



Número: **0050191-51.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 13ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **23/08/2019**

Valor da causa: **R\$ 8.606,25**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

| Partes                                           |                    | Procurador/Terceiro vinculado                               |                |
|--------------------------------------------------|--------------------|-------------------------------------------------------------|----------------|
| ANTONIO EVERALDO DE VASCONCELOS (AUTOR)          |                    | EWERSON VILAR DE LIMA (ADVOGADO)                            |                |
| COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (RÉU)             |                    | RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)                  |                |
| PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO) |                    |                                                             |                |
| Documentos                                       |                    |                                                             |                |
| Id.                                              | Data da Assinatura | Documento                                                   | Tipo           |
| 56423964                                         | 14/01/2020 11:41   | <a href="#">2644532_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_JUR_01</a> | Petição em PDF |



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 13ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo: 00501915120198172001

**CIA EXCELSIOR DE SEGUROS**, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **ANTONIO EVERALDO DE VASCONCELOS**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

#### DO LAUDO PERICIAL

A Lei que regula a indenização pleiteada pela parte Autoral é a Lei n.º 6.194/74, a qual determina que deve existir nexos de causalidade e efeito entre a invalidez e o acidente noticiado.

**Em que pese à parte autora ter juntado aos autos documentos médicos e uma comunicação policial unilateral, não há elementos capazes de comprovar que a lesão apresentada seja em decorrência do acidente de trânsito tendo em vista que o boletim de ocorrência somente foi elaborado somente após 03 meses do suposto acidente e que os documentos médicos apresentados nos autos não são capazes de comprovar a existência de invalidez permanente tendo em vista que os mesmos não atestam qualquer acompanhamento ou tratamento médico.**

Como é de sabença não só é necessário, mas obrigatória, a comprovação do nexo entre a ocorrência do dano e o fato gerador do mesmo.

Portanto, como não há nexo de causalidade entre a invalidez e o suposto acidente noticiado, conforme consta da perícia judicial, confia no alto grau de competência de Vossa Excelência, sendo certo que a presente demanda deverá ser julgada totalmente improcedente, com fundamento no artigo 487, inciso I, da Lei Processual Civil.

Outrossim, ultrapassada a alegação consistente na ausência de nexo causal, cabe ressaltar que a parte autora requereu administrativamente indenização à ré, sendo realizada perícia a qual apurou lesão no punho direito com repercussão leve (25%), efetuando o pagamento no valor de R\$843,75:



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

Número: 3190378839 Cidade: Bezeros 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.  
Sequelae permanentes:  
Sequelae:  
Conduta mantida:  
Quantificação das sequelae:  
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            |

## 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

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/01/2020 11:41:32  
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20011411413276500000055507750  
Número do documento: 20011411413276500000055507750

Num. 56423964 - Pág. 2

Após o deferimento da produção de perícia judicial médica, foi elaborado laudo pericial apurando a mesma lesão antes detectada pela ré em sede administrativa, todavia, agora com repercussão maior.

O ilustre perito afirma que a parte autora possui lesão no punho direito com repercussão intensa (75%).

Ressalta-se a discrepância entre as avaliações médicas. Administrativamente, foi apurada lesão no punho direito com repercussão leve (25%) e no presente laudo judicial a lesão com repercussão intensa (75%), uma diferença gradual de 50%.

Desta forma não é crível que com os avanços da medicina, os tratamentos realizados na parte autora serviram para agravar a doença e não oportunizaram uma melhora ou, no mínimo, a manutenção da lesão apurada na esfera administrativa.

É certo que o julgador não está adstrito à conclusão contida no laudo pericial, mas a simples leitura do mesmo demonstra que a r. Perito não buscou comprovar o suposto agravamento da lesão, somente limitando-se a responder os quesitos apresentados de maneira simplista e sem qualquer fundamentação.

Pelo exposto, a parte ré impugna o laudo pericial produzido, requerendo que seja afastada a conclusão pericial, devendo ser levado em consideração o conjunto fático-probatório dos autos, sobretudo os documentos médicos acostados na exordial, que demonstram a ausência de agravamento da lesão capaz de gerar complementação indenizatória, sendo os pedidos autorais julgados improcedentes.

Outrossim, na hipótese de condenação, salienta a ré que o valor indenizatório deverá respeitar a tabela inserida na Lei 11.945/09, devendo ainda ser observado o pagamento administrativo realizado na monta de R\$ 843,75 (oitocentos e quarenta e três reais e setenta e cinco centavos).

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

RECIFE, 10 de janeiro de 2020.

**JOÃO BARBOSA**  
**OAB/PE 4246**

**ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR**  
**30225 - OAB/PE**

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





14/01/2020

Número: **0050191-51.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 13ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **23/08/2019**

Valor da causa: **R\$ 8.606,25**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

| Partes                                           |                    | Procurador/Terceiro vinculado              |                    |
|--------------------------------------------------|--------------------|--------------------------------------------|--------------------|
| ANTONIO EVERALDO DE VASCONCELOS (AUTOR)          |                    | EWEERSON VILAR DE LIMA (ADVOGADO)          |                    |
| COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (RÉU)             |                    | RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO) |                    |
| PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO) |                    |                                            |                    |
| Documentos                                       |                    |                                            |                    |
| Id.                                              | Data da Assinatura | Documento                                  | Tipo               |
| 56423972                                         | 14/01/2020 11:41   | <a href="#">ANEXO 1</a>                    | Outros (Documento) |

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

**DECLARAÇÃO DO MEDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)**

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                      |            |
|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|------------|
| DATA DO ACIDENTE:                             | 18.09.2018                                                                                                                                                                                                                                                               | DATA DO INICIO DO TRATAMENTO MÉDICO: | 18.09.2018 |
| NOME COMPLETO DA VITIMA:                      | ANTONIO EUGENIO DE VASCONCELOS                                                                                                                                                                                                                                           |                                      |            |
| LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE:               | Dor e edema em punho direito<br>Raios X apresenta fratura de punho direito                                                                                                                                                                                               |                                      |            |
| DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS:   | 1º PACIENTE COM DOR EM REGIÃO DO PUNHO D<br>2º FOI REALIZADO FISIOTERAPIA MOTORA E ACUPUNTURA<br>3º TRATAMENTO COM APARELHO CESSADO APÓS PALMAR                                                                                                                          |                                      |            |
| ALTA MÉDICA?                                  | <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <i>alta médica definitiva</i>                                                                                                                                                                       |                                      |            |
| 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<br><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)**

|                                                                                                                                                                           |                                                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| <b>SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO</b>                                                                                                                                |                                                 |
| 1º DIFICULDADE DO MOVIMENTO DE FLEXÃO, EXTENSÃO, SUPINAÇÃO E PRONACÃO<br>2º APÓS OS TRATAMENTOS CITADOS NÃO OBTIVE MELHORIA COM<br>comprometimento nos movimentos em 50%. |                                                 |
| AFIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VITIMA NO PERÍODO DE _____ A _____<br>E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS                                             | _____<br>Ney Ribeiro<br>Médico<br>CRM-PE 24.649 |
| LOCAL <i>Bezeneg</i>                                                                                                                                                      | DATA 17.09.2018<br>ASSINATURA E CARIMBO         |



















| REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL                     |                      |                   |                    |
|----------------------------------------------------|----------------------|-------------------|--------------------|
| MINISTÉRIO DAS CIDADES                             |                      |                   |                    |
| DETTRAN - PE                                       |                      | Nº 013727544669   |                    |
| CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO |                      |                   |                    |
| VIA                                                | COD. RENAVAM         | R.N.T.R.C.        | EXERCÍCIO          |
| 1                                                  | 126606439            | *****             | 2018               |
| NOME                                               |                      |                   |                    |
| CLAUDIO MARCIO DOS SANTOS                          |                      |                   |                    |
| CARUARU-PE                                         |                      | 0                 |                    |
| CPF / CNPJ                                         |                      | PLACA             |                    |
| 046.343.874-41                                     |                      | KLM4772           |                    |
| PLACA ANT. / UF                                    |                      | CHASSI            |                    |
| ***** / PE                                         |                      | 9C2KC15109R021005 |                    |
| ESPÉCIE TIPO                                       |                      | COMBUSTÍVEL       |                    |
| PAS / MOTOCICLETA                                  |                      | GASOLINA          |                    |
| MARCA / MODELO                                     |                      | ANO FAB.          | ANO MOD.           |
| HONDA / CG 150 TITAN FS                            |                      | 2009              | 2009               |
| CAF / POT / CIL                                    | CATEGORIA            | COR. PREDOMINANTE |                    |
| 2P / 149CL                                         | PARTIC               | VERMELHA          |                    |
| COTA ÚNICA                                         | VENC. COTA ÚNICA     | VENC. / COTAS     |                    |
| IPVA 2018 QUITADO                                  |                      | 1ª *****          |                    |
| FAIXA LEXA                                         | PARCELAMENTO / COTAS | 2ª *****          |                    |
| 1                                                  | *****                | 3ª *****          |                    |
| PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)                             |                      | ICF (R\$)         | PRÊMIO TOTAL (R\$) |
| SEGURO PAGO                                        |                      |                   |                    |
| OBSERVAÇÕES                                        |                      |                   |                    |
| SEM RESERVA                                        |                      |                   |                    |
| DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATÓRIO                     |                      |                   |                    |
| NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA                      |                      |                   |                    |
| CARUARU                                            | LOCAL                | DATA              |                    |
|                                                    |                      | 26/03/18          |                    |
| Charles Andrews Sousa Ribeiro                      |                      |                   |                    |
| Diretor Presidente DETRAN                          |                      |                   |                    |



| REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL                     |                      |                   |                    |
|----------------------------------------------------|----------------------|-------------------|--------------------|
| MINISTÉRIO DAS CIDADES                             |                      |                   |                    |
| DETTRAN - PE                                       |                      | Nº 013727544669   |                    |
| CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO |                      |                   |                    |
| VIA                                                | COD. RENAVAM         | R.N.T.R.C.        | EXERCÍCIO          |
| 1                                                  | 126606439            | *****             | 2018               |
| NOME                                               |                      |                   |                    |
| CLAUDIO MARCIO DOS SANTOS                          |                      |                   |                    |
| CARUARU-PE                                         |                      | 0                 |                    |
| CPF / CNPJ                                         |                      | PLACA             |                    |
| 046.343.874-41                                     |                      | KLM4772           |                    |
| PLACA ANT. / UF                                    |                      | CHASSI            |                    |
| ***** / PE                                         |                      | 9C2KC15109R021005 |                    |
| ESPÉCIE TIPO                                       |                      | COMBUSTÍVEL       |                    |
| PAS / MOTOCICLETA                                  |                      | GASOLINA          |                    |
| MARCA / MODELO                                     |                      | ANO FAB.          | ANO MOD.           |
| HONDA / CG 150 TITAN FS                            |                      | 2009              | 2009               |
| CAF / POT / CIL                                    | CATEGORIA            | COR. PREDOMINANTE |                    |
| 2P / 149CL                                         | PARTIC               | VERMELHA          |                    |
| COTA ÚNICA                                         | VENC. COTA ÚNICA     | VENC. / COTAS     |                    |
| IPVA 2018 QUITADO                                  |                      | 1ª *****          |                    |
| FAIXA LÍM.                                         | PARCELAMENTO / COTAS | 2ª *****          |                    |
| 1                                                  | *****                | 3ª *****          |                    |
| PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)                             |                      | ICF (R\$)         | PRÊMIO TOTAL (R\$) |
| SEGURO PAGO                                        |                      |                   |                    |
| OBSERVAÇÕES                                        |                      |                   |                    |
| SEM RESERVA                                        |                      |                   |                    |
| DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATÓRIO                     |                      |                   |                    |
| NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA                      |                      |                   |                    |
| CARUARU                                            |                      | DATA              |                    |
| 26/03/18                                           |                      |                   |                    |
| Charles Andrews Sousa Ribeiro                      |                      |                   |                    |
| Diretor Presidente DETRAN                          |                      |                   |                    |



RECEITUÁRIO

Pt

Antonio Everaldo de Vasconcelos

Realizar 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

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: fisioeraddiagnosticos@hotmail.com





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



| FICHA DE ATENDIMENTO                                                                                                                                                                                                                        |                                       | CARTÃO DO SUS: |          | REGISTRO: | TELEFONE: |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|----------------|----------|-----------|-----------|
| DATA:                                                                                                                                                                                                                                       | 18.09.2018                            | HORA:          | 07:45    | 583987    |           |
| NOME:                                                                                                                                                                                                                                       | Antônio YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR | ACOMPANHANTE:  |          |           |           |
| NOME DA MÃE:                                                                                                                                                                                                                                | Adriana Taurina de Vasconcelos        | BAIRRO:        | São José | IDADE:    | 40        |
| DATA DE NASCIMENTO:                                                                                                                                                                                                                         | 18/09/1978                            | CIDADE:        | Bezerros |           |           |
| END.:                                                                                                                                                                                                                                       | Av. Aquilino                          | SINAIS VITAIS  |          |           |           |
| PA:                                                                                                                                                                                                                                         | 100x60 mmHg                           | HGT:           | - mg/dL  | T:        | - °C      |
|                                                                                                                                                                                                                                             |                                       | PESO:          | 65 kg    |           |           |
| Téc. Enfermagem/COREN                                                                                                                                                                                                                       |                                       |                |          |           |           |
| <b>CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/ ADULTO</b>                                                                                                                                                                                                       |                                       |                |          |           |           |
| <b>I - Sinais de Emergência imediata</b>                                                                                                                                                                                                    |                                       |                |          |           |           |
| <b>CLASSIFICAR COMO VERMELHO</b>                                                                                                                                                                                                            |                                       |                |          |           |           |
| 1. <input type="checkbox"/> Apnéia <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Estridor <input type="checkbox"/> FC < 50 ou > 140 bpm <input type="checkbox"/> FR < 10 ou > 32 irpm                                           |                                       |                |          |           |           |
| 2. <input type="checkbox"/> Extremidades frias <input type="checkbox"/> Enchimento capilar letificado <input type="checkbox"/> Pulso fraco ou ausente <input type="checkbox"/> PCR <input type="checkbox"/> Sudorese                        |                                       |                |          |           |           |
| 3. <input type="checkbox"/> PAS < 80 ou > 200 mmHg <input type="checkbox"/> PAD < 40 ou > 130 mmHg <input type="checkbox"/> HGT < 40 ou > 11 mg/dl <input type="checkbox"/> Convulsão no momento                                            |                                       |                |          |           |           |
| 4. <input type="checkbox"/> Politraumatismo/Glasgow <= 12 <input type="checkbox"/> Letargia <input type="checkbox"/> Queimaduras em mais de 25% do corpo/áreas críticas ou problemas respiratórios                                          |                                       |                |          |           |           |
| 5. <input type="checkbox"/> Intoxicação exógena <input type="checkbox"/> PAF <input type="checkbox"/> PAB <input type="checkbox"/> Sangramento intenso                                                                                      |                                       |                |          |           |           |
| 6. <input type="checkbox"/> Broncoaspiração <input type="checkbox"/> Anafilaxia associada à insuficiência respiratória                                                                                                                      |                                       |                |          |           |           |
| <b>II - Sinais de urgência - Atendimento preferencial sobre os pacientes classificados como VERDE, no consultório ou leito da sala de observação</b>                                                                                        |                                       |                |          |           |           |
| <b>CLASSIFICAR COMO AMARELO</b>                                                                                                                                                                                                             |                                       |                |          |           |           |
| 1. <input type="checkbox"/> Politraumatizado com Glasgow entre 13 e 15 <input type="checkbox"/> TCE leve <input type="checkbox"/> PAS < 90 ou > 180 mmHg <input type="checkbox"/> PAD < 50 ou > 110 mmHg sem sintomas                       |                                       |                |          |           |           |
| 2. <input type="checkbox"/> Febre > 39°C <input type="checkbox"/> Febre com imunodepressão <input type="checkbox"/> Histórico de convulsão nas últimas 24 horas <input type="checkbox"/> Impossibilidade de deambulação                     |                                       |                |          |           |           |
| 3. <input type="checkbox"/> Tumor pastoso <input type="checkbox"/> Mucosas ressecadas <input type="checkbox"/> Vômitos no momento                                                                                                           |                                       |                |          |           |           |
| 4. <input type="checkbox"/> Queimaduras de 1ª e 3ª áreas não críticas SCQ < 10% <input type="checkbox"/> Víctima de abuso sexual ocorrido há até 72 horas                                                                                   |                                       |                |          |           |           |
| 5. <input type="checkbox"/> Fraturas anguladas e luxações com comprometimento neuro vascular ou dor intensa                                                                                                                                 |                                       |                |          |           |           |
| 6. <input type="checkbox"/> Dor Abdominal intensa <input type="checkbox"/> Dor Torácica intensa <input type="checkbox"/> Melena <input type="checkbox"/> Hematêmese <input type="checkbox"/> Enterorragia <input type="checkbox"/> Epistaxe |                                       |                |          |           |           |
| 7. <input type="checkbox"/> Acidente perfuro-cortante com material biológico <input type="checkbox"/> Crise asmática                                                                                                                        |                                       |                |          |           |           |
| <b>III - Sem risco de morte - somente será atendida após todos os pacientes classificados como vermelho e amarelo</b>                                                                                                                       |                                       |                |          |           |           |
| <b>CLASSIFICAR COMO VERDE</b>                                                                                                                                                                                                               |                                       |                |          |           |           |
| 1. <input type="checkbox"/> Febre sem outros sinais clínicos < 39°C <input type="checkbox"/> Retorno em período < 24 horas por ausência de melhora                                                                                          |                                       |                |          |           |           |
| 2. <input type="checkbox"/> Lombalgia intensa <input type="checkbox"/> Entorse, suspeita de fraturas, luxações                                                                                                                              |                                       |                |          |           |           |
| 3. <input type="checkbox"/> Dor abdominal sem alterações de sinais vitais <input type="checkbox"/> Dor de garganta com história de febre e com placas sem toxemia                                                                           |                                       |                |          |           |           |
| 4. <input type="checkbox"/> Vômitos, diarreia sem sinais de desidratação <input type="checkbox"/> Enxaqueca <input type="checkbox"/> Dor de ouvido moderada a grave                                                                         |                                       |                |          |           |           |
| 5. <input type="checkbox"/> História de convulsão sem alteração do nível de consciência <input type="checkbox"/> Abscessos <input type="checkbox"/> Intercorrências ortopédicas                                                             |                                       |                |          |           |           |
| <b>IV - Quadro crônico sem agudização ou caso social (deverá ser encaminhado para atendimento em Unidade Básica de Saúde ou atendimento pelo Serviço Social)</b>                                                                            |                                       |                |          |           |           |
| <b>CLASSIFICAR COMO AZUL</b>                                                                                                                                                                                                                |                                       |                |          |           |           |
| 1. <input type="checkbox"/> Queixas crônicas sem alterações agudas <input type="checkbox"/> Tosse, coriza, dor de garganta, obstrução nasal <input type="checkbox"/> Coriza crônica ou recorrente                                           |                                       |                |          |           |           |
| 2. <input type="checkbox"/> Queimaduras de 1º grau em áreas não críticas e há mais de 12 horas                                                                                                                                              |                                       |                |          |           |           |
| 3. <input type="checkbox"/> Troca de curativos ou retiradas de pontos                                                                                                                                                                       |                                       |                |          |           |           |
| 4. <input type="checkbox"/> Administração de medicamento <input type="checkbox"/> Mostra exames laboratoriais ou raios X. Não urgentes.                                                                                                     |                                       |                |          |           |           |
| 5. <input type="checkbox"/> Solicitação de atestado de saúde ou ocupacional <input type="checkbox"/> Solicitação de exames e receitas não urgentes                                                                                          |                                       |                |          |           |           |
| 6. <input type="checkbox"/> Constipação intestinal sem outros sintomas <input type="checkbox"/> Troca ou retirada de sonda                                                                                                                  |                                       |                |          |           |           |
| <b>CLASSIFICAÇÃO</b>                                                                                                                                                                                                                        |                                       |                |          |           |           |
| <input type="radio"/> Vermelho                                                                                                                                                                                                              |                                       |                |          |           |           |
| <input type="radio"/> Amarelo                                                                                                                                                                                                               |                                       |                |          |           |           |
| <input checked="" type="radio"/> Verde                                                                                                                                                                                                      |                                       |                |          |           |           |
| <input type="radio"/> Azul                                                                                                                                                                                                                  |                                       |                |          |           |           |
| ENCAMINHADO: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                                                                                                                                                           |                                       |                |          |           |           |
| ORIENTAÇÕES:                                                                                                                                                                                                                                |                                       |                |          |           |           |
| Alergias: ( ) NÃO ( ) SIM, a                                                                                                                                                                                                                |                                       |                |          |           |           |
| Assinatura da enfermeira e carimbo                                                                                                                                                                                                          |                                       |                |          |           |           |
| Assinatura da Assistente Social e carimbo                                                                                                                                                                                                   |                                       |                |          |           |           |



Antonio Ezequiel de Vasconcelos

FICHA DE ATENDIMENTO

Alergias: ( ) NÃO ( ) SIM, à

REGISTRO:

883987

Queixas:

doe após trauma no punho direito

Exame físico:

doe à mobilização do punho direito  
sem outros achados

H.D.:

Fração de punho.D - Acidente de Trabalho

CONDUTA/ REAVALIAÇÃO/ CONDUTA MEDICAÇÃO

Conduta:

1) fisioterapia  
2) medicação

X feito 08:31  
X feito 08:31

Antônio Cruz  
CRM-PE 26958

Sabêla Kelly dos Santos  
Téc. de Enfermagem  
COPEN 051 158.644

Imobilização do MSD (punho).

Antônio Cruz  
CRM-PE 26958

TIPO DE CONSULTA

MOTIVO DA ALTA

ÓBITO

ATESTADO

Consulta simples

Consulta e/ Observação

Indicação (Internamento)

Melhora

Solicitação

Transferência

Indisciplina

Óbito

Data: / /

Hora: :

SIM ( )

NÃO ( )

DIAS:

Data: / /

Hora: :

Antônio Cruz  
CRM-PE 26958

Médico - CREMEPE  
(Carimbo)



RECEITUÁRIO

Pt

Antonio Everaldo de Vasconcelos

Realizar 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

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



## 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 062.474.394-23

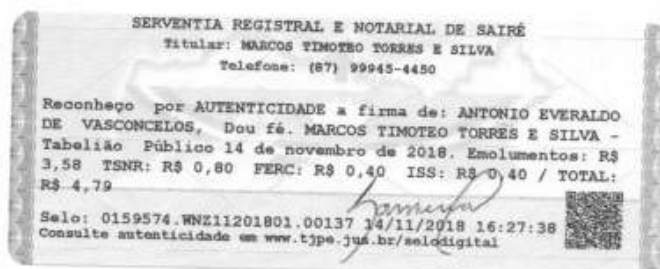
Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o (a)  
seu bastante procurador (a), para o fim especial de requerer junto a qualquer seguradora  
do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de  
trânsito o(a) Sr(a)

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 papéis 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 062.474.394-23

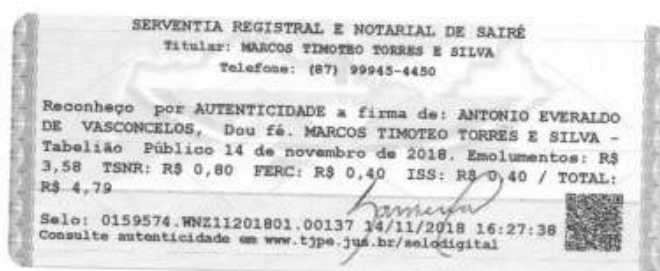
Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o (a)  
seu bastante procurador (a), para o fim especial de requerer junto a qualquer seguradora  
do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de  
trânsito o(a) Sr(a)

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 papéis 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 de 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](http://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](http://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

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

EDVANIA DA SILVA SANTOS

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](http://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

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

EDVANIA DA SILVA SANTOS

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](http://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

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

EDVANIA DA SILVA SANTOS

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](http://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

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

EDVANIA DA SILVA SANTOS

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](http://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

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

EDVANIA DA SILVA SANTOS

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](http://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





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 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

Pag. 01703/01704 - carta\_03 - INVALIDEZ

00050852



Carta nº 14453477





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 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,

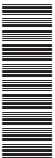
**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 14453478

Pag. 00871/00872 - carta\_01 - INVALIDEZ

00020436





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 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

00070054



Carta nº 14484256





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

**Rio de Janeiro, 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](http://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 - Órgão 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

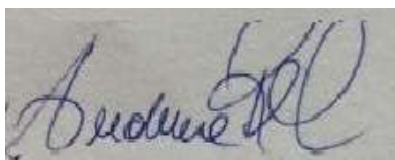
% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100%  
completo

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





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ D&M (DESpesas de Assistência Médica e Suplementares) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

NR 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: recusado Endereço: R. Dom Pedro II Número: 101 Complemento: \_\_\_\_\_  
Bairro: Centro Cidade: Belem Estado: PE CEP: 5636300  
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 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 contestação, caso discorde do seu conteúdo.

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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou 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 pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não  
Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (ou nascos)? ☐ 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.

Interessado  
e legítimo  
representante  
da vítima ou  
beneficiário

Local e Data: Belem 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)

Odaine 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.



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (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: recuso Endereço: R. Dom Pedro II Número: 101 Complemento: \_\_\_\_\_  
Bairro: Centro 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).

REDA MENSAL:  
☒ RECUSO 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:            
(informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 1643 8 CONTA: 19.028 4  
(informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 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 (ou 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 Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e prestarem 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.

Assinatura  
Assinatura  
Assinatura  
Assinatura

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)

Odaine 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.



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: **1ª. 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

07/12/2018 13:21



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 ALGUEM 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**



07/12/2018 13:21





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA 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 IZAUINETE 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: **1ª. 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

07/12/2018 13:21



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 ALGUEM 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**



07/12/2018 13:21





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAME (DESPEAS 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: recuso Endereço: R. Dom Pedro II Número: 101 Complemento: \_\_\_\_\_  
Bairro: Centro Cidade: Bezenos Estado: PE CEP: 5636500  
E-mail: \_\_\_\_\_ Tel. (DDD): 81199456-0670

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

REDA MENSAL:  
☒ RECURSO 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\$1.003,00 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 POUPIANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

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

AGÊNCIA:  CONTA:

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Banco do Brasil

AGÊNCIA: 1643 8 CONTA: 19.028 4

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 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 (ou 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 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 RDO

Antonio Everaldo de Vasconcelos  
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver): \_\_\_\_\_

Odaine 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 RDO, 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                                                                                                                                                                                                                        |                                       | CARTÃO DO SUS: |          | REGISTRO: | TELEFONE: |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|----------------|----------|-----------|-----------|
| DATA:                                                                                                                                                                                                                                       | 18.09.2018                            | HORA:          | 07:45    | 583987    |           |
| NOME:                                                                                                                                                                                                                                       | Antônio YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR | IDADE:         | 40       |           |           |
| NOME DA MÃE:                                                                                                                                                                                                                                | Marina Taurina de Sousa Vasconcelos   |                |          |           |           |
| DATA DE NASCIMENTO:                                                                                                                                                                                                                         | 18/09/1978                            | ACOMPANHANTE:  |          |           |           |
| END.:                                                                                                                                                                                                                                       | Rua Aquilino                          | BAIRRO:        | São José |           |           |
| CIDADE:                                                                                                                                                                                                                                     | Bezerros                              | SINAIS VITAIS  |          |           |           |
| PA:                                                                                                                                                                                                                                         | 100x60 mmHg                           | HGT:           | - mg/dL  | T:        | - °C      |
|                                                                                                                                                                                                                                             |                                       | PESO:          | 65 kg    |           |           |
| Téc. Enfermagem/COREN                                                                                                                                                                                                                       |                                       |                |          |           |           |
| <b>CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/ ADULTO</b>                                                                                                                                                                                                       |                                       |                |          |           |           |
| <b>I - Sinais de Emergência imediata</b>                                                                                                                                                                                                    |                                       |                |          |           |           |
| <b>CLASSIFICAR COMO VERMELHO</b>                                                                                                                                                                                                            |                                       |                |          |           |           |
| 1. <input type="checkbox"/> Apnéia <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Estridor <input type="checkbox"/> FC < 50 ou > 140 bpm <input type="checkbox"/> FR < 10 ou > 32 irpm                                           |                                       |                |          |           |           |
| 2. <input type="checkbox"/> Extremidades frias <input type="checkbox"/> Enchimento capilar letificado <input type="checkbox"/> Pulso fraco ou ausente <input type="checkbox"/> PCR <input type="checkbox"/> Sudorese                        |                                       |                |          |           |           |
| 3. <input type="checkbox"/> PAS < 80 ou > 200 mmHg <input type="checkbox"/> PAD < 40 ou > 130 mmHg <input type="checkbox"/> HGT < 40 ou > 11 mg/dl <input type="checkbox"/> Convulsão no momento                                            |                                       |                |          |           |           |
| 4. <input type="checkbox"/> Politraumatismo/Glasgow <= 12 <input type="checkbox"/> Letargia <input type="checkbox"/> Queimaduras em mais de 25% do corpo/áreas críticas ou problemas respiratórios                                          |                                       |                |          |           |           |
| 5. <input type="checkbox"/> Intoxicação exógena <input type="checkbox"/> PAF <input type="checkbox"/> PAB <input type="checkbox"/> Sangramento intenso                                                                                      |                                       |                |          |           |           |
| 6. <input type="checkbox"/> Broncoaspiração <input type="checkbox"/> Anafilaxia associada à insuficiência respiratória                                                                                                                      |                                       |                |          |           |           |
| <b>II - Sinais de urgência - Atendimento preferencial sobre os pacientes classificados como VERDE, no consultório ou leito da sala de observação</b>                                                                                        |                                       |                |          |           |           |
| <b>CLASSIFICAR COMO AMARELO</b>                                                                                                                                                                                                             |                                       |                |          |           |           |
| 1. <input type="checkbox"/> Politraumatizado com Glasgow entre 13 e 15 <input type="checkbox"/> TCE leve <input type="checkbox"/> PAS < 90 ou > 180 mmHg <input type="checkbox"/> PAD < 50 ou > 110 mmHg sem sintomas                       |                                       |                |          |           |           |
| 2. <input type="checkbox"/> Febre > 39°C <input type="checkbox"/> Febre com imunodepressão <input type="checkbox"/> Histórico de convulsão nas últimas 24 horas <input type="checkbox"/> Impossibilidade de deambulação                     |                                       |                |          |           |           |
| 3. <input type="checkbox"/> Tumor pastoso <input type="checkbox"/> Mucosas ressecadas <input type="checkbox"/> Vômitos no momento                                                                                                           |                                       |                |          |           |           |
| 4. <input type="checkbox"/> Queimaduras de 1ª e 3ª áreas não críticas SCQ < 10% <input type="checkbox"/> Víctima de abuso sexual ocorrido há até 72 horas                                                                                   |                                       |                |          |           |           |
| 5. <input type="checkbox"/> Fraturas anguladas e luxações com comprometimento neuro vascular ou dor intensa                                                                                                                                 |                                       |                |          |           |           |
| 6. <input type="checkbox"/> Dor Abdominal intensa <input type="checkbox"/> Dor Torácica intensa <input type="checkbox"/> Melena <input type="checkbox"/> Hematêmese <input type="checkbox"/> Enterorragia <input type="checkbox"/> Epistaxe |                                       |                |          |           |           |
| 7. <input type="checkbox"/> Acidente perfuro-cortante com material biológico <input type="checkbox"/> Crise asmática                                                                                                                        |                                       |                |          |           |           |
| <b>III - Sem risco de morte - somente será atendida após todos os pacientes classificados como vermelho e amarelo</b>                                                                                                                       |                                       |                |          |           |           |
| <b>CLASSIFICAR COMO VERDE</b>                                                                                                                                                                                                               |                                       |                |          |           |           |
| 1. <input type="checkbox"/> Febre sem outros sinais clínicos < 39°C <input type="checkbox"/> Retorno em período < 24 horas por ausência de melhora                                                                                          |                                       |                |          |           |           |
| 2. <input type="checkbox"/> Lombalgia intensa <input type="checkbox"/> Entorse, suspeita de fraturas, luxações                                                                                                                              |                                       |                |          |           |           |
| 3. <input type="checkbox"/> Dor abdominal sem alterações de sinais vitais <input type="checkbox"/> Dor de garganta com história de febre e com placas sem toxemia                                                                           |                                       |                |          |           |           |
| 4. <input type="checkbox"/> Vômitos, diarreia sem sinais de desidratação <input type="checkbox"/> Enxaqueca <input type="checkbox"/> Dor de ouvido moderada a grave                                                                         |                                       |                |          |           |           |
| 5. <input type="checkbox"/> História de convulsão sem alteração do nível de consciência <input type="checkbox"/> Abscessos <input type="checkbox"/> Intercorrências ortopédicas                                                             |                                       |                |          |           |           |
| <b>IV - Quadro crônico sem agudização ou caso social (deverá ser encaminhado para atendimento em Unidade Básica de Saúde ou atendimento pelo Serviço Social)</b>                                                                            |                                       |                |          |           |           |
| <b>CLASSIFICAR COMO AZUL</b>                                                                                                                                                                                                                |                                       |                |          |           |           |
| 1. <input type="checkbox"/> Queixas crônicas sem alterações agudas <input type="checkbox"/> Tosse, coriza, dor de garganta, obstrução nasal <input type="checkbox"/> Coriza crônica ou recorrente                                           |                                       |                |          |           |           |
| 2. <input type="checkbox"/> Queimaduras de 1º grau em áreas não críticas e há mais de 12 horas                                                                                                                                              |                                       |                |          |           |           |
| 3. <input type="checkbox"/> Troca de curativos ou retiradas de pontos                                                                                                                                                                       |                                       |                |          |           |           |
| 4. <input type="checkbox"/> Administração de medicamento <input type="checkbox"/> Mostra exames laboratoriais ou raios X. Não urgentes.                                                                                                     |                                       |                |          |           |           |
| 5. <input type="checkbox"/> Solicitação de atestado de saúde ou ocupacional <input type="checkbox"/> Solicitação de exames e receitas não urgentes                                                                                          |                                       |                |          |           |           |
| 6. <input type="checkbox"/> Constipação intestinal sem outros sintomas <input type="checkbox"/> Troca ou retirada de sonda                                                                                                                  |                                       |                |          |           |           |
| <b>CLASSIFICAÇÃO</b>                                                                                                                                                                                                                        |                                       |                |          |           |           |
| <input type="radio"/> Vermelho                                                                                                                                                                                                              |                                       |                |          |           |           |
| <input type="radio"/> Amarelo                                                                                                                                                                                                               |                                       |                |          |           |           |
| <input checked="" type="radio"/> Verde                                                                                                                                                                                                      |                                       |                |          |           |           |
| <input type="radio"/> Azul                                                                                                                                                                                                                  |                                       |                |          |           |           |
| ENCAMINHADO: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                                                                                                                                                           |                                       |                |          |           |           |
| ORIENTAÇÕES:                                                                                                                                                                                                                                |                                       |                |          |           |           |
| Alergias: ( ) NÃO ( ) SIM, a                                                                                                                                                                                                                |                                       |                |          |           |           |
| Assinatura da enfermeira e carimbo                                                                                                                                                                                                          |                                       |                |          |           |           |
| Assinatura da Assistente Social e carimbo                                                                                                                                                                                                   |                                       |                |          |           |           |



Antonio Ezequiel de Vasconcelos

FICHA DE ATENDIMENTO

Alergias: ( ) NÃO ( ) SIM, à

REGISTRO:

883987

Queixas:

doe após trauma no punho direito

Exame físico:

doe à mobilização do punho direito  
sem outros achados

H.D.:

Fração de punho.D - Acidente de Trabalho

CONDUTA/ REAVALIAÇÃO/ CONDUTA MEDICAÇÃO

Conduta:

① fisioterapia  
② medicação

Y feito 08:31

Y feito 08:31

Antonio Ezequiel de Vasconcelos  
CRM-PE 26958

Sabêla Kelly dos Santos  
Téc. de Enfermagem  
COPEN 051 158.644

Imobilização do MSD (punho).

Antonio Ezequiel de Vasconcelos  
CRM-PE 26958

TIPO DE CONSULTA

MOTIVO DA ALTA

ÓBITO

ATESTADO

Consulta simples

Consulta e/ Observação

Indicação (Internamento)

Melhora

Solicitação

Transferência

Indisciplina

Óbito

Data: / /

Hora: :

SIM ( )

NÃO ( )

DIAS: \_\_\_\_\_

Data: / /

Hora: :

Antonio Ezequiel de Vasconcelos  
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



www.celpe.com.br

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

|                                                                                                                |                                                                                      |                                                                                                                                            |                                                                                                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>DADOS DO CLIENTE</b><br>MARIA JOSE PEREIRA DE LIMA<br>CPF: 367.007.704-91                                   | <b>DATA DE VENCIMENTO</b><br><b>08/01/2018</b><br>TOTAL A PAGAR (R\$)<br><b>0,00</b> | <b>DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL</b><br>29/12/2017<br><b>DATA DA APRESENTAÇÃO</b><br>29/12/2017<br><b>NÚMERO DA NOTA FISCAL</b><br>003651513 | <b>CONTA CONTRATO</b><br>007007411884<br><b>Nº DO CLIENTE</b><br>2000419342<br><b>Nº DA INSTALAÇÃO</b><br>0005179876 |
| <b>ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA</b><br>RUA DOM PEDRO II 101<br><br>CENTRO/BEZERROS<br>55660-000 BEZERROS PE | <b>CLASSIFICAÇÃO</b><br><b>B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL</b><br><b>Monofásico</b>     |                                                                                                                                            |                                                                                                                      |
| <b>RESERVADO AO FISCO</b><br>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](http://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          |
| <b>TOTAL DA FATURA</b>                   |            |            | <b>107,57</b> |

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

| TARIFAS APLICADAS  |            |        |     | HISTÓRICO DO CONSUMO |     |        |     |
|--------------------|------------|--------|-----|----------------------|-----|--------|-----|
| Consumo Ativo(kWh) | 0,48036000 | 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 |              |            |   |
|-----------------------|--------------|------------|---|
| RS                    | %            | RS         | % |
| 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       |   |
| <b>TOTAL</b>          | <b>99,36</b> | <b>100</b> |   |

| 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 AFURADO | 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 contínua                                                        |          | 0,00          | 3,37        | 0,00       | 0,00       |
| Limite DICRI: 12,22                                                                                |          |               |             |            |            |
| DICRI-Duração de interrupção em dia crítico                                                        |          |               |             |            |            |
| 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. |          |               |             |            |            |

| 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.



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/01/2020 11:41:33  
<https://pje.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2001141141329690000055507758>  
 Número do documento: 2001141141329690000055507758

Num. 56423972 - Pág. 42

## 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



www.celpe.com.br

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

|                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                      |                                                                                                                                            |                                                                                                                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>DADOS DO CLIENTE</b><br>MARIA JOSE PEREIRA DE LIMA<br>CPF: 367.007.704-91                                                                                                                                           | <b>DATA DE VENCIMENTO</b><br><b>08/01/2018</b><br>TOTAL A PAGAR (R\$)<br><b>0,00</b> | <b>DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL</b><br>29/12/2017<br><b>DATA DA APRESENTAÇÃO</b><br>29/12/2017<br><b>NÚMERO DA NOTA FISCAL</b><br>003651513 | <b>CONTA CONTRATO</b><br>007007411884<br><b>Nº DO CLIENTE</b><br>2000419342<br><b>Nº DA INSTALAÇÃO</b><br>0005179876 |
| <b>ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA</b><br>RUA DOM PEDRO II 101<br><br>CENTRO/BEZERROS<br>55660-000 BEZERROS PE                                                                                                         | <b>CLASSIFICAÇÃO</b><br><b>B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL</b><br><b>Monofásico</b>     |                                                                                                                                            |                                                                                                                      |
| <b>RESERVADO AO FISCO</b><br>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          |
| <b>TOTAL DA FATURA</b>                   |            |            | <b>107,57</b> |

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

| 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 |

| COMPOSIÇÃO DO CONSUMO |              |            |  |     |   |  |   |
|-----------------------|--------------|------------|--|-----|---|--|---|
|                       | R\$          | %          |  | 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       |  |     |   |  |   |
| <b>TOTAL</b>          | <b>99,36</b> | <b>100</b> |  |     |   |  |   |

| 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            | 29/11/2017 | 7.343,00 | 29/12/2017 | 7.479,00 | 30      | 1,00000   | 0,00   | 136,00      |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|                                            |                |            |          |            |          |         |           |        |             |

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

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

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



[www.celpe.com.br](http://www.celpe.com.br)

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02  
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116  
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142  
Ouvidoria 0800 282 5599  
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL  
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

|                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                             |                                                                                                                                            |                                                                                                                             |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>DADOS DO CLIENTE</b><br>MARIA JOSE PEREIRA DE LIMA<br>CPF: 367.007.704-91                                                                                                                                                                                 | <b>DATA DE VENCIMENTO</b><br><b>14/12/2018</b><br><b>TOTAL A PAGAR (R\$)</b><br><b>0,00</b> | <b>DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL</b><br>07/12/2018<br><b>DATA DA APRESENTAÇÃO</b><br>07/12/2018<br><b>NÚMERO DA NOTA FISCAL</b><br>041478887 | <b>CONTA CONTRATO</b><br><b>007007411884</b><br><b>Nº DO CLIENTE</b><br>2000419342<br><b>Nº DA INSTALAÇÃO</b><br>0005179876 |
| <b>ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA</b><br>RUA DOM PEDRO II 101<br>CENTRO/BEZERROS<br>55660-000 BEZERROS PE                                                                                                                                                   | <b>CLASSIFICAÇÃO</b><br><b>B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL</b><br><b>Monofásico</b>            |                                                                                                                                            |                                                                                                                             |
| 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 <a href="http://www.celpe.com.br">www.celpe.com.br</a> | <b>RESERVADO AO FISCO</b><br><b>65D6.4564.3BFF.E440.9602.C43D.7570.6AFF</b>                 |                                                                                                                                            |                                                                                                                             |

|                            |  |
|----------------------------|--|
| DESCRICAÇÃO 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 |                      | kWh |
| 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   |

[illegible]

| <p><b>INFORMAÇÕES IMPORTANTES</b></p> <p>Pague no ponto mais perto de você! ag correios biritinga: rua martins junior centro / dioni atelie: av prf amarel 80 sao sebastiaoLista completa em <a href="http://www.celpe.com.br">www.celpe.com.br</a>.</p> <p>Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em <a href="http://www.aneel.gov.br">www.aneel.gov.br</a>.</p> <p>O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.</p> <p>Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês</p> <p>O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.</p> | <table> <tr> <th colspan="3">NÍVEIS DE TENSÃO</th></tr> <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> <tr> <th colspan="3">AUTENTICAÇÃO MECÂNICA</th></tr> </table> | NÍVEIS DE TENSÃO |  |  | TENSÃO NOMINAL(V) | LIMITE DE VARIAÇÃO(V) |  | MÍNIMO | MÁXIMO | 220 | 202 | 231 | AUTENTICAÇÃO MECÂNICA |  |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|--|--|-------------------|-----------------------|--|--------|--------|-----|-----|-----|-----------------------|--|--|
| 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   | 12/2018 | 0,00               | 14/12/2018 |                    |

**FATURA PAGA**

## AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/01/2020 11:41:33  
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20011411413296900000055507758>  
 Número do documento: 20011411413296900000055507758

Num. 56423972 - Pág. 44

## 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



www.celpe.com.br

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

## DADOS DO CLIENTE

MARIA JOSE PEREIRA DE LIMA

CPF: 367.007.704-91

## ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA DOM PEDRO II 101

CENTRO/BEZERROS  
55660-000 BEZERROS PE

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

## 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

## CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL  
Monofásico

## 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

Consumo Ativo(kWh) 0,52156000

## HISTÓRICO DO CONSUMO

|     |    |  |  |  | kWh |
|-----|----|--|--|--|-----|
| 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 |
|-------------------|----------------|---------------------|---------------------|---------|-----------|--------|-------------|
| 0000000009118436  | 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%.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

| 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   | 12/2018 | 0,00               | 14/12/2018 |                    |

## 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO<br/>           AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA, RECIFE, PERNAMBUCO<br/>           CEP 50050-902<br/>           CNPJ 10.835.932/0001-08<br/>           INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93</p> |  | <p>Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02<br/>           COMERCIAL 116   PRONTIDÃO 116<br/>           Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142<br/>           Ouvidoria 0800 282 5599<br/>           Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos<br/>           Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL<br/>           167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis</p> |

**celpe**  
Grupo Neoenergia

**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**

|                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                      |                                                                                                                       |                                                                                                               |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>DADOS DO CLIENTE</b><br>MARIA JOSE PEREIRA DE LIMA<br>CPF: 367.007.704-91                                                                                                                                                                                 | <b>DATA DE VENCIMENTO</b><br><b>08/01/2018</b><br>TOTAL A PAGAR (R\$)<br><b>0,00</b> | DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL<br>29/12/2017<br>DATA DA APRESENTAÇÃO<br>29/12/2017<br>NÚMERO DA NOTA FISCAL<br>003651513 | <b>CONTA CONTRATO</b><br><b>007007411884</b><br>N° DO CLIENTE<br>2000419342<br>N° DA INSTALAÇÃO<br>0005179876 |
| <b>ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA</b><br>RUA DOM PEDRO II 101<br>CENTRO/BEZERROS<br>55660-000 BEZERROS PE                                                                                                                                                   | <b>CLASSIFICAÇÃO</b><br><b>B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL</b><br><b>Monofásico</b>     |                                                                                                                       |                                                                                                               |
| 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 <a href="http://www.celpe.com.br">www.celpe.com.br</a> | <b>RESERVADO AO FISCO</b><br><b>4795.5DE5.6A45.3701.B35B.A536.F061.B8B9</b>          |                                                                                                                       |                                                                                                               |

| DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL |  |
|--------------------------|--|
|--------------------------|--|

|                                          |       |                  |                 |            |                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |      |                      |  |       |  |  |  |     |  |
|------------------------------------------|-------|------------------|-----------------|------------|------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|----------------------|--|-------|--|--|--|-----|--|
| DESCRIÇÃO                                |       |                  | QUANTIDADE      | PREÇO      | VALOR (R\$)      | EM ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |      |                      |  |       |  |  |  |     |  |
| Consumo Ativo(kWh)                       |       |                  | 136,00          | 0,68681727 | 93,40            | Venc to                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |      | Dt Reav              |  | Valor |  |  |  |     |  |
| Acréscimo Bandeira VERMELHA              |       |                  |                 |            | 5,96             | 06/12/17                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |      | 29/12/17             |  | 96,66 |  |  |  |     |  |
| Contrib. Ilum. Pública Municipal         |       |                  |                 |            | 5,89             | Este comunicado NÃO substitui aviso de débitos anteriores e NÃO contempla débitos em discussão judicial. Caso a suspensão do fornecimento persista por dois ciclos de faturamento, poderá ocorrer o encerramento do contrato, podendo também existir cobrança conforme os critérios definidos no Art. 99 REN 414/Aneel. Podem ocorrer ações de cobrança, bem como inclusão nos registros de restrições de crédito SPC e SERASA. |      |                      |  |       |  |  |  |     |  |
| Multa por atraso-NF 003638330 - 30/10/17 |       |                  |                 |            | 1,36             | Tarifas Aplicadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |      | HISTÓRICO DO CONSUMO |  |       |  |  |  |     |  |
| Juros por atraso-NF 003638330 - 30/10/17 |       |                  |                 |            | 0,63             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |      |                      |  |       |  |  |  |     |  |
| Atualização IGPM-NF 003638330 - 30/10/17 |       |                  |                 |            | 0,33             | 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 |  |
|                                          |       |                  |                 |            |                  | TOTAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |      | 99,36 100            |  |       |  |  |  |     |  |
| 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                 |  |       |  |  |  |     |  |

| 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            | 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 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\$ 33,68                                                           |          |               |             |               |            |
| Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo. |          |               |             |               |            |

| <p><b>INFORMAÇÕES IMPORTANTES</b></p> <p>Pague no ponto mais perto de você ag correios biritinga: rua martins junior centro / dioni atelie: av pr<br/>         ambientado para o cliente em vigor é a Vermelha. Mais informações em <a href="http://www.aneel.gov.br">www.aneel.gov.br</a>.<br/>         Na data da leitura a bandeira em vigor é a Vermelha. Mais informações em <a href="http://www.aneel.gov.br">www.aneel.gov.br</a>.<br/>         O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.<br/>         Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês<br/>         O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.<br/>         Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento,<br/>         podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.</p> | <table border="1"> <tr> <th colspan="3">NÍVEIS DE TENSÃO</th> </tr> <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> <tr> <td colspan="3">AUTENTICAÇÃO MECÂNICA</td> </tr> </table> | NÍVEIS DE TENSÃO |  |  | TENSÃO NOMINAL(V) | LIMITE DE VARIAÇÃO(V) |  |  | MÍNIMO | MÁXIMO | 220 | 202 | 231 | AUTENTICAÇÃO MECÂNICA |  |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|--|--|-------------------|-----------------------|--|--|--------|--------|-----|-----|-----|-----------------------|--|--|
| NÍVEIS DE TENSÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                  |  |  |                   |                       |  |  |        |        |     |     |     |                       |  |  |
| TENSÃO NOMINAL(V)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | LIMITE DE VARIAÇÃO(V)                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                  |  |  |                   |                       |  |  |        |        |     |     |     |                       |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | MÍNIMO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | MÁXIMO           |  |  |                   |                       |  |  |        |        |     |     |     |                       |  |  |
| 220                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 202                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 231              |  |  |                   |                       |  |  |        |        |     |     |     |                       |  |  |
| AUTENTICAÇÃO MECÂNICA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                  |  |  |                   |                       |  |  |        |        |     |     |     |                       |  |  |

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

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



Num. 56423972 - Pág. 46

## 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

## ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA DOM PEDRO II 101

CENTRO/BEZERROS  
55660-000 BEZERROS PE

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](http://www.celpe.com.br)

## 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

## CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL  
Monofásico

## RESERVADO AO FISCO

4B00.F41E.0056.8545.F5CE.F192.D6A6.F6A2

## 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             |      |
| BASE DE CÁLCULO         | %     | BASE DE CÁLCULO | %    |
| 76,91                   | 25,00 | 76,91           | 0,17 |
| VALOR DO IMPOSTO        |       | COFINS          |      |
| BASE DE CÁLCULO         | %     | BASE DE CÁLCULO | %    |
| 19,22                   |       | 76,91           | 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   |        |             |
| 000000000091184346 | CAT            | 03/05/2019 | 9.308,00 | 03/06/2019 | 9.410,00  | 31     | 1,0000      |
|                    |                |            |          |            |           |        | 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          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|---------------|-------------|------------|---------------------|
|                                                                                                    |          | abr/2019      |             |            |                     |
| 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. |          |               |             |            |                     |

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! ag correios biritinga: rua martins junior centro / dioni atelle: av prf amarel 80 sao sebastiaoLista completa em [www.celpe.com.br](http://www.celpe.com.br).  
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em [www.aneel.gov.br](http://www.aneel.gov.br).  
Cobrança ICMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 39.459/13.  
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.  
Pagto. em atraso gera multa 2%(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

| 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   | 06/2019 | 0,00               | 10/06/2019 | Evite dobrar, perfurar ou rasurar.<br>Este canhoto será usado em leitora ótica. |

## FATURA PAGA

## AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/01/2020 11:41:33  
<https://pje.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20011411413296900000055507758>  
Número do documento: 20011411413296900000055507758

## 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

## ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA DOM PEDRO II 101

CENTRO/BEZERROS  
55660-000 BEZERROS PE

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](http://www.celpe.com.br)

## 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

## CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL  
Monofásico

## RESERVADO AO FISCO

4B00.F41E.0056.8545.F5CE.F192.D6A6.F6A2

## 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 |
|-------------------|----------------|---------------------|---------------------|---------|-----------|--------|-------------|
| 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 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|---------------|-------------|---------------------|------------|
| abr/2019                                                                                           |          |               |             |                     |            |
| 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. |          |               |             |                     |            |

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! ag correios biritinga: rua martins junior centro / dioni atelle: av prf amara 80 sao sebastiaoLista completa em [www.celpe.com.br](http://www.celpe.com.br).  
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em [www.aneel.gov.br](http://www.aneel.gov.br).  
Cobrança ICMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 39.459/13.  
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.  
Pagto. em atraso gera multa 2%(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

| 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   | 06/2019 | 0,00               | 10/06/2019 | Evite dobrar, perfurar ou rasurar.<br>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/bibliotecaWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

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

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAI, 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<br><u>R. Dom Pedro II</u> |                          | Número<br><u>101</u>    | Complemento                                      |
| Bairro<br><u>Centro</u>            | Cidade<br><u>Bezinas</u> | Estado<br><u>PE</u>     | CEP<br><u>55660-000</u>                          |
| E-mail                             |                          | Telefone comercial(DDD) | Telefone celular (DDD)<br><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 SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

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

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

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

☒ 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<br><u>R. Dom Pedro II</u> |                          | Número<br><u>101</u>     | Complemento                                      |
| Bairro<br><u>Centro</u>            | Cidade<br><u>Bezinas</u> | Estado<br><u>PE</u>      | CEP<br><u>55660-000</u>                          |
| E-mail                             |                          | Telefone comercial (DDD) | Telefone celular (DDD)<br><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 Bezinas, no Estado  
de PE, onde resido na(Rua/Avenida/Estrada  
3+V Jose Rufino Bezerra de Lima 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: Saui-PE, 14/11/18

Claudio Marcio dos Santos

Claudio Marcio dos Santos

Assinatura do declarante

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

SERVENTIA REGISTRAL E NOTARIAL DE SAIRÉ  
Titular: MARCOS TIMOTEO TORRES E SILVA  
Telefone: (87) 99945-4450

Reconheço por AUTENTICIDADE a firma de: CLAUDIO MARCIO DOS SANTOS, Dou fé. MARCOS TIMOTEO TORRES E SILVA - Tabelião Público 14 de novembro de 2018. Emolumentos: R\$ 3,58 TSNR: R\$ 0,80 PERC: R\$ 0,40 ISS: R\$ 0,40 / TOTAL: R\$ 4,79

Selo: 0159574.HIF11201801.00138 14/11/2018 16:28:00  
Consulte autenticidade em [www.tjpe.jus.br/selodigital](http://www.tjpe.jus.br/selodigital)

