

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

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

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>**.

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

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Geane da Silveira Conto inscrito (a) no CPF/CNPJ 029.698.394-51, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Jose Andre de Lira inscrito (a) no CPF sob o Nº 055.342.194-83, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidade da Vítima Jose Andre de Lira, inscrito (a) no CPF sob o Nº 055.342.794-83, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

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

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

|          |                         |                         |                |                        |             |                   |
|----------|-------------------------|-------------------------|----------------|------------------------|-------------|-------------------|
| Endereço | <u>Rua da Delegacia</u> |                         | Número         | 317                    | Complemento | <u>Casa</u>       |
| Bairro   | <u>Centro</u>           | Cidade                  | <u>Brumado</u> | Estado                 | CEP         | <u>55.700-000</u> |
| Email    |                         | Telefone comercial(DDD) |                | Telefone celular (DDD) | (87)        | <u>99938-8886</u> |

Brumado-PE 21 de Mais de 2019  
Local e Data

Geane da Silveira Conto  
Assinatura do Declarante

KOTÉ SEGUROS  
Erica Araujo  
27/09/19



Governo Municipal  
**JOÃO ALFREDO**  
JUNTOS CONSTRUÍMOS MAIS

PREFEITURA DE JOÃO ALFREDO  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

UNIDADE MISTA JOANA AMELIA CAVALCANTI

**FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL**

CÓD. DA UNID. 2715287 | CNPJ: 11.097.359/0001-45 | DATA ATEND. 04/12/2028 | HORA ENT.: 21:32

PACIENTE: João André de Souza | SEXO: M | IDADE: 26-04-83

ENDEREÇO: Av. Dom Joaquim | MUNICÍPIO: J. A

R.G.: 1234567890 | RESPONSÁVEL: 100% Joaquim Souza de Souza

F.H.: 230x90 | TEMPERATURA: 36,0°C | PULSOS: 78

**ANAMNESE E EXAME FÍSICO SUMÁRIOS:**

Quint. viuu de ressaca p/ m | Hb 100% /  
maru (caus) ece repê atraulice de febre | Gat 99% /  
espulso ece MIE

**PROTESE DE DIAGNÓSTICO:**

espujo ece MIE

**TIPO DE ATENDIMENTO:**

ATEND. URG./EMERG.

CONSULTA SIMPLES

OUTROS

**ENCAMINHAMENTO:**

OBSERVAÇÃO

OUTRO HOSPITAL

ÓBITO

INTERNAMENTO

RESID.

OUTROS

**SERVIÇO REALIZADO:**

COD. PROCEDIMENTO

ATIV. PROF.

TIPO

GRUPO

FAIXA

**CONDUÇA MÉDICA:**

- dtrm

- dtrm no x

J. P.  
Dr. Joaquim Souza  
Médico  
CRM 12345

Transferido a/ Hospital opção de prefei 5570200

ASS. MÉDICO/CARIMBO

ASS. RESPONSÁVEL/OUTRAS FEGAD

Dr. J. P.  
Dr. Joaquim Souza  
Médico  
CRM 12345

**KOTE SEGUROS**  
Erica Araujo  
Salvador



# PREFEITURA DE JOÃO ALFREDO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
Unidade Mista Joana Amélia Cavalcanti

## LAUDO MÉDICO DE TRANSFERÊNCIA

UNIDADE DE ORIGEM:

Unidade Mista Joana Amélia Cavalcanti

UNIDADE DE DESTINO:

Hospital Otávio de Freitas 5570200

### DADOS DO PACIENTE

NOME: *José Andrade de Lima* 35 anos

| CPF | IDENTIDADE | DATA NASCIM. | SEXO   |
|-----|------------|--------------|--|
|     |            |              | FEM <input type="checkbox"/> MASC <input type="checkbox"/> |

### HISTÓRIA CLÍNICA

Paciente apresentando fratura fechada em  
limão esquedo ( distal ). Fazendo exame  
em Boa saúde geral, corrente e  
análises, endocrinologia,

CONDUTA INICIAL:

EXAMES REALIZADOS:

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:

OUTROS DIAGNÓSTICOS:

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:

DATA DA TRANSFERÊNCIA:

Dr. Marcelino N. P. Araújo  
Médico  
CRM-PE 09.530

KOTE SEGUROS  
Erica Araújo  
2019



**HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS**  
**SES/PE**

**RELATÓRIO DA OPERAÇÃO**

|                                   |                         |
|-----------------------------------|-------------------------|
| NOME PACIENTE: JOSE ANDRE DE LIRA | Nº DO REGISTRO: 1074748 |
| CLINICO: ORTOPEDISTA              | Nº DO LEITO:13-02       |

**OPERADOR: DR DANIEL CAMPOS**

|  |                                  |
|--|----------------------------------|
| 1º ASSISTENTE: DR TULIO PORTO          | 2º ASSISTENTE: DR RICARDO VILLAR |
| INSTRUMENTADOR: CINTIA                 | ANESTESISTA: DRA VERA            |
| ANESTESISTA: RAQUIANESTESIA + BLOQUEIO | DURAÇÃO:                         |

**DATA DA OPERAÇÃO: 15/01/2019 INÍCIO: FIM:**

**DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: FRATURA DE FÉMUR DISTAL ESQUERDO**

**DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: O MESMO**

**OPERAÇÃO PROPOSTA: TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE FÉMUR DISTAL ESQUERDO + OSTEOTOMIA DE FÉMUR + RADIOSCOPIA**

**OPERAÇÃO REALIZADA: A MESMA**

**DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO**

1. PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA
2. ASSEPSIA E ANTISSEPSIA
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTEREIS
4. INCISÃO LATERAL EM COXA ESQUERDA + DISSECÇÃO POR PLANOS
5. EXPOSIÇÃO DE FOCO DE FRATURA SUPRACONDILIANA DE FÉMUR + IDENTIFICADO CALO ÓSSEO IMPORTANTE
6. OSTEOTOMIA DE FÉMUR
7. REDUÇÃO DE FRATURA ARTICULAR DE FÉMUR + FIXAÇÃO COM PARAFUSO
8. REDUÇÃO DE FRATURA SUPRACONDILIANA DE FÉMUR E COLOCAÇÃO DE PLACA LISS + FIXAÇÃO COM PARAFUSOS BLOQUEADOS E CORTICais
9. LIMPEZA COM SF0,9%
10. APOSIÇÃO DE DRENO
11. SUTURA POR PLANOS
12. CURATIVO

| EMPRESA:   | MATERIAL USADO:   |
|------------|---|
| ORTOMEDICA | 01 PLACA ANATOMICA BLOQUEADA PARA FEMUR DISTAL EM TITANEO<br>08 PARAFUSOS BLOQUEADOS<br>01 PARAFUSO CORTICAL<br>01 PARAFUSO ESPONJOSO |

  
 Ricardo Villar  
 Erica Araujo  
 15/01/19

KOTE SEGUROS  
 Erica Araujo  
 15/01/19



Nome: JOSE ANDRE DE LIRA Idade: 35 Anos 7 Meses 18 Dias Nasc. 16/04/1983  
Sexo: MASCULINO CNS: 705403407186691 Contatos: 81. 96521342 | Celular: 81.  
Mãe: SEVERINA LUIZA DE LIRA  
Endereço: LOTEAMENTO DONA DONZINHA , N.º 0 + : BAIRRO: CENTRO - CIDADE: JOAO ALFREDO - UF: PE

Dados do Atendimento:  
Data/Hora Atend.: 04/12/2018 20:27  
Prontuário: 1074748  
Nº. Atendimento: 3274544  
Serviço: CIRURGIA  
Enfermaria/Leito:  
Médico:  
MEDICO PLANTONISTA

## Admissão

### — Queixa Principal

lesão por esmagamento as 16h com dor e deformidade em joelho esquerdo

### — História Clínica

lesão por esmagamento as 16h com dor e deformidade em joelho esquerdo

### — Exame Físico

dor + edema + deformidade em joelho esquerdo  
pulso +

### — Observações

### — Conduta

internamento

EDUARDO DE ALMEIDA CARACIOLI E SILVA - CRM: N.º 61044

*Eduardo Caraciolo*  
21/01/10  
*Eduardo Caraciolo  
CRM-PE 15623 TE0114142*

*KOTE SEGUROS  
Erica Araujo  
21/01/10*

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

 1- NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE  
HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

 2- CNES  
426

 3- NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE  
HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

 4- CNES  
426

## Identificação do Paciente

5- NOME DO PACIENTE

JOSE ANDRE DE LIRA

6- N° DO PRONTUÁRIO

1024748

7- (CNS)

705403407186691

8- DATA DE NASCIMENTO

16/04/1983

9- SEXO

MASCULINO

11- NOME DA MAE DO PACIENTE

SEVERINA LUIZA DE LIRA

12- TELEFONE DE CONTATO

81. 96521342 | Celular: 81.

13- NOME DO RESPONSÁVEL

14- TELEFONE DE CONTATO

## 15- ENDEREÇO DO PACIENTE

LOTEAMENTO DONA DONZINHA , N.º 0 - : BAIRRO: CENTRO - CIDADE: JOAO ALFREDO - UF: PE

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

## 17- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

dor e deformidade em joelho esquerdo após esmagamento

## - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

fratura exposta de femur

## 19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

## 20- DIAGNÓSTICO INICIAL /24 - CID PRINCIPAL

FRATURAS DE OUTRAS PARTES DO FEMUR - S72S

## 21- CID 10 SECUNDARIO

## 22- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

## 24- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO / 25- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26- CLÍNICA

ORTOPEDIA E

TRAUMATOLOGIA

29 - CPF OU CRM/ 30- NOME DO PROFISSIONAL (SOLICITANTE/ASSISTENTE/PRESTADOR)

27- CARÁTER DA INTERNACAO

URGÊNCIA, E EMERGÊNCIA

31- DATA DA SOLICITAÇÃO

04/12/2018

EDUARDO DE ALMEIDA CARACIOLI E SILVA - CRM: Nº.61044

06922113497

## PREENCHER EM CASO DE CAUSA EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

 33- ACIDENTE DE TRÂNSITO

36- CNPJ DA SEGURODORA

37- N° DO BILHETE

38- SÉRIE

 34- ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

49- CNPJ EMPRESA

40- CNAE DA EMPRESA

41- CBOR

 35- ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

 EMPREGADO

 EMPREGADOR

 AUTÔNOMO

 DESEMPREGADO

 APOSENTADO

 NÃO SEGURADO

## AUTORIZAÇÃO

## 43- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

 33 - CARIMBO E ASS. DO MÉDICO  
SOLICITANTE

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

 48 - CARIMBO E ASS. DO MÉDICO  
AUTORIZADOR

## 44 - COD ÓRGÃO EMISSOR



## 46 N° DO DOCUMENTO (CNS/CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR

## 49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

KOTE SEGUROS  
 Erica Araujo  
 27/09/19



# HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS SES/PE

## RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

|  |  |   |
|--|--|---|
| NOME DO PACIENTE: JOSÉ ANDRÉ DE LIRA<br>CLÍNICO: ORTOPEDIA   |  | Nº DO REGISTRO: 1074748<br>Nº DO LEITO: 13-02 |
| OPERADOR: DR ALEXANDRE RODRIGUES   |  |   |
| 1º ASSISTENTE: DR ULYSSES MACEDO<br>INSTRUMENTADOR:<br>ANESTESIA: SEDAÇÃO  | 2º ASSISTENTE:<br>ANESTESISTA: DRA VERA VICTOR<br>DURAÇÃO: |   |
| DATA DA OPERAÇÃO: 10/01/2019   |  | INÍCIO: FIM:                                  |
| DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: FRATURA DE FEMUR DISTAL E  |  |   |
| DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: O MESMO  |  |   |
| OPERAÇÃO PROPOSTA: RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR DE JOELHO E + PASSAGEM DE TRAÇÃO TRANSESQUELÉTICA EM TIBIA E |  |   |
| OPERAÇÃO REALIZADA: A PROPOSTA   |  |   |

## DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1. PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA
2. ASSEPSIA E ANTISSEPSIA
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTEREIS
4. RETIRADA DE FIXADRO EXTERNO TRANSARTICULAR DE JOELHO E
5. PASSAGEM DE TRAÇÃO TRANSESQUELÉTICA EM TIBIA ESQUERDA P
6. CURATIVO
7. A SR

KOTE SEGURO:  
Erica Araujo  
27/01/19



## EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME:

João André de Britto

CLÍNICA:

Transtorno do sono

ENF.:

13

LEITO:

2

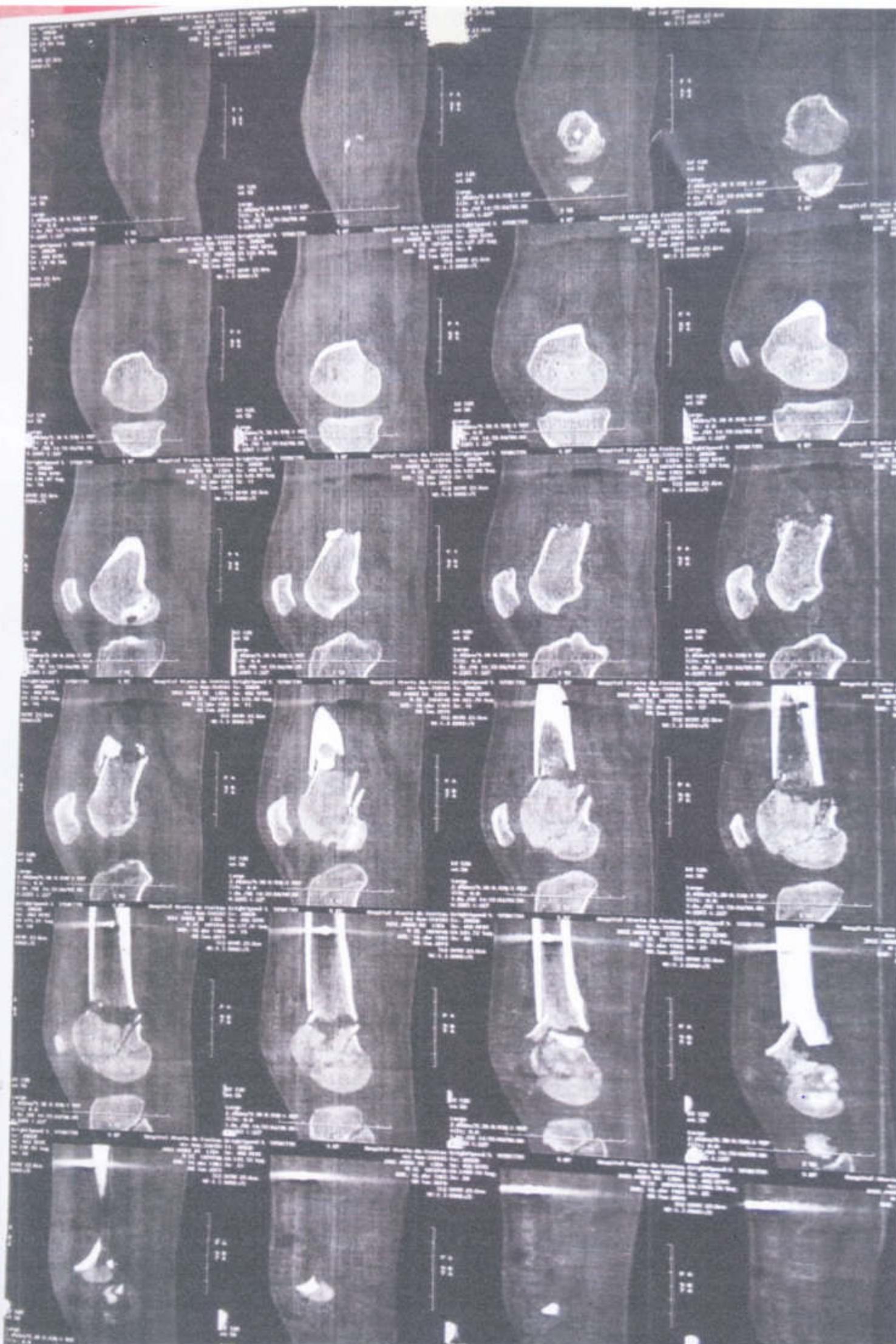
| DATA       | HORA | EVOLUÇÃO   |
|------------|------|--|
| 10/01/19   |      | Paciente submetido a cirurgia, retornar ao sono às 11:30, S/A. e/(+) S/efusão. Foi cirurgiado em HGE, injetar as eritrocitos.                              |
| 11/01/19   |      | Fisioterapia Noturna (030205001-9)<br>Paciente no apagão de nove cunha, muito movimentação das articulações livres.  |
|            |      | Julia Rodrigues<br>FISIOTERAPISTA<br>CREFI/PE 134826-F   |
| 12/01/19   |      | GER, Comprido, orientado, suposta AVP HSD, GCK em HGE.   |
| 13/01/19   |      | GCK, comido, orientado, suposta AVP HSD, GCK em HGE.   |
| 15.01.2019 |      | Fisioterapia Noturna (030205001-9)<br>Aguarda cirurgia para hoje, dare orientações sobre posicionamento no POF e exaliza emeroterapia ativa em art. livres |
| 16-1-19    |      | Retornou da SRPA, comenteu que realizou banhos, AVP HSD, banhos + ducha portátil em HSD. Dorsalda, colita. Hemograma (laboratório Eunice) -                |
|            |      | Andréa Barbosa<br>Fisioterapeuta<br>CREFI/PE 26.478  |

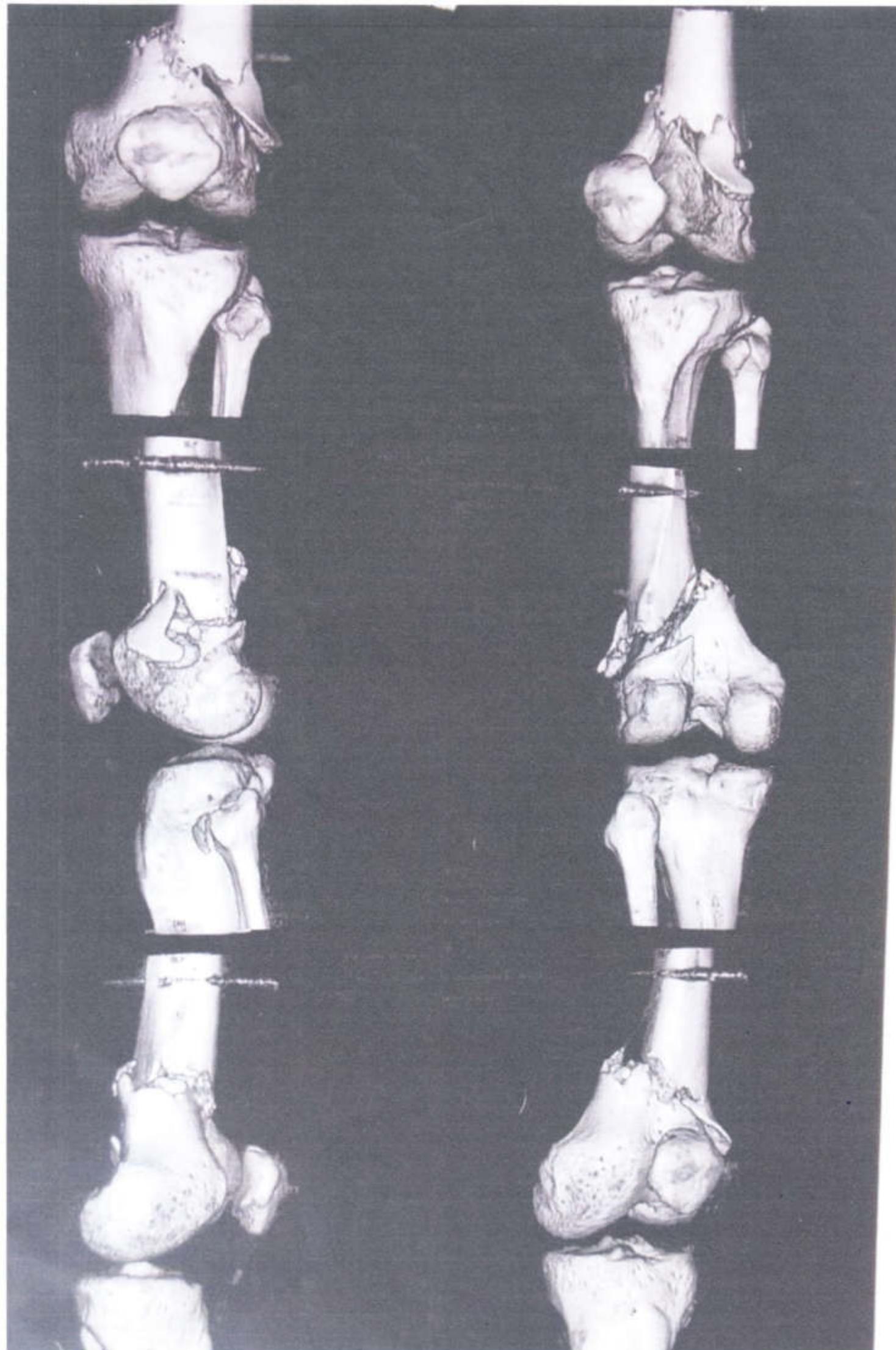
| DATA     | HORA | EVOLUÇÃO   |
|----------|------|--|
| 15/01/19 |      | <p>EGR, consciente, orientado, agudo, hiperativo, PVR = 150, fundos olhares n/SE (1º dia pós-avaliação (dileito suspeita W)), diurese clara, p/ SVD</p> <p><i>Responsible do B. N. B.<br/>Enfermeira<br/>CIREN/PE 137482</i></p>                             |
| 16/01/19 |      | <p>Finótopia Motra<br/>(030205001-9)</p> <p>Paciente no 1ºDPO, ótimo movimento de MTE, movimento de articulações livres.</p> <p><i>Julia R. Fis. 325F<br/>Rodrigo. CREF 134625-1</i></p>   |
| 17/01/19 |      | <p>Paciente velho com EGR, consciente, orientado, agudo, p/ dia 1ºDPO, diurese P, enures P, acento D.V. 1/4 no momento, 2º dia p/ humor afebril.</p> <p><i>Sigilo das autoridades</i></p>  |
| 18/01/19 |      | <p>Finótopia Motra<br/>(030205001-9)</p> <p>Paciente 3ºDPO, orientado quanto os exercícios para reensalhamentos no domicílio para ganho de ADL em pocheta E, manutenção, movimento de MTE.</p> <p><i>Julia Rodrigues<br/>Fis. 325F<br/>CREF 134625-1</i></p> |
| 18-1-19  |      | <p>Saiu de Alta hospitalar -</p> <p><i>Juliana<br/>14/01/19</i></p>  |

*KOTE SEGUROS  
Erica Araújo  
21/01/19*



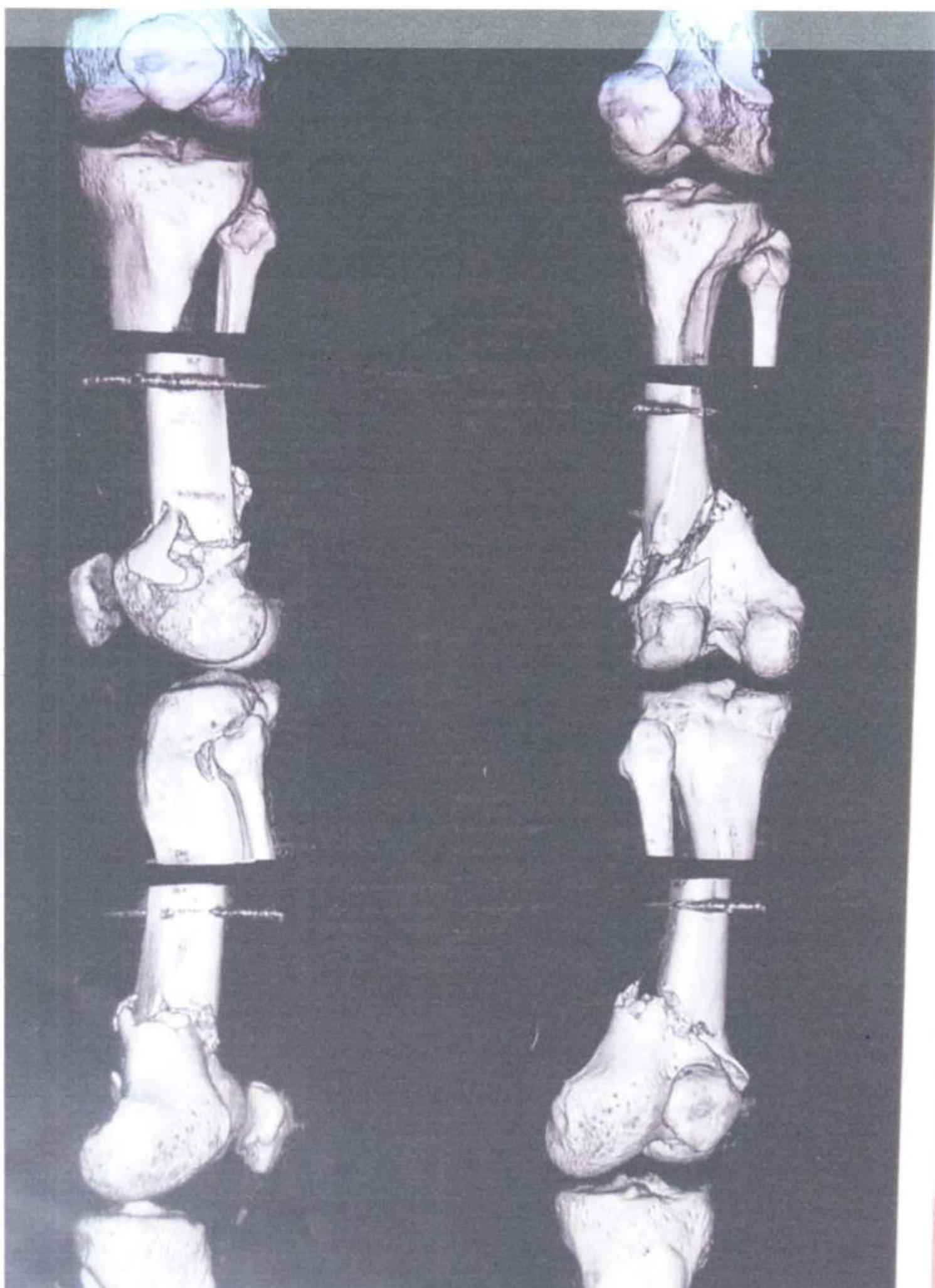
KOTE SEGUROS  
Erica Araujo  
2011















KOTE SEGUROS  
Erica Araujo  
27/09/19



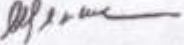
REPUBÉLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

Nome: GEANE DA SILVA COUTINHO  
DOC. IDENTIDADE/ÓRG. EMISSOR/UF: 5237115 SDE PE  
CPF: 029.648.794-51 DATA NASCIMENTO: 15/04/1978  
PAI: GERALDO BRETTIANO DA SILVA  
MÃE: DUVALINA MARIA DA SILVA  
PERMISSÃO: ACC CAT. HAB: A2  
Nº REGISTRO: 05069496846 VALADE: 29/04/2021 1ª HABILITAÇÃO: 05/11/2010

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
1224143342

OBSERVAÇÕES:  
sem observações

Assinatura: Geane da Silva Coutinho

LOCAL: LIMOEIRO - PE DATA EMISSÃO: 02/05/2016  
Assinatura:   
44211688984  
PE072586591

DETTRAN - PE (PERNAMBUCO)

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

---

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.**

Número do Sinistro: **3190557794**

Nome do(a) Examinado(a): **JOSE ANDRE DE LIRA**

Endereço do(a) Examinado(a):

**rua severino a cavalcante, 243 - João Alfredo - PE - CEP 55720-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **SDS /PE** ] **6630901**

Data e local do acidente: [ **04/12/2018** ] **João Alfredo, PE**

Data e local do exame: [ **10/10/2019** ] **Recife** [ **PE** ]

**Resultado da Avaliação Médica**

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

*Fratura exposta distal do fêmur esquerdo.*

**II.** Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

*Ao exame, vítima apresenta edema local, limitação moderada dos movimentos da flexão (80 graus) do joelho esquerdo, déficit de força de grau médio, alteração da marcha (++++), presença de cicatriz cirúrgica.*

**III.** Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[ **X** ] Sim [ ] Não

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

*Submetido a tratamento cirúrgico com osteossíntese, fez fisioterapia. Evoluiu sem intercorrências. Alta há cerca de 7 dias.*

**V.** Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[ **X** ] Sim [ ] Não

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

*Limitação funcional do joelho esquerdo*

**Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.**

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

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

"Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser  
repetida em \_\_\_ dias

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

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

Região Corporal (Sequela):

Joelho esquerdo

% do dano:  10% residual  25% leve  
 50% médio  75% intensa  100%  
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano:  10% residual  25% leve  
 50% médio  75% intensa  100%  
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano:  10% residual  25% leve  
 50% médio  75% intensa  100%  
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano:  10% residual  25% leve  
 50% médio  75% intensa  100%  
completo

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



Leonardo de Faria Neves - CRM: 17742 - PE

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190557794      **Cidade:** João Alfredo      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE ANDRE DE LIRA      **Data do acidente:** 04/12/2018      **Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura exposta distal do fêmur esquerdo.

**Descrição do exame** Ao exame, vítima apresenta edema local, limitação moderada dos movimentos da flexão (80 graus) do joelho  
**físico:** esquerdo, déficit de força de grau médio, alteração da marcha (+++++), presença de cicatriz cirúrgica.

**Resultados terapêuticos:** Submetido a tratamento cirúrgico com osteossíntese, fez fisioterapia. Evoluiu sem intercorrências. Alta há cerca de 7 dias.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do joelho esquerdo

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 10/10/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:**

## DANOS

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

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190557794      **Cidade:** João Alfredo      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE ANDRE DE LIRA      **Data do acidente:** 04/12/2018      **Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura exposta distal do fêmur esquerdo.

**Descrição do exame** Ao exame, vítima apresenta edema local, limitação moderada dos movimentos da flexão (80 graus) do joelho **físico:** esquerdo, déficit de força de grau médio, alteração da marcha (+++++), presença de cicatriz cirúrgica.

**Resultados terapêuticos:** Submetido a tratamento cirúrgico com osteossíntese, fez fisioterapia. Evoluiu sem intercorrências. Alta há cerca de 7 dias.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do joelho direito

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 10/10/2019

**Conduta mantida:**

**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 joelho | 25 %   | Em grau médio - 50 %                                 | 12,5%         | R\$ 1.687,50          |
| <b>Total</b>                              |  |  | <b>12,5 %</b> | <b>R\$ 1.687,50</b>   |

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190557794      **Cidade:** João Alfredo      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE ANDRE DE LIRA      **Data do acidente:** 04/12/2018      **Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura exposta distal do fêmur esquerdo.

**Descrição do exame** Ao exame, vítima apresenta edema local, limitação moderada dos movimentos da flexão (80 graus) do joelho  
**físico:** esquerdo, déficit de força de grau médio, alteração da marcha (+++++), presença de cicatriz cirúrgica.

**Resultados terapêuticos:** Submetido a tratamento cirúrgico com osteossíntese, fez fisioterapia. Evoluiu sem intercorrências. Alta há cerca de 7 dias.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do joelho esquerdo

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 10/10/2019

**Conduta mantida:**

**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 joelho | 25 %   | Em grau médio - 50 %                                 | 12,5%         | R\$ 1.687,50          |
| <b>Total</b>                              |  |  | <b>12,5 %</b> | <b>R\$ 1.687,50</b>   |

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190557794      **Cidade:** João Alfredo      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE ANDRE DE LIRA      **Data do acidente:** 04/12/2018      **Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

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

**Data da análise:** 02/10/2019

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DISTAL DE FÉMUR ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (REALIZADAS TRÊS ABORDAGENS: FIXADOR EXTERNO; TRAÇÃO ESQUELÉTICA; PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** P.1(BAM) P.3,6(CIRURGIA) P.7(ALTA) P.9(IMAGEM) SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

**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 joelho | 25 %   | Em grau médio - 50 %                                 | 12,5%         | R\$ 1.687,50          |
|   |  | <b>Total</b>   | <b>12,5 %</b> | <b>R\$ 1.687,50</b>   |

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190557794      **Cidade:** João Alfredo      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE ANDRE DE LIRA      **Data do acidente:** 04/12/2018      **Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

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

**Data da análise:** 03/10/2019

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DISTAL DE FÉMUR ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (REALIZADAS TRÊS ABORDAGENS: FIXADOR EXTERNO; TRAÇÃO ESQUELÉTICA; PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** P.1(BAM) P.3,6(CIRURGIA) P.7(ALTA) P.9(IMAGEM) SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

**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 joelho | 25 %   | Em grau médio - 50 %                                 | 12,5%         | R\$ 1.687,50          |
|   |  | <b>Total</b>   | <b>12,5 %</b> | <b>R\$ 1.687,50</b>   |

# Procuração

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante abaixo qualificado confere ao outorgado, também qualificado, os poderes abaixo transcritos:

1. Outorgante JOSE André de Lira

portador(a) do documento de identidade nº 6.630.901, expedido por SDS/PE, em 10/11/2003, inscrito no CPF sob o nº 055.343.194-83, residente na Rua Severino Cavalcanti, nº 253, complemento casa, Bairro Centro, cidade João Alfredo, Estado PE.

2. Outorgado Geane da Silva Coutinho

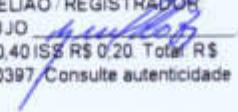
portador(a) do documento de identidade nº 5.237.115, expedido por SDS/PE, em 06/12/2011, inscrito no CPF sob o nº 029.648.794-51, residente na Rua da Alegria, nº 317, complemento casa, Bairro Centro, cidade Limoeiro, Estado PE.

Amplos poderes para praticar todos os atos administrativos e judiciais que se fizerem necessários na movimentação e conclusão dos processos novos e complementares do Seguro Obrigatório - DPVAT, e especialmente para preenchimento e assinatura do FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO.

João Alfredo 16 de abril de 2019

Outorgante JOSE André de Lira

**SERVÍCIO NOTARIAL E REGISTRAL - OFÍCIO ÚNICO** REINALDO JOSE BORBA DE ARAUJO  
R. José Fernandes Soares, nº 13 - Bairro Boa Vista - Cep. 55729-000 - João Alfredo/PE - Fone/Fax: (81) 3848-0114 - [rafa@bol.com.br](mailto:rafa@bol.com.br) | [www.tjpe.jus.br](http://www.tjpe.jus.br) | [www.tjpe.jus.br/seledigital](http://www.tjpe.jus.br/seledigital)

Reconheço Por Autenticidade a firma de JOSE ANDRE DE LIRA em 16/04/2019.  
dou fé  
Em test. ( ) da verdade. TABELIÃO / REGISTRADOR  
REINALDO JOSE BORBA DE ARAUJO   
Emol. 339 TSNR R\$ 0,80 FERC R\$ 0,40 ISSE R\$ 0,20 Total: R\$ 4,79 Selo: 0077545 KUT0320190100397 Consulte autenticidade em [www.tjpe.jus.br/seledigital](http://www.tjpe.jus.br/seledigital)



KOTE SEGUROS  
Erica Araujo  
27/09/19

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0337223/19

**Vítima:** JOSE ANDRE DE LIRA

**CPF:** 055.342.194-83

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 04/12/2018

**Titular do CPF:** JOSE ANDRE DE LIRA

**Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### GEANE DA SILVA COUTINHO : 029.648.794-51

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

### JOSE ANDRE DE LIRA : 055.342.194-83

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: 30/09/2019  
Nome: GEANE DA SILVA COUTINHO  
CPF: 029.648.794-51

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/09/2019  
Nome: MARIA ERICA ARAUJO COELHO  
CPF: 010.626.514-80

GEANE DA SILVA COUTINHO

MARIA ERICA ARAUJO COELHO

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

---

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.**

Número do Sinistro: **3190557794**

Nome do(a) Examinado(a): **JOSE ANDRE DE LIRA**

Endereço do(a) Examinado(a):

**rua severino a cavalcante, 243 - João Alfredo - PE - CEP 55720-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **SDS /PE** ] **6630901**

Data e local do acidente: [ **04/12/2018** ] **João Alfredo, PE**

Data e local do exame: [ **10/10/2019** ] **Recife** [ **PE** ]

**Resultado da Avaliação Médica**

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

*Fratura exposta distal do fêmur esquerdo.*

**II.** Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

*Ao exame, vítima apresenta edema local, limitação moderada dos movimentos da flexão (80 graus) do joelho esquerdo, déficit de força de grau médio, alteração da marcha (++++), presença de cicatriz cirúrgica.*

**III.** Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[ **X** ] Sim [ ] Não

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

*Submetido a tratamento cirúrgico com osteossíntese, fez fisioterapia. Evoluiu sem intercorrências. Alta há cerca de 7 dias.*

**V.** Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[ **X** ] Sim [ ] Não

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

*Limitação funcional do joelho direito*

**Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.**

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

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

"Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser  
repetida em \_\_\_ dias

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

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

Região Corporal (Sequela):

**Joelho direito**

% do dano:  10% residual  25% leve  
 50% médio  75% intensa  100%  
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano:  10% residual  25% leve  
 50% médio  75% intensa  100%  
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano:  10% residual  25% leve  
 50% médio  75% intensa  100%  
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano:  10% residual  25% leve  
 50% médio  75% intensa  100%  
completo

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



Leonardo de Faria Neves - CRM: 17742 - PE

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, 30 de Setembro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190557794**

**Vítima: JOSE ANDRE DE LIRA**

**Data do Acidente: 04/12/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: GEANE DA SILVA COUTINHO**

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

**Senhor(a), JOSE ANDRE DE LIRA**

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

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, 03 de Outubro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190557794**

**Vítima: JOSE ANDRE DE LIRA**

**Data do Acidente: 04/12/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: GEANE DA SILVA COUTINHO**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), JOSE ANDRE DE LIRA**

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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



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, 21 de Outubro de 2019**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190557794**      **Vítima: JOSE ANDRE DE LIRA**

**Data do Acidente: 04/12/2018**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: GEANE DA SILVA COUTINHO**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), JOSE ANDRE DE LIRA**

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 joelho 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 ANDRE DE LIRA**

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

**Banco: 237**

**Agência: 000001344-7**

**Conta: 000000223-2**

**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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: [www.seguradoralider.com.br/recomeco](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:                           | Nome completo da vítima:      |                      |  |
| 055.342.194-83 José André de Lira  |  |                               |                      |  |
| REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012 |  |                               |                      |  |
| Nome completo:<br>José André de Lira   |  | CPF:<br>055.342.194-83        |                      |  |
| Profissão:<br>agricultor   | Endereço:<br>Rua Severino A. Corvalcante | Número:<br>243-3              | Complemento:<br>casa |  |
| Bairro:<br>Centro  | Cidade:<br>João Alves de Melo PE         | Estado:<br>CEP:<br>55.720-000 |                      |  |
| E-mail:  |  | Tel.(DDD): (81) 99938-8886    |                      |  |

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

RENDA MENSAL:

|   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> REUSSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00             | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA                  | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00        |

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

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

|  |  |
|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (341)                    |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)     | <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

AGÊNCIA: 1344 7 CONTA: 0223 2  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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

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

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

## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: José Alves de Melo - 23/09/19

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

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

(\* ) Assinatura de quem assina A ROGO

\* José André de Lira

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

### TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_

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

KOTE SEGUROS  
Erica Araújo  
23/09/19

Assinatura

2º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\* ) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU 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.



Via do Cliente

Correspondente do Banco Bradesco S.A.  
MARIA APARECIDA DE SOUZA SILVA ME  
Av PRESIDENTE KENNEDY, 6  
Term. Net-Isol 00026242 Data 13/02/2019  
Comprovante de Saque de  
conta poupança  
Data: 13/02/2019 Hora de Brasília 10:26  
Agencia: 01344 - JOAO ALFREDO  
Conta: 0000223-2  
Nome: JOSE ANDRE DE LIRA  
Tipo Cartao: 2 Via Cartao: 02  
Valor: 1.500,00  
Ag. Bradesco: 1344 - JOAO ALFREDO  
PACB: 062 - CHIC CALÇADOS  
MSU: 002505432013 Autenticacao: 941423  
Conserve este Recibo

OUVIDORIA BRADESCO  
0800 722 9933

MSU Rede: 987501 Hora Rede: 10:26:21

*Conta Poupança*



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
 SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
 POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
 DELEGACIA DE POLÍCIA DA 120ª CIRCUNSCRIÇÃO - JOÃO ALFREDO - DP120ªCIRC  
 DINTER1/16ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0210000315**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **16/04/2019** às **12:02**

**ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)**, que aconteceu no dia **4/12/2018** às **16:30**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE JOAO ALFREDO, 01** - Bairro: **CENTRO - JOAO ALFREDO/PERNAMBUCO/BRASIL**  
 Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

**DESCONHECIDO ( AUTOR / AGENTE )**  
**JOSE ANDRE DE LIRA ( VITIMA )**

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

**JOSE ANDRE DE LIRA (presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Mãe: **SEVERINA LUZIA DE LIRA** Pai: **ALCIDES ANDRE DE LIRA** Data de Nascimento: **16/4/1983** Naturalidade: **JOAO ALFREDO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **6630901/SDS/PE (RG) 05534219483 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)**  
 Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE JOAO ALFREDO, 01, RUA SEVERINO CAVALCANTI , 243 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - JOAO ALFREDO/PERNAMBUCO/BRASIL, DEPOIS DA ESCOLA NOSSA SENHORA AUXILIADORA**

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

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

**UM CARRO TOYOTA (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

Categoria/Marca/Modelo: **MICROONIBUS/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**  
 Cor: **BRANCA** - Quantidade: **(UNIDADE)**

Complemento / Observação

**O SENHOR JOSE ANDRE DE LIRA , COMUNICA NESTA DEPOL , QUE NO DIA 04/12/2018 POR VOLTA DAS 16:30 HORAS , NO CENTRO DESTA CIDADE , PRÓXIMO A RUA SEVERINO CAVALCANTI , FOI VITIMA DE ATROPELAMENTO , QUANDO ESTE ESTAVA CAMINHANDO , FOI SUPREENDIDO POR UM VEICULO TOYOTA DE COR BRANCA DE PLACA E CONDUTOR NAO IDENTIFICADOS , QUE AO ENTRAR NA CURVA ATROPELOU O QUEIXOSO, INDO EMBORA SEM PRESTAR SOCORRO , SENDO O QUEIXOSO SOCORRIDO PELO SAMU , PARA A UNIDADE MISTA JOANA AMELIA CAVALCANTI NESTA CIDADE , ONDE RECEBEU OS PRIMEIROS ATENDIMENTO MEDICOS E DE LA , FOI**

KOTE SEGUROS  
 Erica Araujo  
 37/09/19

**TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL OTAVIO FREITAS NA CAPITAL PERNAMBUCANA , ONDE FOI SUBMETIDO HÁ UMA CIRUGIA NO FEMUR DA Perna ESQUERDA .**

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

*Jose Andre de Lira*

**JOSE ANDRE DE LIRA**  
(VITIMA)

B.O. registrado por: **JOSE SEVERINO DA SILVA JUNIOR** - Matrícula: 221280-3



*KOTE SEGUROS  
Erica Araujo  
2019*

# 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:                                  | Nome completo da vítima:             |                             |  |
| <b>055.342.194-83 José André de Lira</b>  |   |                                      |                             |  |
| <b>REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012</b> |   |                                      |                             |  |
| Nome completo:<br><b>José André de Lira</b>   |   | CPF:                                 | <b>055.342.194-83</b>       |  |
| Profissão:<br><b>agricultor</b>   | Endereço:<br><b>Rua Severino A. Corvalcante</b> | Número:<br><b>243-3</b>              | Complemento:<br><b>casa</b> |  |
| Bairro:<br><b>Centro</b>  | Cidade:<br><b>João Alves de PE</b>              | Estado:<br><b>PE</b>                 | CEP:<br><b>55.720-000</b>   |  |
| E-mail:   |   | Tel.(DDD):<br><b>(81) 99938-8886</b> |                             |  |

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

**RENDIMENTO MENSAL:**

|   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> REUSSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00             | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA                  | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00        |

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

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

|  |  |
|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (341)                    |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)     | <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

AGÊNCIA: **1344 7** CONTA: **0223 2**  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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

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

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

## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, **João Alves de PE, 23/09/19**

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

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

(\* Assinatura de quem assina A ROGO

**\* José André de Lira**

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

### TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_

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

**KOTE SEGUROS**  
**Erica Araújo**  
**23/09/19**

Assinatura

2º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\* ) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU 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.



Via do Cliente

Correspondente do Banco Bradesco S.A.  
MARIA APARECIDA DE SOUZA SILVA ME  
Av PRESIDENTE KENNEDY, 6  
Term. Net-Isol 00026242 Data 13/02/2019  
Comprovante de Saque de  
conta poupança  
Data: 13/02/2019 Hora de Brasília 10:26  
Agencia: 01344 - JOAO ALFREDO  
Conta: 0000223-2  
Nome: JOSE ANDRE DE LIRA  
Tipo Cartao: 2 Via Cartao: 02  
Valor: 1.500,00  
Ag. Bradesco: 1344 - JOAO ALFREDO  
PACB: 062 - CHIC CALÇADOS  
MSU: 002505432013 Autenticacao: 941423  
Conserve este Recibo

OUVIDORIA BRADESCO  
0800 722 9933

MSU Rede: 987501 Hora Rede: 10:26:21

*Conta Poupança*

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUpanca

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 17/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

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

CLIENTE: JOSE ANDRE DE LIRA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 01344-7

CONTA: 00000000223-2

---

Nr. Autenticação

BRADESCO17102019050000000002370134400000000223168750 PAGO

## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, João André de Lira,

RG nº 6.630.901, data de expedição 03/09/2014 orgão SOS-PE

CPF nº 055.342.194-83, venho perante a este instrumento declarar que não posso comprovar que endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

|                                   |                                   |
|-----------------------------------|-----------------------------------|
| Logradouro<br>(Rua/Avenida/Praça) | <u>Rua Severino A. Cavalcante</u> |
| Número                            | <u>243-J</u>                      |
| Apto / Complemento                | <u>casa</u>                       |
| Bairro                            | <u>Centro</u>                     |
| Cidade                            | <u>João Alfredo</u>               |
| Estado                            | <u>Pernambuco</u>                 |
| CEP                               | <u>55.720-000</u>                 |
| Telefone de Contato               | <u>(81) 99938-8886</u>            |
| E-mail                            |                                   |

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: João Alfredo-PE, 27/05/2019.

Assinatura do Declarante:

João André de Lira



## DADOS DO CLIENTE

JOSEFA SEVERINA DA CONCEIÇÃO

CPF: 962.362.304-63

## CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL  
RESIDENCIAL

| Nº DA NOTA FISCAL | SÉRIE         | EMISSÃO          |
|-------------------|---------------|------------------|
| 055181548         | UNICA         | 22/03/2019       |
| APRESENTAÇÃO      | Nº DO CLIENTE | Nº DA INSTALAÇÃO |
| 72/03/2019        | 2014877000    | 0333977          |

## ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA SEVERINO A CAVALCANTI 343 - J

O

CENTRAL VILA ALFREDO  
JOÃO ALFREDO PE  
55720-000

## DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

| Consumo Ativo (Wh)              | QUANTIDADE | PREÇO (R\$) | VALOR (R\$)   |
|---------------------------------|------------|-------------|---------------|
| Centro, Ilum. Pública Municipal | 90.0000000 | 0,75350324  | 65,15<br>1,37 |

## TOTAL DA FATURA

| DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL |                |           |         |         |            |            |           |
|--|----------------|-----------|---------|---------|------------|------------|-----------|
| Nº DO MEDIDOR                              | TIPO DA FUNÇÃO | ANTERIOR  | DATA    | ATUAL   | DATA       | Nº DE DIAS | CONSTANTE |
| 01146476                                   | CAT            | 1962/2018 | 1.575,0 | 1.630,0 | 22/03/2019 | 55         | 1.000,0   |

48,52

| HISTÓRICO DE CONSUMO |       |      |     |        |                 |      |                  |
|----------------------|-------|------|-----|--------|-----------------|------|------------------|
| MÊS/ANO              | VALOR | ICMS | PIS | COFINS | BASE DE CALCULO | %    | VALOR DO IMPÔSTO |
| MAR/18               | 60    |      |     |        | 45,0            | 25,0 | 11,25            |
| FEV/18               | 61    |      |     |        | 45,0            | 1,0  | 0,45             |
| JAN/18               | 30    |      |     |        | 45,0            | 4,0  | 1,80             |
| DEZ/18               | 18    |      |     |        |                 |      |                  |
| NOV/18               | 58    |      |     |        |                 |      |                  |
| OUT/18               | 56    |      |     |        |                 |      |                  |
| SET/18               | 50    |      |     |        |                 |      |                  |
| AGO/18               | 53    |      |     |        |                 |      |                  |
| SET/18               | 58    |      |     |        |                 |      |                  |
| JUN/18               | 52    |      |     |        |                 |      |                  |
| MAR/18               | 80    |      |     |        |                 |      |                  |
| ABR/18               | 56    |      |     |        |                 |      |                  |
| MAR/18               | 67    |      |     |        |                 |      |                  |

Consumo Ativo (Wh)

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Peque no topo da sua fatura, encontra-se o seu número de identificação, que é necessário para entrar em contato com a Celpe. Seu número de identificação é 0025943-83. Seu nome é JOSEFA SEVERINA DA CONCEIÇÃO. Seu endereço é RUA SEVERINO A CAVALCANTI 343 - J



| DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES |             |        |               |                   | NÍVEIS DE TENSÃO |                    |                        |
|---------------------------------------|-------------|--------|---------------|-------------------|------------------|--------------------|------------------------|
| DOMINGO                               | SEXTA-FEIRA | SÁBADO | LIMITE MENSAL | LIMITE TRIMESTRAL | LIMITE ANUAL     | TENSÃO NOMINAL (V) | LIMITE DE VARIAÇÃO (V) |
| 0,00                                  | 3,00        | 1,00   | 11,00         | 11,00             | 21,00            | 220                | 20,2 - 23,1            |
| 0,00                                  | 0,00        | 1,00   | 8,7           | 13,45             | 20,00            |                    |                        |
| 0,00                                  | 0,00        | 0,00   | 0,00          | 0,00              | 0,00             |                    |                        |

Límite DCR: 12,00 E 0,00. Use o seu código de Usuário do Sistema de Distribuição de PE 16.57

