000000000000000

CAI HAS
AR

Nº REGISTRO
05090939587

VALIDADE
15/10/2023

1ª HABILITACAO
01/12/2010

USCERVAGOR
RAR
CMEX

Alecio Roberto Albino

ASSINATURA DO FORTADOR

LÓCAL
VITORIA DE SANTO ANTAO, PE

DATA EMISSAO
17/10/2018

Charles Andrew Sousa Ribeiro
Diretor Presidente

ASSINATURA DO EMISSOR
04462856450
PE088587320

PERNAMBUCO

VÁLIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
1683660258

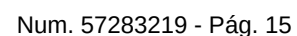
PROIBIDO PLASTIFICAR
1683660258

ARIJANA SEGURADORA
16 JUN 2019

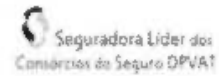




ARJANA SEGUROS
16 JUN 2019



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0196217/19

Vítima: ALECIO ROBERTO ALBINO

Data do acidente: 19/02/2019

CPF: 819.789.604-68

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ALECIO ROBERTO ALBINO

Seguradora: ARIANA SEGURADORA 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
DUT
Outros

IVONILDO FERREIRA DE BARROS JUNIOR : 794.699.224-68

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

ALECIO ROBERTO ALBINO : 819.789.604-68

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 10/06/2019
Nome: IVONILDO FERREIRA DE BARROS JUNIOR
CPF: 794.699.224-68

IVONILDO FERREIRA DE BARROS JUNIOR

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

NATHALIA GABRIELA FERREIRA DE SOUZA



IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA ALECIO ROBERTO ALBINO
DATA DO ACIDENTE 19/2/19 CPF DA VÍTIMA 819 783 604 68
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO IVONILDO FERREIRA DE BARROS JUNIOR
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É ALECIO ROBERTO ALBINO
ENDEREÇO DO PORTADOR PRAÇA PADRE FELIX BARRETO
Nº 13 COMPLEMENTO LIVRAMENTO BAIRRO LIVRAMENTO
CIDADE VITORIA UF PE CEP 55802-360
E-MAIL TELEFONE (81) 98877-6145

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL), OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

2 E CIRCULAR 445 (NO CASO DO REPRESENTANTE SER PROCURADOR)

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- () NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO 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, ACESSO WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA

DATA 10/06/19
IDENTIDADE 4493761
ASSINATURA Ivonildo Ferreira de Barros Junior

RESPONSÁVEL PELA DIGITALIZAÇÃO NA SEGURODORA

DATA 10/06/2019
NOME ARIANA SEGURODORA
ASSINATURA Natália E Souza



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

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

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

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

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

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0196217/19

Vítima: ALECIO ROBERTO ALBINO

CPF: 819.789.604-68

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 19/02/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ALECIO ROBERTO ALBINO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

IVONILDO FERREIRA DE BARROS JUNIOR : 794.699.224-68

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

ALECIO ROBERTO ALBINO : 819.789.604-68

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 10/06/2019
Nome: IVONILDO FERREIRA DE BARROS JUNIOR
CPF: 794.699.224-68

IVONILDO FERREIRA DE BARROS JUNIOR

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

NATHALIA GABRIELA FERREIRA DE SOUZA





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, 10 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190371995

Vítima: ALECIO ROBERTO ALBINO

Data do Acidente: 19/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: IVONILDO FERREIRA DE BARROS JUNIOR

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ALECIO ROBERTO ALBINO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14427781





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, 07 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190371995

Vítima: ALECIO ROBERTO ALBINO

Data do Acidente: 19/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: IVONILDO FERREIRA DE BARROS JUNIOR

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ALECIO ROBERTO ALBINO

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

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

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

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: **ALECIO ROBERTO ALBINO**

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

Banco: **104**

Agência: **000000648**

Conta: **00000164780-1**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

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

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

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

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

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

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

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

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

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

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

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (343) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104) AGÊNCIA: 0648 013 CONTA: 00164780 1 AGÊNCIA: CONTA:

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

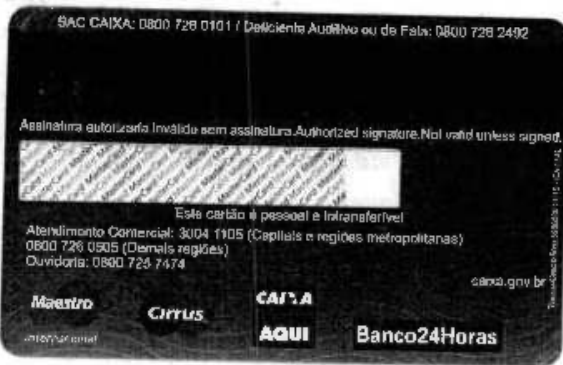
40 - Local e Data,

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

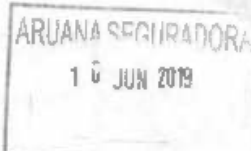
002/2019



ARIANA SECUNDARIA
16 JUN 2019



2 de 2



07/05/2019 11:34

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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0111000679**

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

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

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

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

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

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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



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

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

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

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

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

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



Boletim de Ocorrência

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

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

Complemento / Observação

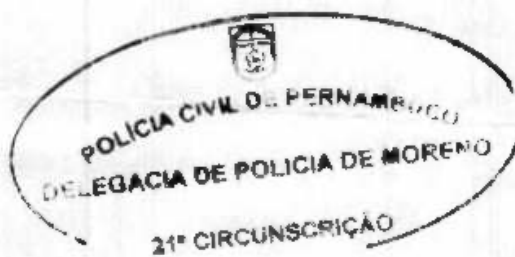
INFORMA A VITIMA QUE CONDUZIA A REFERIDA MOTOCICLETA PELA BR. 232 PROXIMO A GRANJA DE DARIO A MOTOCICLETA DESGOVERNOU-SE E A VITIMA FOI AO CHÃO, SENDO SOCORRIDO PELO O SAMU PARA O HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS NO RECIFE - PE., PARA OS PRIMEIROS SOCORROS NADA MAIS DIGNO DE REGISTRO."

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

Alecio Roberto Albino
ALECIO ROBERTO ALBINO
(VITIMA)

ARIANA SEGURADOR
10 JUN 2019

B.O. registrado por: **ROMERO BARBOSA PATRICIA** - Matrícula: **381028-3**



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

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

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

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

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

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

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (343) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104) AGÊNCIA: 0648 013 CONTA: 00164780 1 AGÊNCIA: CONTA:

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

002/2019



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



DECLARAÇÃO

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

Sem mais para o momento.



Dr. Osmir Alves
Coord. SAMU
3370

OSMIR ALVES DE OLIVEIRA
Coordenador SAMU/MORENO-PE

Rua Prefeito Antônio de Lemos, 1947 – Nossa Senhora de Fátima – Moreno/PE – CEP: 54.800-000
FONE: 3535.4591 / E-mail: coordenacao.beiro@gmail.com



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 01/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ALECIO ROBERTO ALBINO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00648

CONTA: 000000164780-1

Nr. da Autenticação FEDB0B2581E1F4F1



ARUANA SERVIDORA
16 JUN 2019

que esperar a fatura impressa chegar em casa? Mude agora

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

721109423020103000000564930 270519

Fechamento próxima fatura: 07

Emissão: 27

Vencimento: 05

Postagem: 27

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

00001930

CTC RECIFE PE PL3

PG-11

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



NOTA FISCAL FATURA CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA			
COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA, RECIFE, PERNAMBUCO CEP 50050-802 CNPJ 10.835.932/0001-08 INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93	 CELPE 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 IVONILDO FERREIRA DE BARROS JUNIOR CPF: 794.699.224-98	DATA DE VENCIMENTO 13/06/2019 TOTAL A PAGAR (R\$) 155,85	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 06/06/2018 DATA DA APRESENTAÇÃO 06/06/2019 NÚMERO DA NOTA FISCAL 064718524	CONTA CONTRATO 007006571365 Nº DO CLIENTE 2001258677 Nº DA INSTALAÇÃO 0085963400
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA PC PE FELIX BARRETO 13 LIVRAMENTO/VITÓRIA DE SANTO ANTAO 55602-360 VITÓRIA DE SANTO ANTAO PE	CLASSIFICAÇÃO B3 COMERCIAL - COMERCIAL Monofásico RESERVADO AO FISCO A168.9743.2912.A640.CB4E.8E54.9362.93B2		
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			

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	164,00	0,74193679	121,67
Acrescimo Bandeira AMARELA			1,75
Contrib. Ilum. Pública Municipal			27,22
ICMS Subvenção-CDE-NF 053348786-11/03/19			0,89
ICMS Subvenção-CDE-NF 057192095-08/04/19			1,10
Multa por atraso-NF 060979679 - 08/05/19			2,64
Juros por atraso-NF 060979679 - 08/05/19			0,30
Atualização IGPM-NF 060879679 - 08/05/19			0,26
TOTAL DA FATURA			155,85

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS								
ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
123,42	25,00	30,85	123,42	0,17	0,20	123,42	0,78	0,97

ARIANA SEGURADORA

10 JUN 2019

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo(kWh)	0,54933000		
		JUN 19	184
		MAI 19	170
		ABR 19	171
		MAR 19	160
		FEV 19	168
		JAN 19	120
		DEZ 18	134
		NOV 18	138
		OUT 18	139
		SET 18	126
		AGO 18	133
		JUL 18	124
		JUN 18	133

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO			
	R\$	%	
Geração de Energia	41,35	33,90	
Transmissão	4,81	3,10	
Distribuição (Celpe)	29,18	23,65	
Encargos Especiais	5,86	6,56	
Tributos	32,02	25,84	
Perdas de Energia	9,59	7,45	
TOTAL	123,42	100	

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL							
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
009000003011032254	CAT	08/05/2019 9.840,00	06/06/2019 10.164,00	29	1,0000	0,00	164,00
DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 08/07/2019							

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR AFETADO	META MENSAL	META TRIM	META ANUAL
Abr/2019					
DEC-Nº de horas sem Energia	VITÓRIA DE SANTO ANTAO	4,00	5,79	11,58	23,16
FIC-Nº de vezes sem Energia	ANTAO	4,00	3,30	6,60	13,20
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		2,00	3,37	0,00	3,00
DEC-Duração de interrupção em dia crítico					Limite DICRI 12,22
ELC-Valor do Encargo de Uso = R\$ 48,83 Todo Consumidor pode optar e apurar os Indicadores DEC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES		NÍVEL DE TENSÃO	
Pague no ponto mais perto de você! Ag. Cordeiro Wagner: Avenida Mariana Amália Matriz / Crisgel Comercial Farmacêutica: Rua Primitivo de Miranda 197 Centralista completa em www.celpe.com.br. Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br. Cobrança ICMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 39.459/13. O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento. Pagto. em atraso gera multa 2%(Res.414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês. O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.		TENSÃO NOMINAL(V) 220 ÁUTENTICAÇÃO MECÂNICA	LIMITE DE VARIAÇÃO(V) MÍNIMO: 202 MÁXIMO: 231

DESTAQUE AJUI

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

838700000010 558500110070 006571365107 139881767230



ÁUTENTICAÇÃO MECÂNICA