

MALHEIROS

ADVOGADOS

Avenida Bernardo Vieira de Melo, nº 1551 - Sala 01 - Piedade - Jaboatão dos Guararapes/PE - CEP: 54410-010

Fone/Fax: (81) 3204.4039 / (81) 99543-4354

E-mail: renato@malheiros@outlook.com

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Maria Cristina de Souza
Brasileira solteira
Desempregada, portador(a) do RG nº 3.640.774
SOS PE, inscrito(a) no CPF sob o nº 685.875.384-20
residente e domiciliado(a) à Rua Rua da Viração
46, Nova Serraria do O, 1 Pádua-PE
CEP: 55590-000

OUTORGADO: RENATO CÉSAR MALHEIROS CAVALCANTI, brasileiro, solteiro, advogado inscrito na OAB-PE sob o número 31.915, domiciliado na cidade do Recife-PE e estabelecido na Avenida Bernardo Vieira de Melo, nº 1551, Sala 01 - Piedade - Jaboatão dos Guararapes/PE - CEP: 54410-010.

PODERES: Plenos para o foro em geral, de acordo com os poderes das cláusulas "AD et EXTRA JUDITIA" implícitas no Art. 38 do Código de Processo Civil, podendo o Outorgado, acompanhar quaisquer inquéritos, ações ou recursos até a sentença final, especiais para acordar, discordar, desistir, impugnar, comprometer; transigir receber alvarás, representar o OUTORGANTE perante quaisquer Entidades Públicas ou Privadas, enfim, tudo o que for necessário para suprir as necessidades de defesa dos interesses do OUTORGANTE, inclusive substabelecer com ou sem reservas de direitos e, especificamente neste ato, para propor ação na Justiça Comum.

CONTRATO DE HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Cláusula Única - Pelo presente Contrato particular de prestação de serviços, o OUTORGANTE infra-assinado se compromete a pagar aos OUTORGADOS, honorários advocatícios na ordem de 30% (trinta por cento) sobre o total de todos os proventos advindos do processo patrocinado quer seja no total da condenação ou mediante conciliação, sendo esta última hipótese vedada sem a anuência dos OUTORGADOS, que se obrigam a prestar seus serviços profissionais; ficando de logo esta MM Vara autorizada a reter o referido percentual, independente dos de sucumbência.

Recife, 28 de Maio de 2019

Maria Cristina de Souza
NOME DO OUTORGANTE

Avenida Bernardo Vieira de Melo, nº 1551 - Sala 01 - Piedade - Jaboatão dos Guararapes/PE - CEP: 54410-010
Fone/Fax: (81) 3204.4039 / (81) 99543-4354



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Brasileira Maria Cristina de Souza
Salvador Desempregada
portador(a) do RG nº 3.640.774 SDS - PE, inscrito(a)
no CPF sob o nº 685.875.384-20, residente e domiciliado(a) à
Rua Rua da Viçosa
nº 46 Nella Senhora do Ó, Ipojuca -PE,
CEP: 55590-000, declara, para fins de prova junto à Assistência
Judiciária, na forma dos artigos 98 e ss, da CPC/2015, que não apresenta condições
financeiras de arcar com o ônus processual deste feito, sem que haja prejuízo próprio
ou sua família. Declaração esta que faz sob as penas da Lei e sob sua inteira
responsabilidade.

Recife, 28 de Maio de 20 19.

Maria Cristina de Souza



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.640.774 DATA DE EXPEDIÇÃO 23/02/2018

NOME << MARIA CRISTINA DE SOUZA >>

FILIAÇÃO << MANOEL REIS DE SOUZA >>
<< LAURINETE FERREIRA DE SOUZA >>

NATURALIDADE IPOJUCA - PE DATA DE NASCIMENTO 29/06/1969

DOC. ORIGEM << CN: 5.190 L.A06 F.213 CART. 3º

IPOJUCA-PE 22.12.1995 >>

CPF 685.875.384-20

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

418058010907084200.7947716 F-79 45.491 - 4632





Atestado médico

Atto, para a du'ida fur,
que a paciente rana curda
de tempo e portadora de
F32.1 (CID-10). Atto conspue (puzer
no regular de audic'aoes, por
falta no posto e por falta
de verba para comprar medi-
camentos. Attoo segue em
floxetina 200mg (2x10-20),
dose 2x10-20 eil.


Larissa Vieira
Psiquiatra
CRM/PE 20078

____/____/____
Data

Assinatura - CRM





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 043ª CIRCUNSCRIÇÃO - PORTO DE GALINHAS -
DP43ªCIRC DIM/10ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **17E0133002611**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **18/10/2017** às **12:32**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumados) que aconteceu no dia **7/10/2017** às **09:20**

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE NOSSA SENHORA DO O, 01, LEIA-SE RUA CAMILO CUNHA** - Bairro: **NOSSA SENHORA DO O - IPOJUCA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
MARIA CRISTINA DE SOUZA (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)

MARIA CRISTINA DE SOUZA (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **LAURINETE FERREIRA DE SOUZA** Data de Nascimento: **29/6/1969** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **3640774/SSP/PE (RG)** Estado Civil: **DESCONHECIDO** Profissão: **DO LAR** Telefones Celulares: **- 982569733**

Endereço Residencial: **BAIRRO DE NOSSA SENHORA DO O, 46, LEIA-SE RUA DA VIRAÇÃO 46 - CEP: 0 - Bairro: NOSSA SENHORA DO O - IPOJUCA/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **1640774/SSP/PE (RG)** Estado Civil: **AMASIADO(A)** Profissão: **DO LAR** Telefones Celulares: **- 982569733**

Endereço Residencial: **BAIRRO DE NOSSA SENHORA DO O, 01 - CEP: 0 - Bairro: NOSSA SENHORA DO O - IPOJUCA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEI/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

DECLARA A VITIMA QUE ESTAVA ATRAVESSANDO A RUA QUANDO O VEICULO DE MARCA NAO

18/12/2018 11:21



INFORMADA PELA VITIMA LHE ATINGIU PREDENDO SUAS DUAS PERNAS EM OUTRO VEICULO QUE DE IMEDIATO A IMPUNTADA LHE PESTOU SOCORRO E COMO TAMBE DECLARA A VITIMA QUE A MESMA NAO APRESENTAVA SINAIS DE EMBREAGUEIS .DECLARA A VITIMA QUE FOI SOCORRIDA PARA UPA DE IPOJUCA POR ONDE PASSOU POR ATENDIMENTO MEDICO.

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

**MARIA CRISTINA DE SOUZA
(VITIMA)**

B.O. registrado por: **CLEDINIZ JOSE DOS SANTOS MAT. 247.205-8** - Matrícula: **2472058**

18/12/2018 11:21





Secretaria de Saúde

RECEITUÁRIO

DECLARAÇÃO DA FISIOTERAPIA

DECLARO PARA DEVIDOS FINS QUE A Sra.
MARIA CRISTINA DE SOUZA COM DIAGNÓSTICO
DE LAMBOGIA ENCONTROU-SE EM MEUS CUIDADOS
DESDE DO 20/08/88, A MESMA REFERE
DOX CONSTANTE, FRIOLEZA MUSCULO E DEFICIT
DE DOM, ASSIM IMPOSSIBILITANDO DE
REALIZAR SUOS AVOS.

20/08/88
Data

Renata Lima
Fisioterapeuta
CREFITO 17499
Assinatura - CRM



RECEITUÁRIO

Declaração

Declaro para os devidos fins que a Sra. Maria Cristina de Souza, vem sendo acompanhada pela equipe de fisioterapia desta instituição para um tratamento de lombalgia desde 28 de julho de 2017, onde não tinha apresentando melhora do quadro algico, piorando após acidente automobilístico no dia 07 de outubro de 2017 onde sofreu uma pancada forte na região lombar (L5) criando um abcesso onde só realizou duas punções e várias sessões de fisioterapia (massoterapia) com resultados satisfatórios no quadro.

07/11/2017.
Data

Elde Anderson P. de Oliveira
Fisioterapeuta
Cred. 101.052-F

Assinatura - CRM





2ª VIA DESTINATÁRIO



**SAMU
192**

Ipojuca, 18 de Outubro de 2017

Origem: Coordenação do SAMU – IPOJUCA

Destino: Maria Cristina de Souza

Assunto: DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO REALIZADO PELA EQUIPE DO SAMU IPOJUCA.

Declaro para os devidos fins, que **Maria Cristina de Souza**, nascida em 26/06/1969, **RG 3.640.774 SSP-PE**, foi atendida por nossa Unidade de Suporte Básico (USB), no dia 07/10/2017, por volta das 10h 09min, Na rua Camilo Cunha em Nossa Senhora do Ó, Ipojuca-PE, sob o protocolo **S-390173** (número da ocorrência de regulação do SAMU), vítima de **Acidente de Trânsito**. A equipe do SAMU IPOJUCA realizou os procedimentos necessários para estabilização do referido (cumprindo todo o protocolo de atendimento ao trauma), em seguida removendo-o para a UPA de Ipojuca, no município de Ipojuca-PE.

Dra. Mariana Hirschie
Coordenação Médica
CRM 15397-PE MAT 55882

Coordenação
SAMU IPOJUCA

Rod. PE-38 Km 9, Nossa Senhora do Ó Ipojuca – PE.
FONE : (81) 3527 - 9347





SECRETARIA DE SAÚDE DO IPOJUCA
FICHA DE ATENDIMENTO

ADESIVO

Nº REGISTRO 32-588	DATA E HORA DO NASCIMENTO 47 anos. 29/07/70	EMERGÊNCIA DE ADULTOS E INFANTIL
-----------------------	--	-------------------------------------

PACIENTE: Maria Cristina de Souza	NASCIMENTO:	IDADE:	SEXO:	COR:
ESTADO CIVIL:	PROFISSÃO:	NATURALIDADE:	NACIONALIDADE:	
Nº DE IDENTIDADE	FILIAÇÃO	PAI MÃE	Laurinete Ferreira	
ENDEREÇO:	R = Viracão nº 46		COMPLEMENTO	
BAIRRO: Nova S. do O	CIDADE: Ipojuca	UF: PE	TELEFONE: 8905-4133.	
ORIENTAÇÃO:				
PROCEDÊNCIA:				
MEIO DE TRANSPORTE:				

CONSULTA DE ENFERMAGEM

DATA: 07/10/17	HORA: 10:32	ENFERMEIRO:	COREN:
SITUAÇÃO QUEIXA:			

ANTECEDENTES: ☐ DIABETES ☐ HIPERTENÇÃO ☐ CARDIOPATIAS ☐ DOENÇA NEUROLÓGICA ☐ TABAGISMO
☐ ALCOOLISMO/DROGAS ☐ PNEUMOPATIAS ☐ HEPATOPATIAS ☐ DOENÇA MENTAL OUTROS:

MEDICAÇÃO EM USO:

PA: X mmHg	RHS: bpm	FC: bpm	FR: lpm	T: °C
ECG: ABERTURA OCULAR	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA	DEFICIÊNCIA MOTORA MSD <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/>	PUPILAS ISOCÓRICAS <input type="checkbox"/> ANISOCÓRICA <input type="checkbox"/>
SCORE	SCORE	SCORE		
DOR: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	SUDORESE: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	PALIDEZ <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		

EXAME FÍSICO:

DIAGNÓSTICO ENFERMAGEM:



ATENDIMENTO MÉDICO

História do Trauma:

Perda de Consciência: ☐ Sim ☐ Não Episódio Emético: ☐ Sim ☐ Não Acidente de Trabalho: ☐ Sim ☐ Não
 Acidente de Trabalho: ☐ Sim ☐ Não Tipo: Motorista: ☐ Passageiro: ☐
 Colisão: ☐ Sim ☐ Não Tipo: Local do Impacto: Sofreu Queda: ☐ Não ☐ Sim Altura: ☐
 Atropelamento: ☐ Sim ☐ Não Tipo: Sofreu Queda: ☐ Não ☐ Sim Altura: ☐
 Vítima de Ferimento: ☐ Sim ☐ Não Tipo: Sofreu Queda: ☐ Não ☐ Sim Altura: ☐
 Queimadura: ☐ Sim ☐ Não Por: Transporte realizado por:

Condições de Imobilização Adequada: ☐ Sim ☐ Não Por Que:

EXAMES FÍSICOS:

Ator vítima de atropelamento há 1430 min, seguida de trauma em quadril D. Relato anterior de trauma. Nojo, tontura e desorientação.
 Ao SF: AR → MVN, S/RA / RN: RCR em 24, BNF, s/sopros, Glasgow 15.
 Ausência de dor à palpação em linha mediana da coluna cervical, torácica e lombar.
 Presença de dor à palpação em topografia da região glútea D. Presença de pouca e déficit de força em mms e mmii.

EXAMES SOLICITADOS: LABORATORIAIS:

e déficit de força em mms e mmii.

DIAGNÓSTICO:

EXAMES ESPECIALIZADOS: ☐ TOMOGRAFIA ☐ RESSONÂNCIA MAGNÉTICA ☐ ANGIOGRAFIA
☐ ENDOSCOPIA ☒ RX ☐ ULTRASSONOGRAFIA ☐ LCR

PRESCRIÇÃO MÉDICA: DATA: 1/1/19 HORA: 16:55
 - Rx da coluna cervical, torax, bacia e caixa D
 - Dipirona 1amp. + AS IV (ent)
 - Observação por 8 horas (até às 19:30h). Continuar em caso de vômito, e desorientação.
 - 1amp. 50mg 1amp. + SF 0,9% 1000ml (ent) V 16:55
 Iolanda B. Silva
 Técnico de Enfermagem
 COREN 884.501
 Flebotomista
 Dr. Luciano Pinheiro de Sa
 Traumatologia Ortopedia
 CRM/PE - 15277

INDICAÇÃO CIRÚRGICA: ☐ SIM ☐ NÃO CLASSIFICAÇÃO RESERVA: ☐

DEFINIÇÃO DO CASO

16:47
 INTERNAMENTO ☐ CIRURGIA ☐ ÓBITO ☐ TERMO DE ALTA PEDIDO ☐ EVADIU-SE ☐

TRANSFERIDO PARA: • Paciente recebe alta hospitalar

INTERNADO NA CLÍNICA: ad. Paciente em 40 dias VO + 3 dias

INFORMAÇÕES DO SERVIÇO SOCIAL

CONFIRMAÇÃO DO NOME: ASSISTENTE SOCIAL

CONFIRMAÇÃO DO ENDEREÇO: ASSISTENTE SOCIAL

PROVIDÊNCIAS: ALTA ☒ TRANSFERÊNCIA ☐ EXAME EXTERNO ☐

OBSERVAÇÕES: Dr. Luciano Pinheiro de Sa
 Traumatologia Ortopedia
 CRM/PE - 15277

AUTORIZAÇÃO PARA ALTA/INTERNO/TRANSFERÊNCIA:

ENFERMEIRA: COREN: MÉDICO: CRM: DATA: HORA:

TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA INTERNAMENTO:

Estou ciente das normas existentes neste Hospital, as quais aceito integralmente e autorizo a realização de tratamentos clínicos e/ou cirúrgicos, inclusive transfusões e sem os exames complementares e transporte se forem necessários.

Data: Nome completo: N° da Identidade: Assinatura:

TERMO DE RESPONSABILIDADE DE ALTA A PEDIDO:

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que deste ato possa advir.

Data: Nome completo: N° da Identidade: Assinatura:





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, 04 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180549389

Vítima: MARIA CRISTINA DE SOUZA

Data do Acidente: 07/10/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), MARIA CRISTINA DE SOUZA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo 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 orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00647/00648 - carta_04 - INVALIDEZ



Carta nº 14148941





Secretaria de Saúde

RECEITUÁRIO

1/ Mani Contem da Aoy

Dedem p/ 7 dias pois que a
ponto p/ acompanhamento de do
dores que vem p/ MME. RA-
don, legistica interpostas. L4-L5,
L5-S1. Alado do dmi ⊕ responsabilidade
p/ trabalho. p/te pois q/ acidente
automobilístico.

esp = 1759.4

06/03/19
Data

Dr. Carlos Frederico W. de Almeida Jr.
CRM-PE: 20156
TEO: 15714
Ortopedia e Traumatologia

Assinatura - CRM





Secretaria de Saúde

RECEITUÁRIO

Maria Gostino de Lencastre

LAUDO MÉDICO

A paciente em questão tem queixas
de dor lombar há cerca de
7 meses (SRC).

Tem RNM que mostra deslocamento
discol em L4-L5 e artrose
interapofisária degenerativa iminente
em L5-S1. CID: M54

04.04.18
Data

Dr. Thiago Oliveira de Almeida
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE 16462
TETO: 12.158
Assinatura - CRM



RECEITUÁRIO

Venho por meio deste informar
que a sr: Maria Cristina de Souza
iniciou tratamento psicológico no
Centro de Reabilitação no dia 18/05/17
para tratar sintomas compatíveis com
CID F. 32.

Paciente vem demonstrando apetite,
ansiedade, desânimo, alteração de
sono e apetite.

Sem mais a relatar, coloco-me a
disposições para eventuais esclarecimentos.

21 / 11 / 17
Data

Alaine L. Cavalcanti Queiroz
Psicóloga
CRE 02.13264

Assinatura - CRM





Secretaria de Saúde

RECEITUÁRIO

MARIA CRISTINA DE SOUZA - 48 anos.

RELATÓRIO MÉDICO

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO EM 07/OUT/2017 (SIC), APRESENTA HEMATOMA, EM FASE DE RESOLUÇÃO, EM REGIÃO GURTA DIREITA.

O HEMATOMA FOI DE MODERADO VULM, JA FOI REFUNDADO (DRENADO) APROXIMADAMENTE 50 ML DE SANGUE (POR PUNÇÃO) E UMA GRANDE ÁREA DE INFILTRAÇÃO LOCAL.

A PACIENTE AINDA NECESSITARÁ MAIS 20 A 30 DIAS PARA A RESOLUÇÃO COMPLETA DO PROCESSO DE REABSORÇÃO DO HEMATOMA.

PODE SER NECESSÁRIO PARA UMA MELHOR RESOLUÇÃO ALGUMAS SESSÕES DE FISIOTERAPIA, COM MASSOTERAPIA LOCAL PARA EVITAR QUE A PACIENTE FIQUE COMO "SEQUELA" UMA LESÃO CICATRICAL (FIBROSE) IMPORTANTE, QUE POSSA CAUSAR QUALQUER DESCONFORTO OU DIFICULDADE DE LOCOMOÇÃO.

21 / OUT / 2017
Data

Dr. Érico Bandeira
Médico
CRM-PE 12.484


Assinatura - CRM





DATA: 09/03/2018
NOME: MARIA CRISTINA DE SOUZA
MÉDICO SOLICITANTE: CARLOS FREDERICO MIRANDA JR
REQUISIÇÃO: 254474

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DA COLUNA LOMBAR

TÉCNICA: Ressonância magnética da coluna lombar em cortes multiplanares e nas sequências habituais, sem contraste paramagnético venoso.

ACHADOS RADIOLÓGICOS:

Curvatura anatômica habitual da coluna lombossacra.

Corpos vertebrais anatômicos e com intensidade de sinal habitual.

Discos intervertebrais com núcleos pulposos de sinais habituais para a faixa etária. Há mínima redução da altura discal em L5-S1.

Mínimos abaulamentos discais difusos em L2-L3 e L3-L4, que tocam a face ventral do saco dural, sem determinar conflitos radiculares.

Abaulamento discal difuso em L4-L5, que determina leve impressão sobre a face ventral do saco dural e ocupa as bases dos respectivos neuroforames, tangenciando as raízes emergentes de L4 no segmento extraforaminal.

Demais neuroforames com amplitude preservada.

Artropatia interapofisária degenerativa incipiente em L5-S1 à esquerda.

Canal raquiano de configuração anatômica e dimensões normais.

Lâminas, pedículos, processos transversos e espinhosos sem alterações.

Cone medular situado posteriormente a transição T12/L1, com espessura e intensidade de sinal habitual.

Discreta liposs substituição da musculatura paravertebral, bilateralmente.

DR. SAULO CARDOSO RIBERIO
CRM-PE 20661

Estamos Realizando Biópsias, Marcações Pre-cirúrgicas e PAAF de Mama e Tireoide Guiada por Ultrassonografia.

T. Pag:1





Companhia Celpe de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Celpe de Energia Elétrica

Av. João de Deus, 111, 2ª etapa, Recife, Pernambuco - CEP 50050-802

CNPJ 10.835.832/0001-00 | Insc. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

MARIA CRISTINA DE SOUZA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA DA VIRACÃO 46

CPF: 685.875.384-20 NIS: 16385643888

N SA DO O/NOSSA SENHORA DO O
IPOJUCA PE
55590-000

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM NIS

CONTA CONTRATO

7005924418

MÊS/ANO

05/2019

DATA DE VENCIMENTO

05/06/2019

DATA PREVISTA PRÓXIMA LETURA

27/06/2019

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMIÇÃO
063872288	UNICA	29/05/2019

APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA METALAGEM
29/05/2019	2011192222	5331459

TOTAL A PAGAR (R\$)

94,15

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,0000000	0,28788584	8,03
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,0000000	0,45899002	32,12
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	60,0000000	0,68933503	41,30
Acrescimo Bandeira AMARELA			1,48
Contrib. Ilum. Pública Municipal			9,48
ICMS Subvenção CDIE-NF 056237813-28/03/19			0,65
ICMS Subvenção Baixa Renda			1,09

TOTAL DA FATURA

94,15

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
301028801	CAT	29-04-2019	21.508,00	29-05-2019	21.748,00	30	1,00000		160,00

HISTÓRICO DE CONSUMO

MÊS/ANO	CONSUMO (KWH)
MAR 19	180
ABR 19	171
MAR 19	177
FEV 19	177
JAN 19	153
DEZ 18	166
NOV 18	152

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS	82,80	25,00	20,70
PIS	82,80	1,10	0,91
COPINF	82,80	5,37	4,44

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Geração de Energia	27,38	29,17%
Transmissão	3,07	3,25%
Distribuição (Celpe)	18,87	20,01%
Perdas de Energia	1,58	1,68%
Encargos Setoriais	1,83	1,95%
Tributos	26,14	27,75%
Total	82,83	100%

Consumo Ativo até 30 kWh
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh

160,00
160,00
160,00

Scanned by CamScanner

JUNTADA DE PETIÇÃO REQUERENDO INCLUSÃO CNPJ DAS DEMANDADAS (ANEXO)



**EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA 04ª VARA CÍVEL DA
COMARCA DE RECIFE – PE.**

PROCESSO Nº: 0035827-74.2019.8.17.2001

Seção A

MARIA CRISTINA DE SOUZA, já devidamente qualificada nos autos da ação em epígrafe, movida contra **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A e TOKIO MARINE SEGURADORA S/A**, já devidamente qualificadas nos autos da ação em epígrafe, vem requerer a Vossa Excelência a retificação das partes Demandadas, para que sejam incluídos os seus CNPJ, quais sejam: **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A**: 09.248.608/0001-04 e **TOKIO MARINE SEGURADORA S/A**, CNPJ 60.831.344/0001-74.

Nestes Termos,

Pede deferimento.

Recife, 17 de junho de 2019.

RENATO CÉSAR MALHEIROS CAVALCANTI

OAB-PE 31915

Av. Bernardo Vieira de Melo, 1551 – SI 01 – Piedade
Jaboatão dos Guararapes/PE – CEP: 54410-010 - Fone: (81) 3204.4039
E-mail: renatomalheiros@outlook.com

