

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para maiores esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoradora.com.br> ou ligue para 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 SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

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

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

Pelo exposto, eu **ROSSANA LÍGIA FERNANDES DANTAS** inscrito (a) no **CPF/CNPJ 884.647.684-00**,
 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Fayziano Francisco dos Santos
 inscrito (a) no CPF sob o Nº 086.866.824-99, do sinistro de DPVAT cobertura **INVALIDEZ** da Vítima
Fayziano Francisco dos Santos, inscrito (a) no CPF sob o Nº 086.866.824-99
 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

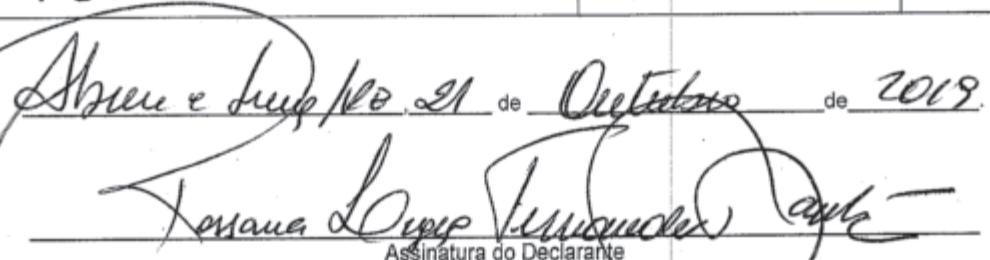
Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora 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 AVENIDA JOAQUIM NABUCO		Número 200	Complemento CASA
Bairro TIMBÓ	Cidade ABREU E LIMA	Estado PE	CEP 53520170
Email: balbinospe@hotmail.com	Telefone Comercial (DDD) (81) 3538.0069	Telefone celular (DDD) (81) 98721.5834	

Assinatura do Declarante


 Assinatura do Declarante

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, EDINALDO BERNARDINO DA CRUZ,

RG nº 2.572.461, data de expedição 13/07/09,

Órgão SDS - PE, portador do CPF nº 363.012.214-00,

com domicílio na cidade de Goiânia, no Estado de

Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

RUA DO CAMPO, nº 26,

complemento TEJUCOLAPO, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

FABIANO FRANCISCO DOS SANTOS, cujo o condutor era

FABIANO FRANCISCO DOS SANTOS.

Veículo: MOTOCICLETA Modelo: HONDA/CG150 FAN ESD Ano: 2014/15

Placa: OYR-9830 Chassi: 9C2KC1680FR507596

Data do Acidente: 01/06/19

Local e Data: Goiânia 12-08-2019

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor

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

Serviço Notarial e Registral do 2º Ofício Cartório Maria Helena

Rua Dr. Manoel Barba nº 150 - Fone/Fax: (81) 3606.0151 - (81) 3628.2137 Goiânia - PE - e-mail: mariahelena.cart@yahoo.com.br

Reconheço Por Autenticidade a firma de: FABIANO FRANCISCO DOS SANTOS
Dou fé Goiana 12/08/2019 Em testemunha da verdade A tabelião

Emol. R\$ 3,59 TSNR R\$ 0,80 FERC R\$ 0,40 FERM R\$ 0,04
FUNSEG R\$ 0,08 Selo 0077628 JAW07201904.00504 Consulte a
Autenticidade em www.tjpe.jus.br/seledigital

Serviço Notarial e Registral do 2º Ofício Cartório Maria Helena

Rua Dr. Manoel Barba nº 150 - Fone/Fax: (81) 3628.0761 - (81) 3628.2137 Goiânia - PE - e-mail: mariahelena.cart@yahoo.com.br

Reconheço Por Autenticidade a firma de: EDINALDO BERNARDINO DA CRUZ Dou
fé Goiana 12/08/2019 Em testemunha da verdade A tabelião

Joaquim M. Barbosa Neto
Autenticidade em www.tjpe.jus.br/seledigital

Joaquim Matias Barbosa Neto

scrivente



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

FICHA DE ESCLARECIMENTO

ATENDIMENTO: 1435428/2019.

NOME: FABIANO FRANCISCO DOS SANTOS.

Foi atendido às 02h23 do dia 02.06.2019.

Diagnóstico provável: Politraume / TCE leve + contusões
ferimentos externos do tornozelo (D) + artroto-
nia traumática + fratura exposta do
condilo femoral + fratura exposta
da pantela

Infeção de joelhos direito + artrite séptica
Tratamento realizado: (Arranjo de uso)

Limpeza cirúrgica + reparo da capsula ligamentar + sutura de ferida do pé esquerdo
Limpeza cirúrgica dos joelhos (D)
Exames complementares.

Trat. de suporte clínico

Antibióticos

Obs. Alta em 12.06.2019

As informações contidas neste documento foram transcritas, na íntegra, do Prontuário Médico, não do Médico Assistente e sim do serviço Arquivo Médico e Estatístico.

Cópia de Prontuário Médico em 22.07.2019

SES - Hospital da Restauração
Dr. Franklin Serra
Médico do SAME
CRM: 7874

Atenção: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para: INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DO TRATAMENTO AMBULATORIAL.

Av. Agamenon Magalhães, S/N – Derby – Recife – PE CEP 52.010-040
Fones: 31815451/31815572



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

NOME: FABIANO FRANCISCO DOS SANTOS	PRONTUÁRIO: 1680629	ATENDIMENTO: 01435644
DATA DE NASCIMENTO: 20/09/1983	FOI ATENDIDO EM: 02/06/2019 Às	
DATA DA ALTA: 12/06/2019 ÀS 15:18		

Diagnóstico Provável:

FRATURA EXPOSTA DO CONDIL FEMORALLATERAL+ FX DE POLO INFERIOR DA PATELA

Tratamento Realizado:

limpeza cirúrgica+ debridamento+ aproximação por planos+ antibioticoterapia.

Observação:

ALTA DA ORTOPEDIA;
ANALGESIA + ANTIBIOTICOTERAPIA;
AFASTAMENTO DAS ATIVIDADES LABORAIS POR 45 DIAS;
CURATIVO DIARIO NO POSTO DE SAÚDE;
ORIENTAÇÕES GERAIS;

Obs.: fratura-que necessita apenas de tratamento conservador

Encaminhado para:

curativo diario no posto de saúde.
Retirada de pontos no posto de saúde

Dra. Simone Cristina
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 27941

FRANCISCO STANLEY DAMAS NAPOLEAO - CRM: Nº.7472

Recife, 12, JUNHO ,2019

ATENÇÃO:

Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do Tratamento Ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL **6.815.601** DATA DE EXPEDIÇÃO **11/12/2018**

NOME **<< FABIANO FRANCISCO DOS SANTOS >>**

FILIAÇÃO
<< >>
<< MARIA JOSÉ DOS SANTOS >>

NATURALIDADE **GOTANA - PE** DATA DE NASCIMENTO **20/09/1983**

DOC. ORIGEM **<< CN 9.436 L.30 F.46V CART.**
TEJUCUPAPO/GOTANA-PE 13.01.1992/53>>

CPF **086.866.824-99** PÁTIO DA TERRAÇADA CARVALHO
DELEGADO DE POLÍCIA CIVIL
OPONENTE DO ITB

ASSINATURA DO DIRETOR
LEI N° 7.116 DE 29/09/83

415045522010912215471449



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **086.866.824-99**

Nome: **FABIANO FRANCISCO DOS SANTOS**

Data de Nascimento: **20/09/1983**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **24/01/2007**

Dígito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **13:06:39** do dia **05/08/2019** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **DE20.BB8F.48A0.1D8D**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN-PE

Nº 013814746189

20306124134

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

VIA:

1

CÓD. RENAVAM:

1020115721

RNTC:

NOME/ENDEREÇO:

EDINALDO BERNARDO DA CRUZ
RUA DO CAMP 246
TEIJOCERES
SOIANA - PE

55900-000

CRF/GNRJ:

363.012-214-00

PLACA:

CVR9830

NOME ANTERIOR:

EVANILDO PEREIRA DE SOUZA

PLACA ANT/UF:

CHASSI:

9C2KC1680FR507596

ESPECIE TIPO:

PER - MOTOCICLETA

BOMBUSTIVEL:

ALCO / GASOLINA

MARCA/MODELO:

HONDA CG150 PAN E301

ANO FAB - ANO MOD:

2014/2015

CAP/POT/CIL:

2B/1496L

CATEGORIA:

FAETIC

COR PREDOMINANTE:

FERMELHA

20184164

OBSERVAÇÕES:

SEM RESERVA

DOCUMENTO VULGAR SOMENTE PARA TRANSEUNCIAS

LOCAL:

SOIANA - PE

DATA:

17/04/15

CONCESSIONÁRIA: SOUTO Ribeiro

DEPARTAMENTO DE TRÂNSITO E TRANSPORTE (DETAN) / PE

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0366625/19

Vítima: FABIANO FRANCISCO DOS SANTOS

CPF: 086.866.824-99

CPF de: Próprio

Data do acidente: 01/06/2019

Titular do CPF: FABIANO FRANCISCO DOS SANTOS

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS : 884.647.684-00

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

FABIANO FRANCISCO DOS SANTOS : 086.866.824-99

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 21/10/2019
Nome: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS
CPF: 884.647.684-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/10/2019
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

JULIANA BEZERRA DE LUNA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190595258 **Cidade:** Goiana **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FABIANO FRANCISCO DOS SANTOS **Data do acidente:** 01/06/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIO-ENCEFÁLICO,
FRATURA EXPOSTA DISTAL DO FÊMUR E PATELA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEBRIDAMENTO E SUTURA, ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO JOELHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: DOC PÁG. 01 //

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190595258 Cidade: Goiana Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: FABIANO FRANCISCO DOS SANTOS Data do acidente: 01/06/2019 Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/10/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIO-ENCEFÁLICO,
FRATURA EXPOSTA DISTAL DO FÉMUR E PATELA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEBRIDAMENTO E SUTURA, ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO JOELHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: DOC PÁG. 01 //

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

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

Rio de Janeiro, 23 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190595258

Vítima: FABIANO FRANCISCO DOS SANTOS

Data do Acidente: 01/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FABIANO FRANCISCO DOS SANTOS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 07 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190595258

Vítima: FABIANO FRANCISCO DOS SANTOS

Data do Acidente: 01/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FABIANO FRANCISCO DOS SANTOS

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 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: FABIANO FRANCISCO DOS SANTOS

Valor: R\$ 843,75

Banco: 341

Agência: 000007474

Conta: 0000032214-1

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
086.866.824-99 FABIANO FRANCISCO DOS SANTOS

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo: **FABIANO FRANCISCO DOS SANTOS** 6 - CPF: **086.866.824-99**
 7 - Profissão: **TRABALHADOR RURAL** 8 - Endereço: **RUA MANOEL DE SANTANA** 9 - Número: **26** 10 - Complemento: **AP-03, BL-07**
 11 - Bairro: **DESTERRO** 12 - Cidade: **ABREU E LIMA** 13 - Estado: **PE** 14 - CEP: **53.570-145**
 15 - E-mail: **balbinospe@hotmail.com** 16 - Tel.(DDD): **(81) 3538-0069** 17 - Tel.: **(81) 999441109**

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input checked="" type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input checked="" type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir)	(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.

22 - 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. 38, §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

23 - Estado Civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascrito (vel nascer)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - 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.

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: **Abreu e Lima/PE 21/10/2019**

***Fabiano Francisco dos Santos**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

554944
0366625/19

**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DE PLANTAO - 11A. SECCIONAL - GOIANA.**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 19E2116002357

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **11/10/2019** às
11:00

Complementa o BO Número: **19E2116001280**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA FATAL - Culposo (Consumado) que
aconteceu no dia 1/6/2019 no período da Noite**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE GOIANA, 1, RUA DA PRAIA -**
Bairro: **CENTRO - GOIANA/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência:
CASA DO BOLÔ
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

**EDNALDO BERNARDINO DA CRUZ (OUTRO)
FABIANO FRANCISCO DOS SANTOS (OUTRO)
MARIA ROSINEIDE DOS SANTOS (VITIMA)**

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

**VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a):
Sr(a): FABIANO FRANCISCO DOS SANTOS**

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

**MARIA ROSINEIDE DOS SANTOS (não presente ao plantão) - NIC: 000274 Sexo:
Feminino Mae: ROSILDA MAURICIO DOS SANTOS Pai: , Data de Nascimento: 14/0/1991
Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: MUNICIPIO DE GOIANA, 1, TEJUCUPAPO - CEP: 0 - Bairro: CENTRO
- GOIANA/PERNAMBUCO/BRASIL**

**FABIANO FRANCISCO DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mae:
MARIA JOSE DOS SANTOS Pai: NÃO DECLARADO Data de Nascimento: 20/9/1983
Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
EDNALDO BERNARDINO DA CRUZ - Ramo de Atividade: NÃO INFORMADO**

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

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **EDNALDO BERNARDINO DA CRUZ**, que estava em posse do(a) Sr(a): **FABIANO FRANCISCO DOS SANTOS**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/GC 150** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **OYR8838** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)
Ano Fabricação/Modelo: **2014/2015**

Complemento / Observação

CHEGOU AO CONHECIMENTO DESSE PLANTÃO QUE TIVERA OCORRIDO UM ACIDENTE COM VÍTIMA FATAL EM PONTAS DE PEDRAS, GOIANA. FOMOS INFORMADOS QUE A VÍTIMA VINHA NA GARUPA DE UMA MOTOCICLETA COM SEU MARIDO FABIANO FRANCISCO DOS SANTOS TAMBÉM ARROLADO COMO VÍTIMA NESTE PROCEDIMENTO, QUE COLIDIU COM UMA BARRACA NA VIA PÚBLICA; QUE SEU MARIDO FOI SOCORRIDO PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO, POREM A SRA MARIA ROSINEIDE VEIO A ÓBITO NO LOCAL. COMPARECEU AO LOCAL UMA EQUIPE DO INSTITUTO DE CRIMINALISTICA (IC) E O PERITO RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO DO BOLETIM DE IDENTIFICAÇÃO DE CADÁVER (BIC) FOI OPERITO RAFAEL MAT. 3912971-1 QUE PROCEDeu COM A LIBERAÇÃO DO CORPO, O NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO DE CADÁVER (NIC) È 096274.

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

Fabiano Francisco dos Santos
FABIANO FRANCISCO DOS SANTOS
(OUTRO)

Felipe Ribeiro Souza

B.O. registrado por: **FELIPE RODRIGUES JORDÃO RABELLO DE SOUZA -**
Matrícula: 297856-2

16/07/2019 10:26



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO**

DELEGACIA DE POLICIA DE PLANTAO - 11A. SECCIONAL - GOIANA

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 19E2116001280

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **02/06/2019** às
04:33

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA FATAL - Culposo (Consumado) que
aconteceu no dia 1/6/2019 no período da Noite**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE GOIANA, 81, RUA DA PRAIA -**
Bairro: **CENTRO - GOIANA/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência:
CASA DO BOLÔ
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

MARIA ROSINEIDE DOS SANTOS (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a)
Sr(a): **MARIA ROSINEIDE DOS SANTOS**

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

MARIA ROSINEIDE DOS SANTOS (não presente ao plantão) - NIC: **888274** Sexo:
Feminino Mão: **ROSILDA MAURICIO DOS SANTOS** Pai: , Data de Nascimento: **14/01/1991**
Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE GOIANA, 81, TEJUCUPAPO - CEP: 8 - Bairro:**
CENTRO - GOIANA/PERNAMBUCO/BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **MARIA ROSINEIDE DOS SANTOS**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO** Objeto
apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

**CHEGOU AO CONHECIMENTO DESSE PLANTAO QUE TIVERA OCORRIDO UM
ACIDENTE COM VÍTIMA FATAL EM PONTAS DE PEDRAS, GOIANA. FOMOS
INFORMADOS QUE A VÍTIMA VINHA NA GARUPA DE UMA MOTOCICLETA COM SEU
MARIPO QUE COLIDIU COM UMA BARRACA NA VIA PÚBLICA; QUE SEU MARIDO FOI
SOCORRIDO PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO, PORÉM A SRA MARIA ROSINEIDE
VEIO A ÓBITO NO LOCAL. COMPARECEU AO LOCAL UMA EQUIPE DO INSTITUTO DE
CRIMINALISTICA (IC) E O PERITO RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO DO
BOLETIM DE IDENTIFICAÇÃO DE CADÁVER (BIC) FOI OPERÍTO RAFAEL MAT.
2812871-1 QUE PROCEDEU COM A LIBERAÇÃO DO CORPO. O NÚMERO DE**

2
retaria de Defesa Social :: INFOPOL<https://security.sds.pe.gov.br/pernambuco/VisualizaB...>**IDENTIFICAÇÃO DO CADAVER (NIC) É 886274.****Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial**

B.O. registrado por: PAULO HENRIQUE BARBOSA DA SILVA - Matrícula:
3873692



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
086.866.824-99 FABIANO FRANCISCO DOS SANTOS

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo: **FABIANO FRANCISCO DOS SANTOS** 6 - CPF: **086.866.824-99**
 7 - Profissão: **TRABALHADOR RURAL** 8 - Endereço: **RUA MANOEL DE SANTANA** 9 - Número: **26** 10 - Complemento: **AP-03, BL-07**
 11 - Bairro: **DESTERRO** 12 - Cidade: **ABREU E LIMA** 13 - Estado: **PE** 14 - CEP: **53.570-145**
 15 - E-mail: **balbinospe@hotmail.com** 16 - Tel.(DDD): **(81) 3538-0069** 17 - Tel.: **(81) 999441109**

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input checked="" type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input checked="" type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir)	(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.

22 - 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. 38, §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

23 - Estado Civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascrito (vel nascer)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - 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.

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: **Abreu e Lima/PE 21/10/2019**

***Fabiano Francisco dos Santos**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



**SAMU
192**

**PREFEITURA DE
GOIANA**
Secretaria Municipal de Saúde



SECRETARIA DE SAÚDE DE GOIANA

SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA

SAMU 192 - GOIANA

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Atendendo ao requerimento do Sr. (a):

Fabiano Faaxineo dos Santos

RG: 6 815 601, CPF: 086 866 824 99, constam em nossos arquivos a ocorrência de nº 635746 do dia 02 de julho de 2019, onde o mesmo foi atendido pelo nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência SAMU/GOIANA por volta das 00 horas e 35 minutos, vítima de Buada de furo em Pouca de Pedras. A Ocorrência aconteceu no (a) _____, onde após os cuidados, a vítima foi removida para _____.

Drº Alexandre José Esteves

Coordenação Enfermagem
COREN 65993

SAMU METROPOLITANO GOIANA

Coordenação de Enfermagem

Goiana, 16 de Abril de 2019.

ITAU - UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 341

AGÊNCIA: 0477

CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA:

05/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FABIANO FRANCISCO DOS SANTOS

BANCO: 341

AGÊNCIA: 07474

CONTA: 000000032214-1

Autenticação:

4A8D14E6F13F4BE5BE2F7A8C858625817867FF49CE43D60BC8A73FFF3CF19BA6

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
Ouvíndia 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 DOS SANTOS
MCID249P03
CPF: 781.266.574-72 NIS: 20633155130

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA MANOEL DE SANTANA 26 AP-03
CONDOMÍNIO LEONILDO PESSOA DA SILVA
BL-07
DESTERRO/ABREU E LIMA
53570-145 ABREU E LIMA 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
27/09/2019TOTAL A PAGAR (R\$)
0,00CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA ASSIST SOCIAL CONTINUADA - BPC
MonofásicoRESERVADO AO FISCO
9EA9.D0EC.94C9.BC3E.5487.4588.E51E.362E

DESCRÍÇÃO DA NOTA FISCAL

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,00	0,19198125	5,75
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,00	0,32911071	23,03
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	4,41	0,49366607	2,17
Acréscimo Bandeira VERMELHA			2,35
Contrib. Ilum. Pública Municipal			13,01
Multa por atraso-NF 073630858 - 15/08/19			0,65
Juros por atraso-NF 073630858 - 15/08/19			0,01
TOTAL DA FATURA			46,97

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS	PIS		COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPPOSTO
0,00	0,00	33,30	0,81	0,26	33,30 3,72 1,23

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO
Consumo Ativo até 30 kWh	0,19198125	kWh
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	0,32911071	
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	0,49366607	
SET 19	104	
AGO 19	105	
JUL 19	134	
JUN 19	102	
MAI 19	114	
ABR 19	98	
MAR 19	106	
FEV 19	111	
JAN 19	130	
DEZ 18	148	
NOV 18	74	
OUT 18	71	
SET 18	65	

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA		
00000003152551230	CAT	15/08/2019	3.559,00	13/09/2019	3.865,00	29	1,00000 0,00 106,00

[DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 16/10/2019]

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
Descrição	Conjunto	Valor Apurado	Meta Mensal	Meta Trimestre	Meta Anual
DIC-No de horas sem Energia	CRUZ DE REBOUCAS	0,00 5,19	10,38	20,77	
FIC-No de vezes sem Energia		0,00 3,30	6,60	13,20	
DMIC-Duração máxima de Interrupção contínua		0,00 2,84	0,00	0,00	
DICRI-Duração de Interrupção em dia crítico			Limite DICRI: 12,22		
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 15,39					
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! copiadora genesis: av dq de caxias 942 boa esperança / farma+vida: rua torres galvão jardim caetesLista completa em www.celpe.com.br."
Na data da leitura a bandeira em vigor é Vermelha. Mais informações em www.aneel.gov.br.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2% (Res414/ANEEL), Juros 1% a.m (Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês
Isenção do ICMS conforme art. 9, XLVIII, a, 2.2.2, do ICMS-PE.
Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei N° 10.438 de 26/04/02 - R\$ 31,13 .
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO
007017196175	09/2019	0,00	27/09/2019

FATURA PAGA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

NÍVEIS DE TENSÃO

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

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

ATENDIMENTO: AVENIDA BRASIL - NUM. - 00931 - LOJA-5 - CENTRO
ABREU E LIMA PE 53525-790

DADOS DO CLIENTE
ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS MATRÍCULA: 103668667 Ago/2019
R JOAQUIM NABUCO, N. 00200 - - TIMBO ABREU E LIMA PE 53520-17
INSCRIÇÃO: 165.135.120.0443.000 GRUPO:7 DEB.AUTOMATICO: 103668667

SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL	RESIDENCIAL	QUANTIDADE DE ECONOMIAS	PÚBLICA
HIDROMETRO A17S224252	DATA LEIT ANTERIOR 30/07/2019	DATA LEIT ATUAL 29/08/2019	TIPO DE CONSUMO (A/E) MEDIA HD	

ÁGUA:
LEIT ANT: 3 CONSUMO:1
LEIT ATU:3
LEIT FAT: 3 HD PARADO

HISTÓRICO DE CONSUMO
REFERÊNCIA CONSUMO

07/2019	01	PARAMETROS	NUMERO DE AMOSTRAS	
06/2019	01	TURBIDEZ	83	EXIG. PORT. MS 2.914/11 ANALISES REALIZ.
05/2019	01	COR APARENTE	83	83 82
04/2019	01	CLORO RESIDUAL	83	83 80
03/2019	01	COLIF. TOTAIS	83	83 81
02/2019	01	E. COLI	83	83 82

MÉDIA: 01

Qualidade de Água: www.compesca.com.br

OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS.
(2) OS PARAMETROS COFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA.
(3) OS PARAMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

ÁGUA
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)
CONSUMO DE ÁGUA
COMERCIAL 1 UNIDADE(S)
CONSUMO DE ÁGUA

CONSUMO

TOTAL(R\$)

1 M3 44,08
0 M3 64,84

MULTA P/ IMPONTUALIDADE 07/2019
JUROS DE MORA 05/2019 06/2019

2,10
1,99

TRIBUTOS	BASE DE CALCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPOSTO
PIS	108,92	3,65	1,80
COFINS	108,92	7,60	8,28

VENCIMENTO: 15/09/2019 TOTAL A PAGAR: 113,01

MENSAGEM:

29/08/2019 12:56:52
IMPRESSO EM:

VIA DO CLIENTE