



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 29/04/02
NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
 Companhia Energética de Pernambuco
 Av. José da Silveira, 111, Bua Vista, Recife - PE, CEP 50010-002
 CNPJ 16.811.032/0001-06 | Ins. Est. 400043-92 | www.celpa.com.br

DADOS DO CLIENTE
 MARIA DE LOURDES MELO LIMA

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA
 RUA ANTONIO TOMÉ DE SOUZA 573

CPF: 286.442.044-81

ALTO DA CONCEIÇÃO/SERRA TALHADA
 SERRA TALHADA PE
 56903-220

CLASSIFICAÇÃO

BI RESIDENCIAL
 RESIDENCIAL

073102422	00000	13/08/2018
13/08/2018	20000.0018	366041

DATA DE REFERÊNCIA	MES/ANO
21/08/2019	08/2019
PERÍODO DE CONSUMO	
11/09/2018	163,64

DETALHAMENTO DA NOTA FISCAL

DETALHAMENTO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	171.000000	0,71648172	122,60
Acréscimo Bandeira AMARELA			2,18
Acréscimo Bandeira VERMELHA			3,79
Contrib. Íam. Pública Municipal			8,12
ICMS Subvenção-CODE-AP 00033255.11409/19			1,15
Dirigente APAE - (8000 732 2729			16,00

TOTAL DA FATURA

163,64

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO NESTA NOVA FISCAL									
MÉDO MÉDIO	TÍPO DA FUNÇÃO	DATA ANTERIOR	LEITURA	DATA ATUAL	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
180714	CAT	11/08/18	1200,00	13/08/18	8471,70	88	1.20000		171,00

TÍTULO DE CONSUMO		INFORMAÇÕES DE CONSUMO			DETALHAMENTO DA CONSUMO		
MÊS/ANO	DATA	MÉDIA DE CÁLCULO	% VALOR DO IMPOSTO	GERAÇÃO DE ENERGIA	R\$	40,00	24,00%
AGO18 171		100,00	0,00	Transmissão	R\$	0,00	0,00%
AGO18 183	10/08	100,00	0,00	Manutenção (Itapé)	R\$	0,00	0,00%
AGO18 193	10/08	100,00	0,00	Páginas de Energia	R\$	0,21	0,00%
AGO18 203	10/08	100,00	0,00	Impostos Estaduais	R\$	1,02	0,00%
AGO18 213	10/08	100,00	0,00	Itabuna	R\$	42,38	23,18%
AGO18 223	10/08	100,00	0,00	Total	R\$	42,60	0,00%
AGO18 233	10/08	100,00	0,00				
AGO18 243	10/08	100,00	0,00				
AGO18 253	10/08	100,00	0,00				
AGO18 263	10/08	100,00	0,00				
AGO18 273	10/08	100,00	0,00				
AGO18 283	10/08	100,00	0,00				
AGO18 293	10/08	100,00	0,00				
AGO18 303	10/08	100,00	0,00				
AGO18 313	10/08	100,00	0,00				
AGO18 323	10/08	100,00	0,00				
AGO18 333	10/08	100,00	0,00				
AGO18 343	10/08	100,00	0,00				
AGO18 353	10/08	100,00	0,00				
AGO18 363	10/08	100,00	0,00				
AGO18 373	10/08	100,00	0,00				
AGO18 383	10/08	100,00	0,00				
AGO18 393	10/08	100,00	0,00				
AGO18 403	10/08	100,00	0,00				
AGO18 413	10/08	100,00	0,00				
AGO18 423	10/08	100,00	0,00				
AGO18 433	10/08	100,00	0,00				
AGO18 443	10/08	100,00	0,00				
AGO18 453	10/08	100,00	0,00				
AGO18 463	10/08	100,00	0,00				
AGO18 473	10/08	100,00	0,00				
AGO18 483	10/08	100,00	0,00				
AGO18 493	10/08	100,00	0,00				
AGO18 503	10/08	100,00	0,00				
AGO18 513	10/08	100,00	0,00				
AGO18 523	10/08	100,00	0,00				
AGO18 533	10/08	100,00	0,00				
AGO18 543	10/08	100,00	0,00				
AGO18 553	10/08	100,00	0,00				
AGO18 563	10/08	100,00	0,00				
AGO18 573	10/08	100,00	0,00				
AGO18 583	10/08	100,00	0,00				
AGO18 593	10/08	100,00	0,00				
AGO18 603	10/08	100,00	0,00				
AGO18 613	10/08	100,00	0,00				
AGO18 623	10/08	100,00	0,00				
AGO18 633	10/08	100,00	0,00				
AGO18 643	10/08	100,00	0,00				
AGO18 653	10/08	100,00	0,00				
AGO18 663	10/08	100,00	0,00				
AGO18 673	10/08	100,00	0,00				
AGO18 683	10/08	100,00	0,00				
AGO18 693	10/08	100,00	0,00				
AGO18 703	10/08	100,00	0,00				
AGO18 713	10/08	100,00	0,00				
AGO18 723	10/08	100,00	0,00				
AGO18 733	10/08	100,00	0,00				
AGO18 743	10/08	100,00	0,00				
AGO18 753	10/08	100,00	0,00				
AGO18 763	10/08	100,00	0,00				
AGO18 773	10/08	100,00	0,00				
AGO18 783	10/08	100,00	0,00				
AGO18 793	10/08	100,00	0,00				
AGO18 803	10/08	100,00	0,00				
AGO18 813	10/08	100,00	0,00				
AGO18 823	10/08	100,00	0,00				
AGO18 833	10/08	100,00	0,00				
AGO18 843	10/08	100,00	0,00				
AGO18 853	10/08	100,00	0,00				
AGO18 863	10/08	100,00	0,00				
AGO18 873	10/08	100,00	0,00				
AGO18 883	10/08	100,00	0,00				
AGO18 893	10/08	100,00	0,00				
AGO18 903	10/08	100,00	0,00				
AGO18 913	10/08	100,00	0,00				
AGO18 923	10/08	100,00	0,00				
AGO18 933	10/08	100,00	0,00				
AGO18 943	10/08	100,00	0,00				
AGO18 953	10/08	100,00	0,00				
AGO18 963	10/08	100,00	0,00				
AGO18 973	10/08	100,00	0,00				
AGO18 983	10/08	100,00	0,00				
AGO18 993	10/08	100,00	0,00				
AGO18 1003	10/08	100,00	0,00				
AGO18 1013	10/08	100,00	0,00				
AGO18 1023	10/08	100,00	0,00				
AGO18 1033	10/08	100,00	0,00				
AGO18 1043	10/08	100,00	0,00				
AGO18 1053	10/08	100,00	0,00				
AGO18 1063	10/08	100,00	0,00				
AGO18 1073	10/08	100,00	0,00				
AGO18 1083	10/08	100,00	0,00				
AGO18 1093	10/08	100,00	0,00				
AGO18 1103	10/08	100,00	0,00				
AGO18 1113	10/08	100,00	0,00				
AGO18 1123	10/08	100,00	0,00				
AGO18 1133	10/08	100,00	0,00				
AGO18 1143	10/08	100,00	0,00				
AGO18 1153	10/08	100,00	0,00				
AGO18 1163	10/08	100,00	0,00				
AGO18 1173	10/08	100,00	0,00				
AGO18 1183	10/08	100,00	0,00				
AGO18 1193	10/08	100,00	0,00				
AGO18 1203	10/08	100,00	0,00				
AGO18 1213	10/08	100,00	0,00				
AGO18 1223	10/08	100,00	0,00				
AGO18 1233	10/08	100,00	0,00				
AGO18 1243	10/08	100,00	0,00				
AGO18 1253	10/08	100,00	0,00				
AGO18 1263	10/08	100,00	0,00				
AGO18 1273	10/08	100,00	0,00				
AGO18 1283	10/08	100,00	0,00				
AGO18 1293	10/08	100,00	0,00				
AGO18 1303	10/08	100,00	0,00				
AGO18 1313	10/08	100,00	0,00				
AGO18 1323	10/08	100,00	0,00				
AGO18 1333	10/08	100,00	0,00				
AGO18 1343	10/08	100,00	0,00				
AGO18 1353	10/08	100,00	0,00				
AGO18 1363	10/08	100,00	0,00				
AGO18 1373	10/08	100,00	0,00				
AGO18 1383	10/08	100,00	0,00				
AGO18 1393	10/08	100,00	0,00				
AGO18 1403	10/08	100,00	0,00				
AGO18 1413	10/08	100,00	0,00				
AGO18 1423	10/08	100,00	0,00				
AGO18 1433	10/08	100,00	0,00				
AGO18 1443	10/08	100,00	0,00				
AGO18 1453	10/08	100,00	0,00				
AGO18 1463	10/08	100,00	0,00				
AGO18 1473	10/08	100,00	0,00				
AGO18 1483	10/08	100,00	0,00				
AGO18 1493	10/08	100,00	0,00				
AGO18 1503	10/08	100,00	0,00				
AGO18 1513	10/08	100,00	0,00				
AGO18 1523	10/08	100,00	0,00				
AGO18 1533	10/08	100,00	0,00				
AGO18 1543	10/08	100,00	0,00				
AGO18 1553	10/08	100,00	0,00				
AGO18 1563	10/08	100,00	0,00				
AGO18 1573	10/08	100,00	0,00				
AGO18 1583	10/08	100,00	0,00				
AGO18 1593	10/08	100,00	0,00				
AGO18 1603	10/08	100,00	0,00				
AGO18 1613	10/08	100,00	0,00				
AGO18 1623	10/08	100,00	0,00				
AGO18 1633	10/08	100,00	0,00				
AGO18 1643	10/08	100,00	0,00				



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

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 RISSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu GEORGE CARLOS MELO LIMA
inscrito (a) no CPF/CNPJ 008.475.324-29, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

ELIELSON CLEISON GOMES DA COSTA inscrito (a) no CPF sob o Nº 063.907.584-30,

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima ELIELSON CLEISON GOMES DA COSTA

inscrito (a) no CPF sob o Nº 063.907.584-30, conforme determinação da Circular Susep 445/12;

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

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	<u>ANTÔNIO TÔMÉ DE SOUZA</u>	Número:	<u>573</u>	Complemento:	<u>CASA</u>
Bairro:	<u>SAO CRISTÓVÃO</u>	Cidade:	<u>SERRA TALHADA</u>	Estado:	<u>PE</u>
E-mail:				CEP:	<u>56.903-220</u>

Tel (DDD):
81.99998-1427

Local e Data: SERRA TALHADA - PE 16/10/2019

George Carlos Melo Lima
Assinatura do Declarante



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

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 RISSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu GEORGE CARLOS MELO LIMA
inscrito (a) no CPF/CNPJ 008.475.324-29, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

ELIELSON CLEISON GOMES DA COSTA inscrito (a) no CPF sob o Nº 063.907.584-30,

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima ELIELSON CLEISON GOMES DA COSTA

inscrito (a) no CPF sob o Nº 063.907.584-30, conforme determinação da Circular Susep 445/12;

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

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	<u>ANTÔNIO TÔMÉ DE SOUZA</u>	Número:	<u>573</u>	Complemento:	<u>CASA</u>
Bairro:	<u>SAO CRISTÓVÃO</u>	Cidade:	<u>SERRA TALHADA</u>	Estado:	<u>PE</u>
E-mail:				CEP:	<u>56.903-220</u>

Tel (DDD):
81.99998-1427

Local e Data: SERRA TALHADA - PE 16/10/2019

George Carlos Melo Lima
Assinatura do Declarante



Hospital de Ensino Dr. Washington Antonio de Barros

Endereço: Av. José de Sá Maniçoba, S/N
Cidade: Petrolina

CNPJ: 05.440.725/0002-03
Telefone: (87) 2101-6500

Ficha de Atendimento - Emergência

DADOS DO PACIENTE

Promtúario: 51426062
Paciente: ELIELSON GLEISON GOMES DA COSTA
NOME: VALDA MARIA DA SILVA COSTA
Endereço: HUA 15, nº 0 - VILA MARCELA / PETROLINA (PE)
CNS: 160923138130005
Telefone: (87) 988564047

Nasc.: 10/02/1985 Idade: 34

G. B. Oliveira
HU - UNIVASF
CONFIRA SOM. O ORIGINAL
Data: 07/05/19

ANAMNESE DO MÉDICO

Paciente vítima de queda de motocicleta no mês de junho com rebato de apertos da em pé direito.

Exame ECG: IS, MV + bilaterale S/EN
RGR 27 S/ Sopros

Edema em pé D.

CD- Rx d. pé direito obliqua e PA / perfil
Arto do C. Genit
faz cuidados de ortopedia

1. Ortopediat

2. Fissura duplínica tibial

3. Rx:

① Gesso como fixação

② Ortopediat

③ AO subtraum

④ Ajuste 30 dias

Tratado A. Perruci
Ortopedia / Traumatologia
eim. Quadril e Pélvis
tel. 1602 15501 1448

Ass. Paciente:

Saída: / / Hora: / /

Data de impressão: 24/02/2019

Hora: 20.44

Registro de Classificação de Risco

Protocolo de Manchester

Identificação do Paciente								
Nome:	ELIELSON GLEISON GOMES DA COSTA			Chegada:	24/02/2019 20:30:33			
Sexo:	MASCULINO			Idade:	34			
Transporte:	MEIOS PRÓPRIOS			Data de Nascimento:	10/02/1985			
Classificação de Risco								
Queixa Principal:	ACIDENTE DE MOTO HA 02H, COM TRAUMA EM CRANIO (COM CAPACETE) + ESCORIAÇÕES EM MSD E TRAUMA EM MID							
Fluxograma:	PROBLEMAS EM EXTREMIDADES			Discriminador: DOR LEVE RECENTE				
Parâmetros:	Glicemia Capilar:		Escala de Coma de Glasgow:					
	Pulso		Ritmo:			Sat O2 (%):		
Prioridade Clínica:	Temperatura Timpânica		Escala de Dor:		03	PA		
	EMERGENTE VERMELHA 0 minutos	MUITO URGENTE LARANJA Até 10 minutos	URGENTE AMARELA Até 60 minutos	POUCO VERDE Até 120 minutos	NÃO URGENTE AZUL Até 240 minutos	BRANCO		
Fluxo Interno:	CIRURGIA GERAL							
Classificador:	ROBERTA CARDOSO LIMA			COREN / CRM:	116531	Hora de Início CR:	24/02/2019 20:31:29	
Reclassificação								
Queixa Principal:								
Fluxograma:				Discriminador:				
Parâmetros:	Glicemia Capilar		Escala de Coma de Glasgow:					
	Pulso		Ritmo:			Sat O2 (%):		
Prioridade Clínica:	Temperatura Timpânica		Escala de Dor:		7	PA		
	EMERGENTE VERMELHA 0 minutos	MUITO URGENTE LARANJA Até 10 minutos	URGENTE AMARELA Até 60 minutos	POUCO VERDE Até 120 minutos	NÃO URGENTE AZUL Até 240 minutos	BRANCO		
Fluxo Interno:								
Classificador:				COREN / CRM:		Hora de Início CR:	24/02/2019 20:31:29	

HU: UNIVASF
CONFERE COM O ORIGINAL
DATA: 24/02/2019
Assinatura

CHAMADA

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO - HU/UNIV. II/
EMPRESA DE SILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES
AV. JOSÉ DE SÁ ALMÍCARA, S/N. CENTRO. PETRÓPOLIS - RJ
CEP: 26.004-205. Telefone (21) 2101-0522

RECEITUÁRIO

NOME:

LIA DIO

- ALBISON G. G. VIEIRAS
- FLORIBELA ALBISON T. VIEIRAS
- GISELLA MARIA VIEIRAS
- JÉSSICA DIAS VIEIRAS VIEIRAS
- SOZA DIAZ VIEIRAS VIEIRAS
- LUCAS VIEIRAS

- JAI VIEIRAS

funcionário: Dr. J. S. Santos
Técnico: Dr. Ortopedista
CRM: 123456789 / CR: 23220
TELEFONE: 21-14533-1119

DATA: 12/12/2001



UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DR. WASHINGTON ANTÔNIO DE BARROS

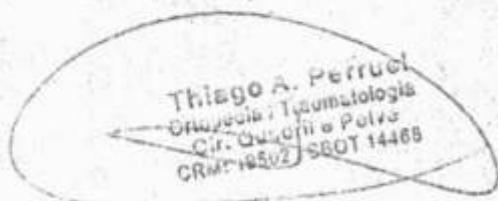
PROTOCOLO DE EGRESO PARA AMBULATÓRIO

PACIENTE: Ericson Cleser
MÉDICO: Dr. Cezar
DATA: 11
HORA:

ATENÇÃO: Realizar agendamento do retorno no ambulatório no momento da alta.

Em caso de dúvida e ou dificuldade de comparecimento ligar para Tel:
(37) 2101-6511

26/02/19





HOSPITAL UNIVERSITÁRIO - HU/UFRGS
ENDERECO: Rua Dr. Bernardo Hospitalense, 1100
Av. Presidente Vargas, 564, Centro, Petrópolis/RS
CEP: 96000-000 - Telefone: (51) 2101-0550



Nome: *Gisele... 6.0. COSTA* RG: _____

UNIDADE DE SAÚDE: _____

ESTIVE HOSPITALIZADO NO PERÍODO DE _____
NECESSITANDO DE LICENÇA MÉDICA NESTE PERÍODO,
FICANDO IMPOSSIBILITADO DE DESPENHAR SUAS ATIVIDADES HABITUAIS.

COMPARECEU NO AMBULATÓRIO PARA CONSULTA _____
NECESSITANDO DE _____ DIA DE LICENÇA MÉDICA
(TOMO 70).

DATA _____

COMPARECEU NO AMBULATÓRIO NESTA DATA, HORÁRIO
_____, SENDO LIBERADO EM SEGUIDA PARA SUAS ATIVIDADES
HABITUAIS.

COMPARECEU NO AMBULATÓRIO NO DIA _____
NO DIA _____

DATA:

24/04/2019

PROFISSIONAL
(NOME, TURA E CRUMBO)



Hospital de Ensino Dr. Washington Antonio de Barros

Endereço: Av. José de Sá Maniçoba, S/N
Cidade: Petrolina

CNPJ: 05.440.725/0002-03
Telefone: (87) 2101-6500

Ficha de Atendimento - Emergência *Notas*

DADOS DO PACIENTE

Promtúario: 51426062
Paciente: ELIELSON GLEISON GOMES DA COSTA
NOME: VALDA MARIA DA SILVA COSTA
Endereço: HUA 15, nº 0 - VILA MARCELA / PETROLINA (PE)
CNS: 160923138130005
Telefone: (87) 988564047

Gleison Gomes da Costa

HU - UNIVASF
CONFIRA SOM. O ORIGINAL
Data: 07/05/19

Nasc.: 10/02/1985 Idade: 34

ANAMNESE DO MÉDICO

Paciente vítima de queda de motocicleta no mês de junho com rebato de apertos da em pé direito.

Exame ECG: IS, MV + bilaterale SV en RCR 27 SV somas

Edema em pé D.

CD- Rx d. pé direito obliqua e PA / perfil
Arto do c. Genit
faz cuidados de ortopedia

1. Ortopediat

2. Fissura duplínua pt tibú

3. Rx:

① Gesso como fixação

② Ortopediat

③ AO subtraum

④ Ajuste 30 dias

Tratado A. Perruci
Ortopedia / Traumatologia
eim. Quadril e Pélvis
tel. 1602 15501 1448

Ass. Paciente:

Saída: / / Hora: / /

Data de impressão: 24/02/2019

Hora: 20.44

Registro de Classificação de Risco

Protocolo de Manchester

Identificação do Paciente								
Nome:	ELIELSON GLEISON GOMES DA COSTA			Chegada:	24/02/2019 20:30:33			
Sexo:	MASCULINO			Idade:	34			
Transporte:	MEIOS PRÓPRIOS			Data de Nascimento:	10/02/1985			
Classificação de Risco								
Queixa Principal:	ACIDENTE DE MOTO HA 02H, COM TRAUMA EM CRANIO (COM CAPACETE) + ESCORIAÇÕES EM MSD E TRAUMA EM MID							
Fluxograma:	PROBLEMAS EM EXTREMIDADES			Discriminador: DOR LEVE RECENTE				
Parâmetros:	Glicemia Capilar:		Escala de Coma de Glasgow:					
	Pulso		Ritmo:			Sat O2 (%):		
Prioridade Clínica:	Temperatura Timpânica		Escala de Dor:		03	PA		
	EMERGENTE VERMELHA 0 minutos	MUITO URGENTE LARANJA Até 10 minutos	URGENTE AMARELA Até 60 minutos	POUCO VERDE Até 120 minutos	NÃO URGENTE AZUL Até 240 minutos	BRANCO		
Fluxo Interno:	CIRURGIA GERAL							
Classificador:	ROBERTA CARDOSO LIMA			COREN / CRM:	116531	Hora de Início CR:	24/02/2019 20:31:29	
Reclassificação								
Queixa Principal:								
Fluxograma:				Discriminador:				
Parâmetros:	Glicemia Capilar		Escala de Coma de Glasgow:					
	Pulso		Ritmo:			Sat O2 (%):		
Prioridade Clínica:	Temperatura Timpânica		Escala de Dor:		7	PA		
	EMERGENTE VERMELHA 0 minutos	MUITO URGENTE LARANJA Até 10 minutos	URGENTE AMARELA Até 60 minutos	POUCO VERDE Até 120 minutos	NÃO URGENTE AZUL Até 240 minutos	BRANCO		
Fluxo Interno:								
Classificador:				COREN / CRM:		Hora de Início CR:	24/02/2019 20:31:29	

HU: UNIVASF
CONFERE COM O ORIGINAL
DATA: 24/02/2019
Assinatura

CHAMADA

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO - HU/UNIV. II/
EMPRESA DE SILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES
AV. JOSÉ DE SÁ ALMÍCARA, S/N. CENTRO. PETRÓPOLIS - RJ
CEP: 26.004-205. Telefone (21) 2101-0522

RECEITUÁRIO

NOME:

LIA DIO

- ALBISON G. G. VIEIRAS
- FLORIBELA ALBISON T. VIEIRAS
- GISELLA MARIA VIEIRAS
- JÉSSICA DIAS VIEIRAS VIEIRAS
- SOZA DIAZ VIEIRAS VIEIRAS
- LUCAS VIEIRAS

- JAI VIEIRAS

funcionário: Dr. J. S. Santos
Técnico: Dr. Ortopedista
CRM: 123456789 / CR: 23220
TELEFONE: 21-14533-1119

DATA: 12/12/2001



UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DR. WASHINGTON ANTÔNIO DE BARROS

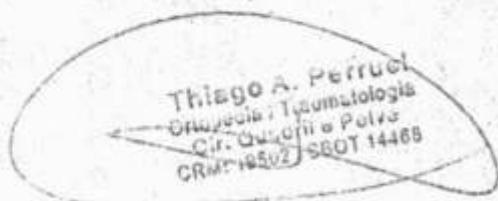
PROTOCOLO DE EGRESO PARA AMBULATÓRIO

PACIENTE: Ericson Cleser
MÉDICO: Dr. Cezar
DATA: / /
HORA: _____

ATENÇÃO: Realizar agendamento do retorno no ambulatório no momento da alta.

Em caso de dúvida e ou dificuldade de comparecimento ligar para Tel:
(37) 2101-6511

24/02/19





ESSERH

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO - HUMAWARE
ENDERECO: Rodovia D. PEDRO II, KM 10, HOSPITALADAS
Av. 1007 KM 10, Centro, PETROLINA-PE
CEP 56300-000 - Telefone (87) 2101-0550



Nome: *Gisele... 6.0. COSTA* RG: _____

UNIDADE DE SAÚDE: _____

ESTIVE HOSPITALIZADO NO PERÍODO DE _____
NECESSITANDO DE LICENÇA MÉDICA NESTE PERÍODO,
FICANDO IMPOSSIBILITADO DE DESPENHAR SUAS ATIVIDADES HABITUAIS.

COMPARECEU NO AMBULATÓRIO PARA CONSULTA _____
NECESSITANDO DE _____ DIA DE LICENÇA MÉDICA
(TOMO 70).

DATA _____

COMPARECEU NO AMBULATÓRIO NESTA DATA, HORÁRIO
_____, SENDO LIBERADO EM SEGUIDA PARA SUAS ATIVIDADES.
DATA _____

COMPARECEU NO AMBULATÓRIO NO DIA _____
NO DIA _____

DATA _____

24/04/2019 _____
PROFISSIONAL
(SOCIEDADE E CLÍNICO)

ELIELSON GEISON GOMES DA COSTA

Paciente, 34 anos, vítima de acidente de motocicleta em 24/02/2019, no município de Petrolina - PE. Após exame de imagem foi constatada fratura diafisária de tibia direita.

Após sua alta hospitalar, hoje o paciente em questão, passando pela avaliação clínica de sequelas realizada por mim, através da anamnese clínica e exame físico visual, mecânico ativo e passivo e motor sob a manobra, apresenta como sequela: dores e edema em perna direita, dificuldade para colocar o pé direito no chão, com limitação para realizar movimentos rápidos, impossibilidade de ficar de cócoras.

No momento, apresentando déficit funcional de 50% e déficit laboral em 50% em suas atividades de mecânico.

SERRA TALHADA, 29 DE OUTUBRO 2019.

Dra. Elielton Lopes Gonçalves
Médica
CRM-PE 27.615

MÉDICA

DECLARAÇÃO

Ehielson Geison Gomes da Costa fui vítima
de acidente moto em Petrolina proximo orla
do Rio São Francisco. Com Fratnai e lesões
pelo corpo fui socorrido pelo corpo de bombeiro
para hospital de traumas;
constatada fratura diafragma de tibia direita
foi colocado falso ~~colado~~
~~colado~~ ~~colado~~ ~~colado~~ ~~colado~~
depois foi retirada. Mais foi colocado novamente
por 30 dias
Hoje estou com sequelas de marcha
mancando com edema com o pé ~~fora~~ to
parecendo pé de pato.
para direita parecendo pé de pato.
com dificuldades extrema e limitações
para realizar movimentos. Pesso
ao DPVA t. que marque uma
perícia

29/10/19









REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA CULTURA

DEPARTMENT

CONTINU

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETRAN - PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VÉHICULO

NR. 015101918290

VA - 000 REHANAH - R.N.I.C. - EXP. 01/01/2011

1	496486450
---	-----------

CLAUDIO LUIZ DO SANTOS	0	STREETS VALHADA - 02	01/01/01	PLACA BEO09927
279-399-628-92	01/01/01	01/01/01	01/01/01	01/01/01
PLACANTE	01/01/01	01/01/01	01/01/01	01/01/01
01/01/01	01/01/01	01/01/01	01/01/01	01/01/01
PAS / MOTO/CICLISTA	01/01/01	01/01/01	01/01/01	01/01/01
YAMAHA/FACTOR VBR125 X	01/01/01	01/01/01	01/01/01	01/01/01
01/01/01	01/01/01	01/01/01	01/01/01	01/01/01
CATEGORIA PARTIC	01/01/01	01/01/01	01/01/01	01/01/01
VERMELHA	01/01/01	01/01/01	01/01/01	01/01/01

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA; A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO; SEGURO DPVAT

PENº 015101910290 BILHETE DE SEGURO DIPAT
SISTEMA DE SEGURO DIPAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO D'PVIA
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC: 0800 9999 0022 12004

卷之三

SERRA, TAIHADA-PE		DATA DA EMISSÃO	DATA DA VENCIMENTO																				
2018		03/06/19	03/06/19																				
VM	CRV / Toyota	PLACA	PLACA																				
1	279-399-528-92	DEO2927	DEO2927																				
HEMANTO	YAMAHA / FACTOR YBR125 X	IMPRESA / AGENCIA	IMPRESA / AGENCIA																				
494460450	905XE1520001256555	NR. DE REGISTRO	NR. DE REGISTRO																				
ANO PARA	VALIDADE	PRÉMIO TARIFÁRIO																					
2012	09	<table border="1"> <tr> <td>PRÉMIO</td> <td>VALOR (R\$)</td> <td>VALOR NO BILHÉU (R\$)</td> <td>VALOR NO BILHÉU (R\$)</td> </tr> <tr> <td>PRÉMIO</td> <td>4.01</td> <td>40.06</td> <td>40.06</td> </tr> <tr> <td>VALOR NO BILHÉU (R\$)</td> <td>4.01</td> <td>40.06</td> <td>40.06</td> </tr> <tr> <td>VALOR NO BILHÉU (R\$)</td> <td>0.32</td> <td>3.20</td> <td>3.20</td> </tr> <tr> <td>VALOR NO BILHÉU (R\$)</td> <td>4.15</td> <td>41.50</td> <td>41.50</td> </tr> </table>		PRÉMIO	VALOR (R\$)	VALOR NO BILHÉU (R\$)	VALOR NO BILHÉU (R\$)	PRÉMIO	4.01	40.06	40.06	VALOR NO BILHÉU (R\$)	4.01	40.06	40.06	VALOR NO BILHÉU (R\$)	0.32	3.20	3.20	VALOR NO BILHÉU (R\$)	4.15	41.50	41.50
PRÉMIO	VALOR (R\$)	VALOR NO BILHÉU (R\$)	VALOR NO BILHÉU (R\$)																				
PRÉMIO	4.01	40.06	40.06																				
VALOR NO BILHÉU (R\$)	4.01	40.06	40.06																				
VALOR NO BILHÉU (R\$)	0.32	3.20	3.20																				
VALOR NO BILHÉU (R\$)	4.15	41.50	41.50																				
PRÉMIO		PERÍODO	PERÍODO																				
VALOR (R\$)		DATA DE GESTAÇÃO	DATA DE GESTAÇÃO																				
4.15		21/06/19	21/06/19																				
PONTUAÇÃO																							

ESTATE PLANNING & PRACTICE 11

**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: 3190616706
Nome do(a) Examinado(a): Elielson Gleison Gomes da Costa
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Emídio Nunes da Silva, 180
Sao Cristovao Serra Talhada PE CEP: 56903-473
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PE] 8290262
Data local do acidente: [24/02/2019]
Data local do exame: [08/11/2019] Serra Talhada [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

FRATURA DIAFISARIA DE TIBIA DIREITA

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

Tratamento: TRATAMENTO CONSERVADOR

Complicações: REDUÇÃO DA MOBILIDADE DE DO TORNOZELO DIR

CONSOLIDAÇÃO VICIOSA

Data da Alta: 29/10/2019

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

**APRESENTA DEFORMIDADE EM Perna ,VALGO E ROTAÇÃO
REDUÇÃO DA MOBILIDADE DO TORNOZELO**

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

(X) Sim **() Não**

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

(X) Sim **() Não**

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

DEFÍCIT DE MOBILIDADE DO TORNOZELO

DESVIO ROTACIONAL DA Perna

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 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"

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 parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

TORNOZELO - Lado Direito

% do dano: **() 10% residual () 25% leve**

(X) 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 à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM

Dr. Ebenone Antonio da Silva
CPF - 882.723.544-20
CRM/PE - 15122


Dr. Ebenone da Silva
CRM: 15122
TEOT: 10541
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190616706 **Cidade:** Serra Talhada **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ELIELSON GLEISON GOMES DA COSTA **Data do acidente:** 24/02/2019 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE TIBIA DIREITA

Descrição do exame físico: APRESENTA DEFORMIDADE EM Perna, VALGO E ROTAÇÃO REDUÇÃO DA MOBILIDADE DO TORNOZELO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR
EVOLUIU COM REDUÇÃO DA MOBILIDADE DE DO TORNOZELO DIREITO E CONSOLIDAÇÃO VICIOSA
DATA DA ALTA: 29/10/2019

Sequelas permanentes: DEFICIT FUNCIONAL MODERADO (50%) EM TORNOZELO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 08/11/2019

Conduta mantida:

Observações: O EXAME FÍSICO DESCrito DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO, HÁ UM QUADRO SEQUELAR CARACTERIZADO POR RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS HABITUais EM TORNOZELO DIREITO PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

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 tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190616706 **Cidade:** Serra Talhada **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ELIELSON GLEISON GOMES DA COSTA **Data do acidente:** 24/02/2019 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE TIBIA DIREITA

Descrição do exame físico: APRESENTA DEFORMIDADE EM Perna, VALGO E ROTAÇÃO REDUÇÃO DA MOBILIDADE DO TORNOZELO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR
EVOLUIU COM REDUÇÃO DA MOBILIDADE DE DO TORNOZELO DIREITO E CONSOLIDAÇÃO VICIOSA
DATA DA ALTA: 29/10/2019

Sequelas permanentes: DEFICIT FUNCIONAL MODERADO (50%) EM TORNOZELO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 08/11/2019

Conduta mantida:

Observações: O EXAME FÍSICO DESCrito DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO, HÁ UM QUADRO SEQUELAR CARACTERIZADO POR RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS HABITUais EM TORNOZELO DIREITO PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

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 tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190616706 **Cidade:** Serra Talhada **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ELIELSON GLEISON GOMES DA COSTA **Data do acidente:** 24/02/2019 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/11/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DA TÍBIA SEM DESVIO. P.1

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: P.6 / 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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190616706 **Cidade:** Serra Talhada **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ELIELSON GLEISON GOMES DA COSTA **Data do acidente:** 24/02/2019 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/11/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DA TÍBIA SEM DESVIO. P.1

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: P.6 / 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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORANTE:

Nome: ELIELSON GLEISON GOMES DA COSTA, brasileiro(a), estado civil: CASADO
Profissão: MECANICO, portador(a) do RG 839.026-2, órgão expedidor ESP-PE
e do CPF: 063.903.584-34 residente no(a) EMÍDIO NUNES DA SILVA
nº 180, bairro: IPSEP, município: SERRA TALHADA-PE

OUTORADO:

Nome: GEORGE CARLOS MELO LIMA, brasileiro(a), estado civil: CASADO
Profissão: Procurador, portador(a) do RG 5940550, órgão expedidor ESP-PE
e do CPF: 008.475.324-29 residente no(a) ANTÔNIO TÔMÉ DA SOUZA
nº 573, bairro: SÃO CRISTÓVÃO, município: SERRA TALHADA-PE

PODERES: pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio a constituto meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, a fim de que o outorgado dê entrada em meu pedido de indenização do seguro DPVAT e poderes para acompanhar toda a tramitação do referido processo junto a este Segurado, podendo para tanto: requisitar o que necessário for, apresentar, firmar documentos, declarações e assinar o formulário Pedido de Seguro DPVAT, e praticar, enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento desta mandado, da vítima ELIELSON GLEISON GOMES DA SILVA, CPF 001.401.584-30, data do acidente: 29/08/19, Cobertura: INVALIDEZ
Local e data: SERRA TALHADA-PE 04/10/2019



Local e data:

ELIELSON GLEISON GOMES DA COSTA

Assinatura do outorgante
(Reconhecer firma por autenticidade)

Impressão digital

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE SERRA TALHADA-PE
titular: ESTIVALDO ANÍSTIO DA SILVA
Telefone: (87) 38394-204

Reconheço a Firma por Autenticidade de ELIELSON GLEISON GOMES DA COSTA Dado Fz. Serra Talhada-PE Em Teste" () da verdade. () Regimundo Andrade da Costa Substituto. EMBAL-PE 3/09.TSNR-PE 0,80.FERL-PE 0,40.FERL-PE 0,04.FUNSEG-PE 0,08.
Nº: 0074872.CTS09201901.03012 08/10/2019 14:11:14
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/sealdigital

DADOS DE QUEM ASSINA A RGQ (SE HOUVER):

Nome: _____, brasileiro(a), estado civil: _____
Profissão: _____, portador(a) do RG: _____, órgão expedidor: _____
e do CPF: _____, residente no(a) _____
nº _____, bairro: _____, município: _____

Nome: _____	CPF: _____
Assinatura de quem assina a RGQ	

TESTEMUNHAS	Assinatura
1º Nome: _____	Assinatura
CPF: _____	Assinatura
TESTEMUNHAS	Assinatura
2º Nome: _____	Assinatura
CPF: _____	Assinatura

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORANTE:

Nome: ELIELSON GLEISON GOMES DA COSTA, brasileiro(a), estado civil: CASADO
Profissão: MECANICO, portador(a) do RG 839.026-2, órgão expedidor ESP-PE
e do CPF: 063.903.584-34 residente no(a) EMÍDIO NUNES DA SILVA
nº 180, bairro: IPSEP, município: SERRA TALHADA-PE

OUTORADO:

Nome: GEORGE CARLOS MELO LIMA, brasileiro(a), estado civil: CASADO
Profissão: Procurador, portador(a) do RG 5940550, órgão expedidor ESP-PE
e do CPF: 008.475.324-29 residente no(a) ANTÔNIO TÔMÉ DA SOUZA
nº 573, bairro: SÃO CRISTÓVÃO, município: SERRA TALHADA-PE

PODERES: pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio a constituto meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT, a fim de que o outorgado dê entrada em meu pedido de indenização do seguro DPVAT e poderes para acompanhar toda a tramitação do referido processo junto a este Segurado, podendo para tanto: requisitar o que necessário for, apresentar, firmar documentos, declarações e assinar o formulário Pedido de Seguro DPVAT, e praticar, enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento desta mandado, da vítima ELIELSON GLEISON GOMES DA SILVA, CPF 001.401.584-30, data do acidente: 29/08/19, Cobertura: INVALIDEZ
Local e data: SERRA TALHADA-PE 04/10/2019



Local e data:

SERRA TALHADA-PE

Assinatura do outorgante
(Reconhecer firma por autenticidade)

Impressão digital

DADOS DE QUEM ASSINA A RG (SE HOUVER):

Nome: _____, brasileiro(a), estado civil: _____
Profissão: _____, portador(a) do RG: _____, órgão expedidor: _____
e do CPF: _____, residente no(a) _____
nº _____, bairro: _____, município: _____

Nome: _____	CPF: _____
Assinatura de quem assina a RG	

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE SERRA TALHADA-PE

titular: ESTIVALDO ANÍSTIO DA SILVA

Telefone: (87) 38394-204

Reconheço a Firma por Autenticidade de ELIELSON GLEISON GOMES DA COSTA Dado: 04/10/2019 Em Teste: Em Teste ()
da verdade. () Maria Lúcia de Souza Substituta. EMB-RB 3/89.TSNR-RB
0,80.FERL-RB 0,40.FERM-RB 0,04.FUNSEG-RB 0,08.
Nº: 0074872.OTS09201901.03012 08/10/2019 14:11:14
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/sealdigital

TESTEMUNHAS

1º Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

TESTEMUNHAS
2º Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0382901/19

Vítima: ELIELSON GLEISON GOMES DA COSTA

CPF: 063.907.584-30

CPF de: Próprio

Data do acidente: 24/02/2019

Titular do CPF: ELIELSON GLEISON GOMES DA COSTA

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

GEORGE CARLOS MELO LIMA : 008.475.324-29

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

ELIELSON GLEISON GOMES DA COSTA : 063.907.584-30

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: 01/11/2019
Nome: GEORGE CARLOS MELO LIMA
CPF: 008.475.324-29

GEORGE CARLOS MELO LIMA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 01/11/2019
Nome: JOSEANA MIRANDA LEITE RODRIGUES
CPF: 008.614.524-02

JOSEANA MIRANDA LEITE RODRIGUES

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0363352/19

Vítima: ELIELSON GLEISON GOMES DA COSTA

CPF: 063.907.584-30

CPF de: Próprio

Data do acidente: 24/02/2019

Titular do CPF: ELIELSON GLEISON GOMES DA COSTA

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

GEORGE CARLOS MELO LIMA : 008.475.324-29

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

ELIELSON GLEISON GOMES DA COSTA : 063.907.584-30

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: 17/10/2019
Nome: GEORGE CARLOS MELO LIMA
CPF: 008.475.324-29

GEORGE CARLOS MELO LIMA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/10/2019
Nome: JOSEANA MIRANDA LEITE RODRIGUES
CPF: 008.614.524-02

JOSEANA MIRANDA LEITE RODRIGUES

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, 04 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190616706

Vítima: ELIELSON GLEISON GOMES DA COSTA

Data do Acidente: 24/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GEORGE CARLOS MELO LIMA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ELIELSON GLEISON GOMES DA COSTA

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, 05 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190616706

Vítima: ELIELSON GLEISON GOMES DA COSTA

Data do Acidente: 24/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GEORGE CARLOS MELO LIMA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), ELIELSON GLEISON GOMES DA COSTA

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





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:

063.907.584-30

ELIELSON CLEISON GOMES DA COSTA

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 063.907.584-30
 ELIELSON CLEISON GOMES DA COSTA
 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:
 MECÂNICO EMÍDIO XUMES DA SILVA 380 CASA
 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:
 Sos Cristovão SERRA DA TAHANA PE 56.906-515
 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 87.9.9998-1422

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 R\$1.00 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 (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

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

AGÊNCIA: 506

CONTA: 59148

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, 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 UVV? 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 (varíaseco)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Este cliente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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 pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

40 - Local e Data:

SERRA DA TAHANA - PE 76/10/2019

Elielson Cleison Gomes da Costa

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

TESTEMUNHAS

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

George Carlos Melo Bento



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:

063.907.584-30

ELIELSON CLEISON GOMES DA COSTA

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 063.907.584-30

7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:

MECÂNICO EMÍDIO ALMEIDA DA SILVA 380 CASA

11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:

SOS CRISTÓVÃO SERRA TAHAMA PE 56.906-515

15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 87.9.9998-1422

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 R\$1.00 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 (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

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

AGÊNCIA: 506

CONTA: 59148

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, 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 UVV? 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 (varíase)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Este cliente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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
víma ou
beneficiário
não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

40 - Local e Data:

SERRA TAHAMA - PE 76/10/2019

Eduardo Gleison Gomes da Costa

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

TESTEMUNHAS

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

George Carlos Melo Bento



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 177ª CIRCUNSCRIÇÃO - SERRA TALHADA - DP177ªCIRC
DINTER2/21ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0267004142**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **11/10/2019** às **15:53**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **24/2/2019** às **17:30**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA SETE DE SETEMBRO, 1** - Bairro: **JARDIM MARAVILHA - PETROLINA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
CLAUDIO LUIZ DOS SANTOS (OUTRO)
ELIELSON GEISON GOMES DA COSTA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **ELIELSON GEISON GOMES DA COSTA**
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

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

ELIELSON GEISON GOMES DA COSTA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **VALDA MARIA DA SILVA COSTA** Pai: **ADOLFO GOMES DA COSTA** Data de Nascimento: **10/2/1985** Naturalidade: **CALUMBI / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **8290262/SDS/PE (RG), 06390758430 (CPF), 05139417554 (CNH)** Estado Civil: **AMASIADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **MECANICO** Telefones Celulares: **- 87999912282**

Residencial: **RUA PROJETADA 02, N° 211, IPSEPE - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**

CLAUDIO LUIZ DOS SANTOS (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / NÃO INFORMADO / BRASIL**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / NÃO INFORMADO / BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **CLAUDIO LUIZ DOS SANTOS**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ELIELSON GEISON GOMES DA COSTA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/YAMAHA/YBR** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **01 (UNIDADE)**

Placa: **PEO9937** (PERNAMBUCO/SERRA TALHADA) Renavam: **494488450** Chassi: **9C6KE1520D0125655**
Ano Fabricação/Modelo: **2012/2013** Combustível: **GASOLINA**

AL TOMÓVEL (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **CLAUDIO LUIZ DOS SANTOS**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRATA** - Quantidade: **01 (UNIDADE)**

Complemento / Observação

O SR. ELIELSON GEISON GOMES DA COSTA NOTICIA QUE SOFRERA UM ACIDENTE DE TRANSITO, QUANDO SE DESLOCAVA PELA AV. SETE DE SETEMBRO, EM DIREÇÃO A ORLA DO RIO SÃO FRANCISCO, CONDUZINDO A MOTOCICLETA DESCrita NESTE BOE. INFORMOU O SR. ELIELSON QUE FORA FECHADO POR UM CARRO DE PASSEIO, QUE TRANSITAVA NO MESMO SENTIDO E QUE HAVIA TENTADO UMA ULTRAPASSAGEM FORÇADA, JÁ QUE HAVIA UM OUTRO VEÍCULO A FRENTE DO VEÍCULO DO COMUNICANTE, E CHEGOU A TOCAR NO VEÍCULO QUE O FECHO, VINDO A CAIR E A SOFRER ALGUMAS LESÕES. O CAUSADOR DO ACIDENTE NÃO PAROU PARA PRESTAR SOCORRO, O QUE NÃO PERMITIU A SUA IDENTIFICAÇÃO. SOLO EM SEGUIDA AO ACIDENTE O NOTICIANTE FOI SOCORRIDO PELO CORPO DE BOMBEIROS QUE O LEVOU PARA O HOSPITAL DE TRAUMAS DE PETROLINA, ONDE RECEBERA ATENDIMENTO MÉDICO. VINDO HOJE NOTIFICAR O OCORRIDO EM RAZÃO DE REQUERER O SEGURO DPVAT.

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

ELIELSON GEISON GOMES DA COSTA
(VITIMA)

Eliesen geison gomes da costa
B.O. registrado por: **DEODORO FONSECA DE CARVALHO** - Matrícula: **2214415**



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 177ª CIRCUNSCRIÇÃO - SERRA TALHADA - DP177ªCIRC
DINTER2/21ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0267004142**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **11/10/2019** às **15:53**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **24/2/2019** às **17:30**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA SETE DE SETEMBRO, 1** - Bairro: **JARDIM MARAVILHA - PETROLINA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
CLAUDIO LUIZ DOS SANTOS (OUTRO)
ELIELSON GEISON GOMES DA COSTA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **ELIELSON GEISON GOMES DA COSTA**
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

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

ELIELSON GEISON GOMES DA COSTA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **VALDA MARIA DA SILVA COSTA** Pai: **ADOLFO GOMES DA COSTA** Data de Nascimento: **10/2/1985** Naturalidade: **CALUMBI / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **8290262/SDS/PE (RG), 06390758430 (CPF), 05139417554 (CNH)** Estado Civil: **AMASIADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **MECANICO** Telefones Celulares: **- 87999912282**

Residencial: **RUA PROJETADA 02, N° 211, IPSEPE - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**

CLAUDIO LUIZ DOS SANTOS (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / NÃO INFORMADO / BRASIL**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / NÃO INFORMADO / BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **CLAUDIO LUIZ DOS SANTOS**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ELIELSON GEISON GOMES DA COSTA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/YAMAHA/YBR** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **01 (UNIDADE)**

Placa: **PEO9937** (PERNAMBUCO/SERRA TALHADA) Renavam: **494488450** Chassi: **9C6KE1520D0125655**
Ano Fabricação/Modelo: **2012/2013** Combustível: **GASOLINA**

AL TOMÓVEL (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **CLAUDIO LUIZ DOS SANTOS**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRATA** - Quantidade: **01 (UNIDADE)**

Complemento / Observação

O SR. ELIELSON GEISON GOMES DA COSTA NOTICIA QUE SOFRERA UM ACIDENTE DE TRANSITO, QUANDO SE DESLOCAVA PELA AV. SETE DE SETEMBRO, EM DIREÇÃO A ORLA DO RIO SÃO FRANCISCO, CONDUZINDO A MOTOCICLETA DESCrita NESTE BOE. INFORMOU O SR. ELIELSON QUE FORA FECHADO POR UM CARRO DE PASSEIO, QUE TRANSITAVA NO MESMO SENTIDO E QUE HAVIA TENTADO UMA ULTRAPASSAGEM FORÇADA, JÁ QUE HAVIA UM OUTRO VEÍCULO A FRENTE DO VEÍCULO DO COMUNICANTE, E CHEGOU A TOCAR NO VEÍCULO QUE O FECHO, VINDO A CAIR E A SOFRER ALGUMAS LESÕES. O CAUSADOR DO ACIDENTE NÃO PAROU PARA PRESTAR SOCORRO, O QUE NÃO PERMITIU A SUA IDENTIFICAÇÃO. SOLO EM SEGUIDA AO ACIDENTE O NOTICIANTE FOI SOCORRIDO PELO CORPO DE BOMBEIROS QUE O LEVOU PARA O HOSPITAL DE TRAUMAS DE PETROLINA, ONDE RECEBERA ATENDIMENTO MÉDICO. VINDO HOJE NOTIFICAR O OCORRIDO EM RAZÃO DE REQUERER O SEGURO DPVAT.

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

ELIELSON GEISON GOMES DA COSTA
(VITIMA)

Eliesen geison gomes da costa
B.O. registrado por: **DEODORO FONSECA DE CARVALHO** - Matrícula: **2214415**



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:

063.907.584-30

ELIELSON CLEISON GOMES DA COSTA

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 063.907.584-30
 ELIELSON CLEISON GOMES DA COSTA
 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:
 MECÂNICO 1000 ALUMINIO DA SILVA 380 CASA
 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:
 Sos Cristovão SERRA DA TAHADA PE 56.906-515
 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 87.9.9998-1422

DADOS CADASTRAIS

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 R\$1.00 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 (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

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

AGÊNCIA: 506

CONTA: 59148

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(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.

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalides permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro

Casado (no Civil)

Divorciado

Separado Judicialmente

UVTS

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

29 - Se tinha filhos, informar

Vivos:

30 - Vítima deixou

nao

nao

Sim

31 - Vítima

Sim

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos:

33 - Vítima deixou

Sim

nao

Este cliente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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.

NÃO ALFABETIZADO

34
 Imprensa
 digital da
 vítima ou
 beneficiário
 não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

40 - Local e Data:

SERRA DA TAHADA - PE 76/10/2019

Eduardo Cleison Gomes da Costa

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

TESTEMUNHAS

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

George Carlos Melo Bento



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:

063.907.584-30

ELIELSON CLEISON GOMES DA COSTA

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 063.907.584-30
 ELIELSON CLEISON GOMES DA COSTA
 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:
 MECÂNICO 1000 ALUMINIO DA SILVA 380 CASA
 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:
 Sos Cristovão SERRA DA TAHANA PE 56.906-515
 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 87.9.9998-1422

DADOS CADASTRAIS

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 R\$1.00 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 (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

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

AGÊNCIA: 506

CONTA: 59148

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, 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 UVV? 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 (varíase)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Este cliente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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
víma ou
beneficiário
não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

40 - Local e Data:

SERRA DA TAHANA - PE 76/10/2019

Elielson Cleison Gomes da Costa

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

TESTEMUNHAS

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

George Carlos Melo Bento

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUpanca

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 13/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ELIELSON GLEISON GOMES DA COSTA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00586-0

CONTA: 000000059148-3

Nr. Autenticação

BRADESCO13112019050000000002370058600000059148168750 PAGO



Termo Social de Energia Elétrica Credito para tel 10-038, de 26/04/02
INSTITUTO FEDERADO DE EDUCAÇÃO, CULTURA E ESPORTE DO RIO GRANDE DO SUL
Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Guia Velha, Recife - PE, CEP 50009-002
CNPJ 10.833.823/0001-07 | Inscrição Est. 00000463-03 | www.cepg.com.br

DADOS DO CLIENTE

DADOS DO CLIENTE ➤
GUARDO DE VASCONCELOS-VIANA

CPF: 3M-452-316-53

www.annals.org

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA EMMÍDIO NUNES DA SILVA, 180

БИО СПІВОДНОСЕРРА, Т-1 + СЕРРА ТАЛНІДА РЕ

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Arvap (Wh)	347.000000	0,74160878	257,45
Alvará - Itatiaia Arvap/Refle			0,67
Cartão - Pública Municipal			49,75
Impressão CDE-NF 050031327-3804/15			2,25
Impressão NF 050031327-3804/15			8,26
Impressão NF 050031327-3804/15			2,06
Impressão NF 050031327-3804/15			1,06

TOTAL FABRICA 314.70

ESTADO	UF	QUANTIDADE	%	VALOR DO IMPPOSTO	ESTADO	UF	VALOR DO IMPPOSTO	
AC	AC	1	0,00	R\$ 0,00	TOCANTINS	TO	R\$ 29.29	22,49%
AL	AL	1	0,00	R\$ 0,00	TRINCA-DO-CE	TR	R\$ 29	2,00%
AM	AM	1	0,00	R\$ 0,00	STATISTICALS (CIPES)	CI	R\$ 91.95	63,89%
AN	AN	1	0,00	R\$ 0,00	PERÍODOS DE ENERGIA	PE	R\$ 10.71	7,41%
AP	AP	1	0,00	R\$ 0,00	ENERGIA ELETRO	EE	R\$ 14,38	1,00%
BA	BA	1	0,00	R\$ 0,00	SELECAO	SE	R\$ 20.00	14,61%
CE	CE	1	0,00	R\$ 0,00	Total		R\$ 207,82	100,00%
ES	ES	1	0,00	R\$ 0,00				
GO	GO	1	0,00	R\$ 0,00				
MA	MA	1	0,00	R\$ 0,00				
MT	MT	1	0,00	R\$ 0,00				
PA	PA	1	0,00	R\$ 0,00				
PB	PB	1	0,00	R\$ 0,00				
PE	PE	1	0,00	R\$ 0,00				
PI	PI	1	0,00	R\$ 0,00				
PR	PR	1	0,00	R\$ 0,00				
RN	RN	1	0,00	R\$ 0,00				
RO	RO	1	0,00	R\$ 0,00				
RR	RR	1	0,00	R\$ 0,00				
SE	SE	1	0,00	R\$ 0,00				
SP	SP	1	0,00	R\$ 0,00				
TO	TO	1	0,00	R\$ 0,00				



NOTA FISCAL • FATURAMENTO • CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

DADOS DO CLIENTE

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA ANTONIO TOME DE SOUZA 573

CBP 2024 M3 944-21

ANSWER

ALTO DA CONCEIÇÃO
SERRA TALHADA PE
59000-330

01. RESIDENCIAL

www.oriental.com

THEORY OF THE STATE

113013

073103422 073103422 13082018
13082018 2009.01.15 3000-01

DATA CONTRATO	MES/ANO
1130133025	08/2019
DATA DE REFERENCIA	DATA INÍCIO PAGAMENTO
21/08/2019	11/09/2019
TOTAL PAGAMENTO	163,84

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Álcool/Vinho	171.000000	0,71645172	122,60
Achocolado Baroneza AMARELA			2,18
Achocolado Baroneza VERMELHA			3,79
Centrif. Ium. Pública Municipal			8,12
ICMS Subvenção-CODE-AP 003382/55-11/08/93			1,18
Desconto APAE - 00000 722 2713			16,00

TOTAL DA FATURA

162

Digitized by srujanika@gmail.com

Nº DO MEDIDOR	TOPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	DATA	ATUAL LEITURA	MÉDIA DIÁRIA	CONSTANTES	AJUSTE	CONSUMO MÍN.
160734	CAT.	11/07/2014	9.250,00	13/07/2014	9.477,70	88	1,00000		171,00

www.elsevier.com/locate/jmaa

卷之三 亂世中興的希望和失望

most valuable and numerous from the

MES/ANO	VALOR DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	Saída de Energia	R\$	46,08	31,88%
AGO18/19				Transmissão	R\$	4,00	5,48%
AGO18				Demanda (R\$/kWh)	R\$	30,24	50,88%
AGO18	100,00	33,00	34,84	Partes de Energia	R\$	8,21	15,00%
JUN18	100,00	6,74	0,68	Impostos Internos	R\$	1,00	4,37%
JUN18	100,00	1,02	1,02	Prêmios	R\$	0,21	21,10%
JUN18	100,00	1,02	1,02				

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

1. *Journal of the American Statistical Association*, 1980, 75, 369-383.

ELEMENTO	ESPECIFICAÇÃO E FREQUÊNCIA DA INFLAÇÃO PÓS-2002				VALORES DE REFERÊNCIA		
	MÍNIMO DÍZIMA	MÍNIMO CENTAVOS	MÍNIMO TRIMESTRAL	MÍNIMO ANUAL	TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (%)	MÍNIMO MÁXIMO
BCD	0,00	0,01	10,00	21,73	220	202	231
FGV	0,00	1,00	8,00	11,20			
Varia.	0,00	3,11	0,00	0,00			



Tarifa Social de Energia Elétrica Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02
 INSCRIÇÃO DA UNIDADE CONSUMIDORA NO SISTEMA ELETRO-ENERGÉTICO
 Companhia Energética de Pernambuco
 Rua João de Barro, 111, São Paulo, PE, CEP 50008-002
 CNPJ 15.035.823/0001-09 (Int. Ext. 0000143-83) www.celpa.com.br

DADOS DO CLIENTE
 GUARDA DE VASCONCELOS-VIANA

CPF: 36M 452 318-53

CLASSIFICAÇÃO
 03 COMERCIAL
 COMERCIAL

DATA DE CADASTRO: 03/07/2019
 06751176 UNICA 36-000010
 CODIGO DE CADASTRO: 00000000000000000000000000000000
 JUN/2019 202004151 36180

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA
 RUA EMÍLIO NUNES DA SILVA 160

END. CRISTOVÃO/SERRA T-11
 SERRA TALHADA PE
 56060-515

04003472871
 03/07/2019
 03/07/2019
 21075

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Antigo (Wh)	247.000000	0,74160678	187,45
Acresc. - taxa Adm/PEL			0,47
Car. - IPI			49,75
ITC - IPI/ICMS/CFOP-NF 000001227-3604/15			1,25
ITC - IPI/ICMS/CFOP-NF 050001327-3604/15			8,26
ITC - IPI/ICMS/CFOP-NF 050021327-3604/15			2,08
ITC - IPI/ICMS/CFOP-NF 050031227-3604/15			1,05

	DATA	ANTERIOR	ATUAL	DATA	ANTERIOR	ATUAL	CONSTANTE	AVARIA	CONSUMO (W)
04/01/2019	CAT	00000000	00000000	05/01/2019	00000000	00000000	0,0000	0,00	312,75

PERÍODO	DATA	VALOR DE CUSTO (R\$)	VALOR DE INVESTIMENTO (R\$)	VALOR DE INVESTIMENTO (%)
APR/18	30/04/2018	0,00	0,00	0,00%
APR/18	01/05/2018	0,00	0,00	0,00%
APR/18	02/05/2018	0,00	0,00	0,00%
APR/18	03/05/2018	0,00	0,00	0,00%
APR/18	04/05/2018	0,00	0,00	0,00%
APR/18	05/05/2018	0,00	0,00	0,00%
APR/18	06/05/2018	0,00	0,00	0,00%
APR/18	07/05/2018	0,00	0,00	0,00%
APR/18	08/05/2018	0,00	0,00	0,00%
APR/18	09/05/2018	0,00	0,00	0,00%
APR/18	10/05/2018	0,00	0,00	0,00%
APR/18	11/05/2018	0,00	0,00	0,00%
APR/18	12/05/2018	0,00	0,00	0,00%
APR/18	13/05/2018	0,00	0,00	0,00%
APR/18	14/05/2018	0,00	0,00	0,00%
APR/18	15/05/2018	0,00	0,00	0,00%
APR/18	16/05/2018	0,00	0,00	0,00%
APR/18	17/05/2018	0,00	0,00	0,00%
APR/18	18/05/2018	0,00	0,00	0,00%
APR/18	19/05/2018	0,00	0,00	0,00%
APR/18	20/05/2018	0,00	0,00	0,00%
APR/18	21/05/2018	0,00	0,00	0,00%
APR/18	22/05/2018	0,00	0,00	0,00%
APR/18	23/05/2018	0,00	0,00	0,00%
APR/18	24/05/2018	0,00	0,00	0,00%
APR/18	25/05/2018	0,00	0,00	0,00%
APR/18	26/05/2018	0,00	0,00	0,00%
APR/18	27/05/2018	0,00	0,00	0,00%
APR/18	28/05/2018	0,00	0,00	0,00%
APR/18	29/05/2018	0,00	0,00	0,00%
APR/18	30/05/2018	0,00	0,00	0,00%
APR/18	31/05/2018	0,00	0,00	0,00%
APR/18	01/06/2018	0,00	0,00	0,00%
APR/18	02/06/2018	0,00	0,00	0,00%
APR/18	03/06/2018	0,00	0,00	0,00%
APR/18	04/06/2018	0,00	0,00	0,00%
APR/18	05/06/2018	0,00	0,00	0,00%
APR/18	06/06/2018	0,00	0,00	0,00%
APR/18	07/06/2018	0,00	0,00	0,00%
APR/18	08/06/2018	0,00	0,00	0,00%
APR/18	09/06/2018	0,00	0,00	0,00%
APR/18	10/06/2018	0,00	0,00	0,00%
APR/18	11/06/2018	0,00	0,00	0,00%
APR/18	12/06/2018	0,00	0,00	0,00%
APR/18	13/06/2018	0,00	0,00	0,00%
APR/18	14/06/2018	0,00	0,00	0,00%
APR/18	15/06/2018	0,00	0,00	0,00%
APR/18	16/06/2018	0,00	0,00	0,00%
APR/18	17/06/2018	0,00	0,00	0,00%
APR/18	18/06/2018	0,00	0,00	0,00%
APR/18	19/06/2018	0,00	0,00	0,00%
APR/18	20/06/2018	0,00	0,00	0,00%
APR/18	21/06/2018	0,00	0,00	0,00%
APR/18	22/06/2018	0,00	0,00	0,00%
APR/18	23/06/2018	0,00	0,00	0,00%
APR/18	24/06/2018	0,00	0,00	0,00%
APR/18	25/06/2018	0,00	0,00	0,00%
APR/18	26/06/2018	0,00	0,00	0,00%
APR/18	27/06/2018	0,00	0,00	0,00%
APR/18	28/06/2018	0,00	0,00	0,00%
APR/18	29/06/2018	0,00	0,00	0,00%
APR/18	30/06/2018	0,00	0,00	0,00%
APR/18	01/07/2018	0,00	0,00	0,00%
APR/18	02/07/2018	0,00	0,00	0,00%
APR/18	03/07/2018	0,00	0,00	0,00%
APR/18	04/07/2018	0,00	0,00	0,00%
APR/18	05/07/2018	0,00	0,00	0,00%
APR/18	06/07/2018	0,00	0,00	0,00%
APR/18	07/07/2018	0,00	0,00	0,00%
APR/18	08/07/2018	0,00	0,00	0,00%
APR/18	09/07/2018	0,00	0,00	0,00%
APR/18	10/07/2018	0,00	0,00	0,00%
APR/18	11/07/2018	0,00	0,00	0,00%
APR/18	12/07/2018	0,00	0,00	0,00%
APR/18	13/07/2018	0,00	0,00	0,00%
APR/18	14/07/2018	0,00	0,00	0,00%
APR/18	15/07/2018	0,00	0,00	0,00%
APR/18	16/07/2018	0,00	0,00	0,00%
APR/18	17/07/2018	0,00	0,00	0,00%
APR/18	18/07/2018	0,00	0,00	0,00%
APR/18	19/07/2018	0,00	0,00	0,00%
APR/18	20/07/2018	0,00	0,00	0,00%
APR/18	21/07/2018	0,00	0,00	0,00%
APR/18	22/07/2018	0,00	0,00	0,00%
APR/18	23/07/2018	0,00	0,00	0,00%
APR/18	24/07/2018	0,00	0,00	0,00%
APR/18	25/07/2018	0,00	0,00	0,00%
APR/18	26/07/2018	0,00	0,00	0,00%
APR/18	27/07/2018	0,00	0,00	0,00%
APR/18	28/07/2018	0,00	0,00	0,00%
APR/18	29/07/2018	0,00	0,00	0,00%
APR/18	30/07/2018	0,00	0,00	0,00%
APR/18	31/07/2018	0,00	0,00	0,00%
APR/18	01/08/2018	0,00	0,00	0,00%
APR/18	02/08/2018	0,00	0,00	0,00%
APR/18	03/08/2018	0,00	0,00	0,00%
APR/18	04/08/2018	0,00	0,00	0,00%
APR/18	05/08/2018	0,00	0,00	0,00%
APR/18	06/08/2018	0,00	0,00	0,00%
APR/18	07/08/2018	0,00	0,00	0,00%
APR/18	08/08/2018	0,00	0,00	0,00%
APR/18	09/08/2018	0,00	0,00	0,00%
APR/18	10/08/2018	0,00	0,00	0,00%
APR/18	11/08/2018	0,00	0,00	0,00%
APR/18	12/08/2018	0,00	0,00	0,00%
APR/18	13/08/2018	0,00	0,00	0,00%
APR/18	14/08/2018	0,00	0,00	0,00%
APR/18	15/08/2018	0,00	0,00	0,00%
APR/18	16/08/2018	0,00	0,00	0,00%
APR/18	17/08/2018	0,00	0,00	0,00%
APR/18	18/08/2018	0,00	0,00	0,00%
APR/18	19/08/2018	0,00	0,00	0,00%
APR/18	20/08/2018	0,00	0,00	0,00%
APR/18	21/08/2018	0,00	0,00	0,00%
APR/18	22/08/2018	0,00	0,00	0,00%
APR/18	23/08/2018	0,00	0,00	0,00%
APR/18	24/08/2018	0,00	0,00	0,00%
APR/18	25/08/2018	0,00	0,00	0,00%
APR/18	26/08/2018	0,00	0,00	0,00%
APR/18	27/08/2018	0,00	0,00	0,00%
APR/18	28/08/2018	0,00	0,00	0,00%
APR/18	29/08/2018	0,00	0,00	0,00%
APR/18	30/08/2018	0,00	0,00	0,00%
APR/18	31/08/2018	0,00	0,00	0,00%
APR/18	01/09/2018	0,00	0,00	0,00%
APR/18	02/09/2018	0,00	0,00	0,00%
APR/18	03/09/2018	0,00	0,00	0,00%
APR/18	04/09/2018	0,00	0,00	0,00%
APR/18	05/09/2018	0,00	0,00	0,00%
APR/18	06/09/2018	0,00	0,00	0,00%
APR/18	07/09/2018	0,00	0,00	0,00%
APR/18	08/09/2018	0,00	0,00	0,00%
APR/18	09/09/2018	0,00	0,00	0,00%
APR/18	10/09/2018	0,00	0,00	0,00%
APR/18	11/09/2018	0,00	0,00	0,00%
APR/18	12/09/2018	0,00	0,00	0,00%
APR/18	13/09/2018	0,00	0,00	0,00%
APR/18	14/09/2018	0,00	0,00	0,00%
APR/18	15/09/2018	0,00	0,00	0,00%
APR/18	16/09/2018	0,00	0,00	0,00%
APR/18	17/09/2018	0,00	0,00	0,00%
APR/18	18/09/2018	0,00	0,00	0,00%
APR/18	19/09/2018	0,00	0,00	0,00%
APR/18	20/09/2018	0,00	0,00	0,00%
APR/18	21/09/2018	0,00	0,00	0,00%
APR/18	22/09/2018	0,00	0,00	0,00%
APR/18	23/09/2018	0,00	0,00	0,00%
APR/18	24/09/2018	0,00	0,00	0,00%
APR/18	25/09/2018	0,00	0,00	0,00%
APR/18	26/09/2018	0,00	0,00	0,00%
APR/18	27/09/2018	0,00	0,00	0,00%
APR/18	28/09/2018	0,00	0,00	0,00%
APR/18	29/09/2018	0,00	0,00	0,00%
APR/18	30/09/2018	0,00	0,00	0,00%
APR/18	01/10/2018	0,00	0,00	0,00%
APR/18	02/10/2018	0,00	0,00	0,00%
APR/18	03/10/2018	0,00	0,00	0,00%
APR/18	04/10/2018	0,00	0,00	0,00%
APR/18	05/10/2018	0,00	0,00	0,00%
APR/18	06/10/2018	0,00	0,00	0,00%
APR/18	07/10/2018	0,00	0,00	0,00%
APR/18	08/10/2018	0,00	0,00	0,00%
APR/18	09/10/2			