



União Social de Energia S/A - Cadeia para Lei 10.438, de 26/04/02
NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, São Vito, Recife - PE, CEP 50050-002
CNPJ 06.875.332/0001-06 | Ins. Est. 0605943-02 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
MARIA DE LOURDES MELO LIMA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA ANTONIO TOMÉ DE SOUZA 573

CPF: 289.442.044-91

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

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

SP DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA	LEITURA
07105422	0000	13/08/2018	
07105422	0000	13/08/2018	
1308/2018	0000	13/08/2018	

DATA DE EMISSÃO	DATA DE VENCIMENTO
21/08/2018	11/09/2018
TOTAL A PAGAR (R\$)	
163,84	

RESUMO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	171,0000000	0,71645172	122,50
Acrescimo Bandeira AMARELA			2,18
Acrescimo Bandeira VERMELHA			3,79
Contrib. Rum. Pública Municipal			8,12
ICMS Subvenção-CDE-AP (06832355-1168/18)			1,16
Doução APAE - 0860 722 2723			19,00

TOTAL DA FATURA

163,84

SP DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	SP DE CONSTANTES	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
100004	CAT	11/01/2018	0 200,00	13/08/2018	8 471,70	55	1,20000	171,00

ANÁLISE DE CONSUMO



SP DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	SP DE CONSTANTES	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
100004	CAT	11/01/2018	0 200,00	13/08/2018	8 471,70	55	1,20000	171,00

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Peça-se para mais prazo de validade para a emissão de notas fiscais de energia elétrica. A validade das notas fiscais de energia elétrica emitidas pela CELPE é de 12 meses, contados a partir da data de emissão. A validade das notas fiscais de energia elétrica emitidas pela CELPE é de 12 meses, contados a partir da data de emissão. A validade das notas fiscais de energia elétrica emitidas pela CELPE é de 12 meses, contados a partir da data de emissão.

SP DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	SP DE CONSTANTES	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
100004	CAT	11/01/2018	0 200,00	13/08/2018	8 471,70	55	1,20000	171,00

SP DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	SP DE CONSTANTES	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
100004	CAT	11/01/2018	0 200,00	13/08/2018	8 471,70	55	1,20000	171,00



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 SUSEP 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 COAF¹.

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI 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 Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>ANTÔNIO TÔME DE SOUZA</u>	Número: <u>573</u>	Complemento: <u>CASA</u>
Bairro: <u>SÃO CRISTOVÃO</u>	Cidade: <u>SERRA TALHADA</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail:	CEP: <u>56.903-220</u>	Tel (DDD): <u>84.99948.1427</u>

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 SUSEP 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 COAF¹.

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI 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 Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>ANTÔNIO TÔME DE SOUZA</u>	Número: <u>573</u>	Complemento: <u>CASA</u>
Bairro: <u>SÃO CRISTOVÃO</u>	Cidade: <u>SERRA TALHADA</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail:	CEP: <u>56.903-220</u>	Tel (DDD): <u>84.99948.1427</u>

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

Prontuário: 51426082
Paciente: ELIELSON GLEISON GOMES DA COSTA
Mãe: VALDA MARIA DA SILVA COSTA
Endereço: RUA 15, nº 0 - VILA MARCELA / PETROLINA (PE)
CNS: 160923138130005 Doc. Identificação:
Telefone: (87) 988564047

Nasc.: 10/02/1985 Idade: 34

HU - UNIVASF
CONFERE-GOM. O-ORIGINAL
Data: 07/05/19

ANAMNESE DO MÉDICO

Paciente vítima de queda de motocicleta há
1 hora com relato de apunhas da em
pe direito.

Ao exame ECG=IS, MU + bilateral S-RA
PCR 27 SI. Sinais

Edema em pe D.

CD- Rx de pé direito oblíqua e PA / perfil
Alto do C. Geral
As cuidados da ortopedia.

2. Motocicleta
P: FEMUR DIFERENÇA E TÍBIA
SI. Sinais.

CD: 1. Gesso como posição

2. Omeletas

3. AO Anticóculo

4. Gesso 30 dias

Thiago A. Petrucci
Ortopedia / Traumatologia
Cm. Quadril e Pelve
RQE-14502 / SGT 14425

Ass. Paciente:


Saida: ___/___/___ Hora: ___

Data de Impressão: 24/02/2019

Hora: 20.44

HU, preserva-o, ele também é seu.

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 (%):				
	Temperatura Timpânica:		Escala de Dor:		03		PA		
Prognóstico Clínico:	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:	118531		Hora de Início CR:	24/02/2019 20:31:20	
Reclassificação									
Queixa Principal:									
Fluxograma:					Discriminado:				
Parâmetros:	Glicemia Capilar:				Escala de Coma de Glasgow:				
	Pulso:		Ritmo:		Sat O2 (%):				
	Temperatura Timpânica:		Escala de Dor:				PA		
Prognóstico Clínico:	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:	Hora de Fim CR:	

HU - UNIVASF
CONFERE COM O ORIGINAL
Data: 27-05-19

[Handwritten signature]

HOSPITAL

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO - HUL/UNIV. UFPA
EMPRESA DE SAÚDE DE SERVIÇOS HOSPITALARES
AV. JOSÉ DE SA LAMARCA, S/N. CENTRO, PETROLINA, PE
CEP: 56.104-205. Telefone: (87) 2101-422

RECEITUÁRIO

NOME:

411119

ELABORAR 6.6. 10/11
- FARMACIA DIVERSA T. 1112
- FARMACIA DIVERSA T. 1112
- FARMACIA DIVERSA T. 1112
- FARMACIA DIVERSA T. 1112
- FARMACIA DIVERSA T. 1112
- FARMACIA DIVERSA T. 1112
- FARMACIA DIVERSA T. 1112
- FARMACIA DIVERSA T. 1112
- FARMACIA DIVERSA T. 1112
- FARMACIA DIVERSA T. 1112

7 (11) 582.2

Humo - Dr. Arthur S. Santos
Trauma - Ortopedia
CRAPE 1997/98 23/28
TEU - 11513

30/11/19

DATA:



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

PROTOCOLO DE EGRESSO PARA AMBULATÓRIO

PACIENTE:

Erickson Giesse

MÉDICO:

Dr. Pedro

DATA:

1 / 1

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

Thiago A. Perruci
Ortopedia e Traumatologia
Cir. Quirúrgica e Polvo
CRM 14562 SBOT 14468



HUNIVAM

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO - HUNIVAM
EMPRESA DE SAÚDE DE SERVIÇOS HOSPITALARES
RUA JOSÉ DE SOUZA, 504, CENTRO, PETROLINA-PE
CEP 55060-000 - Telefone: (071) 210-0500



NOME: Guilherme G. B. Costa IDADE: _____

UNIDADE DE SAÚDE: HU

☐ ESTEVE HOSPITALIZADO NO PERÍODO DE _____ A _____
NECESSITANDO DE LICENÇA MÉDICA NESTE PERÍODO,
FICANDO IMPOSSIBILITADO DE DESENVOLVER SUAS ATIVIDADES HABITUAIS.

☒ COMPARACEU AO AMBULATÓRIO PARA CONSULTA
NECESSITANDO DE 20 DIAS DE LICENÇA MÉDICA
(Faltas)

Observações:

☐ COMPARACEU NO AMBULATÓRIO NESTA DATA, HORÁRIO _____
E SENDO LIBERADO EM SEGUIDA PARA SUAS ATIVIDADES.

Prescrições:

☐ COMPARACEU AGENDANDO SEU PACIENTE: _____ NO DIA _____

DATA:

24/02/2019

(Assinatura)
Assinatura do Profissional
Assinatura do Profissional

PROFISSIONAL
(IDENTIFICAÇÃO E CUBRIMENTO)



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

Prontuário: 51426082
Paciente: ELIELSON GLEISON GOMES DA COSTA
Mãe: VALDA MARIA DA SILVA COSTA
Endereço: RUA 15, nº 0 - VILA MARCELA / PETROLINA (PE)
CNS: 160923138130005 Doc. Identificação:
Telefone: (87) 988564047

Nasc.: 10/02/1985 Idade: 34

HU - UNIVASF
CONFERE-GOM. O-ORIGINAL
Data: 07/05/19

ANAMNESE DO MÉDICO

Paciente vítima de queda de motocicleta há
1 hora com relato de apunhas da em
pe direito.

Ao exame ECG=IS, MU + bilateral S-RA
PCR 27 SI. Sinais

Edema em pe D.

CD- Rx de pé direito oblíqua e PA / perfil
Alto do C. Geral
As cuidados da ortopedia.

2. Motocicleta
P: FEMUR DIFERENÇA E TÍBIA
SI. Sinais.

CD: 1. Gesso como posição

2. Omeletas

3. AO Anticóculo

4. Gesso 30 dias

Thiago A. Petrucci
Ortopedia / Traumatologia
Cm. Quadril e Pelve
CRM-14502 / RBO 14425

Ass. Paciente:


Saida: ___/___/___ Hora: ___

Data de Impressão: 24/02/2019

Hora: 20.44

HU, preserva-o, ele também é seu.

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 (%):				
	Temperatura Timpânica:		Escala de Dor:		03		PA		
Prognóstico Clínico:	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:	118531		Hora de Início CR:	24/02/2019 20:31:20	
Reclassificação									
Queixa Principal:									
Fluxograma:					Discriminado:				
Parâmetros:	Glicemia Capilar:				Escala de Coma de Glasgow:				
	Pulso:		Ritmo:		Sat O2 (%):				
	Temperatura Timpânica:		Escala de Dor:				PA		
Prognóstico Clínico:	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:	Hora de Fim CR:	

HU - UNIVASF
CONFERE COM O ORIGINAL
Data: 27-05-19

[Handwritten signature]

HOSPITAL

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO - HUL/UNIV. UFPA
EMPRESA DE SAÚDE DE SERVIÇOS HOSPITALARES
AV. JOSÉ DE SA LAMARCA, S/N. CENTRO, PETROLINA-PE
CEP: 56104-205 - Telefone: (87) 2101-422

RECEITUÁRIO

NOME:

411119

ELABORAR 6.6. 10/11
- FARMACIA DIVERSA T. 1112
- FARMACIA DIVERSA T. 1112
- FARMACIA DIVERSA T. 1112
- FARMACIA DIVERSA T. 1112
- FARMACIA DIVERSA T. 1112
- FARMACIA DIVERSA T. 1112
- FARMACIA DIVERSA T. 1112
- FARMACIA DIVERSA T. 1112
- FARMACIA DIVERSA T. 1112
- FARMACIA DIVERSA T. 1112

7 (11) 582.2

Humo - Dr. Ruy S. Santos
Trauma - Ortopedia
CRM-PE 16979 / RA 23726
TEU - 11513

30/11/19

DATA:



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

PROTOCOLO DE EGRESSO PARA AMBULATÓRIO

PACIENTE:

Erickson Giesse

MÉDICO:

Dr. Pedro

DATA:

1 / 1

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

Thiago A. Perruci
Ortopedia e Traumatologia
Cir. Ortopédica e Pólv.
CRM 14552 SBOT 14468



HUNIVAM

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO - HUNIVAM
EMPRESA DE SAÚDE DE SERVIÇOS HOSPITALARES
RUA JOSÉ DE SOUZA, 504, CENTRO, PETROLINA-PE
CEP 55.070-000 - Telefone: (071) 210-0500



NOME: Guilherme G. B. Costa IDADE: _____

UNIDADE DE SAÚDE: HU

☐ ESTEVE HOSPITALIZADO NO PERÍODO DE _____ A _____
NECESSITANDO DE LICENÇA MÉDICA NESTE PERÍODO,
FICANDO IMPOSSIBILITADO DE DESENVOLVER SUAS ATIVIDADES HABITUAIS.

☒ COMPARACEU AO AMBULATÓRIO PARA CONSULTA
NECESSITANDO DE 20 DIAS DE LICENÇA MÉDICA
(Faltas)

Observações:

☐ COMPARACEU NO AMBULATÓRIO NESTA DATA, HORÁRIO _____
E SENDO LIBERADO EM SEGUIDA PARA SUAS ATIVIDADES.

Prescrições:

☐ COMPARACEU AGENDANDO O PACIENTE: _____ NO DIA _____

DATA:

24/02/2019

(Assinatura)
Assinatura do Profissional
Assinatura do Profissional
Assinatura do Profissional

PROFISSIONAL
(IDENTIFICAÇÃO E CARRIMBO)

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 tíbia 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. Camara Lopes Gonçalves
Médica
CRM-PE 27.615

MÉDICA

DECLARAÇÃO

EHIELSON GEISON GOMES DA COSTA FUI VITIMA
DE ACIDENTE MOTO EM PETROLINA PRÓXIMO ORLA
DO RIO SÃO FRANCISCO. COM FRATURAS E LESÕES
PELO CORPO. FUI SOCORRIDO PELO CORPO DE BOMBEIRO
PARA HOSPITAL DE TRAUMAS;

CORSTADA TRATADA DIAFISARIA DE TÍBIA DIREITA
FOI COLOCADO TALA GESSADA POR 60 DIAS

~~A GESSADA DE TALA GESSADA~~

DEPOIS FOI RETIRADA MAIS FOI COLOCADO NOVAMENTE
POR 30 DIAS

HOJE ESTOU COM SEQUELAS DE MARCHA
MAMCANDO COM EDEMA COM O PEI ~~to~~
PARA DIREITA PARECENDO PE DE PATO.
COM DIFICULDADES ESTREMA E LIMITAÇÕES
PARA REALIZAR MOVIMENTOS. PESSO
A U DPVAT. QUE MARQUE UMA

PÉRICIA

29/10/19

[illegible]

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 15 de Novembro de 1988
 GOVERNADOR DO ESTADO DE PERNAMBUCO

GEORGE CARLOS MELO LIMA

3840550 SEP PE

008.475.324-28 **03/05/1978**

GILBERTO CARLOS DE LIMA
A
MARIA DE LOURDES MELO
DE LIMA

02138855400 **30/06/2023** **18/12/2001**

George Carlos Melo Lima

SERRA TALHADA, PE **24/07/2017**

PERNAMBUCO

1482661245

REPÚBLICA DE COSTA RICA MINISTERIO DE SEGURIDAD PÚBLICA DIRECCIÓN GENERAL DE IDENTIFICACIÓN	
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN 1420834470	IDENTIFICACIÓN GENERAL DE LA COSTA
	NOMBRE Y APELLIDOS AROLDO GOMEZ DA COSTA
	FECHA DE NACIMIENTO 10/02/1985
	LUGAR DE NACIMIENTO VALDE MARIA DE SILVA URUGUAY
FOTOFUERO	FOTOFUERO
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN 08139417254	FECHA DE EMISIÓN 18/01/2022
FECHA DE VENCIMIENTO 11/02/2021	OBSERVACIONES
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN 1420834470	FECHA DE EMISIÓN 17/01/2017
NOMBRE Y APELLIDOS PERU AMBUJO	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN 7847350010 78077325044

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
 SECRETARIA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

NOME: **GEORGE CARLOS MELO LIMA**

SEX: **M**

DATA DE NASCIMENTO: **08/05/1978**

FILIAÇÃO: **GILBERTO CARLOS DE LIMA**
A
MARIA DE LOURDES MELO
DE LIMA

PERMISO: **33**

NÚMERO: **02138855400**

DATA DE EMISSÃO: **24/07/2017**

DATA DE VALIDADE: **18/12/2021**

OBSERVAÇÃO:

RUA:

CIDADE:

ASSINATURA DO TITULAR:

LOCAL: **SERRA TALHADA, PE**

DATA DE EMISSÃO: **24/07/2017**

NÚMERO: **33810552868**
35079946268

PERNAMBUCO

VALIDA EM TODOS
 OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
 1482661245

PROVEDOR PLASTIFICAR
 1482661245

CONCLUSION

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

OFFICE OF THE DIRECTOR OF THE
FEDERAL BUREAU OF INVESTIGATION
WASHINGTON, D. C. 20535

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETRAN - PE Nº 015101918290
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VA 494486450 RNTD 2019
1 494486450

CLAUDIO LUIZ DO SANTOS

SERRA TALHADA-PE

279.399.528-92 PLACA PEO3927

PLACA ANT /UF 906RE1520D0125655

PAS /MOTOCICLETA

YAMAHA/FACTOR YBR125 K

2P/124CL

IFVA 2019 QUITADO

FAIXA L/PVA

PRÊMIO TOTAL (R\$) 0.22 54.58

AL. FID. BANCO YAMAHA MOTOR DO BRA

SERRA TALHADA-PE

03/03/2019

03/03/2019

03/03/2019

03/03/2019

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PE Nº 015101918290 BILHETE DE SEGURO DPVAT

CLAUDIO LUIZ DO SANTOS

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 03/03/19

SERRA TALHADA-PE

279.399.528-92

PLACA PEO3927

YAMAHA/FACTOR YBR125 K

906RE1520D0125655

PRÊMIO TARIFÁRIO

PREMIO (R\$) 40.08

PREMIO (R\$) 0.22

PREMIO (R\$) 4.15

PREMIO (R\$) 21.06/19

SEGURODORA LIDER - DPVAT

CNPJ 06.948.000/0001-04

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190616706
Nome do(a) Examinado(a): Elielson Gleison Gomes da Costa
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Emidio 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 casualidade: 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:

DEFICIT 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) Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com Nome e CRM

Dr. Ebenone Antonio da Silva

CPF - 882.723.544-20

CRM/PE - 15122


Dr. Ebenone Antonio 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

Valoração 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

Valoração 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

OUTORGANTE:

Nome: ELIELSON GLEISON COMES DA COSTA, brasileiro(a), estado civil: CASADO
 Profissão: MECANICO, portador(a) do RG 829.0262, órgão expedidor SRS-PE
 e do CPF: 063.907.544.30 residente no(a) EMÍLIO NUNES DA SILVA
 nº 180, bairro: IPSEOP, município: SERRA TALHADA, PE

OUTORGADO:

Nome: GEORGE CARLOS MELO LIMA, brasileiro(a), estado civil: CASADO
 Profissão: PROCURADOR, portador(a) do RG 5840550, órgão expedidor SSP-PE
 e do CPF: 008.475.324.29 residente no(a) ANTÔNIO TÔME DA SOUZA
 nº 593, bairro: SÃO CRISTÓVÃO, município: SERRA TALHADA, PE

PODERES: pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio a constituo 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 esta seguradora, podendo para tanto: requerer o que necessário for, apresentar, firmar documentos, declarações e assinar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, e praticar, enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento desta mandato, de vítima ELIELSON GLEISON COMES DA SILVA CPF: 063.907.544.30 data do acidente: 24/02/19 Cobertura: INVALIDIZ

Local e data: SERRA TALHADA - PE 06/10/2019

Elilson Gleison Gomes da Costa
 Assinatura do outorgante

(Reconhecer firma por autenticidade)



CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE SERRA TALHADA
 Titular: REGISTRADO ANEXO DA ATIVIDADE
 Telefone: (07) 3334.3235-40761033420

Reconheço a Firma por Autenticidade de ELIELSON GLEISON COMES DA COSTA, Dou. Ex. Serra Talhada, PE, Em Teste () da verdade. () Registra de Assinatura de outorgante titular () Maria Lúcia de Souza Substituta. EMBR 3/09.TENR-RS 0,80.FERM-RS 0,40.FERM-RS 0,04.FUNSEG-RS 0,08.
 Selo: 0074872.OTS09201901.03012 08/10/2019 14:11:18
 Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

DADOS DE QUEM ASSINA A ROGO (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 ROGO

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

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: ELIELSON GLEISON COMES DA COSTA, brasileiro(a), estado civil: CASADO
 Profissão: MECANICO, portador(a) do RG 829.0262, órgão expedidor SRS-PE
 e do CPF: 063.907.544.30 residente no(a) EMÍLIO NUNES DA SILVA
 nº 180, bairro: IPSEOP, município: SERRA TALHADA, PE

OUTORGADO:

Nome: GEORGE CARLOS MELO LIMA, brasileiro(a), estado civil: CASADO
 Profissão: PROCURADOR, portador(a) do RG 5840550, órgão expedidor SSP-PE
 e do CPF: 008.475.324.29 residente no(a) ANTÔNIO TÔME DA SOUZA
 nº 593, bairro: SÃO CRISTÓVÃO, município: SERRA TALHADA, PE

PODERES: pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio a constituo 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 esta seguradora, podendo para tanto: requerer o que necessário for, apresentar, firmar documentos, declarações e assinar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, e praticar, enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento desta mandato, de vítima ELIELSON GLEISON COMES DA SILVA CPF: 063.907.544.30 data do acidente: 24/02/19 Cobertura: INVALIDIZ

Local e data: SERRA TALHADA - PE 06/10/2019

Elilson Gleison Gomes da Costa
 Assinatura do outorgante

(Reconhecer firma por autenticidade)



CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE SERRA TALHADA
 Titular: REGINALDO ANTÔNIO DA SILVA
 Telefone: (07) 3334.3235-40761033420

Reconheço a Firma por Autenticidade de ELIELSON GLEISON COMES DA COSTA, Dou, Fd, Serra Talhada, PE, Em Teste () da verdade. () Regime de Amparo da Priva Titular () Maria Lúcia de Sousa Substituta. EMBR 3/09.TENR-RS 0,80.FERM-RS 0,40.FERM-RS 0,04.FUNSEG-RS 0,08.
 Selo: 0074872.OTS09201901.03012 08/10/2019 14:11:18
 Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

DADOS DE QUEM ASSINA A ROGO (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 ROGO

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

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

Data do acidente: 24/02/2019

Titular do CPF: ELIELSON GLEISON GOMES DA COSTA

CPF de: Próprio

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

GEORGE CARLOS MELO LIMA

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

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

Data do acidente: 24/02/2019

Titular do CPF: ELIELSON GLEISON GOMES DA COSTA

CPF de: Próprio

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

GEORGE CARLOS MELO LIMA

JOSEANA MIRANDA LEITE RODRIGUES

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

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: ☐ DADS (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:

ELIELSON CLEISON GOMES DA COSTA

6 - CPF:

063.907.584-30

7 - Profissão:

MECANICO

8 - Endereço:

EMÍDIO XUMES DA SILVA

9 - Número:

300

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

SÃO CRISTÓVÃO

12 - Cidade:

SIERRA TANHARA

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

56.900-515

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

87.9998.1422

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\$1.000,00 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 (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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

586

0

CONTA:

59148

3

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 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 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.

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 (ou Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado Judicialmente

☐ Vivo

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 (a) (nascido)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

SIERRA TANHARA - PE 16/10/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (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:

ELIELSON CLEISON GOMES DA COSTA

6 - CPF:

063.907.584-30

7 - Profissão:

MECANICO

8 - Endereço:

EMÍDIO XUMES DA SILVA

9 - Número:

300

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

SÃO CRISTÓVÃO

12 - Cidade:

SIERRA TANHARA

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

56.900-515

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\$1.000,00 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 (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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

586

0

CONTA:

59148

3

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 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 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.

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 (ou Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado Judicialmente

☐ Vivo

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 (a) (nascido)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

SIERRA TANHARA - PE 16/10/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019



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 - Culposos (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 PUBLICA**

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, Nº 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**

ALTOMÓVEL (VEÍCULO) 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)


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 - Culposos (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 PUBLICA**

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: 1ª. GRAU INCOMPLETO Profissão: MECANICO Telefones Celulares: - 87999912282

Residencial: **RUA PROJETADA 02, Nº 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**

ALTOMÓVEL (VEÍCULO) 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)


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:

ELIELSON CLEISON GOMES DA COSTA

6 - CPF:

063.907.584-30

7 - Profissão:

MECANICO

8 - Endereço:

EMÍDIO XUMES DA SILVA

9 - Número:

300

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

SÃO CRISTÓVÃO

12 - Cidade:

SIERRA TANHADA

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

56.900-515

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\$1.000,00 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 (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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

586

0

CONTA:

59148

3

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 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 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.

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 (ou Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado Judicialmente

☐ Vivo

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 (a) (nascido)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

SIERRA TANHADA - PE 16/10/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019



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:

ELIELSON CLEISON GOMES DA COSTA

6 - CPF:

063.907.584-30

7 - Profissão:

MECANICO

8 - Endereço:

EMÍDIO XUMES DA SILVA

9 - Número:

300

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

SÃO CRISTÓVÃO

12 - Cidade:

SIERRA TANHADA

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

56.900-515

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\$1.000,00 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 (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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

586

0

CONTA:

59148

3

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 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 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.

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 (ou Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado Judicialmente

☐ Vivo

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 (a) (nascido)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: SIERRA TANHADA - PE 16/10/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

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

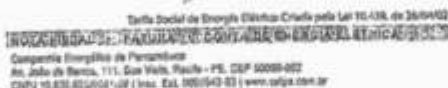
BANCO: 237

AGÊNCIA: 00586-0

CONTA: 000000059148-3

Nr. Autenticação

BRADESCO1311201905000000000023700586000000059148168750 PAGO



ENDERÇO DA UNIDADE CONJUGADORA
RUA EMÍLIO NUNES DA SILVA, 180

SÃO CRISTÓVÃO/SERRA TALHADA PE
5506-515

0306-315
0003472871
0307/2019
11975

067571760 | LNCa | 35-04-2010
067571760 | LNCa | 35-04-2010

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Revenda (R\$)	347,000000	0,74150000	257,45
Acrescimo - Indica AVALIAÇÃO			8,47
Carimbo - Indica Municipal			46,75
Imposto - CDE-UF 00001327-300415			3,25
Imposto - UF 00001327-300415			8,36
Imposto - por estado-UF 00001327-300415			2,40
Imposto - por UF-UF 00001327-300415			1,48

TOTAL DA FATURA 314 70

IP-20	TIPO DE	ANTENAS	PIRUL	Nº DE	CONSUMO	AJZITE	CONSUMO (WH)
DEFINICAO	FUNCAO	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA		
0001-000	CA7	2000-11-15	0.0000000	2000-11-15	0.0000000	0	0.0000000

DATE	AMOUNT	DESCRIPTION	DEBIT	CREDIT	BALANCE
1970-01-01		OPENING BALANCE			100.00
1970-01-15	50.00	PAYROLL	50.00		50.00
1970-01-31		CLOSING BALANCE			50.00
1970-02-01		OPENING BALANCE			50.00
1970-02-15	25.00	PAYROLL	25.00		25.00
1970-02-28		CLOSING BALANCE			25.00
1970-03-01		OPENING BALANCE			25.00
1970-03-15	10.00	PAYROLL	10.00		15.00
1970-03-31		CLOSING BALANCE			15.00
1970-04-01		OPENING BALANCE			15.00
1970-04-15	75.00	PAYROLL	75.00		0.00
1970-04-30		CLOSING BALANCE			0.00
1970-05-01		OPENING BALANCE			0.00
1970-05-15	30.00	PAYROLL	30.00		30.00
1970-05-31		CLOSING BALANCE			30.00
1970-06-01		OPENING BALANCE			30.00
1970-06-15	20.00	PAYROLL	20.00		10.00
1970-06-30		CLOSING BALANCE			10.00
1970-07-01		OPENING BALANCE			10.00
1970-07-15	15.00	PAYROLL	15.00		0.00
1970-07-31		CLOSING BALANCE			0.00
1970-08-01		OPENING BALANCE			0.00
1970-08-15	40.00	PAYROLL	40.00		40.00
1970-08-31		CLOSING BALANCE			40.00
1970-09-01		OPENING BALANCE			40.00
1970-09-15	10.00	PAYROLL	10.00		30.00
1970-09-30		CLOSING BALANCE			30.00
1970-10-01		OPENING BALANCE			30.00
1970-10-15	20.00	PAYROLL	20.00		10.00
1970-10-31		CLOSING BALANCE			10.00
1970-11-01		OPENING BALANCE			10.00
1970-11-15	10.00	PAYROLL	10.00		0.00
1970-11-30		CLOSING BALANCE			0.00
1970-12-01		OPENING BALANCE			0.00
1970-12-15	30.00	PAYROLL	30.00		30.00
1970-12-31		CLOSING BALANCE			30.00
1971-01-01		OPENING BALANCE			30.00
1971-01-15	10.00	PAYROLL	10.00		20.00
1971-01-31		CLOSING BALANCE			20.00
1971-02-01		OPENING BALANCE			20.00
1971-02-15	10.00	PAYROLL	10.00		10.00
1971-02-28		CLOSING BALANCE			10.00
1971-03-01		OPENING BALANCE			10.00
1971-03-15	10.00	PAYROLL	10.00		0.00
1971-03-31		CLOSING BALANCE			0.00
1971-04-01		OPENING BALANCE			0.00
1971-04-15	20.00	PAYROLL	20.00		20.00
1971-04-30		CLOSING BALANCE			20.00
1971-05-01		OPENING BALANCE			20.00
1971-05-15	10.00	PAYROLL	10.00		10.00
1971-05-31		CLOSING BALANCE			10.00
1971-06-01		OPENING BALANCE			10.00
1971-06-15	10.00	PAYROLL	10.00		0.00
1971-06-30		CLOSING BALANCE			0.00
1971-07-01		OPENING BALANCE			0.00
1971-07-15	20.00	PAYROLL	20.00		20.00
1971-07-31		CLOSING BALANCE			20.00
1971-08-01		OPENING BALANCE			20.00
1971-08-15	10.00	PAYROLL	10.00		10.00
1971-08-31		CLOSING BALANCE			10.00
1971-09-01		OPENING BALANCE			10.00
1971-09-15	10.00	PAYROLL	10.00		0.00
1971-09-30		CLOSING BALANCE			0.00
1971-10-01		OPENING BALANCE			0.00
1971-10-15	20.00	PAYROLL	20.00		20.

Page 10 of 10

[illegible]



União Social de Energia S/A - Cadeia para Lei 10.438, de 26/04/02
NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, São Vito, Recife - PE, CEP 50050-002
CNPJ 06.875.332/0001-06 | Ins. Est. 0605943-02 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
MARIA DE LOURDES MELO LIMA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA ANTONIO TOMÉ DE SOUZA 573

CPF: 289.442.044-91

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

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

SP DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA	LEITURA
07105422	0000	13/08/2018	
13082018	0000	200830118	3660441

DATA DE EMISSÃO	DATA DE VENCIMENTO
21/08/2018	11/09/2018
TOTAL A PAGAR (R\$)	
163,84	

RESUMO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	171,0000000	0,71645172	122,50
Acrescimo Bandeira AMARELA			2,18
Acrescimo Bandeira VERMELHA			3,79
Contrib. Rum. Pública Municipal			8,12
ICMS Subvenção-CDE-AP (06832355-1168/18)			1,16
Doução APAE - 0860 722 2723			19,00

TOTAL DA FATURA

163,84

SP DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	SP DE CONSTANTES	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
100004	CAT	11/01/2018	0 200,00	13/08/2018	8 471,70	55	1,20000	171,00

ANÁLISE DE CONSUMO



SP DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	SP DE CONSTANTES	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
100004	CAT	11/01/2018	0 200,00	13/08/2018	8 471,70	55	1,20000	171,00

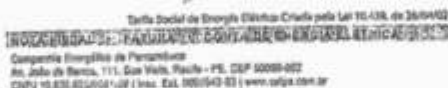
SP DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	SP DE CONSTANTES	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
100004	CAT	11/01/2018	0 200,00	13/08/2018	8 471,70	55	1,20000	171,00

INFORMAÇÕES IMPORTANTES
Pagamento em até 30 dias após a emissão da fatura. O não pagamento em até 30 dias após a emissão da fatura acarretará em multa de 10% sobre o valor devido. O não pagamento em até 60 dias após a emissão da fatura acarretará em multa de 20% sobre o valor devido. O não pagamento em até 90 dias após a emissão da fatura acarretará em multa de 30% sobre o valor devido. O não pagamento em até 120 dias após a emissão da fatura acarretará em multa de 40% sobre o valor devido. O não pagamento em até 150 dias após a emissão da fatura acarretará em multa de 50% sobre o valor devido. O não pagamento em até 180 dias após a emissão da fatura acarretará em multa de 60% sobre o valor devido. O não pagamento em até 210 dias após a emissão da fatura acarretará em multa de 70% sobre o valor devido. O não pagamento em até 240 dias após a emissão da fatura acarretará em multa de 80% sobre o valor devido. O não pagamento em até 270 dias após a emissão da fatura acarretará em multa de 90% sobre o valor devido. O não pagamento em até 300 dias após a emissão da fatura acarretará em multa de 100% sobre o valor devido.

SP DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	SP DE CONSTANTES	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
100004	CAT	11/01/2018	0 200,00	13/08/2018	8 471,70	55	1,20000	171,00

SP DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	SP DE CONSTANTES	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
100004	CAT	11/01/2018	0 200,00	13/08/2018	8 471,70	55	1,20000	171,00

União Social de Energia S/A - Cadeia para Lei 10.438, de 26/04/02



ENDERÇO DA UNIDADE CONJUGADORA
RUA EMÍLIO NUNES DA SILVA, 180

SÃO CRISTÓVÃO/SERRA TALHADA PE
5506-515

0306-315
0003472871
03072019
11975

067571760 | LNCa | 35-04-2010
067571760 | LNCa | 35-04-2010

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Revenda (R\$)	347,000000	0,74150000	257,45
Acrescimo - Index ADARCEL			8,47
Carimbo - Prefeitura Municipal			46,75
Imposto - CDE-UF 00001327-300415			3,25
Imposto - UF 00001327-300415			8,36
Imposto - UF 00001327-300415			2,40
Imposto - UF 00001327-300415			1,48

TOTAL IVA FATTURA

IP-20	TIPO DE	ANTENAS	PIRUL	Nº DE	CONSUMO	AJZITE	CONSUMO (WH)
DEFINICAO	FUNCAO	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA		
0001-000	CA7	2000-11-15	0.0000000	2000-11-15	0.0000000	0	0.0000

DATE		AMOUNT	%	VALUE OF
DATE		AMOUNT	%	VALUE OF
10/1/78	100	100	100	100
10/2/78	200	200	200	200
10/3/78	300	300	300	300
10/4/78	400	400	400	400
10/5/78	500	500	500	500
10/6/78	600	600	600	600
10/7/78	700	700	700	700
10/8/78	800	800	800	800
10/9/78	900	900	900	900
10/10/78	1000	1000	1000	1000
10/11/78	1100	1100	1100	1100
10/12/78	1200	1200	1200	1200
10/13/78	1300	1300	1300	1300
10/14/78	1400	1400	1400	1400
10/15/78	1500	1500	1500	1500
10/16/78	1600	1600	1600	1600
10/17/78	1700	1700	1700	1700
10/18/78	1800	1800	1800	1800
10/19/78	1900	1900	1900	1900
10/20/78	2000	2000	2000	2000
10/21/78	2100	2100	2100	2100
10/22/78	2200	2200	2200	2200
10/23/78	2300	2300	2300	2300
10/24/78	2400	2400	2400	2400
10/25/78	2500	2500	2500	2500
10/26/78	2600	2600	2600	2600
10/27/78	2700	2700	2700	2700
10/28/78	2800	2800	2800	2800
10/29/78	2900	2900	2900	2900
10/30/78	3000	3000	3000	3000
10/31/78	3100	3100	3100	3100
11/1/78	3200	3200	3200	3200
11/2/78	3300	3300	3300	3300
11/3/78	3400	3400	3400	3400
11/4/78	3500	3500	3500	3500
11/5/78	3600	3600	3600	3600
11/6/78	3700	3700	3700	3700
11/7/78	3800	3800	3800	3800
11/8/78	3900	3900	3900	3900
11/9/78	4000	4000	4000	4000
11/10/78	4100	4100	4100	4100
11/11/78	4200	4200	4200	4200
11/12/78	4300	4300	4300	4300
11/13/78	4400	4400	4400	4400
11/14/78	4500	4500	4500	4500
11/15/78	4600	4600	4600	4600
11/16/78	4700	4700	4700	4700
11/17/78	4800	4800	4800	4800
11/18/78	4900	4900	4900	4900
11/19/78	5000	5000	5000	5000
11/20/78	5100	5100	5100	5100
11/21/78	5200	5200	5200	5200
11/22/78	5300	5300	5300	5300
11/23/78	5400	5400	5400	5400
11/24/78	5500	5500	5500	5500
11/25/78	5600	5600	5600	5600
11/26/78	5700	5700	5700	5700
11/27/78	5800	5800	5800	5800
11/28/78	5900	5900	5900	5900
11/29/78	6000	6000	6000	6000
11/30/78	6100	6100	6100	6100
12/1/78	6200	6200	6200	6200
12/2/78	6300	6300	6300	6300
12/3/78	6400	6400	6400	6400
12/4/78	6500	6500	6500	6500
12/5/78	6600	6600	6600	6600
12/6/78	6700	6700	6700	6700
12/7/78	6800	6800	6800	6800
12/8/78	6900	6900	6900	6900
12/9/78	7000	7000	7000	7000
12/10/78	7100	7100	7100	7100
12/11/78	7200	7200	7200	7200
12/12/78	7300	7300	7300	7300
12/13/78	7400	7400	7400	7400
12/14/78	7500	7500	7500	7500
12/15/78	7600	7600	7600	7600
12/16/78	7700	7700	7700	7700
12/17/78	7800	7800	7800	7800
12/18/78	7900	7900	7900	7900
12/19/78	8000	8000	8000	8000
12/20/78	8100	8100	8100	8100
12/21/78	8200	8200	8200	8200
12/22/78	8300	8300	8300	8300
12/23/78	8400	8400	8400	8400
12/24/78	8500	8500	8500	8500
12/25/78	8600	8600	8600	8600
12/26/78	8700	8700	8700	8700
12/27/78	8800	8800	8800	8800
12/28/78	8900	8900	8900	8900
12/29/78	9000	9000	9000	9000
12/30/78	9100	9100	9100	9100
12/31/78	9200	9200	9200	9200
1/1/79	9300	9300	9300	9300
1/2/79	9400	9400	9400	9400
1/3/79	9500	9500	9500	9500
1/4/79	9600	9600	9600	9600
1/5/79	9700	9700	9700	9700
1/6/79	9800	9800	9800	9800
1/7/79	9900	9900	9900	9900
1/8/79	10000	10000	10000	10000
1/9/79	10100	10100	10100	10100
1/10/79	10200	10200	10200	10200
1/11/79	10300	10300	10300	10300
1/12/79	10400	10400	10400	10400
1/13/79	10500	10500	10500	10500
1/14/79	10600	10600	10600	10600
1/15/79	10700	10700	10700	10700
1/16/79	10800	10800	10800	10800
1/17/79	10900	10900	10900	10900
1/18/79	11000	11000	11000	11000
1/19/79	11100	11100	11100	11100
1/20/79	11200	11200	11200	11200
1/21/79	11300	11300	11300	11300
1/22/79	11400	11400	11400	11400
1/23/79	11500	11500	11500	11500
1/24/79	11600	11600	11600	11600
1/25/79	11700	11700	11700	11700
1/26/79	11800	11800	11800	11800
1/27/79	11900	11900	11900	11900
1/28/79	12000	12000	12000	12000
1/29/79	12100	12100	12100	12100
1/30/79	12200	12200	12200	12200
1/31/79	12300	12300	12300	12300
2/1/79	12400	12400	12400	12400
2/2/79	12500	12500	12500	12500
2/3/79	12600	12600	12600	12600
2/4/79	12700	12700	12700	12700
2/5/79	12800	12800	12800	12800
2/6/79	12900	12900	12900	12900
2/7/79	13000	13000	13000	13000
2/8/79	13100	13100	13100	13100
2/9/79	13200	13200	13200	13200
2/10/79	13300	13300	13300	13300
2/11/79	13400	13400	13400	13400
2/12/79	13500	13500	13500	13500
2/13/79	13600	13600	13600	13600
2/14/79	13700	13700	13700	13700
2/15/79	13800	13800	13800	13800
2/16/79	13900	13900	13900	13900
2/17/79	14000	14000	14000	14000
2/18/79	14100	14100	14100	14100
2/19/79	14200	14200	14200	14200
2/20/79	14300	14300	14300	14300
2/21/79	14400	14400	14400	14400
2/22/79	14500	14500	14500	14500
2/23/79	14600	14600	14600	14600
2/24/79	14700	14700	14700	14700
2/25/79	14800	14800	14800	14800
2/26/79	14900	14900	14900	14900
2/27/79	15000	15000	15000	15000
2/28/79	15100	15100	15100	15100
2/29/79	15200	15200	15200	15200
2/30/79	15300	15300	15300	15300
3/1/79	15400	15400	15400	15400
3/2/79	15500	15500	15500	15500
3/3/79	15600	15600	15600	15600
3/4/79	15700	15700	15700	15700
3/5/79	15800	15800	15800	15800
3/6/79	15900	15900	15900	15900
3/7/79	16000	16000	16000	16000
3/8/79	16100	16100	16100	16100
3/9/79	16200	16200	16200	16200
3/10/79	16300	16300	16300	16300
3/11/79	16400	16400	16400	16400
3/12/79	16500	16500	16500	16500
3/13/79	16600	16600	16600	16600
3/14/79	16700	16700	16700	16700
3/15/79	16800	16800	16800	16800
3/16/79	16900	16900	16900	16900
3/17/79	17000	17000	17000	17000
3/18/79	17100	17100	17100	17100
3/19/79	17200	17200	17200	17200
3/20/79	17300	17300	17300	17300
3/21/79	17400	17400	17400	17400
3/22/79	17500	17500	17500	17500
3/23/79	17600	17600	17600	17600
3/24/79	17700	17700	17700	17700
3/25/79	17800	17800	17800	17800
3/26/79	17900	17900	17900	17900
3/27/79	18000	18000	18000	18000
3/28/79	18100	18100	18100	18100
3/29/79	18200	18200	18200	18200
3/30/79	18300	18300	18300	18300
3/31/79	18400	18400	18400	18400
4/1/79	18500	18500	18500	18500
4/2/79	18600	18600	18600	18600
4/3/79	18700	18700	18700	18700
4/4/79	18800	18800	18800	18800
4/5/79	18900	18900	18900	18900
4/6/79	19000	19000	19000	19000
4/7/79	19100	19100	19100	19100
4/8/79	19200	19200	19200	19200
4/9/79	19300	19300	19300	19300
4/10/79	19400	19400	19400	19400
4/11/79	19500	19500	19500	19500
4/12/79	19600	19600	19600	19600
4/13/79	19700	19700	19700	19700
4/14/79	19800	19800	19800	19800
4/15/79	19900	19900	19900	19900
4/16/79	20000	20000	20000	20000
4/17/79	20100	20100	20100	20100
4/18/79	20200	20200	20200	20200
4/19/79	20300	20300	20300	20300
4/20/79	20400	20400	20400	20400
4/21/79	20500	20500	20500	20500
4/22/79	20600	20600	20600	20600
4/23/79	20700	20700	20700	20700
4/24/79	20800	20800	20800	20800
4/25/79	20900	20900	20900	20900
4/26/79	21000	21000	21000	21000
4/27/79	21100	21100	21100	21100
4/28/79	21200	21200	21200	21200
4/29/79	21300	21300	21300	21300
4/30/79	21400	21400	21400	21400
5/1/79	21500	21500	21500	21500
5/2/79	21600	21600	21600	21600
5/3/79	21700	21700	21700	21700
5/4/79	21800	21800	21800	21800
5/5/79	21900	21900	21900	21900
5/6/79	22000	22000	22000	22000
5/7/79	22100	22100	22100	22100
5/8/79	22200	22200	22200	22200
5/9/79	22300	22300	22300	22300
5/10/79	22400	22400	22400	22400
5/11/79	22500	22500	22500	22500
5/12/79	22600	22600	22600	22600
5/13/79	22700	22700	22700	22700
5/14/79	22			

Page 10 of 10

[illegible]