

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190636886 **Cidade:** Santa Cruz do Capibaribe **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SEVERINO JOSE DA SILVA **Data do acidente:** 20/11/2018 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

PARECER

Diagnóstico: Fratura proximal do úmero esquerdo.

Descrição do exame físico: Ao exame apresenta severa redução da amplitude da abdução e adução do ombro esquerdo.

Resultados terapêuticos: Tratamento com redução incruenta da fratura em 20/11/2018, evoluindo sem complicações, com alta definitiva ortopédica.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do ombro esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 22/11/2019

Conduta mantida:

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
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190636886 **Cidade:** Santa Cruz do Capibaribe **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SEVERINO JOSE DA SILVA **Data do acidente:** 20/11/2018 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

PARECER

Diagnóstico: Fratura proximal do úmero esquerdo.

Descrição do exame físico: Ao exame apresenta severa redução da amplitude da abdução e adução do ombro esquerdo.

Resultados terapêuticos: Tratamento com redução incruenta da fratura em 20/11/2018, evoluindo sem complicações, com alta definitiva ortopédica.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do ombro esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 22/11/2019

Conduta mantida:

Observações:

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 ombros	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190636886 **Cidade:** Santa Cruz do Capibaribe **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SEVERINO JOSE DA SILVA **Data do acidente:** 20/11/2018 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA LUXAÇÃO DE OMBRO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE).
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: @5 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 ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0398948/19

Vítima: SEVERINO JOSE DA SILVA

CPF: 608.102.974-34

Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

Data do acidente: 20/11/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: SEVERINO JOSE DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

SEVERINO JOSE DA SILVA : 608.102.974-34

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: 13/11/2019
Nome: SEVERINO JOSE DA SILVA
CPF: 608.102.974-34

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/11/2019
Nome: Steffany Caroliny Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

SEVERINO JOSE DA SILVA

Steffany Caroliny Lins Veloso

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3190636886**

Nome do(a) Examinado(a): **SEVERINO JOSE DA SILVA**

Endereço do(a) Examinado(a):

Rua Professora Ivani Batista da Silva, 256 - Nova Santa Cruz - Santa Cruz do Capibaribe - PE - CEP 55

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**MTPS /PE**] **92883**

Data e local do acidente: [**20/11/2018**] **Santa Cruz do Capibaribe**

Data e local do exame: [**22/11/2019**] **Caruaru** [**PE**]

Resultado da Avaliação Médica

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

Fratura proximal do úmero esquerdo.

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

Ao exame apresenta severa redução da amplitude da abdução e adução do ombro esquerdo.

III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[☒] Sim [☐] Não

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

Tratamento com redução incruenta da fratura em 20/11/2018, evoluindo sem complicações, com alta definitiva ortopédica.

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[☒] Sim [☐] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Limitação funcional do ombro esquerdo

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

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 (*).

☐ "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 (Sequela):

Ombro esquerdo

% do dano: ☐ 10% residual ☐ 25% leve
☐ 50% médio ☒ 75% intensa ☐ 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ☐ 10% residual ☐ 25% leve
☐ 50% médio ☐ 75% intensa ☐ 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ☐ 10% residual ☐ 25% leve
☐ 50% médio ☐ 75% intensa ☐ 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% 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.



Andrea Rodrigues Madeira - CRM: 19953 - PE

Rio de Janeiro, 13 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190636886

Vítima: SEVERINO JOSE DA SILVA

Data do Acidente: 20/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), SEVERINO JOSE DA SILVA

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

Rio de Janeiro, 18 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190636886 Vítima: SEVERINO JOSE DA SILVA

Data do Acidente: 20/11/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), SEVERINO JOSE DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 09 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190636886

Vítima: SEVERINO JOSE DA SILVA

Data do Acidente: 20/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), SEVERINO JOSE DA SILVA

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 28 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190636886

Vítima: SEVERINO JOSE DA SILVA

Data do Acidente: 20/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), SEVERINO JOSE DA SILVA

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\$ 2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: **SEVERINO JOSE DA SILVA**

Valor: **R\$ 2.531,25**

Banco: **237**

Agência: **000003211-5**

Conta: **0000077277-1**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASZ: 3 - CPF da vítima: 608.102.974-34 4 - Nome completo da vítima: Severino José da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FOLHA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 485/2012

5 - Nome completo: Severino José da Silva 6 - CPF: 608.102.974-34

7 - Profissão: Numa 8 - Endereço: Rua Prop. Imani B. Silva 9 - Número: 256 10 - Complemento:

11 - Bairro: Nova Cruz 12 - Cidade: São Luís do Maranhão 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55194-309

15 - E-mail: Numa 16 - Telefone: (81) 99304-6299

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:

☒ RECUSO INFORMAR
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☐ CONTA POUPOANÇA (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: BANIÉSCO

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 3211 CONTA: 77277

(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 de 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 (assinale 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 assumado, 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Segundo Matrimônio ☐ 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 herdeiros? ☐ 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.

JOELTON DA SILVA EUSTÓDIO

35 - Nome legível de quem assina a rogatória pedido

109.671.874-00

36 - CPF legível de quem assina a rogatória pedido

Joelton da Silva Eustódio

37 - Assinatura de quem assina a rogatória pedido

38 - 1ª Nome: GILBERTO GOMES FEITOSA

CPF: 769.843.544-04

Gilberto Gomes Feitosa

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: MARIA ISABELA DA SILVA

CPF: 112.363.594-37

Maria Isabela da Silva

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: São Luís (PE), 16/12/19

41 - Assinatura do vítima/beneficiário (documentar)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

AG. RELAC.: 03211 - CARUARU-CTO
PACB : 243 - J M BRINQUEDOS E
PRESENTES

AGENCIA : 03211-CARUARU-CTO
CONTA : 0000000077277-1
NOME : SEVERINO JOSE DA SILVA
DATA : 12/12/2019
MODALIDADE: 00

TIPO PESSOA: FISICA
TIPO CONTA : CONTA CORRENTE
CESTA DE SERVICOS: CESTA EXPRESSO 4 -
R\$ 21,60

NSU BANCO: 003934289380
HORA : 10:43:57

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou AGI: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 415/2012

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail:

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, 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: ☒ REFUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, CURADOR/TUTOR) ☐ CONTA POUPANÇA (somente para as contas abaixo. Assinale uma opção) ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104) ☒ CONTA CORRENTE (todas as bancas) Nome do BANCO: Agência: Conta:

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 efetuação da crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IMIL - 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 (assinale 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.

feito motivo assinado, 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 discordo da sua conclusão.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (em 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 resíduo/herança? ☐ 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 restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

JOELTON DA SILVA CUSTÓDIO

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

109.671.874-00

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

Joelton da Silva Custódio

37 - Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª Nome: GILBERTO GOMES FEITOSA

CPF: 769.843.544-04

Gilberto Gomes Feitosa

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: MARIA ISABELA DA SILVA

CPF: 112.363.594-37

Maria Isabela da Silva

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Sta Cruz do Capibaribe, 13/11/19

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

**BB: Bem-vindo ao BB.
Sua conta esta ativa e o
cartao sera enviado ao seu
endereco. Agencia: 711-0 e
Conta: 32.470-1**



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 064ª CIRCUNSCRIÇÃO - GLORIA DO GOITÁ - DP64ªCIRC
DINTER1/12ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0154001144

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **24/10/2019** às **10:43**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia 20/11/2018 no período da Manhã

Natureza Jurídica: QUEDA DE MOTOCICLETA

Fato ocorrido no endereço: MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, SÍTIO ALGODÃO, ZONA RURAL DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE-PE - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL

Local do Fato: VIA PUBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO SE APLICA (AUTOR / AGENTE)

IVACLEIDISON OLIVEIRA LINS (OUTRO)

SEVERINO JOSÉ DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): SEVERINO JOSÉ DA SILVA



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

SEVERINO JOSÉ DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino

Mãe: MARIA JOSÉ DA SILVA Pai: JOSÉ VALDIVINO DA SILVA FILHO Data de Nascimento: 19/5/1964 Naturalidade: SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE / PERNAMBUCO / BRASIL

Documentos: 60810297434 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1ª. GRAU INCOMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A)

Endereço Residencial: MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 256, RUA PROFESSORA IVANI BATISTA SILVA, 256, NOVA SANTA CRUZ/ SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE-PE - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL

IVACLEIDISON OLIVEIRA LINS (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino

Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

NÃO SE APLICA - Ramo de Atividade: NAO INFORMADO

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

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): IVACLEIDISON OLIVEIRA LINS, que estava em posse do(a) Sr (a): SEVERINO JOSÉ DA SILVA

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/POP 110i** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**
Placa: **PCA1017 (PERNAMBUCO/SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE)** Chassi: **9C2JB0100JR052504**
Ano Fabricação/Modelo: **2018/2018** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

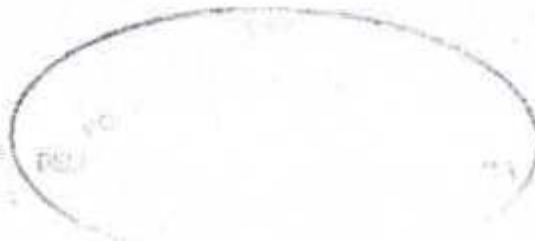
A VÍTIMA QUE CONDUZIA A REFERIDA MOTOCICLETA PRÓXIMO AO SÍTIO ALGODÃO, QUE DESEQUILIBROU COM A TERRA NO TRECHO E ACABOU CAINDO, SOCORRIDA POR POPULARES PARA O HOSPITAL LOCAL DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE-HRA E TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL JESUS PEQUENINO-HJP EM BEZERROS ONDE PASSOU POR PROCEDIMENTO CIRÚRGICO.

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

SEVERINO JOSÉ DA SILVA
(VÍTIMA)

B.O. registrado por: ~~SEVERINO EVALDO DO NASCIMENTO~~ - Matrícula: 159.816-3

Severino Evaldo do Nascimento
Comissário Especial de Polícia
Mat. 159.816-3



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 415/2012

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel (DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, 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: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☐ CONTA POU-PANÇA (somente para os bancos abaixo. Anexar uma cópia) ☒ CONTA CORRENTE (todas as bancas)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: ☐ ☐ CONTA: ☐ ☐ AGÊNCIA: ☐ ☐ CONTA: ☐

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 a dívida, 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 da indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

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

Peço motivo assinado, 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 discordo 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 nascituro(s) (nascido(s))? ☐ 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 restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

JOELTON DA SILVA CUSTODIO

35 - Nome legível de quem assina a rogatória pedido

109.671.874-00

36 - CPF legível de quem assina a rogatória pedido

Joelton da Silva Custodio

37 - Assinatura de quem assina a rogatória pedido

38 - 1ª Nome: GILBERTO GOMES FEITOSA

CPF: 769.843.544-04

Gilberto Gomes Feitosa

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: MARIA ISABELA DA SILVA

CPF: 112.363.594-37

Maria Isabela da Silva

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Sta Cruz do Capibaribe, 13/11/19

41 - Assinatura do representante Legal (se houver)

42 - Assinatura de vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA:

26/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

 $2.531,25$

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SEVERINO JOSE DA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 03211-5

CONTA: 000000077277-1

Nr. Autenticação

BRDESCO2612201905000000000023703211000000077277253125 PAGO

CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

MARIA JOSE DA SILVA

CPF 186 493 354-20

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM NIS
Monofásico

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA PROF. IVANI BÂTISTA SILVA 256

NOVA STA CRUZ/SANTA CRUZ DO CAPIBA
SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE PE
55104-309

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMIÇÃO
017247988	UNICA	18/05/2018

APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INST. ACESSO
18/05/2018	2002483440	3433118

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
1174028024	05/2018
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA
11/06/2018	19/06/2018
TOTAL A PAGAR (R\$)	21,93

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,0000000	0,18410787	5,52
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	45,0000000	0,31581351	14,20
Acrescimo Bandeira AMARELA			0,23
Contribuição Iluminação Pública			1,98

TOTAL DA FATURA

21,93

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
EMERGÊNCIA

Redução 13:30
1. Anestesia
HRA
Cirurgia

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: SEVERINO JOSE DA SILVA
Data Nasc.: 19/05/1964 Idade: 54 Sexo: MASCULINO Cor: PARDA Religião:
CPF: RG: CNS: 898004882664439
Endereço: RUA PROF IVANI BATISTA N°: 256
Bairro: NOVA SANTA CRUZ Cidade: SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE Estado: PE
CEP: 55190000 Fone: 993239078 Profissão: COMERCIANTE
Nome da Mãe: MARIA JOSE DA SILVA
Acompanhante:
Motivo do Atendimento: QUEDA DE MOTO
Clínica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

2 - ATENDIMENTO Data: 20/11/2018 10:15 Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

AVARIA DENTEM COM FRATURA EM BASTO
EQUINO, COM AVULSO DE VÓS E CRISTAS

Exame Físico:

BLA DA MALHADA / DON 7 MALHADA
E UNIFORME NO MOVIMENTO

PA: FC: FR:

Diag. Provisório:

FRATURA LACRADA DO OMBRO (E)
TROUPE LACRADA

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
RAIO - X
DATA 20/11/18

Prescrição:

Dieta:

Data	Horário
① DIETA COM LENO	
② SPT 5% 600 ml PIVO	
③ AVALIAÇÃO ANESTESISTA PARA CURETAGE	
At - Realizada Redução Intraóstea	
At - Solicito Rx Controle	
União E. (APIP)	
Dr. Cláudio Ribeiro	
Cirurgião	
CNPJ 20644	

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE - SES

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Unidade de Saúde:

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Nome do Paciente:

SILVANO LOPES DA SILVA Nº:

Clinica:

0001014

Leito Nº:

DATA

HORA

EVOLUÇÃO

01/06/2018
15:00h

Exames
II FARMACOLÓGICA (ambu)

Chama com leve dor e tosse no
umbral direito. Fez exame de
urina, permanecendo com a urina
normal. Continua
sem dor



100

21/11/18

Paciente sem dor
SI ZTG com dor
D. Alexsandro de F.



PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RECEITUÁRIO

Nome: Silviana F. A. Silva

Exame físico normal com
níveis de glicose e
colesterol normais, apresentando
doença crônica em ambas
as pernas com sinais
de isquemia.

Exame físico normal com
níveis de glicose e
colesterol normais.

Data: 21/11/2018

Médico (Assinatura)
Médico (Assinatura)
Médico (Assinatura)

Nome: MKP-5560432

Rg: _____

Data: _____

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

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE: 20/11/18 DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO: 20/11/18

NOME COMPLETO DA VÍTIMA: Suelmo José da Silva

LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE:
Fratura luxação de ombro (E)

DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS):
Tratamento cirúrgico de fratura luxação de ombro (E). Alta 27/11/18.

ALTA MÉDICA: ☒ SIM ☐ NÃO

EXISTE ALGUM DEFEITO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? ☐ SIM ☒ NÃO
CASO POSITIVO DESCREVER:

COM RELAÇÃO À INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE:
☐ A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO.
☒ A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.

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

SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO
1º Membro superior direito em ombro
2º (+ + + + + 14) com sinais físicos, hiperemia
3º região articular. Perda dos movimentos de
4º flexão, extensão e rotação.
5º 75% (grave)

FORMA E GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL PERMANENTE: 50% ombro
Assinatura: [assinatura] DATA: 30/11/18
Dr. Victor Crispim
Ortopedista/Traumatologista
CRM: 25114
ASSINATURA E CARIMBO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE

Nº 014083068694

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

VIA	COD RENAVAM	RNTRC	EXERCICIO
1	1158091491	*****	2018

NOME
IVANCLEIDISSON OLIVEIRA LINS

LAGOA DOS GATOS - PE

CPT/CNPJ	PLACA
946.153.194-00	PCA1017

PLACA ANT/UF	CHASSI
*****	9C2JE0100JR052504

ESPECIE TIPO	COMBUSTIVEL
PAS MOTOCICLETA	GASOLINA

MARCA/MODELO	ANO FAB	ANO MOD
HONDA/POP 110I	2018	2018

CAP/POT/CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
2P/199CL	PARTIC	PRETA

COTA UNICA	VENC COTA UNICA	VENC/COTAS
IPVA 2018	QUITADO	1ª *****
FAIXA IPVA	PARCELAMENTO/COTAS	2ª *****
1	*****	3ª *****

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

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA

[Assinatura]

LOCAL	DATA
LAGOA DOS GATOS - PE	13/07/18

Charles Andrews Sousa Ribeiro

Director Presidente DETRAN/PE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITAÇÃO
CARTEIRA NACIONAL DE HABITAÇÃO



NOME

JOELTON DA SILVA CUSTODIO

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF

9104974 BDE PE

CPF

109.671.874-00

DATA NASCIMENTO

08/03/1995

FILIAÇÃO

JOSIVALDO CUSTODIO DE
LIMA
MARIA JOSE DA SILVA

PERMISSÃO

ACC

CAT. HAB.

AE

Nº REGISTRO

06412895072

VALIDADE

07/08/2022

1ª HABILITAÇÃO

15/07/2015

OBSERVAÇÕES

EAR

Joelton da Silva Custodio

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL

SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, PE

DATA EMISSÃO

11/10/2017

[Signature]
Gustavo Anderson Lima Ribeiro
Diretor Presidente
ASSISTENTE SOCIAL

17849114116
06080007332

PERNAMBUCO

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1485571762

PROIBIDO PLASTIFICAR

1485571762



CELPE
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 ANTONIO CARLOS DA SILVA CPF 836 638 738-78	DATA DE VENCIMENTO 22/08/2019	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 15/08/2019	CONTA CONTRATO 007805027467
	TOTAL A PAGAR (R\$) 0,00	DATA DA APRESENTAÇÃO 15/08/2019	Nº DO CLIENTE 2011027641
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA NEGA PANDA 16	NÚMERO DA NOTA FISCAL 073539406		Nº DA INSTALAÇÃO 0002276420
SÃO CRISTÓVÃO/SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE 55194-075 SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE PE	CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásico		
As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br	RESERVADO AO FISCO DC00.89F3.5304.40BB.0074.AEA8.9810.705F		

DESCRIÇÃO		QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)		65,00	0,77545172	50,40
Acréscimo Bandeira AMARELA				0,70
Acréscimo Bandeira VERMELHA				1,76
Contrib. Ilum. Pública Municipal				6,58
ICMS Subvenção-CDE-NF 065875447-13/06/19				0,64
Multa por atraso-NF 069081510 - 15/07/19				1,16
Juros por atraso-NF 069081510 - 15/07/19				0,19
Atualização IGP-M-NF 069081510 - 15/07/19				0,08
TOTAL DA FATURA				61,31

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS						
ICMS			PIS		COFINS	
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	VALOR DO IMPOSTO
52,86	25,00	13,21	52,86	0,74	0,39	52,86
						3,42
						1,80

TARIFAS APLICADAS			HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo(kWh)	0,54830000		AGO 19	65
			JUL 19	74
			JUN 19	60
			MAI 19	78
			ABR 19	71
			MAR 19	62
			FEV 19	67
			JAN 19	71
			DEZ 18	81
			NOV 18	86
			OUT 18	73
			SET 18	62
			AGO 18	71

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO		
	kg	%
Geração de Energia	16,34	34,70
Transmissão	1,81	3,68
Distribuição (Cabo)	11,18	23,89
Encargos Setoriais	2,82	4,96
Tributos	17,60	35,13
Perdas de Energia	3,21	6,64
TOTAL	52,86	100

EM ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO JUNTAS.		
Veículo	Di. Base	Valor
21/04/19	15/07/19	58,05

Este consumo NÃO substitui o de débitos anteriores e NÃO contemple débitos em discussão judicial. Caso o consumidor não pague o valor devido por este ciclo de faturamento, poderá ocorrer o encerramento do contrato, sendo o mesmo excluído do sistema conforme as condições definidas no Art. 9º DO 614/Anexo. Podem ocorrer ações de cobrança, bem como inclusão nos registros de restrições de crédito SPC e SERASA.

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL										
NOME DO MECENAS	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO VIR	
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA					
0000000000041671297	CAT	15/07/2019	14.189,00	15/08/2019	14.254,00	31	1,0000	0,00	62,00	

IDATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 12/09/2019

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRIÇÃO	CONSUMO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
jun/2018					
DIC-Hrs de horas sem Energia	PAGAMENTO	0,00	3,85	11,13	33,21
IC-Horas sem energia		0,00	3,36	6,72	13,44
DMD Duração máxima da interrupção contínua		0,00	3,28	8,06	8,06
DICI Duração de interrupção em dia crítico			Limite DICI: 13,33		
EURO Valor de Encargo de Uso + R\$ 19,29					

Toda Consumidor pode solicitar a duração das interrupções DMD, I-C, DMD e DICI a qualquer hora.

Pague no ponto mais perto de você! lanchonete simão: av costa e silva centro / polimark: camuzinho
 acesso: r gemilino silva 48 centro. lista completa em: www.caipe.com.br.
 Na data da leitura a bandeira em vigor é a Vermelha. Mais informações em www.aneel.gov.br.
 Cobrança ICMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 26.459/13.
 O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou de nível de tensão de fornecimento.
 Pago, em atraso grau multa 2% (Res414/ANEEL), Juros 1%a.m (Lei 10.438/02) e atualização monetária no prós. mês.
 O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os pedrões de atendimento comercial.
 Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento,
 podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.

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

DESTAQUE AQUI				
CONTA CONTRATO 007005027467	MÊS/ANO 08/2019	TOTAL A PAGAR(R\$) 0,00	VENCIMENTO 22/08/2019	TALÃO DE PAGAMENTO Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.
FATURA PAGA	AUTENTICAÇÃO MECÂNICA			

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO E TALENTOS ABIL

DIR - 63



POLEGAR DIREITO



Gilberto Gomes Brito

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

4.096.207

DATA DE
EXPIÇÃO

18/03/2016

NOME

<< GILBERTO GOMES FEITOSA >>

FILIAÇÃO

<< GRACILIANO GOMES FEITOSA >>

<< MARIA DA CONCEIÇÃO FEITOSA >>

NATURALIDADE

SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE - PE

DATA DE NASCIMENTO

12/10/1964

DOC ORIGEM

<< CC.4294 L.B9 F.194 CART.SANTA
CRUZ DO CAPIBARIBE-PE 20.06.2008 >>

769.843.544-04

ASSINADO POR C.G. Almeida
Delegado de Polícia-Gerente ITB

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/09/83

416048082203094544.6760504

F-70 21.535

- 3022

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

07R65

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE GESTÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS



Maria Isabela da Silva

CARTEIRA DE IDENTIDADE

CÓDIGO DE CONTROLE
E46C.BC1D.41F6.A594

A autenticidade desta comprovante deverá
ser confirmada na internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil

às 16:35:12 do dia 07/11/2011 (hora e data de Brasília)

dígito verificador: 00

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 9.220.394 CARTA DE EXPEDICAO 27/04/2011

NOME << MARIA ISABELA DA SILVA >>

FILIAÇÃO << >> << MARIA DE LOURDES DA SILVA >>

NATURALIDADE SANTO ANDRE - SP DATA DE NASCIMENTO 30/11/1992

DOC. ORIGEM << CN.209344 L.344A F.179V CART. SANTO ANDRE-PE 17.03.1994 >>

CPF

ASSINATURA DO DIRETOR

16 DE JUNHO DE 2011

MINISTÉRIO DA FAZENDA

 Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
112.363.594-37

Nome
MARIA ISABELA DA SILVA

Nascimento
30/11/1992

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



CELPE

Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco

Av. João de Barros, 111. Boa Vista, Recife - PE. CEP 50050-902

CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

MARIA FERREIRA FEITOSA

CPF: 731.278.684-72

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA ARTUR CLEMENTE DA SILVA 330

STA TEREZA/SANTA CRUZ DO CAPIBARIB
SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE PE
55195-190

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMIÇÃO
078488012	ÚNICA	20/08/2019

APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
20/08/2019	2002728012	3443882

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
1323098014	09/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA
27/09/2019	23/10/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	84,30

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	98,0000000	0,77852320	74,83
Acréscimo Bandeira VERMELHA			5,44
Contrib. Ilum. Pública Municipal			2,07
ICMS Subvenção-CDE-NF 070700181-23/07/19			0,49
Multa por atraso-NF 074578183 - 22/08/19			1,25
Juros por atraso-NF 074578183 - 22/08/19			0,22