



RODRIGO ARAÚJO
ADVOGADOS ASSOCIADOS

12

PROCURAÇÃO AD JUDICIA/CONTRATO DE HONORÁRIOS

OUTORGANTE: MICAEL DA SILVA FLORENTINO, brasileiro, portador da cédula de identidade de nº 9.289.868 - SDS/PE e inscrito no CPF sob o número 113.626.724-75, residente e domiciliado na Rua Santa Crosma, nº 11, Centro, Toritama, CEP: 55125-000 Pernambuco.

OUTORGADOS: Pelo presente instrumento particular de procuração, nomeia e constitui seu procurador o advogado **RODRIGO EWERTON DE ARAÚJO**, brasileiro, solteiro, advogado, OAB/PE nº 1317 com endereço profissional na Rua Tomé de Souza, 108, Nova Santa Cruz, Santa Cruz do Capibaribe – PE, CEP 55190 – 000, onde recebe as citações.

PODERES: a quem confere amplos e ilimitados poderes para o foro em geral com a cláusula “ad judicia”, a fim de que, agindo em conjunto ou separadamente, possam defender os interesses e direitos do outorgante perante qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, repartição pública, autarquia ou entidade paraestatal, propondo ação competente de seu interesse, podendo, para tanto, reclamar, conciliar, desistir, transigir, fazer acordo, recorrer, receber e dar quitação, confessar, requerer, firmar compromisso, prestar declarações, receber citação, bem como substabelecer a presente, com ou sem reservas de poderes, de modo a praticar todos os atos necessários para o bom e fiel desempenho deste mandato, dando tudo por firme, justo e valioso.

CONTRATO: Fica acertado entre as partes acima, o pagamento de honorários contratuais advocatícios à base de 30% dos benefícios econômicos auferidos, em caso de êxito.

Parágrafo 1- Se o valor acertado no “caput” for inferior à tabela mínima da OAB/PE (causas seguras) o contratante obriga-se a complementar o restante.

Parágrafo 2- Os valores dos honorários serão pagos à **RODRIGO EWERTON DE ARAÚJO**, brasileiro, solteiro, advogado, OAB/PE nº 1317, RG 2812799 SSP/PB e inscrito no CPF sob o número 062.042.834-13, e o contratante autoriza desde já a retenção dos honorários advocatícios em favor do contratado, por ocasião do pagamento judicial.

Santa Cruz do Capibaribe – PE, 04 de março de 2015.

Micael da Silva Florentino

MICAEL DA SILVA FLORENTINO
OUTORGANTE

Rua Tomé de Souza, 108, Nova Santa Cruz
Santa Cruz do Capibaribe – PE
(81) 9808 – 0443
(81) 9111- 0343
(81) 9522 - 5304



RODRIGO ARAÚJO
ADVOGADOS ASSOCIADOS

DECLARAÇÃO DE POBREZA

MICAEL DA SILVA FLORENTINO, brasileiro, portador da cédula de identidade de nº 9.289.868 - SDS/PE e inscrito no CPF sob o número 113.626.724-75, residente e domiciliado na Rua Santa Crosma, nº 11, Centro, Toritama, CEP: 55125-000, Pernambuco, por intermédio de seu advogado *in fine* firmado, constituído e qualificado em outorga anexa, com escritório à Rua Tomé de Souza, 108, nova santa cruz, Santa Cruz do Capibaribe, declaro que não possuo condições de suportar as despesas processuais decorrentes desta demanda sem prejuízo do meu próprio sustento e de minha família, sendo, pois, para fins de concessão do benefício da gratuidade de Justiça, nos termos da Lei 1.060/50, pobre no sentido legal da acepção.

Declaro, ainda, que tenho conhecimento das sanções penais que estarei sujeito caso inverídica a declaração prestada, sobretudo a disciplinada no art. 299 do Código Penal.

Por ser verdade, firmo o presente.

Micael da Silva Florentino

MICAEL DA SILVA FLORENTINO

Rua Tomé de Souza, 108, Nova Santa Cruz
Santa Cruz do Capibaribe – PE
(81) 9808 – 0443
(81) 9111- 0343
(81) 9522 - 5304



TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SEÇÃO DE MUTIRÕES DE CONCILIAÇÃO DA COMARCA DE CARUARU

TERMO DE AUTORIZAÇÃO

Autor(a): Micael da Silva Florentino
inscrito no CPF: 113 . 626 . 724 - 75, vem solicitar com respaldo no Art. 1º da Instrução Normativa nº 16 do TJPE de 01.10.2014, publicada em 02.10.2014, edição nº 181/2014, que os presentes autos que versam sobre Indenização de DPVAT, sejam remetidos imediatamente à Seção Especializada de Mutirões de Conciliação da Comarca de Caruaru, antes da distribuição para alguma das Varas Cíveis, para que o feito possa ser inserido em pauta de Mutirões de acordo com o cronograma anual da Seção.

Caruaru, 04 de março de 2015

“DE ACORDO”

Micael da Silva Florentino

Handwritten signature

VITIMA: MICAEL DA SILVA FLORENTINO
SINISTRO: 2014879540 / Seq: 001
NATUREZA: Invalidez

USUÁRIO: Aline Almeida Covas
STATUS: Pagamento emitido
EMIÇÃO: 20/02/2015

SOLICITAÇÃO DE PAGAMENTO

Seq	Beneficiário	CPF	Tipo Beneficiário	Valor à pagar	Dados Bancários
1	MICAEL DA SILVA FLORENTINO	11362672475	Beneficiário	R\$ 1.687,50	Bco:104/Ag:2551 /Cta:23374-2



GOVERNO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
DELEGACIA PELA INTERNET

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 1410319099088

Registro de ocorrência realizado via Internet, através da Delegacia Pela Internet de Pernambuco no dia
26/09/2014 às 09:45

ACIDENTE DE TRANSITO SEM VITIMA - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia 13/09/2014 às 13:00

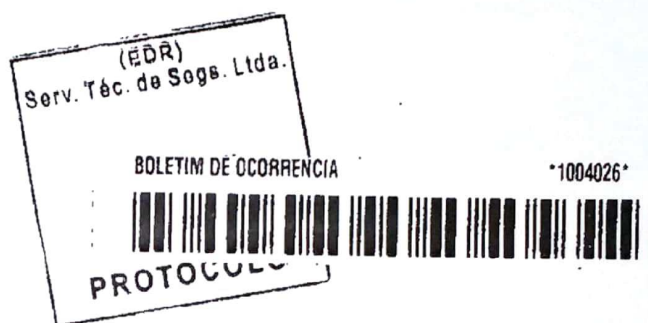
Fato ocorrido no endereço: **VILA CANAÃ**, 0 - Bairro: **ZONA RURAL** - Município: **TORITAMA** - Estado: **PERNAMBUCO**
Local do fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

MICHAEL DA SILVA FLORENTINO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO : (OBJETO UTILIZADO NA GERACAO DA OCORRENCIA) , que estava sendo utilizado(a) pelo(a) Sr(a): MICHAEL DA SILVA FLORENTINO



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

(VITIMA) - MICHAEL DA SILVA FLORENTINO; Sexo: **Masculino**; Pai: **MIGUEL JOSÉ FLORENTINO**; Mãe: **MARIA JOSENILDA FLORENTINO**; Data de Nascimento: **20/08/1992**; Naturalidade: **CARUARU / PERNAMBUCO / BRASIL**; Documentos: **9289868 (RG)**, **113.626.714-75 (CPF)**; Estado Civil: **NAO INFORMADO**; Escolaridade: **NAO INFORMADO**; Profissão: **NAO INFORMADO**; Telefone de Contato: **(81)9191-3691**; Telefone Celular: **NAO INFORMADO**; Endereço Residencial: **SANTA COSMA, 0; 55125-000; CENTRO; TORITAMA; PERNAMBUCO; BRASIL**

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

VEICULO (**VEICULO**) que é de propriedade do(a) Sr(a): **MICHAEL DA SILVA FLORENTINO**
Categoria: **MOTOCICLETA**; Marca do Objeto: **HONDA**; Modelo do Objeto: **FAN 150**; Placa: **PGU7778**; Cor do Objeto: **VERMELHA**;
Quantidade: **1 (UNIDADE)**; Valor Unitário: **0,00 (REAL)**

Complemento / Observação

EU, MICHAEL DA SILVA FLORENTINO, ESTAVA A CAMINHO DO TRABALHO QUANDO NA TARDE DO DIA 13 DE SETEMBRO DESSE DECORRIDO ANO, QUANDO UMA OUTRA MOTOCICLETA INVADIU A RUA E COLIDIU NO VEICULO QUE EU ESTAVA, ME FAZENDO BATER NUM CARRO DE MODELO FIORINO AMARELO. O CONDUTOR DA MOTOCICLETA E CAUSADOR DO ACIDENTE EVADIU-SE DO LOCAL INSTANTES DEPOIS DO OCORRIDO.

"Válida como certidão, mediante consulta no site oficial da Delegacia Pela Internet/SDS, no endereço eletrônico: servicos.sds.pe.gov.br/delegacia, de acordo com o Decreto nº 26.102, 06 de novembro de 2003."

Boletim de Ocorrência analisado e liberado pelo policial: **JAILSON BEZERRA DE MELO** - Matrícula: **1302345**

Delegacia pela Internet: A delegacia a serviço do cidadão.



PROTOCOLO

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Michael de Silva Morantino portador da carteira de
identidade nº 9.289.868 e inscrito no CPF/MF sob o nº 113.626.724-75,
residente e domiciliado na Santa Germa N 11
Cidade Saritama Estado Pernambuco, 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de
prova do Seguro DPVAT; ou

() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo
superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de
invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração
permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico
Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a
correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº
6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia
concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu
conteúdo.

CERTIDÃO DE INEXISTÊNCIA DE IML

1004029



Michael de Silva Morantino

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação



Santa Cruz do Capibaribe - 28/09/14

Local e data

SECRETARIA
DE SAÚDEToritama
A cidade do futuro

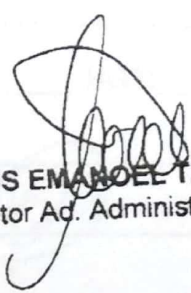
Toritama, 18 de Setembro de 2014.

Hospital Municipal Nossa Senhora de Fátima
Declaração de Atendimento Hospitalar**Declaração de Nº 291/2014****Do:** Hospital Municipal Nossa Senhora de Fátima**Para:** Micael da Silva Florentino

Venho através desta, informar que o(a) Sr(a): **Micael da Silva Florentino**, vítima de acidente de trânsito deu entrada nesta unidade como consta na ficha de emergência anexa a este documento sob nº **143.180**, no dia **13/09/2014**, sendo atendido e em seguida sendo liberado.

Sem mais para o momento.

Atenciosamente,


MATEUS EMANUEL TAVARES
Diretor Ad. Administrativo

81 3741.1811

Fundo Municipal de Saúde de Toritama
CNPJ: 11.073.548/0001-88
Rua Manoel Tenório -162
Centro, Toritama, Pernambuco, CEP: 55125-000

20

**SECRETARIA
DE SAÚDE**
FICHA DE EMERGÊNCIA

Prefeitura Municipal de
Toritama
A mudança começou



Hora do atendimento: 13:14 Data: 13/09/14 Reg.: 143.180

Nome: Micael da Silva Florêncio

Sexo: (☒) Masculino () Feminino Idade: 21 Data de Nascimento: 20/08/92

Estado Civil: () Solteira () Casada () Outros ^{SUS} 898003439147974

Filiação: M^{re} Joseenilda da Silva

Endereço: Stc Parna, 11

Profissão: _____ RG: _____ N° Doc.: _____

Médico: _____

Histórico da doença atual: paciente com trauma e fratura

na mão esquerda, com fratura da base do 5º dedo.

Exame Físico: exame físico normal, sem sinais de infecção.

PA: _____ Pulso: _____ Temperatura: _____ HGT: _____

Diagnóstico Provisório: _____

Conduta: curativo e analgesia

com curativo e analgesia.

Hora da liberação do paciente: _____

Dr. Tika Condini Paiva
Médico CRM _____

Peso: (EDR)
Serv. Téc. de Segs. Ltda.
09 OUT. 2014
PROTOCOLO

o paciente foi liberado

21

DOCUMENTAÇÃO MÉDICA HOSPITALAR

*1004



DR. CLEANTO PIO DE S. CHAVES
TRAUMATOLOGIA - ORTOPEDIA - CLÍNICA MÉDICA

CRM-PE 16489 / CRM-PB 2749

TELEFONES: (83) 8888.6045 / 9112.8812 (81) 3759.0064

LAUDO MÉDICO

O paciente MICHAEL DA
SILVA/FLORENTINO sofreu
epidante de moto no
dia 13-08-2014 com
trauma no membro sup.
(CID S52.5) e trata-
mento conservador
Vide notas x

Dr. Cleanto Pio de Sales Chaves
CRM 2749 - CFC 160.584.344-00

scg

(FDR)
Serv. Téc. de Segs. Ltda.
02 FEV. 2015
PROTOCOLO
2010415

SECRETARIA
DE SAÚDEToritama
A qualidade tem nome

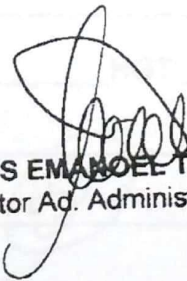
Toritama, 18 de Setembro de 2014.

Hospital Municipal Nossa Senhora de Fátima
Declaração de Atendimento Hospitalar**Declaração de Nº 291/2014****Do:** Hospital Municipal Nossa Senhora de Fátima**Para:** Micael da Silva Florentino

Venho através desta, informa que o(a) Sr(a): **Micael da Silva Florentino**, vítima de acidente de trânsito deu entrada nesta unidade como consta na ficha de emergência anexa a este documento sob nº **143.180**, no dia **13/09/2014**, sendo atendido e em seguida sendo liberado.

Sem mais para o momento.

Atenciosamente,


MATEUS EMANOEL TAVARES
Diretor Ad. Administrativo

81 3741.1811

Fundo Municipal de Saúde de Toritama
CNPJ: 11.073.548/0001-88
Rua Manoel Tenório -162
Centro, Toritama, Pernambuco, CEP: 55125-000

Hora do atendimento: 13:14 Data: 13/09/14 Reg.: 143.180

Nome: Miguel da Silva Florêncio

Sexo: (☒) Masculino () Feminino Idade: 21 Data de Nascimento: 20/08/92

Estado Civil: () Solteira () Casada () Outros SUS 898003439147974

Filiação: M^{re} Joseenilda da Silva

Endereço: Sta Carmo, 11

Profissão: _____ RG: _____ Nº Doc.: _____

Médico: _____

Histórico da doença atual: paciente sofreu acidente com
travessa em USD, com trauma e fratura
na perna esquerda.

Exame Físico: exame físico trauma e fratura
na perna esquerda.

PA: _____ Pulso: _____ Temperatura: _____ HGT: _____

Diagnóstico Provisório: _____

Conduta: tratar com USF curativo da ferida

Peso: (EDR)
Serv. Téc. de Segs. Ltda.
09 OUT. 2014
PROTOCOLO

o paciente foi encaminhado para

Hora da liberação do paciente: _____

Dr. Ericka Condini Pajon
Medica CRM

24

VALIA EM TODO TERREITORIO NACIONAL

REGISTRO 9.289.868

EXPIRACAO 12/07/2011

<< MICHAEL DA SILVA FLORENTINO >>

<< MIGUEL JOSE FLORENTINO >>

<< MARIA JOSENILDA DA SILVA >>

REGISTRO - PE

DATA DE EMISSAO 20/08/1992

SERIE "C" << 0766870155 1999 1 00011 067

0012402 46 TORTAMA-PE >>

LEI Nº 20.000/2004

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO PARANÁ

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICACAO

08 2-53

MICHAEL DA SILVA FLORENTINO

ASSISTENTE SOCIAL

CARTeira DE IDENTIDADE

(LBR)

Serv. Téc. de Segs. Ltda.

DOCUMENTOS DE IDENTIFICACAO

1004037

PROTOCOLO

25

CÓDIGO DE CONTROLE
77C33C57.856E.C921

A autenticidade deste comprovante deverá
ser confirmada na internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 11:02:04/01 de 11/09/2011
digito verificador: 00

PROTOCOLO

09 OUT 2011

(RDN)
Serv. Téc. de Sigs. Ltda.



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
113.626.724-75

Nome
MICAEL DA SILVA FLORENTINO

Nascimento
20/08/1992

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

Sua busca por placa: PGU7778 UF: PE CATEGORIA: 09*

Exercício	Valor Pago	Situação
☐ 2014	R\$292,01	Quitado

Data Pagamento	Valor Pago
03/06/2014	R\$292,01

(*) Motocicleta



Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados da beneficiária da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Milail de Silva Mesquita

PORTADORA DO RG Nº 9.289.868

EXPEDIDO POR S.P.S

EM 11/11

CPF 113626424-9 / CNPJ _____, PROFISSÃO _____

E RENDA MENSAL DE R\$ _____ (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Milail de Silva Mesquita AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar a reprogramação de um pagamento, lembre-se:

1) Os seguintes documentos não devem, de forma nenhuma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício;
- Conta pessoa jurídica;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL: abertura para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Conta Econômica Federal);
- Conta-POUPANÇA operação 013 de CEF aberta em Estados Lotéricos com limite de movimentação financeira mensal de até R\$2000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (não será aceita proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);

2) O CPF do beneficiário/vítima não pode estar inválido, pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL - www.receita.fazenda.gov.br/);

3) O CPF da conta informada para depósito não pode ser diferente do CPF cadastrado no SISEPVAT Sinistro.

- ☐ CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)
BANCO _____ AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE _____
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRASILEIRO
BANCO 237 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL
BANCO 001 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO FIAI
BANCO 341 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____
- ☒ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
BANCO 104 • AGÊNCIA 2551 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA 23374-2

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL Santa Luz do Lapão DATA 28/05/14

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A)

Milail de Silva Mesquita

ATENÇÃO

O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago aos legítimos beneficiários, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médicas-hospitalares.

ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



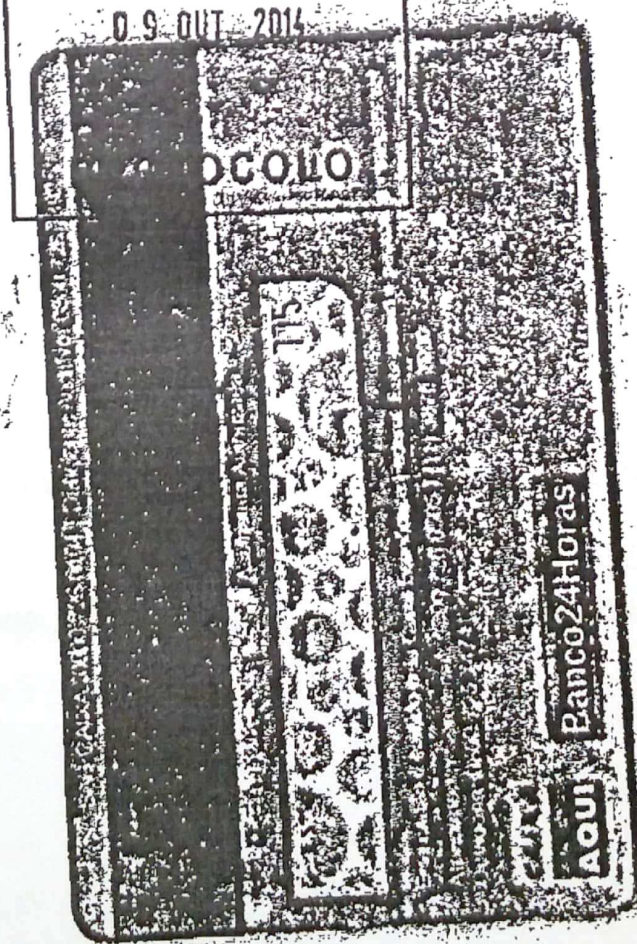
6277 8010 0813 4938

MICAEL SILVA FLORENTINO

2551 013 00023374-2 04/18

Serv. Téc. de Sigs. Ltda.

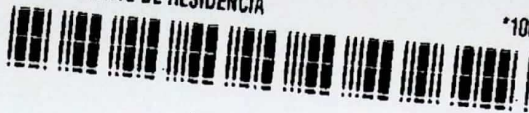
09 OUT 2014



OCOLO

Banco24Horas

AQUI



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Michael de Silva IheringRG nº 9.789.868, data de expedição —/—/—, Órgão S.P.S.

CPF nº 113.626.724-75, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Prça)	<u>Santa Rosa</u>	
Número	<u>11</u>	
Apto / Complemento		
Bairro	<u>Centro</u>	
Cidade	<u>Porto Alegre</u>	
Estado	<u>Paraná</u>	
CEP	<u>91.250-000</u>	
Telefone de Contato	<u>(51) 9192-3691</u>	
E-mail		

(588)
Serv. Téc. de Segs. Ltda.

14 OUT. 2014

PROTOCOLO

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Santa Rosa do Sul - 28/09/14Assinatura do Declarante: Michael de Silva Ihering

Nota Fiscal de Energia Elétrica criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

NOTA FISCAL DE FATURA DE CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111; 5.ª Vln. Recife, Pernambuco - CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 06354943-93 | www.cepel.com.br

DADOS DO CLIENTE
HELTON EMILIO DA SILVA

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA

CPI 022.309 714-41

DATE: 10/10/2000
TIME: 10:10:00
PAGE: 1

CLASSIFICAÇÃO
BT 1 ESSENCIAL
RES. DEN. CIAL
Módulo 4

OP DA NOTA FISCAL 001-13234	SERIE UNICA	IMPRESSÃO TODA 211
IMPRESSÃO 2840 17614	Nº DO CLIENTE 2000635153	OPERAÇÃO 3886 8.

1002427/40
 08/2014
 03/07/2014
 1007/2014
 10074

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	COMISSÃO DE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Comissão de Administração Pública	12.000,00	0.50552271	30.88
Mut. a por abono - NF 001067570 - DBM 1/14			7.88
Jur. a por abono - NF 001067570 - DBM 1/14			1.48
			0.21

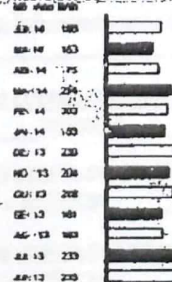
TC: AL DA FATURA

100.74

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

INÍCIO	TIPO DA	ANTECESSOR		ATUAL		INÍCIO	CONSTANTE	ANEXOS	CONSUMO (MIL)
RECEIÇÃO	POSIÇÃO	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	DIVIS			
10/2000	Cap	REGISTRO	4.212,5	1-0000004	0	32	1,00000		TRIPLO

HISTÓRICO DE CONSULTA



INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ESPECIE DE CALCULO	%	VALOR SUFICI
de 10	25%	2
de 10	1%	1
de 10	6%	1

Centralized database
 Log on to the Web Key to access the database

the average	38.53	42.35
mode	1.31	1.22
the (range)	21.45	21.55
standard	1.57	2.17
	21.87	20.03

Journal of Management Inquiry 18(6)

— 1974 —

FDC548 48 8F2 406 AG 8 BEBB B5C4 D000

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

[illegible]

COMMUNICATIONS SECTION - REPORT OF ACTIVITY				
IN	OUT	IN	OUT	IN
DATE	DATE	DATE	DATE	DATE
10-10-64	10-10-64	10-10-64	10-10-64	10-10-64

This communication section is to be used to report all communication activity of the communications section. It is to be filled out by the communications section and is to be submitted to the communications section. It is to be filled out by the communications section and is to be submitted to the communications section.

[illegible]

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERUPÇÕES

[illegible]

MOVES DE TENSÃO

720	720	721
	721	722

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU Milani do Silva Herentino
PORTADOR(A) DO RG Nº 9.289.868 EXPEDIDO POR S.P.S. EM 11/11
CPF 113626429-76 / CNPJ _____, PROFISSÃO _____
E RENDA MENSAL DE R\$ _____ (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Milani do Silva Herentino AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar a reprogramação de um pagamento, lembre-se:

1) Os seguintes documentos não devem, de forma nenhuma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício;
- Conta pessoa jurídica;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL: atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta-POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Endereço Eletrônico com limite de movimentação financeira mensal de até R\$2000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (não será aceita proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);

2) O CPF do beneficiário/vítima não pode estar inválido, pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL - www.receita.fazenda.gov.br);

3) O CPF da conta informada para depósito não pode ser diferente do CPF cadastrado no SISEPVAT Sinistro.

- ☐ CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)
BANCO _____ AGÊNCIA _____ (INCLUIA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE _____
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRABESCO
BANCO 237 • AGÊNCIA _____ (INCLUIA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL
BANCO 001 • AGÊNCIA _____ (INCLUIA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO FIAI
BANCO 341 • AGÊNCIA _____ (INCLUIA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____
- ☒ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
BANCO 104 • AGÊNCIA 2551 (INCLUIA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA 23374-2

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

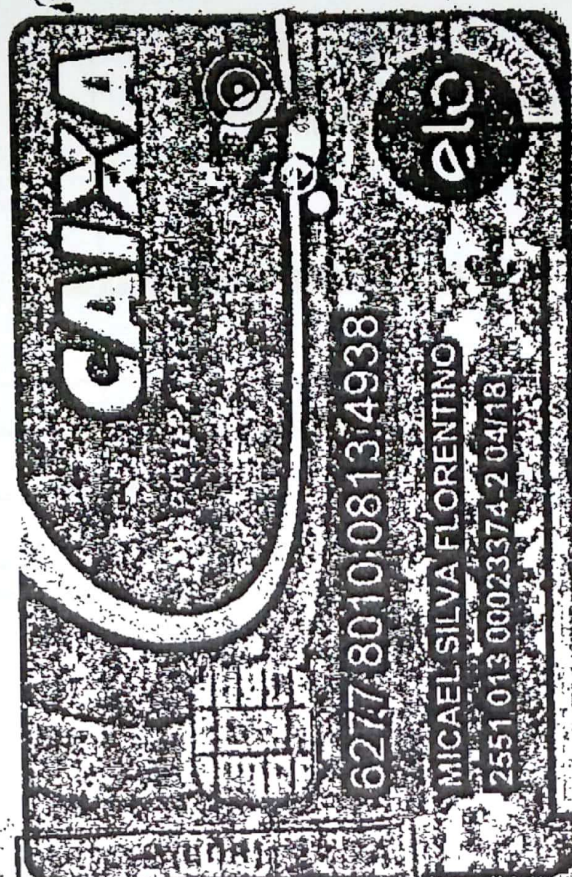
LOCAL Santa Luz do Ipiranga DATA 28/05/14

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A) Milani do Silva Herentino

ATENÇÃO

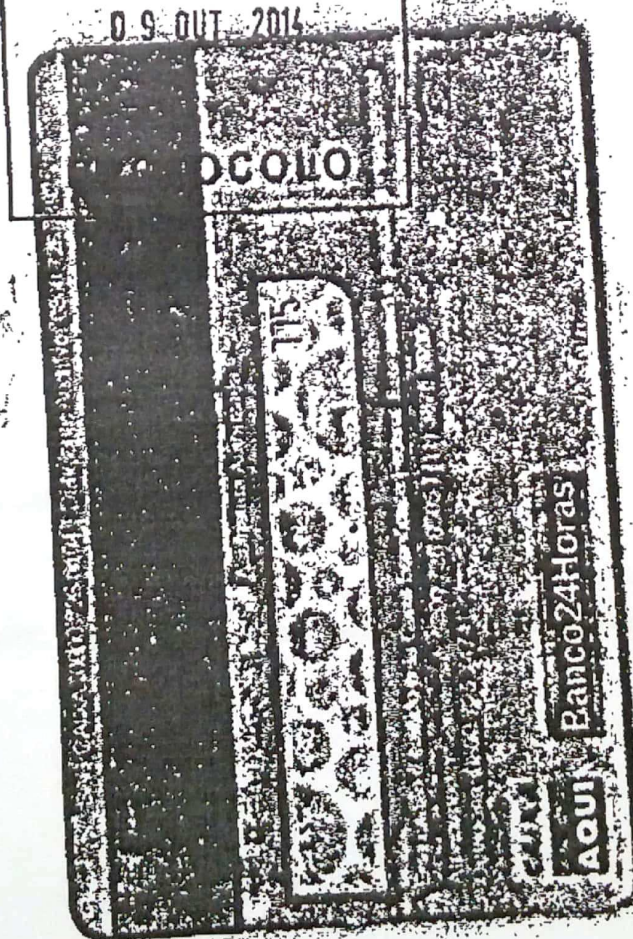
O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago aos legítimos beneficiários, obedecendo à legislação vigente na data do acidente); indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médicas-hospitalares.

321

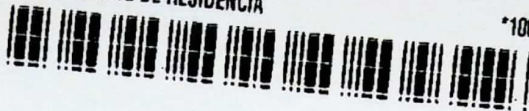


Serv. rec. de suqs. clua

09 OUT 2014



COMPROVANTE DE RESIDENCIA



1004040

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Milene de Siqueira IheringRG nº 9.289.868, data de expedição — / — / —, Órgão S.P.S.

CPF nº 113.626.724-75, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito segundo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Prça)	<u>Santa Rosa</u>
Número	<u>11</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>Porto Alegre</u>
Estado	<u>Rio Grande do Sul</u>
CEP	<u>91.250-000</u>
Telefone de Contato	<u>(51) 9192-3651</u>
E-mail	

Stamp: (SBB) Serv. Téc. de Segs. Ltda.
14 OUT. 2014
PROTOCOLO

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Santa Rosa do Sul - 28/09/14Assinatura do Declarante: Milene de Siqueira Ihering



Carta Social de Energia Elétrica Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02
NOTA FISCAL FATURA CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, 5ª Vela, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902
CNPJ 16.835.332/0001-08 | Ins. Est. (ICMS) 15.3 | www.celpe.com.br

PAPO DO CLIENTE
NELSON EMINIO DA SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA 13905

CPI 022.309.714-41

DEBENTOR (AMA)
CRI (AMA) P1
5.12 -000

CLASSIFICAÇÃO
BT 1 - ESSENCIAL
RES. ESSENCIAL
Med. Clínica

IP DO MEDIDOR 0011-1329
SERIE UNICA
LIGACAO 1000-2-1-
IP DO CLIENTE 200635153
IP DE INSTALACAO 3096-3-

1002427/40 08/2014
08/07/2014 10/07/2014
TOTAL A PAGAR (R\$) 189,74

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo (kWh)	189,000-00	0,50552271	95,65
Consumo Iluminação Pública			7,88
Mutação por atraso NF 001067570-086-4/14			1,48
Juros por atraso NF 001067570-086-4/14			0,31

TOTAL DA FATURA

189,74

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

IP DO MEDIDOR	TIPO DA FOMÇAÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	IP DE	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
0011-1329	CAJ	08/08/04	14.272,0	14.272,0	1,0000		189,00

HISTÓRICO DE CONSUMO

IP DO MEDIDOR	TIPO DA FOMÇAÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	IP DE	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
0011-1329	CAJ	08/08/04	14.272,0	14.272,0	1,0000		189,00

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR DO IMPÓSTO
ICMS	25,00	2,00%	5,00
PIS	1,00	0,65%	0,65
COFINS	6,00	3,00%	1,80

CONTRIBUIÇÕES SOCIAIS

CONTRIBUIÇÕES SOCIAIS	VALOR DO IMPÓSTO
Contribuição Social	1,71
Contribuição Social	21,48
Contribuição Social	1,57
Contribuição Social	27,00
Contribuição Social	50,86

TARIFAS APLICADAS

TARIFAS APLICADAS	VALOR
Tarifa de Distribuição	5,00

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Atenção: O consumidor deve estar atento às informações contidas nesta nota fiscal, pois ela contém dados importantes para a emissão da nota fiscal de consumo. O consumidor deve estar atento às informações contidas nesta nota fiscal, pois ela contém dados importantes para a emissão da nota fiscal de consumo.

CONSUMO	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR
Consumo	189,00	5,00	11,83	2,04

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERUPÇÕES

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERUPÇÕES	VALOR
Duração e frequência das interrupções	1,56

ÍNDICES DE TENSÃO

ÍNDICES DE TENSÃO	VALOR
Índices de tensão	201