

RELATORIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

DECLARAÇÃO DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE:	18-09-2018	DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO:	18-09-2018
NOME COMPLETO DA VITIMA:			
ANTONIO EUGENIO DE VASCONCELOS			
LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE:			
Dor e edema em punho direito			
Raiox apresenta fratura de punho direito			
DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS:			
1º PACIENTE COM DOR na REGIÃO DO PUNHO D			
2º FOI REALIZADO FISIOTERAPIA MOTORA E ACUPUNTURA			
3º TRATAMENTO COM APARELHO CESSADO APÓS PALMAR			
ALTA MÉDICA?	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	ALTA MÉDICA OBJETIVA
EXISTE ALGUM DEFEITO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? :	<input type="checkbox"/> SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO	
CASO POSITIVO DESCREVER:			
COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE:			
<input type="checkbox"/> A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO			
<input checked="" type="checkbox"/> A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA			

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o segmento ou órgão atingido)

SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO

1º DIFICULDADE DO MOVIMENTO DE FLEXÃO, EXTENSÃO, SUPINAÇÃO E PRONAÇÃO

2º APÓS OS TRATAMENTOS CITADOS NÃO OBTIVE MELHORIA COM COMPROMETIMENTO NOS MOVIMENTOS EM 50%.

AFIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VITIMA NO PERÍODO DE _____ A _____

E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS

 Medico
 CRM-PE 24.649

LOCAL BERNARDINO

DATA 17-09-2018

ASSINATURA E CARIMBO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO ZAVARES BULL

09117

Antonio Eustáquio de Vasconcelos

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 5636500 DATA DE EXPEDIÇÃO 21.05.1996

NOME
ANTONIO EVERALDO DE VASCONCELOS

FILIAÇÃO
Raimiro Eustáquio de Vasconcelos
Maria Izaurinete da Silva Vasconcelos

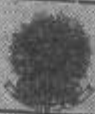
NATURALIDADE Bezerros PE. DATA DE NASCIMENTO 14.11.1977

DOC ORIGEM C.N. nº 14635 L.A. 13 F.205 - Cart de Bezerros PE.

CPF

ASSINATURA DO DIRETOR *Paulo Sérgio*

LEI Nº 11.166 DE 29.08.1977



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome

ANTONIO EVERALDO DE VASCONCELOS

Nº de inscrição

037518254-36

Data do Nascimento

14/11/77



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO TAVARES BURIL

09R17

Edvânia da Silva Santos
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 6389203 DATA DE EXPEDIÇÃO 23.02.2000

NOME
EDVÂNIA DA SILVA SANTOS

PAI
Edvaldo Nicacio dos Santos
MÃE
Maria das Graças da Silva

NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO
Bezerros PE. 18.06.1984

DCC ORISEM C.N. 29.388 L.A.27 P.01-Cart
de Bezerros PE.

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI N° 7.118 DE 29/08/83



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas
Número de inscrição

062.474.394-23

Nome

EDVANIA DA SILVA SANTOS

Nascimento

18/06/1984







MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome

ANTONIO EVERALDO DE VASCONCELOS

Nº de inscrição

037518254-36

Data do Nascimento

14/11/77



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO TAVARES BURIL

09R17

Edvânia da Silva Santos
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 6389203 DATA DE EXPEDIÇÃO 23.02.2000

NOME
EDVÂNIA DA SILVA SANTOS

PAI
Edvaldo Nicacio dos Santos
MÃE
Maria das Graças da Silva

NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO
Bezerros PE. 18.06.1984

DOC. ORISEM C.N. 29.388 L.A.27 P.01-Cart
de Bezerros PE.

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI N° 7.118 DE 29/08/83



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas
Número de inscrição

062.474.394-23

Nome

EDVANIA DA SILVA SANTOS

Nascimento

18/06/1984



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN

DETRAN - PE Nº 013727544669
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: 1 CDD: RENAVAM: 126606439 R.N.T.R.C.: ***** EXERCÍCIO: 2018

NOME: CLAUDIO MARCIO DOS SANTOS

CARUARU-PE 0

CPF / CNPJ: 046.343.874-41 PLACA: KLM4772

PLACA ANT / UF: ***** / PE CHASSI: 9C2KC15109R021005

ESPÉCIE TIPO: PAS / MOTOCICLETA COMBUSTÍVEL: GASOLINA

MARCA / MODELO: HONDA / CG 150 TITAN K3 ANO FAB.: 2009 ANO MOD.: 2009

CAP / POT / CIL: 2P / 149CL CATEGORIA: PARTIC COR. PREDOMINANTE: VERMELHA

COTA ÚNICA: IPVA 2018 QUITADO VENC. COTA ÚNICA: 1ª *****
FACA LRYA: 1 PARCELAMENTO / COTAS: 2ª *****
3ª *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$): SEGURO PAGO IOF (R\$): PRÊMIO TOTAL (R\$): DATA DE PAGAMENTO:

OBSERVAÇÕES:
SEM RESERVA
DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATÓRIO
NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA

CARUARU LOCAL: DATA: 26/03/15

Charles Andrews Sousa Ribeiro
Diretor Presidente DETRAN

CONTRAN

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN

DETRAN - PE Nº 013727544669
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: 1 Cód. RENAVAM: 126606439 R.N.T.R.C.: ***** EXERCÍCIO: 2018

NOME: CLAUDIO MARCIO DOS SANTOS

CARUARU-PE 0

CPF / CNPJ: 046.343.874-41 PLACA: KLM4772

PLACA ANT / UF: ***** / PE CHASSI: 9C2KC15109R021005

ESPÉCIE TIPO: PAS / MOTOCICLETA COMBUSTÍVEL: GASOLINA

MARCA / MODELO: HONDA / CG 150 TITAN K3 ANO FAB.: 2009 ANO MOD.: 2009

CAP / POT / CIL: 2P / 149CL CATEGORIA: PARTIC COR. PREDOMINANTE: VERMELHA

COTA ÚNICA: IPVA 2018 QUITADO VENC. COTA ÚNICA: 1ª *****
FACA LÍVIA: 1 PARCELAMENTO / COTAS: 2ª *****
3ª *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$): SEGURO PAGO IOF (R\$): PRÊMIO TOTAL (R\$): DATA DE PAGAMENTO:

OBSERVAÇÕES:
SEM RESERVA
DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATÓRIO
NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA

CARUARU LOCAL: DATA: 26/03/18

Charles Andrews Sousa Ribeiro
Diretor Presidente DETRAN

CONTRAN



FÍSIO&RAD
DIAGNÓSTICOS

RECEITUÁRIO

Pl
Pct

Antonio Ernaldo de Vasconcelos

Realizem fisioterapia motora e acupuntura, onde o
mesmo apresenta dor e limitação de ADM em punho D.
fazendo com que impossibilite de realizar atividades de
vida funcional, solicita avaliação com médico ponto.

16-04-2019

219975-F
Fisioterapia Geral
Wellington Lopes

Dr. Wellington Lopes
Fisioterapia Geral
219975-F

Rua do Rosário, nº 149 Centro, Bezerros PE
81 991783098/ 81 4105-1202
CNPJ: 29.122.614/0001-28
Email: fisioeraddiagnósticos@hotmail.com



Prefeitura Municipal de Bezerros
Secretaria Municipal de Saúde
Unidade Mista São José



FICHA DE ATENDIMENTO **CARTÃO DO SUS:** SUS 2096036 81066674

DATA: 18.09.2018 HORA: 07:45 REGISTRO: 553987
NOME: Antônio Everaldo de Vasconcelos TELEFONE:
NOME DA MÃE: Maria Taurina de Silva IDADE: 40
DATA DE NASCIMENTO: 18.09.1978 ACOMPANHANTE: Vasconcelos
END.: Rua Aquino, 137 BAIRRO: São José N.º 001A
CIDADE: Bezerros SINAIS VITAIS
PA: 100x60 mmHg HGT: - mg/dL T: - °C PESO: 65 kg
Téc. Enfermagem/COREN

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/ ADULTO

I - Sinais de Emergência Imediata

CLASSIFICAR COMO VERMELHO

1. O Apnéia O Cianose O Estridor O FC < 50 ou > 140 bpm O FR < 10 ou > 32 lpm
2. O Extremidades frias O Enchimento capilar letificado O Pulso fraco ou ausente O PCR O Sudorese
3. O PAS < 80 ou > 200 mmHg O PAD < 40 ou > 130 mmHg HGT < 40 ou > 41 mg/dl O Convulsão no momento
4. O Politraumatismo/Glasgow < 12 O Letargia O Queimaduras em mais de 25% do corpo/áreas críticas ou problemas respiratórios
5. O Intoxicação exógena O PAF O PAB O Sangramento intenso
6. O Broncoaspiração O Anafilaxia associada à insuficiência respiratória

II - Sinais de urgência - Atendimento preferencial sobre os pacientes classificados como VERDE, no consultório ou leito da sala de observação

CLASSIFICAR COMO AMARELO

1. O Politraumatizado com Glasgow entre 13 e 15. O TCE leve O PAS < 90 ou > 180 mmHg O PAD < 50 ou > 110 mmHg sem sintomas
2. O Febre > 39°C O Febre com imunodepressão O Histórico de convulsão nas últimas 24 horas O Impossibilidade de deambulação
3. O Tumor pastoso O Mucosas ressecadas O Vômitos no momento
4. O Queimaduras de 1ª e 3ª áreas não críticas SCQ < 10% O Víctima de abuso sexual ocorrido há até 72 horas
5. O Fraturas anguladas e luxações com comprometimento neuro vascular ou dor intensa
6. O Dor Abdominal intensa O Dor Torácica intensa O Melena O Hematemese O Enterorragia O Epistaxe
7. O Acidente perfuro-cortante com material biológico O Crise asmática

III - Sem risco de morte - somente será atendida após todos os pacientes classificados como vermelho e amarelo

CLASSIFICAR COMO VERDE

1. O Febre sem outros sinais clínicos < 39°C O Retorno em período < 24 horas por ausência de melhora
2. O Lombalgia intensa O Entorse, suspeita de fraturas, luxações
3. O Dor abdominal sem alterações de sinais vitais O Dor de garganta com história de febre e com placas sem toxemia
4. O Vômitos, diarreia sem sinais de desidratação O Enxaqueca O Dor de ouvido moderada a grave
5. O História de convulsão sem alteração do nível de consciência O Abscessos O Intercorrências ortopédicas

IV - Quadro crônico sem agudização ou caso social (deverá ser encaminhado para atendimento em Unidade Básica de Saúde ou atendimento pelo Serviço Social)

CLASSIFICAR COMO AZUL

1. O Queixas crônicas sem alterações agudas O Tosse, coriza, dor de garganta, obstrução nasal O Coriza crônica ou recorrente
2. O Queimaduras de 1º grau em áreas não críticas e há mais de 12 horas
3. O Troca de curativos ou retiradas de pontos
4. O Administração de medicamento O Mostra exames laboratoriais ou raios X. Não urgentes.
5. O Solicitação de atestado de saúde ou ocupacional O Solicitação de exames e receitas não urgentes
6. O Constipação intestinal sem outros sintomas O Troca ou retirada de sonda

CLASSIFICAÇÃO

- ☐ Vermelho
☐ Amarelo
☒ Verde
☐ Azul

ENCAMINHADO:

ORIENTAÇÕES:

Alergias: () NÃO () SIM, a

Assinatura da enfermeira e carimbo

Assinatura da Assistente Social e carimbo

Antonio Ferealdo de Vasconcelos

FICHA DE ATENDIMENTO

Alergias: () NÃO () SIM, à

REGISTRO:

883987

Queixas:

dor após trauma no punho direito

Exame físico:

do à mobilização do punho direito
sem outras alterações

H.D.:

Fração de punho D - Acidente de Trabalho

CONDUTA/ REAVALIAÇÃO/ CONDUTA MEDICAÇÃO

Conduta:

① fisioterapia > T17
② medicação

X feito 08:31

X feito 08:31

Amanda Cruz
CRM-PE 26958

Isabela Kelly dos Santos
Téc. de Enfermagem
COPEN OC 158.644

Imobilização de MSD (punho).

Amanda Cruz
CRM-PE 26958

TIPO DE CONSULTA	MOTIVO DA ALTA	ÓBITO	ATESTADO
<input checked="" type="checkbox"/> Consulta simples	<input checked="" type="checkbox"/> Melhora	Data: ____/____/____	SIM ()
<input type="checkbox"/> Consulta e/ Observação	<input type="checkbox"/> Solicitação	Hora: ____:____:____	NÃO ()
<input type="checkbox"/> Indicação (Internamento)	<input type="checkbox"/> Transferência		DIAS: ____
	<input type="checkbox"/> Indisciplina		
	<input type="checkbox"/> Óbito		

Data: ____/____/____

Hora: ____:____:____

Amanda Cruz
CRM-PE 26958

Médico - CREMEPE
(Carimbo)



FÍSIO&RAD
DIAGNÓSTICOS

RECEITUÁRIO

Pl
Pct

Antonio Ernaldo de Vasconcelos

Realizem fisioterapia motora e acupuntura, onde o
mesmo apresenta dor e limitação de ADM em punho D.
fazendo com que impossibilite de realizar atividades de
vida funcional, solicita avaliação com médico ponto.

16-04-2019

219975-F
Fisioterapia Geral
Wellington Lopes

Dr. Wellington Lopes
Fisioterapia Geral
219975-F

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190378839 **Cidade:** Bezerros **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO EVERALDO DE VASCONCELOS **Data do acidente:** 18/09/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE PUNHO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: P.1(RELATÓRIO) SINISTRO ANTERIOR (3180594608) COM MESMA DATA DE ACIDENTE DE SINISTRO ATUAL: SEM SEQUELA PELA AMD (13/05/2019). / 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 dos punhos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

OUTORGANTE: Antonio Everaldo de Vasconcelos
brasileiro (a), estado civil casado, profissão me recuso, residente e
domiciliado à Rua R. Dom Pedro II

Nº 101, Bairro Centro, Município de Bezenos
estado de PE, CEP 55660-000 portador (a) do RG Nº
5636500 SSP/ SSP e CPF Nº 037.518.254-36

OUTORGADO: Edvânia da Silva Santos
brasileiro (a), estado civil casada, profissão me recuso, residente e
domiciliado à Rua R. Dom Pedro II

Nº 101, Bairro Centro, Município de Bezenos
estado de PE, CEP 55660-000 portador (a) do RG Nº
6589204 SSP/ SDS e CPF Nº 062.444.394-23

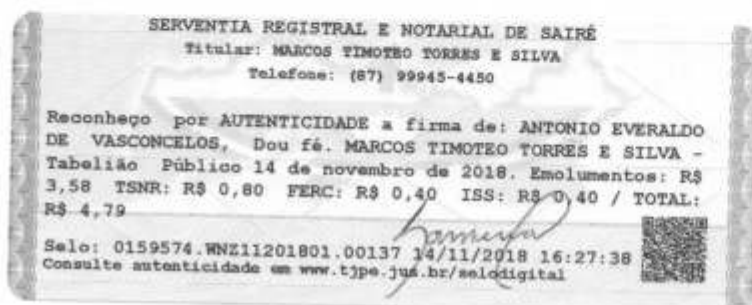
Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o (a)
seu bastante procurador (a), para o fim especial de requerer junto a qualquer seguradora
do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de
trânsito o(a) Sr(a)

Antonio Everaldo de Vasconcelos
ocorrido em 18/09/18 conforme registrado pelo BO anexo ao
processo. Podendo dito (a) procurador (a), representar o (a) outorgante como se o(a)
próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar declarações de endereço,
assinar autorização de pagamento/ crédito de indenização de Sinistro DPVAT, para o
pagamento de quitação da indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar
todos os papeis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos
necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

Sairé-PE, 14 de Novembro 2018

Antonio Everaldo de Vasconcelos

OUTORGANTE



OUTORGANTE: Antonio Everaldo de Vasconcelos
brasileiro (a), estado civil casado, profissão me recuso, residente e
domiciliado à Rua R. Dom Pedro II

Nº 101, Bairro Centro, Município de Bezenos
estado de PE, CEP 55660-000 portador (a) do RG Nº
5636500 SSP/ SSP e CPF Nº 037.518.254-36

OUTORGADO: Edvânia da Silva Santos
brasileiro (a), estado civil casada, profissão me recuso, residente e
domiciliado à Rua R. Dom Pedro II

Nº 101, Bairro Centro, Município de Bezenos
estado de PE, CEP 55660-000 portador (a) do RG Nº
6589204 SSP/ SDS e CPF Nº 062.444.394-23

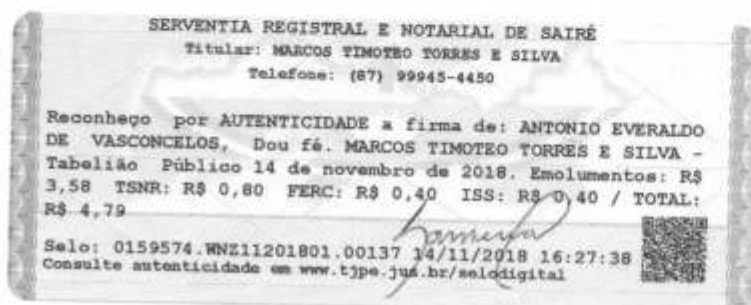
Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o (a)
seu bastante procurador (a), para o fim especial de requerer junto a qualquer seguradora
do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de
trânsito o(a) Sr(a)

Antonio Everaldo de Vasconcelos
ocorrido em 18/09/18 conforme registrado pelo BO anexo ao
processo. Podendo dito (a) procurador (a), representar o (a) outorgante como se o(a)
próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar declarações de endereço,
assinar autorização de pagamento/ crédito de indenização de Sinistro DPVAT, para o
pagamento de quitação da indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar
todos os papeis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos
necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

Sairé-PE, 14 de Novembro 2018

Antonio Everaldo de Vasconcelos

OUTORGANTE



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0455961/18

Número do Sinistro: 3180594608

Vítima: ANTONIO EVERALDO DE VASCONCELOS

CPF: 037.518.254-36

CPF de: Próprio

Data do acidente: 18/09/2018

Titular do CPF: ANTONIO EVERALDO DE VASCONCELOS

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 09/05/2019
Nome: EDVANIA DA SILVA SANTOS
CPF: 062.474.394-23

EDVANIA DA SILVA SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/05/2019
Nome: VALDEIDES FRANCISCO DE PAULA JUNIOR
CPF: 024.548.534-18

VALDEIDES FRANCISCO DE PAULA JUNIOR

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0455961/18

Vítima: ANTONIO EVERALDO DE VASCONCELOS

CPF: 037.518.254-36

CPF de: Próprio

Data do acidente: 18/09/2018

Titular do CPF: ANTONIO EVERALDO DE VASCONCELOS

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

EDVANIA DA SILVA SANTOS : 062.474.394-23

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

ANTONIO EVERALDO DE VASCONCELOS : 037.518.254-36

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 18/12/2018
Nome: EDVANIA DA SILVA SANTOS
CPF: 062.474.394-23

EDVANIA DA SILVA SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/12/2018
Nome: VALDEIDES FRANCISCO DE PAULA JUNIOR
CPF: 024.548.534-18

VALDEIDES FRANCISCO DE PAULA JUNIOR

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0455961/18

Número do Sinistro: 3180594608

Vítima: ANTONIO EVERALDO DE VASCONCELOS

CPF: 037.518.254-36

CPF de: Próprio

Data do acidente: 18/09/2018

Titular do CPF: ANTONIO EVERALDO DE VASCONCELOS

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

EDVANIA DA SILVA SANTOS : 062.474.394-23

Comprovante de residência

ANTONIO EVERALDO DE VASCONCELOS : 037.518.254-36

Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 19/12/2018
Nome: EDVANIA DA SILVA SANTOS
CPF: 062.474.394-23

EDVANIA DA SILVA SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/12/2018
Nome: VALDEIDES FRANCISCO DE PAULA JUNIOR
CPF: 024.548.534-18

VALDEIDES FRANCISCO DE PAULA JUNIOR

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0455961/18

Vítima: ANTONIO EVERALDO DE VASCONCELOS

CPF: 037.518.254-36

CPF de: Próprio

Data do acidente: 18/09/2018

Titular do CPF: ANTONIO EVERALDO DE VASCONCELOS

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

EDVANIA DA SILVA SANTOS : 062.474.394-23

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

ANTONIO EVERALDO DE VASCONCELOS : 037.518.254-36

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 18/12/2018
Nome: EDVANIA DA SILVA SANTOS
CPF: 062.474.394-23

EDVANIA DA SILVA SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/12/2018
Nome: VALDEIDES FRANCISCO DE PAULA JUNIOR
CPF: 024.548.534-18

VALDEIDES FRANCISCO DE PAULA JUNIOR

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0201195/19

Vítima: ANTONIO EVERALDO DE VASCONCELOS

CPF: 037.518.254-36

CPF de: Próprio

Data do acidente: 18/09/2018

Titular do CPF: ANTONIO EVERALDO DE VASCONCELOS

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

EDVANIA DA SILVA SANTOS : 062.474.394-23

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

ANTONIO EVERALDO DE VASCONCELOS : 037.518.254-36

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 13/06/2019
Nome: EDVANIA DA SILVA SANTOS
CPF: 062.474.394-23

EDVANIA DA SILVA SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/06/2019
Nome: VALDEIDES FRANCISCO DE PAULA JUNIOR
CPF: 024.548.534-18

VALDEIDES FRANCISCO DE PAULA JUNIOR

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0201195/19

Número do Sinistro: 3190378839

Vítima: ANTONIO EVERALDO DE VASCONCELOS

CPF: 037.518.254-36

CPF de: Próprio

Data do acidente: 18/09/2018

Titular do CPF: ANTONIO EVERALDO DE VASCONCELOS

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

EDVANIA DA SILVA SANTOS : 062.474.394-23

Comprovante de residência

ANTONIO EVERALDO DE VASCONCELOS : 037.518.254-36

Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 17/06/2019
Nome: EDVANIA DA SILVA SANTOS
CPF: 062.474.394-23

EDVANIA DA SILVA SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/06/2019
Nome: VALDEIDES FRANCISCO DE PAULA JUNIOR
CPF: 024.548.534-18

VALDEIDES FRANCISCO DE PAULA JUNIOR

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0455961/18

Número do Sinistro: 3180594608

Vítima: ANTONIO EVERALDO DE VASCONCELOS

CPF: 037.518.254-36

CPF de: Próprio

Data do acidente: 18/09/2018

Titular do CPF: ANTONIO EVERALDO DE VASCONCELOS

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 18/04/2019
Nome: EDVANIA DA SILVA SANTOS
CPF: 062.474.394-23

EDVANIA DA SILVA SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/04/2019
Nome: VALDEIDES FRANCISCO DE PAULA JUNIOR
CPF: 024.548.534-18

VALDEIDES FRANCISCO DE PAULA JUNIOR

Rio de Janeiro, 14 de Junho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190378839

Vítima: ANTONIO EVERALDO DE VASCONCELOS

Data do Acidente: 18/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDVANIA DA SILVA SANTOS

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ANTONIO EVERALDO DE VASCONCELOS

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Comprovante de residência incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 14 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190378839

Vítima: ANTONIO EVERALDO DE VASCONCELOS

Data do Acidente: 18/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDVANIA DA SILVA SANTOS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANTONIO EVERALDO DE VASCONCELOS

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. 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, 25 de Junho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190378839 **Vítima: ANTONIO EVERALDO DE VASCONCELOS**

Data do Acidente: 18/09/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: EDVANIA DA SILVA SANTOS

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

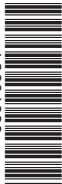
Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você

Pag. 00107/00108 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 14484256

Rio de Janeiro, 11 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190378839

Vítima: ANTONIO EVERALDO DE VASCONCELOS

Data do Acidente: 18/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDVANIA DA SILVA SANTOS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANTONIO EVERALDO DE VASCONCELOS

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 843,75

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

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: ANTONIO EVERALDO DE VASCONCELOS

Valor: R\$ 843,75

Banco: 001

Agência: 000001643-8

Conta: 0000019028-4

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190378839

Nome do(a) Examinado(a): ANTONIO EVERALDO DE VASCONCELOS

Endereço do(a) Examinado(a): RUA DOM PEDRO II, 101 - PE/PE - CEP 55660-000

Identificação - Orgão Emissor/UF/Número : 5636500 - SDS PE

Data e Local do Acidente : 18/09/2018

Data e Local do Exame : 28/06/2019 CLINICA AVANCE - RUA NOSSA SENHORA DE FATIMA, 350 - CARUARU/PE - CEP 55012-600

Resultado da Avaliação Médica

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

Fratura do rádio distal direito.

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

Quadro submetido a tratamento conservador. Realizou fisioterapia da qual recebeu alta há dois meses.

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

Ao exame : Redução da amplitude de movimento do punho direito.

IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada? [X] Sim [] Não

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:

Dano funcional do punho direito.

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 (*).

Vide motivo do impedimento 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

punho direito

% do Dano () 10% residual (X) 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal

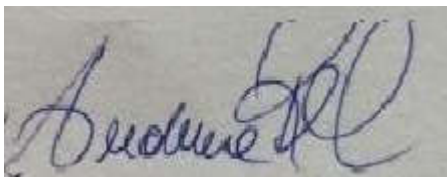
% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal

% 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.

Dano funcional do punho direito. 25%



ANDREA RODRIGUES MADEIRA CRM : 19953 / UF :PE

NECESSARIO ANEXAR COPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	037.518.254-36	Antonio Everaldo de Vasconcelos
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
Antonio Everaldo de Vasconcelos	037.518.254-36	
Profissão:	Endereço:	Número:
nuovo	R. Dom Pecho II	101
Bairro:	Cidade:	Estado:
Centro	Bezenos	PE
E-mail:	CEP:	Tel. (DDD):
	56.36500	(81) 99456-0670

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

RENDA MENSAL:

☒ RECLUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Banco do Brasil

AGÊNCIA: CONTA:

(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 1643 8 CONTA: 19.028 4

(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

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

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

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

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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 nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data: Bezenos 07/12/18

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Antonio Everaldo de Vasconcelos

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Odoana de Silva Santos

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

(*) 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 fidei-júrio do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 097ª CIRCUNSCRIÇÃO - SÃO JOAQUIM DO MONTE
DP97ªCIRC DINTER1/14ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0187000782**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **07/12/2018** às **12:30**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **18/9/2018** às **07:30**

Fato ocorrido no endereço: **RUA ALCIDES DE ANDRADE LIMA, 01** - Bairro: **CENTRO - BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **FUNERARIA SOUZA**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

/// (AUTOR \ AGENTE)
ANTONIO EVERALDO DE VASCONCELOS (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **ANTONIO EVERALDO DE VASCONCELOS**



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

/// - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -

ANTONIO EVERALDO DE VASCONCELOS (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA IZAURINETE DA SILVA VASCONCELOS Pai: RAMIRO EUTAQUIO DE VASCONCELOS Data de Nascimento: 14/11/1977 Naturalidade: BEZERROS / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 5636500/SDS/PE (RG), 03751825436 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Endereço Residencial: MUNICIPIO DE BEZERROS, , RUA DOM PEDRO II - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **ANTONIO EVERALDO DE VASCONCELOS**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125 FAN KS** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KLM4772** (PERNAMBUCO/CARUARU) Renavam: **126606439** Chassi: **9C2KC15109R021005**
Ano Fabricação/Modelo: **2009/2009** Combustível: **GASOLINA**
Descrição: **PROPRIETARIO: CLAUDIO MARCIO DOS SANTOS**

Complemento / Observação

O SENHOR ANTONIO EVERALDO DE VASCONCELOS PASSA A DECLARAR QUE NA DATA, HORARIO E LOCAL ACIMA DESCRITO ELE VITIMA CONDUZIA A MOTOCICLETA EM QUESTÃO, QUANDO OUTRA MOTOCICLETA CONDUZIDA POR ALGUÉM DESCONHECIDO AO LHE ULTRAPASSAR COLIDIU NA LATERAL DE MOTOCICLETA CONDUZIDA PELA VITIMA OCASIÃO QUE ELE VITIMA PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA CAINDO EM SEGUIDA AO CHÃO; SENDO ELE VITIMA SOCORRIDO POR POPULARES, E LEVADO A UNIDADE MISTA SÃO JOSE (HOSPITAL MUNICIPAL) LOCAL ESTE ONDE FORA ATENDIDO CONFORME CONSTA NA FICHA DE Nº 883.987, ASSINADA PELA MÉDICA DRA. AMANDHA CRUZ, CRM - PE 26958, DOCUMENTAÇÃO ESTA APRESENTADA PELA PRÓPRIA VITIMA, NADA MAIS DIGNO DE REGISTRO.

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

Antonio Everaldo de Vasconcelos

ANTONIO EVERALDO DE VASCONCELOS
(VITIMA)

B.O. registrado por: *Cicero Abilio de Almeida* - Matrícula: **1581678**





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 097ª CIRCUNSCRIÇÃO - SÃO JOAQUIM DO MONTE
DP97ªCIRC DINTER1/14ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0187000782**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **07/12/2018** às **12:30**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **18/9/2018** às **07:30**

Fato ocorrido no endereço: **RUA ALCIDES DE ANDRADE LIMA, 01** - Bairro: **CENTRO - BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **FUNERARIA SOUZA**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

/// (AUTOR \ AGENTE)
ANTONIO EVERALDO DE VASCONCELOS (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **ANTONIO EVERALDO DE VASCONCELOS**



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

/// - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -

ANTONIO EVERALDO DE VASCONCELOS (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA IZAURINETE DA SILVA VASCONCELOS Pai: RAMIRO EUTAQUIO DE VASCONCELOS Data de Nascimento: 14/11/1977 Naturalidade: BEZERROS / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 5636500/SDS/PE (RG), 03751825436 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Endereço Residencial: MUNICIPIO DE BEZERROS, , RUA DOM PEDRO II - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **ANTONIO EVERALDO DE VASCONCELOS**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125 FAN KS** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KLM4772** (PERNAMBUCO/CARUARU) Renavam: **126606439** Chassi: **9C2KC15109R021005**
Ano Fabricação/Modelo: **2009/2009** Combustível: **GASOLINA**
Descrição: **PROPRIETARIO: CLAUDIO MARCIO DOS SANTOS**

Complemento / Observação

O SENHOR ANTONIO EVERALDO DE VASCONCELOS PASSA A DECLARAR QUE NA DATA, HORARIO E LOCAL ACIMA DESCRITO ELE VITIMA CONDUZIA A MOTOCICLETA EM QUESTÃO, QUANDO OUTRA MOTOCICLETA CONDUZIDA POR ALGUÉM DESCONHECIDO AO LHE ULTRAPASSAR COLIDIU NA LATERAL DE MOTOCICLETA CONDUZIDA PELA VITIMA OCASIÃO QUE ELE VITIMA PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA CAINDO EM SEGUIDA AO CHÃO; SENDO ELE VITIMA SOCORRIDO POR POPULARES, E LEVADO A UNIDADE MISTA SÃO JOSE (HOSPITAL MUNICIPAL) LOCAL ESTE ONDE FORA ATENDIDO CONFORME CONSTA NA FICHA DE Nº 883.987, ASSINADA PELA MÉDICA DRA. AMANDHA CRUZ, CRM - PE 26958, DOCUMENTAÇÃO ESTA APRESENTADA PELA PRÓPRIA VITIMA, NADA MAIS DIGNO DE REGISTRO.

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

Antonio Everaldo de Vasconcelos

ANTONIO EVERALDO DE VASCONCELOS
(VITIMA)

B.O. registrado por: *Cicero Abilio de Almeida* - Matrícula: **1581678**



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: 037.518.254-36 Nome completo da vítima: Antonio Everaldo de Vasconcelos

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

Nome completo: Antonio Everaldo de Vasconcelos CPF: 037.518.254-36

Profissão: nuovo Endereço: R. Dom Pedro II Número: 101 Complemento: _____

Bairro: Ponto Cidade: Bezenos Estado: PE CEP: 5636500

E-mail: _____ Tel.(DDD): (81) 99456-0670

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

RENDA MENSAL:

☒ RECLUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

- ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
- ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Banco do Brasil

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 1643 8 CONTA: 19.028 4

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu sou titular, 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 Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

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

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

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

Local e Data: Bezenos 07/12/18

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Antonio Everaldo de Vasconcelos

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Odiana de Silva Santos

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) 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.



Prefeitura Municipal de Bezerros
Secretaria Municipal de Saúde
Unidade Mista São José



FICHA DE ATENDIMENTO *SUS 3096036 81066674*

DATA: 18.04.2018 **CARTÃO DO SUS:** **HORA:** 07:45 **REGISTRO:** 553987 **TELEFONE:**

NOME: Antônio Everaldo de Vasconcelos **IDADE:** 40

NOME DA MÃE: Maria Taurina de Silva **ACOMPANHANTE:** Vasconcelos

DATA DE NASCIMENTO: 18.11.77 **BAIRRO:** São José

END: Rua Aguiar **CIDADE:** Bezerros **SINAIS VITAIS** **N.º 0014**

PA: 100x60 mmHg **HGT:** - mg/dL **T:** - °C **PESO:** 65 kg **Téc. Enfermagem/COREN**

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/ ADULTO

I - Sinais de Emergência Imediata

CLASSIFICAR COMO VERMELHO

1. ☐ O Apnéia ☐ O Cianose ☐ O Estridor ☐ O FC < 50 ou > 140 bpm ☐ O FR < 10 ou > 32 lpm
2. ☐ O Extremidades frias ☐ O Enchimento capilar letificado ☐ O Pulso fraco ou ausente ☐ O PCR ☐ O Sudorese
3. ☐ O PAS < 80 ou > 200 mmHg ☐ O PAD < 40 ou > 130 mmHg ☐ HGT < 40 ou > 41 mg/dl ☐ O Convulsão no momento
4. ☐ O Politraumatismo/Glasgow < 12 ☐ O Letargia ☐ O Queimaduras em mais de 25% do corpo/áreas críticas ou problemas respiratórios
5. ☐ O Intoxicação exógena ☐ O PAF ☐ O PAB ☐ O Sangramento intenso
6. ☐ O Broncoaspiração ☐ O Anafilaxia associada à insuficiência respiratória

II - Sinais de urgência - Atendimento preferencial sobre os pacientes classificados como VERDE, no consultório ou leito da sala de observação

CLASSIFICAR COMO AMARELO

1. ☐ O Politraumatizado com Glasgow entre 13 e 15 ☐ O TCE leve ☐ O PAS < 90 ou > 180 mmHg ☐ O PAD < 50 ou > 110 mmHg sem sintomas
2. ☐ O Febre > 39°C ☐ O Febre com imunodepressão ☐ O Histórico de convulsão nas últimas 24 horas ☐ O Impossibilidade de deambulação
3. ☐ O Tumor pastoso ☐ O Mucosas ressecadas ☐ O Vômitos no momento
4. ☐ O Queimaduras de 1° e 3° áreas não críticas SCQ < 10% ☐ O Víctima de abuso sexual ocorrido há até 72 horas
5. ☐ O Fraturas anguladas e luxações com comprometimento neuro vascular ou dor intensa
6. ☐ O Dor Abdominal intensa ☐ O Dor Torácica intensa ☐ O Melena ☐ O Hematêmese ☐ O Enterorragia ☐ O Epistaxe
7. ☐ O Acidente perfuro-cortante com material biológico ☐ O Crise asmática

III - Sem risco de morte - somente será atendida após todos os pacientes classificados como vermelho e amarelo

CLASSIFICAR COMO VERDE

1. ☐ O Febre sem outros sinais clínicos < 39°C ☐ O Retorno em período < 24 horas por ausência de melhora
2. ☐ O Lombalgia intensa ☐ O Entorse, suspeita de fraturas, luxações
3. ☐ O Dor abdominal sem alterações de sinais vitais ☐ O Dor de garganta com história de febre e com placas sem toxemia
4. ☐ O Vômitos, diarreia sem sinais de desidratação ☐ O Enxaqueca ☐ O Dor de ouvido moderada a grave
5. ☐ O História de convulsão sem alteração do nível de consciência ☐ O Abscessos ☐ O Intercorrências ortopédicas

IV - Quadro crônico sem agudização ou caso social (deverá ser encaminhado para atendimento em Unidade Básica de Saúde ou atendimento pelo Serviço Social)

CLASSIFICAR COMO AZUL

1. ☐ O Queixas crônicas sem alterações agudas ☐ O Tosse, coriza, dor de garganta, obstrução nasal ☐ O Coriza crônica ou recorrente
2. ☐ O Queimaduras de 1° grau em áreas não críticas e há mais de 12 horas
3. ☐ O Troca de curativos ou retiradas de pontos
4. ☐ O Administração de medicamento ☐ O Mostra exames laboratoriais ou raios X. Não urgentes.
5. ☐ O Solicitação de atestado de saúde ou ocupacional ☐ O Solicitação de exames e receitas não urgentes
6. ☐ O Constipação intestinal sem outros sintomas ☐ O Troca ou retirada de sonda

CLASSIFICAÇÃO

- ☐ Vermelho
☐ Amarelo
☒ Verde
☐ Azul

ENCAMINHADO:

ORIENTAÇÕES:

Alergias: () NÃO () SIM, a

Assinatura da enfermeira e carimbo

Assinatura da Assistente Social e carimbo

Antonio Ferealdo de Vasconcelos

FICHA DE ATENDIMENTO

Alergias: () NÃO () SIM, à

REGISTRO:

883987

Queixas:

dor após trauma no punho direito

Exame físico:

do à mobilização do punho direito
sem outras alterações

H.D.:

Fratura de punho.D - Acidente de Trabalho

CONDUTA/ REAVALIAÇÃO/ CONDUTA MEDICAÇÃO

Conduta:

① fisioterapia > T.T.
② medicação

X feito 08:31

X feito 08:31

Amanda Cruz
CRM-PE 26958

Isabela Kelly dos Santos
T.M. do Trabalho
COPEN OC 158.644

Imobilização de MSD (punho).

Amanda Cruz
CRM-PE 26958

TIPO DE CONSULTA	MOTIVO DA ALTA	ÓBITO	ATESTADO
<input checked="" type="checkbox"/> Consulta simples	<input checked="" type="checkbox"/> Melhora	Data: ____/____/____	SIM ()
<input type="checkbox"/> Consulta e/ Observação	<input type="checkbox"/> Solicitação	Hora: ____:____	NÃO ()
<input type="checkbox"/> Indicação (Internamento)	<input type="checkbox"/> Transferência		DIAS: ____
	<input type="checkbox"/> Indisciplina		
	<input type="checkbox"/> Óbito		

Data: ____/____/____

Hora: ____:____

Amanda Cruz
CRM-PE 26958

Médico - CREMEPE
(Carimbo)

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 04/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIO EVERALDO DE VASCONCELOS

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01643-8

CONTA: 000000019028-4

Nr. da Autenticação 3AAEB245D190FB66

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE MARIA JOSE PEREIRA DE LIMA CPF: 367.007.704-91	DATA DE VENCIMENTO 08/01/2018 TOTAL A PAGAR (R\$) 0,00	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 29/12/2017 DATA DA APRESENTAÇÃO 29/12/2017 NÚMERO DA NOTA FISCAL 003651513	CONTA CONTRATO 007007411884 Nº DO CLIENTE 2000419342 Nº DA INSTALAÇÃO 0005179876
	ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA DOM PEDRO II 101 CENTRO/BEZERROS 55660-000 BEZERROS PE		
CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásico			
RESERVADO AO FISCO 4795.5DE5.6A45.3701.B35B.A536.F061.B8B9			

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	136,00	0,68681727	93,40
Acrescimo Bandeira VERMELHA			5,96
Contrib. Ilum. Pública Municipal			5,89
Multa por atraso-NF 003638330 - 30/10/17			1,36
Juros por atraso-NF 003638330 - 30/10/17			0,63
Atualização IGPM-NF 003638330 - 30/10/17			0,33
TOTAL DA FATURA			107,57

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS								
ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
99,36	25,00	24,84	99,36	0,90	0,89	99,36	4,16	4,13

EM ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE.		
Vencido	Dt Reav	Valor
06/12/17	29/12/17	96,66

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo(kWh)	0,48036000		kWh
		DEZ 17	136
		NOV 17	115
		OUT 17	91
		SET 17	87
		AGO 17	74
		JUL 17	59
		JUN 17	105
		MAI 17	122
		ABR 17	128
		MAR 17	152
		FEV 17	116
		JAN 17	96
		DEZ 16	109

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO		
	R\$	%
Geração de Energia	29,57	29,76
Transmissão	2,69	2,71
Distribuição (Celpe)	22,21	22,35
Encargos Setoriais	8,37	8,42
Tributos	29,85	30,05
Perdas de Energia	6,67	6,71
TOTAL	99,36	100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL								
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh	
00000000091184346	CAT	29/11/2017 7.343,00	29/12/2017 7.479,00	30	1,00000	0,00	136,00	

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 29/01/2018

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
out/2017					
DIC-No.de horas sem Energia	BEZERROS	0,00	5,79	11,58	23,16
FIC-No.de vezes sem Energia		0,00	3,36	6,72	13,45
DMIC-Duração máxima de interrupção continua		0,00	3,37	0,00	0,00
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico				Limite DICRI: 12,22	
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 33,68					
Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES Pague no ponto mais perto de você! ag correios biritinga: rua martins junior centro / dioni atelle: av prf amaral 80 sao sebastiaoLista completa em www.celpe.com.br . Na data da leitura a bandeira em vigor é a Vermelha. Mais informações em www.aneel.gov.br . O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento. Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês. O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial. Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.	NÍVEIS DE TENSÃO	
	TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)
	MÍNIMO	MÁXIMO
	220	202 231
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA		

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
007007411884	12/2017	0,00	08/01/2018	

FATURA PAGA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Evite dobrar, perfurar ou rasurar.
Este canhoto será usado em leitora ótica.

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE MARIA JOSE PEREIRA DE LIMA CPF: 367.007.704-91	DATA DE VENCIMENTO 08/01/2018 TOTAL A PAGAR (R\$) 0,00	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 29/12/2017 DATA DA APRESENTAÇÃO 29/12/2017 NÚMERO DA NOTA FISCAL 003651513	CONTA CONTRATO 007007411884 Nº DO CLIENTE 2000419342 Nº DA INSTALAÇÃO 0005179876
	ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA DOM PEDRO II 101 CENTRO/BEZERROS 55660-000 BEZERROS PE		
CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásico			
RESERVADO AO FISCO 4795.5DE5.6A45.3701.B35B.A536.F061.B8B9			

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	136,00	0,68681727	93,40
Acrescimo Bandeira VERMELHA			5,96
Contrib. Ilum. Pública Municipal			5,89
Multa por atraso-NF 003638330 - 30/10/17			1,36
Juros por atraso-NF 003638330 - 30/10/17			0,63
Atualização IGPM-NF 003638330 - 30/10/17			0,33
TOTAL DA FATURA			107,57

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS								
ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
99,36	25,00	24,84	99,36	0,90	0,89	99,36	4,16	4,13

EM ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE.		
Vencido	Dt Reav	Valor
06/12/17	29/12/17	96,66

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo(kWh)	0,48036000		kWh
		DEZ 17	136
		NOV 17	115
		OUT 17	91
		SET 17	87
		AGO 17	74
		JUL 17	59
		JUN 17	105
		MAI 17	122
		ABR 17	128
		MAR 17	152
		FEV 17	116
		JAN 17	96
		DEZ 16	109

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO		
	R\$	%
Geração de Energia	29,57	29,76
Transmissão	2,69	2,71
Distribuição (Celpe)	22,21	22,35
Encargos Setoriais	8,37	8,42
Tributos	29,85	30,05
Perdas de Energia	6,67	6,71
TOTAL	99,36	100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL								
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh	
00000000091184346	CAT	29/11/2017 7.343,00	29/12/2017 7.479,00	30	1,00000	0,00	136,00	

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 29/01/2018

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPTÕES					
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
out/2017					
DIC-No.de horas sem Energia	BEZERROS	0,00	5,79	11,58	23,16
FIC-No.de vezes sem Energia		0,00	3,36	6,72	13,45
DMIC-Duração máxima de interrupção continua		0,00	3,37	0,00	0,00
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico				Limite DICRI: 12,22	
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 33,68					
Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES Pague no ponto mais perto de você! ag correios biritinga: rua martins junior centro / dioni atelle: av prf amaral 80 sao sebastiaoLista completa em www.celpe.com.br . Na data da leitura a bandeira em vigor é a Vermelha. Mais informações em www.aneel.gov.br . O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento. Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês. O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial. Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.	NÍVEIS DE TENSÃO	
	TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)
	MÍNIMO	MÁXIMO
	220	202 231
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA		

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
007007411884	12/2017	0,00	08/01/2018	

FATURA PAGA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Evite dobrar, perfurar ou rasurar.
Este canhoto será usado em leitora ótica.

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE MARIA JOSE PEREIRA DE LIMA CPF: 367.007.704-91	DATA DE VENCIMENTO 14/12/2018 TOTAL A PAGAR (R\$) 0,00	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 07/12/2018 DATA DA APRESENTAÇÃO 07/12/2018 NÚMERO DA NOTA FISCAL 041478887	CONTA CONTRATO 007007411884 Nº DO CLIENTE 2000419342 Nº DA INSTALAÇÃO 0005179876
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA DOM PEDRO II 101 CENTRO/BEZERROS 55660-000 BEZERROS PE	CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásico		
As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br	RESERVADO AO FISCO 65D6.4564.3BFF.E440.9602.C43D.7570.6AFF		

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	129,00	0,73875354	95,29
Acréscimo Bandeira AMARELA			1,40
Contrib. Ilum. Pública Municipal			5,89
ICMS Subvenção-CDE-NF 033924631-04/10/18			0,70
TOTAL DA FATURA			103,28

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS								
ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
96,69	25,00	24,17	96,69	0,79	0,76	96,69	3,61	3,49

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo(kWh)	0,52156000	DEZ 18	129
		NOV 18	142
		OUT 18	117
		SET 18	
		AGO 18	101
		JUL 18	96
		JUN 18	76
		MAI 18	94
		ABR 18	100
		MAR 18	128
		FEV 18	125
		JAN 18	142
		DEZ 17	136

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO			
	R\$	%	
Geração de Energia	30,52	31,57	
Transmissão	4,52	4,67	
Distribuição (Celpe)	21,14	21,86	
Encargos Setoriais	5,44	5,63	
Tributos	28,42	29,39	
Perdas de Energia	6,65	6,88	
TOTAL	96,69	100	

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
000000000091184346	CAT	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
		06/11/2018	8.600,00	07/12/2018	8.729,00	31	1,00000	0,00	129,00
DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 04/01/2019									

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
out/2018					
DIC-No.de horas sem Energia	BEZERROS	0,00	5,79	11,58	23,16
FIC-No.de vezes sem Energia		0,00	3,36	6,72	13,45
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	3,37	0,00	0,00
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico					Limite DICRI: 12,22
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 35,51					
Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES Pague no ponto mais perto de você! ag correios biritinga: rua martins junior centro / dioni atelie: av prf amaral 80 sao sebastiaoLista completa em www.celpe.com.br . Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br . O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento. Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.	NÍVEIS DE TENSÃO <table><tr><th>TENSÃO NOMINAL(V)</th><th colspan="2">LIMITE DE VARIAÇÃO(V)</th></tr><tr><td></td><th>MÍNIMO</th><th>MÁXIMO</th></tr><tr><td>220</td><td>202</td><td>231</td></tr></table> AUTENTICAÇÃO MECÂNICA	TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)			MÍNIMO	MÁXIMO	220	202	231
TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)									
	MÍNIMO	MÁXIMO								
220	202	231								

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO 007007411884	MÊS/ANO 12/2018	TOTAL A PAGAR(R\$) 0,00	VENCIMENTO 14/12/2018	TALÃO DE PAGAMENTO
--------------------------------	--------------------	----------------------------	--------------------------	--------------------

FATURA PAGA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Evite dobrar, perfurar ou rasurar.
Este canhoto será usado em leitora ótica.

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE MARIA JOSE PEREIRA DE LIMA CPF: 367.007.704-91	DATA DE VENCIMENTO 14/12/2018 TOTAL A PAGAR (R\$) 0,00	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 07/12/2018 DATA DA APRESENTAÇÃO 07/12/2018 NÚMERO DA NOTA FISCAL 041478887	CONTA CONTRATO 007007411884 Nº DO CLIENTE 2000419342 Nº DA INSTALAÇÃO 0005179876
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA DOM PEDRO II 101 CENTRO/BEZERROS 55660-000 BEZERROS PE	CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásico		
As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br	RESERVADO AO FISCO 65D6.4564.3BFF.E440.9602.C43D.7570.6AFF		

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	129,00	0,73875354	95,29
Acréscimo Bandeira AMARELA			1,40
Contrib. Ilum. Pública Municipal			5,89
ICMS Subvenção-CDE-NF 033924631-04/10/18			0,70
TOTAL DA FATURA			103,28

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS								
ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
96,69	25,00	24,17	96,69	0,79	0,76	96,69	3,61	3,49

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo(kWh)	0,52156000	DEZ 18	129
		NOV 18	142
		OUT 18	117
		SET 18	
		AGO 18	101
		JUL 18	96
		JUN 18	76
		MAI 18	94
		ABR 18	100
		MAR 18	128
		FEV 18	125
		JAN 18	142
		DEZ 17	136

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO			
	R\$	%	
Geração de Energia	30,52	31,57	
Transmissão	4,52	4,67	
Distribuição (Celpe)	21,14	21,86	
Encargos Setoriais	5,44	5,63	
Tributos	28,42	29,39	
Perdas de Energia	6,65	6,88	
TOTAL	96,69	100	

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
000000000091184346	CAT	06/11/2018	8.600,00	07/12/2018	8.729,00	31	1,00000	0,00	129,00
DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 04/01/2019									

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
out/2018					
DIC-No.de horas sem Energia	BEZERROS	0,00	5,79	11,58	23,16
FIC-No.de vezes sem Energia		0,00	3,36	6,72	13,45
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	3,37	0,00	0,00
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico					Limite DICRI: 12,22
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 35,51					
Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES Pague no ponto mais perto de você! ag correios biritinga: rua martins junior centro / dioni atelie: av prf amaral 80 sao sebastiaoLista completa em www.celpe.com.br . Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br . O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento. Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.	NÍVEIS DE TENSÃO <table><tr><th rowspan="2">TENSÃO NOMINAL(V)</th><th colspan="2">LIMITE DE VARIAÇÃO(V)</th></tr><tr><th>MÍNIMO</th><th>MÁXIMO</th></tr><tr><td>220</td><td>202</td><td>231</td></tr></table> AUTENTICAÇÃO MECÂNICA	TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)		MÍNIMO	MÁXIMO	220	202	231
TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)								
	MÍNIMO	MÁXIMO							
220	202	231							

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO 007007411884	MÊS/ANO 12/2018	TOTAL A PAGAR(R\$) 0,00	VENCIMENTO 14/12/2018	TALÃO DE PAGAMENTO
--------------------------------	--------------------	----------------------------	--------------------------	--------------------

FATURA PAGA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Evite dobrar, perfurar ou rasurar.
Este canhoto será usado em leitora ótica.

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE MARIA JOSE PEREIRA DE LIMA CPF: 367.007.704-91	DATA DE VENCIMENTO 08/01/2018 TOTAL A PAGAR (R\$) 0,00	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 29/12/2017 DATA DA APRESENTAÇÃO 29/12/2017 NÚMERO DA NOTA FISCAL 003651513	CONTA CONTRATO 007007411884 Nº DO CLIENTE 2000419342 Nº DA INSTALAÇÃO 0005179876
	ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA DOM PEDRO II 101 CENTRO/BEZERROS 55660-000 BEZERROS PE		
CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásico			
RESERVADO AO FISCO 4795.5DE5.6A45.3701.B35B.A536.F061.B8B9			

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	136,00	0,68681727	93,40
Acréscimo Bandeira VERMELHA			5,96
Contrib. Ilum. Pública Municipal			5,89
Multa por atraso-NF 003638330 - 30/10/17			1,36
Juros por atraso-NF 003638330 - 30/10/17			0,63
Atualização IGPM-NF 003638330 - 30/10/17			0,33
TOTAL DA FATURA			107,57

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS								
ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
99,36	25,00	24,84	99,36	0,90	0,89	99,36	4,16	4,13

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO		
R\$	%	
Geração de Energia	29,57	29,76
Transmissão	2,69	2,71
Distribuição (Celpe)	22,21	22,35
Encargos Setoriais	8,37	8,42
Tributos	29,85	30,05
Perdas de Energia	6,67	6,71
TOTAL	99,36	100

Tarifas Aplicadas		
Consumo Ativo(kWh)	0,48036000	

HISTÓRICO DO CONSUMO			kWh
DEZ	17		136
NOV	17		115
OUT	17		91
SET	17		87
AGO	17		74
JUL	17		59
JUN	17		105
MAI	17		122
ABR	17		128
MAR	17		152
FEV	17		116
JAN	17		96
DEZ	16		109

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL								
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh	
00000000091184346	CAT	29/11/2017 7.343,00	29/12/2017 7.479,00	30	1,00000	0,00	136,00	

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 29/01/2018

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
out/2017					
DIC-No.de horas sem Energia	BEZERROS	0,00	5,79	11,58	23,16
FIC-No.de vezes sem Energia		0,00	3,36	6,72	13,45
DMIC-Duração máxima de interrupção continua		0,00	3,37	0,00	0,00
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico				Limite DICRI: 12,22	
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 33,68					
Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES Pague no ponto mais perto de você! ag correios biritinga: rua martins junior centro / dioni atelle: av prf amaral 80 sao sebastiaoLista completa em www.celpe.com.br . Na data da leitura a bandeira em vigor é a Vermelha. Mais informações em www.aneel.gov.br . O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento. Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês. O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial. Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.	NÍVEIS DE TENSÃO	
	TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)
	220	202 231
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA		

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
007007411884	12/2017	0,00	08/01/2018	

FATURA PAGA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Evite dobrar, perfurar ou rasurar.
Este canhoto será usado em leitora ótica.

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE MARIA JOSE PEREIRA DE LIMA CPF: 367.007.704-91	DATA DE VENCIMENTO 10/06/2019 TOTAL A PAGAR (R\$) 0,00	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 03/06/2019 DATA DA APRESENTAÇÃO 03/06/2019 NÚMERO DA NOTA FISCAL 064190951	CONTA CONTRATO 007007411884 Nº DO CLIENTE 2000419342 Nº DA INSTALAÇÃO 0005179876
	ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA DOM PEDRO II 101 CENTRO/BEZERROS 55660-000 BEZERROS PE		
CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásico			
RESERVADO AO FISCO 4B00.F41E.0056.8545.F5CE.F192.D6A6.F6A2			
As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br			

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	102,00	0,74193679	75,67
Acréscimo Bandeira AMARELA			1,24
Contrib. Ilum. Pública Municipal			6,29
ICMS Subvenção-CDE-NF 052702095-07/03/19			0,64
ICMS Subvenção-CDE-NF 056599201-03/04/19			0,67
TOTAL DA FATURA			84,51

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS								
ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
76,91	25,00	19,22	76,91	0,17	0,13	76,91	0,79	0,60

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo(kWh)	0,54933000		kWh
		JUN 19	102
		MAI 19	117
		ABR 19	104
		MAR 19	116
		FEV 19	124
		JAN 19	118
		DEZ 18	129
		NOV 18	142
		OUT 18	117
		SET 18	
		AGO 18	101
		JUL 18	96
		JUN 18	76

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO			
	R\$	%	
Geração de Energia	25,76	33,50	
Transmissão	3,00	3,90	
Distribuição (Celpe)	18,19	23,65	
Encargos Setoriais	4,28	5,56	
Tributos	19,95	25,94	
Perdas de Energia	5,73	7,45	
TOTAL	76,91	100	

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
00000000091184346	CAT	03/05/2019	9.308,00	03/06/2019	9.410,00	31	1,00000	0,00	102,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 03/07/2019

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
DIC-No.de horas sem Energia	BEZERROS	0,00	5,79	11,58	23,16
FIC-No.de vezes sem Energia		0,00	3,30	6,60	13,20
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	3,37	0,00	0,00
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico					Limite DICRI: 12,22
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 30,43					
Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.					

NÍVEIS DE TENSÃO	
TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)
	MÍNIMO MÁXIMO
220	202 231
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA	

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO 007007411884	MÊS/ANO 06/2019	TOTAL A PAGAR(R\$) 0,00	VENCIMENTO 10/06/2019	TALÃO DE PAGAMENTO Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.
---------------------------------------	---------------------------	-----------------------------------	---------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------

FATURA PAGA	AUTENTICAÇÃO MECÂNICA
-------------	-----------------------

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE MARIA JOSE PEREIRA DE LIMA CPF: 367.007.704-91	DATA DE VENCIMENTO 10/06/2019 TOTAL A PAGAR (R\$) 0,00	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 03/06/2019 DATA DA APRESENTAÇÃO 03/06/2019 NÚMERO DA NOTA FISCAL 064190951	CONTA CONTRATO 007007411884 Nº DO CLIENTE 2000419342 Nº DA INSTALAÇÃO 0005179876
	ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA DOM PEDRO II 101 CENTRO/BEZERROS 55660-000 BEZERROS PE		
CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásico			
RESERVADO AO FISCO 4B00.F41E.0056.8545.F5CE.F192.D6A6.F6A2			
As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br			

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	102,00	0,74193679	75,67
Acréscimo Bandeira AMARELA			1,24
Contrib. Ilum. Pública Municipal			6,29
ICMS Subvenção-CDE-NF 052702095-07/03/19			0,64
ICMS Subvenção-CDE-NF 056599201-03/04/19			0,67
TOTAL DA FATURA			84,51

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS								
ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
76,91	25,00	19,22	76,91	0,17	0,13	76,91	0,79	0,60

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo(kWh)	0,54933000		kWh
		JUN 19	102
		MAI 19	117
		ABR 19	104
		MAR 19	116
		FEV 19	124
		JAN 19	118
		DEZ 18	129
		NOV 18	142
		OUT 18	117
		SET 18	
		AGO 18	101
		JUL 18	96
		JUN 18	76

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO			
	R\$	%	
Geração de Energia	25,76	33,50	
Transmissão	3,00	3,90	
Distribuição (Celpe)	18,19	23,65	
Encargos Setoriais	4,28	5,56	
Tributos	19,95	25,94	
Perdas de Energia	5,73	7,45	
TOTAL	76,91	100	

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
00000000091184346	CAT	03/05/2019	9.308,00	03/06/2019	9.410,00	31	1,00000	0,00	102,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 03/07/2019

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
DIC-No.de horas sem Energia	BEZERROS	0,00	5,79	11,58	23,16
FIC-No.de vezes sem Energia		0,00	3,30	6,60	13,20
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	3,37	0,00	0,00
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico					Limite DICRI: 12,22
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 30,43					
Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.					

NÍVEIS DE TENSÃO	
TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)
	MÍNIMO MÁXIMO
220	202 231
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA	

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO 007007411884	MÊS/ANO 06/2019	TOTAL A PAGAR(R\$) 0,00	VENCIMENTO 10/06/2019	TALÃO DE PAGAMENTO Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.
---------------------------------------	---------------------------	-----------------------------------	---------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------

FATURA PAGA	AUTENTICAÇÃO MECÂNICA
-------------	-----------------------

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

A Circular SUSEP¹ 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**².

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

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

Pelo exposto, eu Edivânia da Silva Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 062.474.394/23 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Antonio Everaldo de Vasconcelos inscrito (a) no CPF sob o Nº 037.518.254/36 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Antonio Everaldo de Vasconcelos inscrito (a) no CPF sob o Nº 037.518.254/36, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: recuso Renda: recuso e apresento os documentos comprobatórios

☒ Recuso informar

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

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

Endereço <u>R. Dom Pedro II</u>		Número <u>101</u>	Complemento
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Bezinas</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55660-000</u>
E-mail		Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(81) 99456-0670</u>

Bezinas 07 de 12 de 2018
Local e Data

Edivânia da Silva Santos
Assinatura do Declarante

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

A Circular SUSEP¹ 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**².

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

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

Pelo exposto, eu Edivânia da Silva Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 062.474.394/23 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Antonio Everaldo de Vasconcelos inscrito (a) no CPF sob o Nº 037.518.254/36 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Antonio Everaldo de Vasconcelos inscrito (a) no CPF sob o Nº 037.518.254/36, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: recuso Renda: recuso e apresento os documentos comprobatórios

☒ Recuso informar

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

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

Endereço <u>R. Dom Pedro II</u>		Número <u>101</u>	Complemento
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Bezinas</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55660-000</u>
E-mail		Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)
			<u>(81) 99456-0670</u>

Bezinas 07 de 12 de 2018
Local e Data

Edivânia da Silva Santos
Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Claudio Marcio dos Santos
RG nº 7107573, data de expedição 27/05/02,
Órgão SDS, portador do CPF nº 046.343.874-41, com
domicílio na cidade de Bezenos no Estado
de PE, onde resido na(Rua/Avenida/Estrada
3 + V Jose Rufino Bezerra de Lira nº 105,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o
veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na
datado _____ acidente ocorrido com a
vítima Antonio Everaldo de Vasconcelos, cujo o
condutor era Antonio Everaldo de Vasconcelos.

Veículo: Pas / Motocicleta

Modelo: Honda / CG 150 titan K5

Ano: 2009 / 2009

Placa: KLM - 4772

Chassi: 9C2KC15109R021005

Data do Acidente: 18/09/18

Local e Data: Sairé-PE, 14/11/18

Claudio Marcio dos Santos

Assinatura do declarante

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

