



DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

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

Pelo exposto, eu Rosana de M. S. Cavalcante, portador(a) do RG nº 6.970.802, expedido por SBS - PE, em ___/___/___, CPF/CNPJ nº 031.394.744-25,

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Paulo

Pedro da Silva, do sinistro de DPVAT da natureza Invalidez

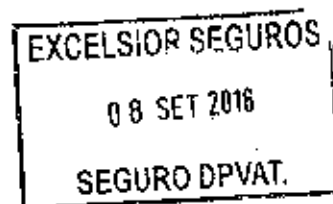
da vítima Paulo Pedro da Silva, e conforme

determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Recusou Renda Mensal: R\$ Recusou

Documentos comprobatórios: Recusou

Rosana de M. S. Cavalcante
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO





Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Janicélia SilvaRG nº 8.589.807 data de expedição 10/06/2008Orgão SBS-PE portador do CPF nº 095.389.364-26 com domicílio na cidade de Floresta no Estado dePernambuco onde residio na (Rua/Avenida/Estrada)FZ STA Luzia nº 15complemento Casa declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

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

vítima Paulo Pedro da Silva cujo o condutor eraPaulo Pedro da SilvaVeículo: NOTOCICLETAModelo: HONDA / CG 150 TITAN KSAno: 2009 / 2009Placa: RHT 2607Chassi: 9C2KC15109R045371Data do Acidente: 28-05-2016Local e Data: Senna Talhada

Assinatura do Declarante

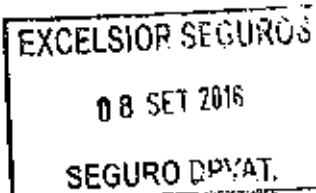
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



CARTÓRIO ÚNICO DE FLORESTA-PE / Mariatela Feltosa Simões Ferreira
 Rua Alcina Torres de Araújo, 89 - Floresta - PE - CEP: 54400-009 - Fone/Fax: (87) 3873-1025 - e-mail: cartoriofloresta@yahoo.com.br

Reconheço Por Autenticidade a firma de JANICÉLIA SILVA, dou fé.
 Floresta-PE, 17/08/2016 08:51:53. Em testemunho da da verdade.
 KATIA DINIZ MARQUES DE SA - Escrevente. Enol.: 3,27 TERN: 0,73 FERG:
 0,36 TOTAL: 4,36. Selo: 0076810.HCC08201602.00815. Consulte a
 autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital.

Kátia Diniz Marques de Sa





PREFEITURA MUNICIPAL DE
FLORESTA

ATENDIMENTO MÉDICO AMBULATORIAL DE URGÊNCIA
CAS: 704 5026 8655 0220
NOME
ENTIDADE PRESTADORA DO ATENDIMENTO
HOSPITAL CEL. ÁLVARO FERRAZ

CÓDIGO

00012378

FUNDIÇÃO

RUA ALCINA TORRES DE ARAÚJO

LOCALIDADE

FLORESTA

ESTADO

PE

CEP

56400-000

NOME

Paulo Paulo da Silva

SEGURADO

PROFISSÃO

IDADE

09/06/68

CARTÃO DE UTILIZAÇÃO DO BENEFICÁRIO (SAÚDE)

ENDEREÇO DO LOCAL DE TRABALHO

LOCALIDADE

ESTADO

CEP

PACIENTE

QUANTO CASO NÃO PREENCHER NOME E IDADE
NOME 1
NOME 2

ENDEREÇO DA RESIDÊNCIA

LOCALIDADE

ESTADO

CEP

Floresta

ESTADO

CEP

CARTÃO DE IDENTIDADE DO BENEFICÁRIO (SAM-61)

NÚMERO

ÓRGÃO EMISSOR

OUTRO DOCUMENTO DE IDENTIDADE (admissível em casos excepcionais durante dois dias úteis)

DO ATENDIMENTO

RAÇÃO DO ATENDIMENTO

HORA DO ATENDIMENTO

2805/68

8 SET 2018

SIM

Nº VÍZES

13615

MOTIVO DO ATENDIMENTO

Transtorno mental

DESCRIÇÃO SUMÁRIA DO EXAME CLÍNICO

Exame físico

Obs.: Anexar os resultados dos exames complementares realizados.

DIAGNÓSTICO

CID

Transtorno de personalidade

CODIGO

PROCEDIMENTO

Exame físico

NATUREZA DO ATENDIMENTO

1 CLÍNICO

5 PSIQUIÁTRICO

9 ACIDENTE EM GERAL

2 CIRÚRGICO

6 TIPO PNEUMOLÓGICO

10 ACIDENTE DO TRABALHO

3 OBSTÉTRICO

7 ODONTOLÓGICO

4 PEDIÁTRICO

8 OUTRO

MEDICAÇÃO

ENCAMINHAMENTO

1 PRESCRITA

1 PARA RESIDÊNCIA

3 INTERNAÇÃO

5 OUTROS

2 APLICADA

2 PARA AMS

4 OUTRO

NOME DO HOSPITAL PARA ONDE FOI ENCAMINHADO O PACIENTE

ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL

CARIMBO CRM OU CRO

ASSINATURA DO PACIENTE OU ACOMPANHANTE

Bruna da Silva Ferreira

Mat. 2509

INSTRUÇÕES

Inaldo Silva Amorim

Preencher legivelmente (leia os campos sob pena de não ser considerado o atendimento). Assinale com "X" as quadriculas procedidas de número, marcando a alternativa. São responsáveis pela informação o médico ou odontólogo assistente e os diretores da unidade conveniada ou contratada. A inscrição feita sob falsas supostas as infrações às sanções dos arts. 171 e 298 do Código Penal.

[illegible]

Todas as anotações feitas, devem ser rubricadas pelo responsável.



Hospital Cel. Álvaro Ferraz

Secretaria Municipal de Saúde
Sistema Único de Saúde

Paulo Pedro da Silva

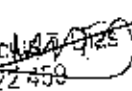
R/

ATESTADO MÉDICO

Paciente, 48 anos, com história de traumatismo após queda de motocicleta, referindo escoriações e ulcerações em região de bacia (D), sem fratura óssea.

(U): S90.9

20/07/16

Dr. Marcus Vinícius 
CRM-PE 22.459
Médico

Rua Alcina Torres de Araújo, s/n - Fone: (87) 3877.1192 - Centro - Floresta - PE

EXCELSIOR SEGUROS

08 SET 2016

SEGURO DPVAT.

DOCUMENTO 3 *T3*



REPUBLICA DE SAN CARLOS DE BOQUIA
SECRETARIA DE DEFENSA
SECRETARIA DE DEFENSA

VALORES EM 1000
0 TERRITÓRIO NACIONAL
1017067334

Nome
ROSANA DE BENEDES SILVA CAVALCANTE

DOC. IDENTIDADE (RG) Expediente
4470802 SDS PE

CPF
051.394.744-25

DATA NASCIMENTO
19/08/1983

FILIAÇÃO
ARCENIO PEREIRA DA SILVA
MARIA JOSE DE MENEZES SILVA

PERMISSÃO
AC - **AC** - **AC** - **AC**

Nº REGISTRO
04935094409

VALIDADE
18/11/2019

1ª HABITAÇÃO
06/05/2010

OBSERVAÇÕES

Assinatura de Rosana de BeneDES Silva Cavalcante

Assinatura do Cidadão

LOCAL
SERRA TALHADA - PE

DATA EMISSÃO
18/11/2014

17031846434
PRO63050153

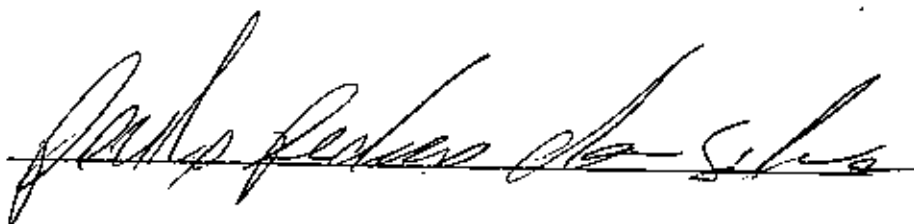
PROIBIDO PLAS/OFICAR
1017067334

EXCELSIOR SEGUROS
08 SET 2016
SEGURO DPVAT.

DECLARAÇÃO

DECLARO PARA OS DEVIDO FINS QUE MINHA CONTA
BANCÁRIA NÃO POSSUI LIMITE E ESTÁ ATIVA CONFORME
DOCUMENTO BANCÁRIO.

SERRA TALHADA, 19 de Agosto de 2016



EXCELSIOR SEGUROS
08 SET 2016
SEGURO DPVAT.

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160546145

Cidade: Floresta

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: PAULO PEDRO DA SILVA

Data do acidente: 28/05/2016

Seguradora: ARUANA SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/09/2016

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: TRAUMA EM HALUX DIREITO

Resultados terapêuticos: A ESCLARECER

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações:

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

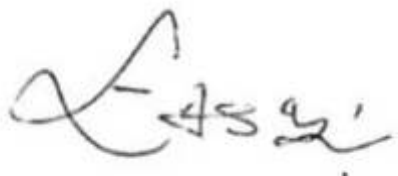
VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: EDSON L D ANDRADE

CRM do médico: 52.44121-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160546145

Cidade: Floresta

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: PAULO PEDRO DA SILVA

Data do acidente: 28/05/2016

Seguradora: ARUANA SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: Escoriações com perda de substâncias no halux direito

Descrição do exame médico pericial: HALUX DIREITO- SEM DÉFICIT FUNCIONAL

Resultados terapêuticos: Tratamento clínico conservador

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data da perícia: 21/09/2016

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: JOAO CESAR DA CUNHA

CRM do médico: 10990-PE

UF do CRM do médico: PE

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: DORES MENDES B C MENDES

CRM do médico: 52.25889-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



Rio de Janeiro, 13 de Setembro de 2016

Carta nº: 9688738

A/C: PAULO PEDRO DA SILVA

Sinistro: 3160546145 ASL-1058206/16
Vitima: PAULO PEDRO DA SILVA
Data Acidente: 28/05/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à CIA EXCELSIOR DE SEGUROS de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 16 de Setembro de 2016

Carta nº: 9714713

A/C: PAULO PEDRO DA SILVA

Sinistro: 3160546145 ASL-1058206/16
Vítima: PAULO PEDRO DA SILVA
Data Acidente: 28/05/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 29 de Setembro de 2016

Carta nº: 9797352

A/C: PAULO PEDRO DA SILVA

Sinistro: 3160546145 ASL-1058206/16
Vitima: PAULO PEDRO DA SILVA
Data Acidente: 28/05/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

Ref.: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Prezado(a) Senhor(a),

Após avaliação dos documentos que nos foram enviados, a assessoria médica verificou que os danos pessoais decorrentes do seu acidente, após o tratamento médico, não resultaram em invalidez permanente.

Como o Seguro DPVAT somente paga indenização a pessoas que tenham invalidez permanente, o seu pedido foi negado.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04, ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **3160546145 - 1**
Nome do(a) Examinado(a): **PAULO PEDRO DA SILVA**
Endereço do(a) Examinado(a): **FAZ STA LUZIA nº 56 - ZONA RURAL - FLORESTA/PE**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 4492207 - SSP**
Data local do exame: **21/09/2016 SERRA TALHADA/PE**

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

Escoriações com perda de substâncias no halux direito

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

☒ SIM ☐ NÃO

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

☒ SIM ☐ NÃO

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicação.

Tratamento clínico conservador

III. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

☐ SIM ☒ NÃO

Existindo seqüela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

IV. Segundo o 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(*)

☐ Vítima em tratamento ☒ Sem seqüela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

☐ Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações(*)

☐ Total = "100% da IS"

V. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valorização do dano corporal.

HALUX DIREITO- SEM DÉFICIT FUNCIONAL -

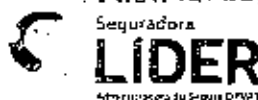
Local e data de realização do exame médico legal:

PE - SERRA TALHADA, 21/09/2016

Médico Perito: JOAO CESAR DA CUNHA CRM: 10990-PE

JOAO CESAR DA CUNHA
Médico Perito
CRM 10990
21/09/2016

Assinatura do perito Examinador - CRM



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

EU, Paulo Pedro da Silva
 PORTADOR(A) DO RG Nº CNH: 05840315576 EXPEDIDO POR DETRAN - PE EM 25/08/2016 E
 CPF 536461934-68 / CNPJ 0000000000-000000-00, PROFISSÃO Agricultor
 E RENDA MENSAL DE R\$ 00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Paulo Pedro da Silva, AUTORIZO A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação da proposta de abertura de conta como documento corroboração dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação do código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 001 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1061-8 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 17.898-5

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

EXCELSIOR SEGUROS

08 SET 2016

SEGURO DPVAT

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

Serra Talhada 19 de Agosto de 2016
 LOCAL E DATA



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente); indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na Lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
09/08/2016 - Autoatendimento - 08:32:01
106173756 0051

EXTRATO DE POUPANCA PARA SIMPLES CONFERENCIA
EXTRATO DE POUPANCA OURO/POUPEX

AGENCIA: 1061-8 CONTA: 17.898-5
VARIACAO: 51
CLIENTE: PAULO PEDRO DA SILVA

DATA	DT.BS	HISTORICO	VALOR
-----Julho/2016-----			
0907		SALDO ant.	
2107	22	REAJ. MON. BC	2.100,00 C
2107	22	JURDS	0,00 C
2507	26	REAJ. MON. BC	0,00 C
2507	26	JURDS	0,00 C
-----Agosto/2016-----			
0508	05	DEP. DINHEIRO	1.500,00 C
0808	05	SAQUE	1.500,00 D
		08/08 10:27 SAA-FLORESTA	
0808	08	BLOQ. 1 DIA	2.500,00 C

DISPONIVEL			450,51 C
VLR. BLOQUEADO			3.000,00 D
SALDO TOTAL			4.500,51 C

DEPOSITOS EM CHEQUES SUJEITOS A DEVOLUCAO			
BLOQ. 1 DIA			0,00 C

SALDO POR DATA BASE

05	1.500,00 C
08	3.000,00 C
22	0,00 C
26	0,00 C

MENSAGENS DIVERSAS

SELIC igual/menor que 0,5% A.A.: TR+70% DA SELIC
SELIC maior que 0,5% A.A.: TR+0,5% A.M.

Leia no verso como conservar este documento,
entre outras informações.

EXCELSIOR SEGUROS

08 SET 2016

SEGURO DPVAT.

DOCUMENTO 1 *T1%



ASL 1058206/16

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 187ª CIRCUNSCRIÇÃO - FLORESTA - DP187ªCIRC
DINTER2/22ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **16E0277000872**

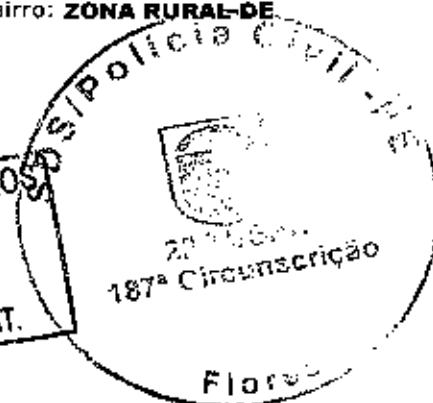
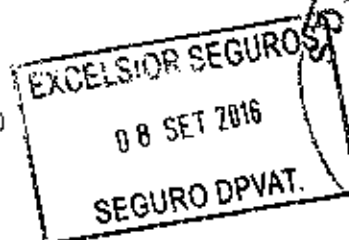
Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **08/08/2016** às **10:24**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **28/5/2016** às **13:15**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE FLORESTA (BAIRRO), 1, APOS A ENTRADA DO ASSENTAMENTO ANGICO, PE 390, ENTRE OS KM'S 68 E 69** - Bairro: **ZONA RURAL-DE FLORESTA - FLORESTA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

ANIMAL NA PISTA (AUTOR/AGENTE)
JANICELIA SILVA (OUTRO)
GENEILSON JOSE DE SOUZA (TESTEMUNHA)
DILSON PEREIRA DA SILVA (TESTEMUNHA)
CICERO RICARDO DA SILVA (VITIMA)
PAULO PEDRO DA SILVA (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **PAULO PEDRO DA SILVA**

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

CICERO RICARDO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MERANDOLINA RICARDO DA SILVA** Pai: **ALFREDO RICARDO DA SILVA** Data de Nascimento: **13/8/1973** Naturalidade: **FLORESTA / PERNAMBUCO / BRASIL**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE FLORESTA (BAIRRO), 1, ASSENTAMENTO CACIMBA NOVA - CEP: 0 - Bairro: ZONA RURAL DE FLORESTA - FLORESTA/PERNAMBUCO/BRASIL**

GENEILSON JOSE DE SOUZA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA MARIANA DE SOUZA** Pai: **JOSE JOÃO DE SOUZA** Data de Nascimento: **16/7/1981** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

Endereço Residencial: **RUA CAPITAO ELOY TORRES DE BARROS, 28 - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - FLORESTA/PERNAMBUCO/BRASIL**

DILSON PEREIRA DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA AUXILIADORA DA SILVA** Pai: **FRANCISCO PEREIRA DA SILVA** Data de Nascimento: **22/2/1978** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

Endereço Residencial: **RUA MANOEL DOMINGOS NOVAES, 150, CAITANO II - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - FLORESTA/PERNAMBUCO/BRASIL**

PAULO PEDRO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **JARDELINA MARIA DE SOUZA**

Pai: **PEDRO ARISTIDES DA SILVA** Data de Nascimento: **9/1/1968** Naturalidade: **BETANIA / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE FLORESTA (BAIRRO), 1, ASSENTAMENTO CACIMBA NOVA - CEP: 0 -**
Bairro: ZONA RURAL DE FLORESTA - FLORESTA/PERNAMBUCO/BRASIL

JANICELIA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **EDILEUZA MARIA DA SILVA** Pai: **MANOEL PEDRO DA SILVA** Data de Nascimento: **15/5/1990** Naturalidade: **IBIMIRIM / PERNAMBUCO / BRASIL**

ANIMAL NA PISTA - Ramo de Atividade: **NAO 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): **JANICELIA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **PAULO PEDRO DA SILVA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KHT2607** (PERNAMBUCO/FLORESTA) Renavam: **149395981** Chassi: **9C2KC15109R045371**
Ano Fabricação/Modelo: **2009/2009** Combustível: **GASOLINA**

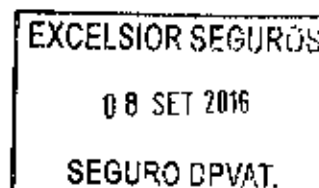
Complemento / Observação

INFORMAM AS VITIMAS QUE VINHAM NUMA MOTO QUANDO ATRAVESSOU NA RODOVIA DE REPENTE UMA CABRA, NAO DANDO TEMPO DE EVITAR O CHOQUE COM O ANIMAL. COM ISSO AS VITIMAS VIERAM A CAIR NO CHAO. LOGO APOS VEIO PASSANDO UM VEICULO DE LOTACAO AO QUAL DEU SOCORRO AS VITIMAS. O SR. PAULO PEDRO DA SILVA VINHA CONDUZINDO A MOTO ENQUANTO O CICERO ERA O GARUPA. O PAULO PEDRO VEIO TER VARIAS ESCORIAÇÕES NOS BRAÇOS E PERNA, INCLUSIVE, UMA SERIA LESÃO NO PÉ DIREITO QUE AINDA NAO CICATRIZOU TOTALMENTE. TENDO O CICERO RICARDO LESIONADO AMBAS AS PERNAS, INCLUSIVE, O JOELHO ONDE PEGOU ALGUNS PONTOS.

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

Cicero Ricardo da Silva
CICERO RICARDO DA SILVA
(VITIMA)
Paulo Pedro da Silva
PAULO PEDRO DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **ALEKSANDRO FERREIRA DE PAULA** - Matrícula: **272840-0**





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Paulo Pedro da Silva, portador da carteira de identidade nº 4492207 e inscrito no CPF/MF sob o nº 536.461.934-68, residente e domiciliado na Fz Sta Luzia, 56 Cidade Flonista Estado Pernambuco, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- ☒) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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

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

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Serra Talhada 19.08.2016

Local e data

EXCELSIOR SEGUROS

08 SET 2016

SEGURO DPVAT.



DOCUMENTO 2 - 1296



PREFEITURA MUNICIPAL DE
FLORESTA

ATENDIMENTO MEDICO AMBULATORIAL DE URGENCIA
CNS: 704 5026 8655 0220

NOME
HOSPITAL CEL. ALVARO FERRAZ

ENDEREÇO

RUA ALCINA TORRES DE ARAUJO

CODIGO

00012378

LOCALIDADE

FLORESTA

ESTADO

PE

CEP

56400-000

SEGURADO

NOME

Paulo Pedro da Silva

PROFISSÃO

IDADE

DATA DE NASCIMENTO

09/01/68

CARTÃO DE IDENTIDADE DO BENEFICIÁRIO (SAM-61)

ENDEREÇO DO LOCAL DE TRABALHO

LOCALIDADE

ESTADO

CEP

PACIENTE

SEGURADO 1 ☐ NESTE CASO NÃO PREENCHER NOME E IDADE

DEPENDENTE 2 ☐ NOME

IDADE

ENDEREÇO DA RESIDÊNCIA

LOCALIDADE

ESTADO

CEP

Flora Nova

CARTÃO DE IDENTIDADE DO BENEFICIÁRIO (SAM-61)

NÚMERO

ÓRGÃO EMITENTE

OUTRO DOCUMENTO DE IDENTIDADE (admissível em casos excepcionais durante dois dias úteis)

DATA DO ATENDIMENTO

28/05/88

ASSPETÇÃO DO ATENDIMENTO

1º VIZINHO

2º VIZINHO

HORA DO ATENDIMENTO

13h45

MOTIVO DO ATENDIMENTO

Tramite de maternidade;

2 - DESCRIÇÃO SUMÁRIA DO EXAME CLÍNICO

Entrevista

OBS.: Anexar os resultados dos exames complementares realizados.

DIAGNÓSTICO

CID

Transtorno de ansiedade

PROCEDIMENTO

CODIGO

Transtorno de ansiedade

NATUREZA DO ATENDIMENTO

CODIGO

1 CLÍNICO

6 PSICOMOTRIZ

9 ACIDENTE EM GERAL

2 CIRÚRGICO

6 TIPO PNEUMOLÓGICO

10 ACIDENTE DO TRABALHO

3 OBSTÉTRICO

7 ODONTOLÓGICO

8 OUTRO

4 PEDIÁTRICO

8 OUTRO

ENCAMINHAMENTO

1 PRESCRITA

1 PARA RESIDÊNCIA

3 INTERMEDIÇÃO

5 OUTROS

2 APLICADA

2 PARA AMS

4 OUTRO

NOME DO HOSPITAL PARA ONDE FOI ENCAMINHADO O PACIENTE

ASSINATURA DO MEDICO

CARTÃO CRM OU CRO

ASSINATURA DO PACIENTE OU ACOMPANHANTE

Diana da Silva Freire

Inaldo Silva Amorim

Mat. 2509

Administrador

INSTRUÇÕES

Preencher legivelmente todos os campos sob pena de não ser considerado o atendimento.

Assinalar com "X" as qualificações procedidas de número, marcando a alternativa.

São responsáveis pela informação o médico ou odontólogo assistente e os funcionários da unidade conveniada ou contratada.

A notificação deve ser feita sob pena de aplicação das sanções das art. 171 e 208 do código penal.

08-79-875 10377-74

HOSPITAL CEL. ALVARO FERRAZ

R. Alcina Torres de Araújo, 33
Centro - 065 55.400-000

Floresta - PE



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Paulo Pedro da SilvaRG nº 4492207, data de expedição / / , Órgão SDS - PE

CPF nº 536.461.934-68, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	FZ STA Luzia
Número	56
Apto / Complemento	Casa
Bairro	Sta Paula - Rural
Cidade	Floresta
Estado	PE
CEP	56400-000
Telefone de Contato	(87) 9634-4907 / 9634-9291
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Serra Talhada 19.08.2016

Assinatura do Declarante:

EXCELSIOR SEGUROS

08 SET 2016

SEGURO DPVAT.

*Especia Vol C/C ABERTO



Tarifa Social de Energia Elétrica, Criada pela Lei 10.438, de 25/04/02
 Companhia Energética de Pernambuco
 Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50035-800
 CNPJ 10.925.932/0001-05 | Insc. Est. 0005643-03 | www.celpe.com.br

MANUELA QUITERIA DO CARMO SILVA

FZ STA LUZIA 36

CPF: 056.930.574-52 NIS: 15413960809

SIA PAULA - RUA VAL/SANTA PAULA
 FLORESTA PE
 55420-000

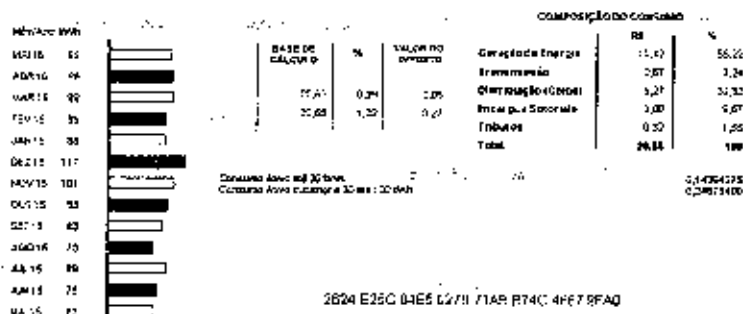
E: RESIDENCIAL
 BARRA FENIA COM VMS
 MONTABEIRO

CONTA CONTRATO 4002293434 MÊS/ANO 05/2016
 DATA DE VENCIMENTO 20/05/2016 DATA DE VENCIMENTO PROXIMA LEITURA 14/06/2016
 TOTAL A PAGAR (R\$) 23,00

Nº DA NOTA FISCAL 001501121 SÓCIO UNICA CATEGORIA 12A/27/2115
 APRESENTAÇÃO 12/05/2016 Nº DO CLIENTE 2011813718 Nº DA INSTALAÇÃO 1130782

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo 20 kWh	30,0000000	0,19519815	4,36
Consumo Ativo Superior a 30 até 100 kWh	85,0000000	0,25080161	15,30
Contribuição Iluminação Pública			2,15
Pagamento Interrupção Energia			-0,31
TOTAL DA FATURA			23,00

Nº DO MÊS ANTERIOR	TIPO DA FATURA	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
05/2015	CA1	12/04/2015	10.250,00	12/05/2015	10.999,00	30	1,0000		16,00



Medição de energia elétrica realizada por meio de medidor eletrônico, em conformidade com a Resolução 476/2012 da ANEEL. O cliente é responsável por manter o medidor em condições adequadas para a medição correta. Em caso de suspeita de falha no medidor, o cliente deve entrar em contato com a Companhia Energética de Pernambuco para solicitar a troca do medidor. A tarifa de energia elétrica é calculada com base no consumo de energia elétrica em kWh, com acréscimo de 6,77% de energia distribuída.

ATENÇÃO! A CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ATRASO
 Condições de não pagamento de 01/05/2015 até o presente momento.

Mês/Ano	Valor devido	Valor pago	Valor em atraso	Mês/Ano	Valor devido	Valor pago	Valor em atraso
05/2015	14,00	14,00	0,00	05/2016	14,00	0,00	14,00
06/2015	14,00	14,00	0,00	06/2016	14,00	0,00	14,00
07/2015	14,00	14,00	0,00	07/2016	14,00	0,00	14,00
08/2015	14,00	14,00	0,00	08/2016	14,00	0,00	14,00
09/2015	14,00	14,00	0,00	09/2016	14,00	0,00	14,00
10/2015	14,00	14,00	0,00	10/2016	14,00	0,00	14,00
11/2015	14,00	14,00	0,00	11/2016	14,00	0,00	14,00
12/2015	14,00	14,00	0,00	12/2016	14,00	0,00	14,00
01/2016	14,00	14,00	0,00	01/2017	14,00	0,00	14,00
02/2016	14,00	14,00	0,00	02/2017	14,00	0,00	14,00
03/2016	14,00	14,00	0,00	03/2017	14,00	0,00	14,00
04/2016	14,00	14,00	0,00	04/2017	14,00	0,00	14,00
05/2016	14,00	0,00	14,00	05/2017	14,00	0,00	14,00

Em caso de não pagamento de energia elétrica, a Companhia Energética de Pernambuco, por meio do Departamento de Cobrança, poderá tomar as medidas necessárias para a suspensão do fornecimento de energia elétrica, com o intuito de garantir o pagamento da dívida.

Medição de energia elétrica realizada por meio de medidor eletrônico, em conformidade com a Resolução 476/2012 da ANEEL. O cliente é responsável por manter o medidor em condições adequadas para a medição correta. Em caso de suspeita de falha no medidor, o cliente deve entrar em contato com a Companhia Energética de Pernambuco para solicitar a troca do medidor. A tarifa de energia elétrica é calculada com base no consumo de energia elétrica em kWh, com acréscimo de 6,77% de energia distribuída.

VALOR DEVEDOR	VALOR PAGADO	LIMITE ANUAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE SEMESTRAL	TAXA DE JUROS	LIMITE DE VARIAÇÃO DO JURO
23,00	0,00	6,15	17,30	24,60	2,00	3,00
	0,00	3,45	6,85	10,30		
	0,00	3,45	6,85	10,30		

Limite 2016: 12,77 R\$ - Valor do limite de 12,77 do Sistema de Distribuição - R\$ 12,77

CONTA CONTRATO 4002293434 MÊS/ANO 05/2016 DATA DE VENCIMENTO 20/05/2016 TOTAL A PAGAR (R\$) 23,00

83876000000-1 23000011004-8 00229343410-3 03044605793-4



EXCELSIOR SEGUROS
 08 SET 2016
 SEGURO DPVAT



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

EU, Rosana de Menezes Silva CavalcanteRG nº 6.870.802, data de expedição / / , Órgão SPS - PE,

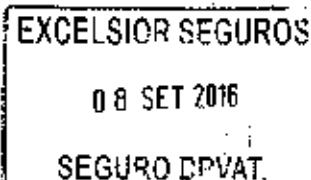
CPF nº 051.394.744 - 25 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Francisco Orlauo</u>
Número	<u>110</u>
Apto / Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>--IPSEP--</u>
Cidade	<u>Serra Talhada</u>
Estado	<u>PE</u>
CEP	<u>56912-130</u>
Telefone de Contato	
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Serra Talhada 19.08.2016

Assinatura do Declarante: Rosana de M. S. Cavalcante





Tarifa Social de Energia Elétrica: Citada pela Lei 13438, de 26/04/02

NOTA FISCAL Nº 2278078019 - FATURA - CÔNYA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Deus, 141, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902
CNPJ 10.975.922/0001-08 | Ins. Est. 0005943-43 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
MARGARIDA ALVES CAVALCANTE

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA FRANCISCO OLAVO 118

CPF 388 710 364-15

IPSE/SERRA TALHADA
SERRA TALHADA PE
56912-130

CLASSIFICAÇÃO
E1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
MANSÃO

CNPJ DA EMPRESA: 002284776
TIPO DA UNIDADE: UNICA
DATA DE VENCIMENTO: 27/08/2018

APRESENTAÇÃO: 17/08/2018
Nº DE CONTADOR: 2000138280
Nº DE RECONTO: 267282

CONTA CONTRATO	2278078019	SERIAL	08/2018
DATA DE VENCIMENTO	27/08/2018	DATA DE EMISSÃO	19/07/2018
TOTAL A PAGAR (R\$)	124,16		

OBSERVAÇÃO DA NOTAFISCAL			
Consumo Ativo (kWh)	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Contribuição Iluminação Pública	177,0000000	0,93000671	161,57
ICMS Subv. 3a CDE-MF 007/11/153-18/04/15			7,39
Multa por atraso NF 002131828 - 18/05/18			1,12
Juros por atraso NF 002131828 - 18/05/18			2,43
PRO-CRIANÇA (08175417-95503007)- 08/08			0,77
			0,89
TOTAL DA FATURA			

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL							
Nº DE MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	LEITURA	ATUAL DATA	LEITURA	Nº DE CONTADOR	CONSUMO (kWh)
301074279	EL	18/06/2018	1215170	17/08/2018	1216000	13000	177,00

HISTÓRICO DE CONSUMO		COMPARAÇÃO DO CONSUMO	
JUN 18 177			
MAY 18 210			
APR 18 250			
MAR 18 188			
FEV 18 201			
Jan 18 215			
DEZ 18 262			
NOV 18 247			
OUT 18 237			
SE 18 186			
AGO 18 173			
JUL 18 163			
JUN 18 188			

PERÍODO DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPORTE	Descrição do Imposto	R\$	%
ICMS	111,53	24,00	Contribuição de Iluminação Pública	41,26	23,26
PIS	111,53	0,36	Transmissão	1,61	1,37
COPINS	111,53	4,12	Distribuição (Redes)	24,33	24,33
			Encargos Gerais	11,24	4,37
			Taxas	51,41	26,94
			Total	111,88	100

TARIFAS APLICADAS (Centavos)

DEZ 18 262	
NOV 18 247	
OUT 18 237	
SE 18 186	
AGO 18 173	
JUL 18 163	
JUN 18 188	

REBRASADO APOSTO
DMS 5178 401E 85/8 3815 A7CA 7244 1F60

INFORMAÇÕES IMPORTANTES
Releia de leitura e leitura e em vigor e em vigor. Para mais informações, consulte o site www.celpe.com.br. O cliente é responsável por manter o medidor em funcionamento e em boas condições. O cliente é responsável por manter o medidor em funcionamento e em boas condições. O cliente é responsável por manter o medidor em funcionamento e em boas condições.

Atenção: O cliente deve manter o medidor em funcionamento e em boas condições. O cliente é responsável por manter o medidor em funcionamento e em boas condições. O cliente é responsável por manter o medidor em funcionamento e em boas condições.

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES				
TIPO DE INTERRUPÇÃO	TEMPO (min)	FREQUÊNCIA (vezes/mês)	VALOR (R\$)	VALOR (R\$)
INTERRUPÇÃO	0,3	4,5	11,70	11,70
INTERRUPÇÃO	0,3	4,5	11,70	11,70
INTERRUPÇÃO	0,3	4,5	11,70	11,70

NÍVEL DE TENSÃO		
TIPO DE TENSÃO	VALOR (R\$)	VALOR (R\$)
TIPO DE TENSÃO	270	237

Valor médio: 17,27

CONTA CONTRATO: 2278078019
SÉRIAL: 08/2018
DATA DE VENCIMENTO: 27/08/2018
TOTAL A PAGAR (R\$): 124,16

