



Número: **0014626-89.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 22ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **16/03/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JOYCE DE CASSIA BARBOSA DA SILVA (AUTOR)	GISELLE VALENCA DE MEDEIROS (ADVOGADO)
SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A (REU)	RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
77376 249	22/03/2021 16:36	2727964_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 22ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo n.º 00146268920208172001

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **JOYCE DE CASSIA BARBOSA DA SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

Inicialmente, cumpre ressaltar que o Laudo Pericial de fls. é categórico nos quesitos ao informar a **AUSÊNCIA DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)**.

Logo, resta claro que não há incapacidade permanente.

Isto posto, fica demonstrado que o pleito da parte autora encontra-se descabido, já que a mesma pleiteia indenização por invalidez permanente, sem ter restado inválida, conforme ficou comprovado através da prova pericial.

Pelo exposto, requer que seja acolhida a conclusão pericial e, em consequência, sejam julgados improcedentes os pedidos formulados na exordial.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RECIFE, 18 de março de 2021.

**JOÃO BARBOSA
OAB/PE 4246**

**ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE**

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 22/03/2021 16:36:23
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21032216362326000000075810405>
Número do documento: 21032216362326000000075810405

Num. 77376249 - Pág. 1



Número: **0014626-89.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 22ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **16/03/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JOYCE DE CASSIA BARBOSA DA SILVA (AUTOR)	GISELLE VALENCA DE MEDEIROS (ADVOGADO)
SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A (REU)	RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
77376 250	22/03/2021 16:36	ANEXO 1	Outros (Documento)

UPA24H - UPA IMBIRIBEIRA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo
Data e hora retirada da senha: 19-11-2019 22:51

MANCHESTER_V2

Nome Paciente:	JOYCE DE CASSIA BARBOSA DA SILVA
Cód. Paciente:	577615
Data de Nascimento:	20/03/1996
Sexo:	Feminino
Idade:	23
Senha:	A0235
Convênio:	2 - SUS - AMBULATORIO
Atendimento:	1299130
SAME:	

Período: 19-11-2019 22:52 - 19-11-2019 22:53

Prioridade: **AMARELO - URGENTE**

Cor: **AMARELO**

Alergia(s): **- NEGA ALERGIAS -**

Queixa Principal: **PACIENTE TRAZIDA PELOS BOMBEIROS COM HISTÓRIA DE ATROPELAMENTO POR CARRO, APRESENTANDO ESCORIAÇÕES EM FACE E MMII + DOR EM MIE. NEGA SINCOPE E VOMITOS.**

Fluxograma sintoma: **TRAUMA MAIOR**

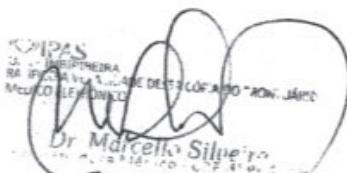
Discriminador(es): **- DOR MODERADA?**

Especialidade: **CONSULTORIO (CLÍNICA GERAL)**

Sinais Vitais Lidos: **- ESCALA DE GLASGOW: 15
- REGUA DE DOR: 5
- FREQUENCIA RESPIRATORIA: 18.00 IRPM**

Alergias Atuais do Paciente

Substância	Observação
- NEGA ALERGIAS -	



Dr. Marcelo Silveira
Médico de Família - UPA Imbiribeira

Acolhido(a) por: DEBORA DE ALMEIDA PEREIRA - COREN: 497275 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)
Data Impressão: 16-12-2019 10:44

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 22/03/2021 16:36:23
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21032216362342200000075810406>
Número do documento: 21032216362342200000075810406

Num. 77376250 - Pág. 1

RECEITUÁRIO MÉDICO

USO ORAL

CETOPROFENO 100mg ----- 1 caixa

TOMAR 1 COMPRIMIDO DE 12/12H POR 5 DIAS

LISADOR ----- 1 CAIXA

TOMAR 1 COMPRIMIDO DE 8/8H, SE DOR

Recife, 16 de Dezembro de 2019

Médico: ANDERSON ARY DIAS DE OLIVEIRA
CRM: 21731

COPIAS
DE IMPRENSA
DE IMPRENSA, APELIDADA DE TATU, JÁ ESTA
MUDADA DE ENDEREÇO

Dr. Marcelo Silveira
22/11/2019

Avenida Marechal Mascarenhas de Moraes - 4223 - Imbiribeira - Recife-PE - CEP: 51150-004 - Tel. (81) 3184-4328



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 22/03/2021 16:36:23
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21032216362342200000075810406>
Número do documento: 21032216362342200000075810406

Num. 77376250 - Pág. 2

Prescrição.: 1832098 Data: 19/11/2019 23:49
Usuário....: ANDERSONADOS
Atendimento: 1299130 Dt Nasc: 20/03/1996 (23a 8m 28d)
Convênio....: SUS - AMBULATORIO
Paciente...: 577615 - JOYCE DE CASSIA BARBOSA DA SILVA
Peso.....: Altura: Sup. Corporea:
Internação: 19/11/2019 22:55 0 Dias(s) int
Médico....: ANDERSON ARY DIAS DE OLIVEIRA SILVA - CRM 21731
FUNÇÃO: MEDICO(A) Serviço: CLINICA GERAL
Unid. Int.: Leito.: Cobertura:
Cid.....: Z916 HISTORIA PESSOAL DE OUTR TRAUMAS FISICOS Ciclo.: /
Diagnóstico:
Protocolo.:
Classificação de Risco:URG

1^ª VIA

Rubrica do Responsável

THE BOSTONIAN SOCIETY

Classificação de Risco: URGENTE

Alergias: NEGA ALERGIAS

PRESCRIÇÃO DE PROC EXAMES

EXAMES IMAGEM

CÓDIGO/IMAGEM	Descrição	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários	
							Entrada	Saída
1 RX Perna Esquerda A.P. / PERFIL 331518	RX Perna Esquerda A.P. / PERFIL ; Exame:	1					[19/11] 23:49	
2 RX PE ESQUERDO A.P. / OBLÍQUO 331518	RX PE ESQUERDO A.P. / OBLÍQUO ; Exame:	1					[19/11] 23:49	

MV 2000 - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR





Paciente: 0000577615 JOYCE DE CASSIA BARBOSA DA SILVA
Nascimento: 20/03/1996 23 Anos 8 Meses 26 Dias Sexo:
Atendimento: 01299130 Data Atendimento: 19/11/2019 22:55



Queixa Principal / História

DOR EM Perna e Pé ESQUERDO APOS ACIDENTE MOTOCICLISTICO
NEGA VOMITOS, PERDA DE CONSCIENCIA OU CERVICALGIA
APRESENTA ESCORIAÇÕES EM FACE

Antecedentes

DM: SIM NÃO

HAS: SIM NÃO

Alergia: SIM NÃO

Medicamentos: SIM NÃO

Exame Físico

EG Bom	Consciente	Orientado e Conversando	Hidratado
Nutrido	Corado	Acianótico	Anictérico
Eupnéico	Afebril	Sem Edemas	
ACV.: <input checked="" type="radio"/> NÃO EXAMINADO <input type="radio"/> NORMAL <input type="radio"/> ALTERADA			
AR.: <input checked="" type="radio"/> NÃO EXAMINADO <input type="radio"/> NORMAL <input type="radio"/> ALTERADA			
AD.: <input checked="" type="radio"/> NÃO EXAMINADO <input type="radio"/> NORMAL <input type="radio"/> ALTERADA			
SN.: <input checked="" type="radio"/> NÃO EXAMINADO <input type="radio"/> NORMAL <input type="radio"/> ALTERADO			
SGU.: <input checked="" type="radio"/> NÃO EXAMINADO <input type="radio"/> NORMAL <input type="radio"/> ALTERADA			
ORL: <input checked="" type="radio"/> NÃO EXAMINADO <input type="radio"/> NORMAL <input type="radio"/> ALTERADA			
Pele: <input checked="" type="radio"/> NÃO EXAMINADO <input type="radio"/> NORMAL <input type="radio"/> ALTERADA			
AP. Locomotor: <input type="checkbox"/> EDEMA <input type="checkbox"/> DOR A MOVIMENTAÇÃO <input type="checkbox"/> EQUITOSE <input type="checkbox"/> HEMATOMA <input type="checkbox"/> DEFORMIDADE ÓSSEA			

Aferições: PAS PAD FR FC P (KG) T Alt. (cm) SAT O²

RECORRIDO
DE MARCELO SILVEIRA
DE MARCELO SILVEIRA

Avenida Marechal Mascarenhas de Moraes, 4202, Taubaté - SP, 12020-210



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 22/03/2021 16:36:23
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2103221636234220000075810406>
Número do documento: 2103221636234220000075810406

Num. 77376250 - Pág. 4

Tempo da Doença *

2 Horas

Acesso à UPA *

Bombeiro Militar

Nível de Consciência *

Vigil / Alerta

Vulnerabilidade Social *

Ausente

Queixa Principal / História:

PACIENTE 23 ANOS, SEM COMORBIDADES PRÉVIAS, TRAZIDA PELO CORPO DE BOMBEIROS, COM HISTÓRIA DE ATROPELAMENTO POR CARRO HÁ CERCA DE 2 HORAS, SEM PERDA DE CONSCIÊNCIA, SEM EPISÓDIOS EMÉTICOS, SEM CEFALÉIA. REFERE DOR EM NARIZ E EM PERNAS E PÉS ESQUERDOS. NO MOMENTO, PACIENTE CONSCIENTE, ORIENTADA, SATURANDO 99% EM AR AMBIENTE. NEGA ALERGIAS MEDICAMENTOSAS. NEGA OUTRAS QUEIXAS.

AO EXAME:
EGB: CONSCIENTE, ORIENTADA, EUPNEICA, NORMOCORADA, HIDRATADA, ANICTÉRICA, ACIANÓTICA, AFEBRIL AO TOQUE.
ACV: RCR EM 2T, BNF S/S FC: 90 BPM
AR: MV + EM AHT, S/RA FR: 18 IRPM
ASD: SEMIGLOBOSO, PLACIDO, DEPRESSÍVEL, INDOLOR À PALPAÇÃO, ANTERIOR DIREITA, PÉS ESQUERDOS.
EXT: PULSOS SIMÉTRICOS E PÁLPAVEIS, DOR À PALPAÇÃO DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.
EXAME NEUROLOGICO: GLASGOW 15, PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES.

CS: 1) SINTOMÁTICOS:
2) ALTA DA CLÍNICA MÉDICA: Nefropatia: Tabagismo: Dislipidemia: Alcoolista: Medicamento:

Observações:

EG Bom

Hidratado

Anictérico

Sem Edemas

Corado

Nutrido

Eupnéico

Afebril

Acianótico

Observações:

Avaliação Cardio Vascular

 Não Examinado: Normal Alterada:

Observações:

Avaliação do Aparelho Respiratório

 Normal Alterada:

Observações:

Avaliação Neurológica

 Normal Alterada:

Observações:

Avaliação Aparelho Digestivo

 Não Examinado: Normal Alterada:

Observações:

Avaliação Aparelho Locomotor

 Normal Alterada:SGU: Não Examinado: Normal Alterada:

Avaliação de outros Aparelhos ou Sistemas

ORL: Não Examinado: Normal Alterada: Normal Alterada:Pele: Não Examinado: Normal Alterada: Normal Alterada:

Aferições:

PAS

PAD

FR

FC

P (KG)

TEMP

SATO2

HGT

Médico Responsável:

JOSE LUCAS PEREIRA DA COSTA CRUZ

Médico de Plantão:

DR. MARIO LUIZ SANTOS

Cremepe: 28133

RESUMO DE ALTA

DATA DA ALTA - 20/11/2019 00:43:00

IDENTIFICAÇÃO

NOME: JOYCE DE CASSIA BARBOSA DA SILVA RG: PESO:

IDADE: 23 Anos SEXO: FEMININO ALTURA:

Data de Nascimento: 20/03/1996

PRESTADOR ASSISTENTE: ANDERSON ARY DIAS DE OLIVEIRA SILVA

DATA DE ATENDIMENTO: 19/11/2019 22:55:55 ATENDIMENTO: 1299130 TEMPO DE PERMANÊNCIA: 1 Dia(s)

CONVÉNIO: SUS - AMBULATORIO PLANO: PLANO UNICO

DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: Z916 - HISTORIA PESSOAL DE OUTR TRAUMAS FÍSICOS

DIAGNÓSTICO(S) SECUNDÁRIO(S):

DIAGNÓSTICO INICIAL: Z916 - HISTORIA PESSOAL DE OUTR TRAUMAS FÍSICOS

DIAGNÓSTICO DE ALTA: Z916 - HISTORIA PESSOAL DE OUTR TRAUMAS FÍSICOS

CONDUTA DE ALTA:

MOTIVO DA ALTA: ALTA APÓS PROCEDIMENTO

PROCEDIMENTO DE ALTA:

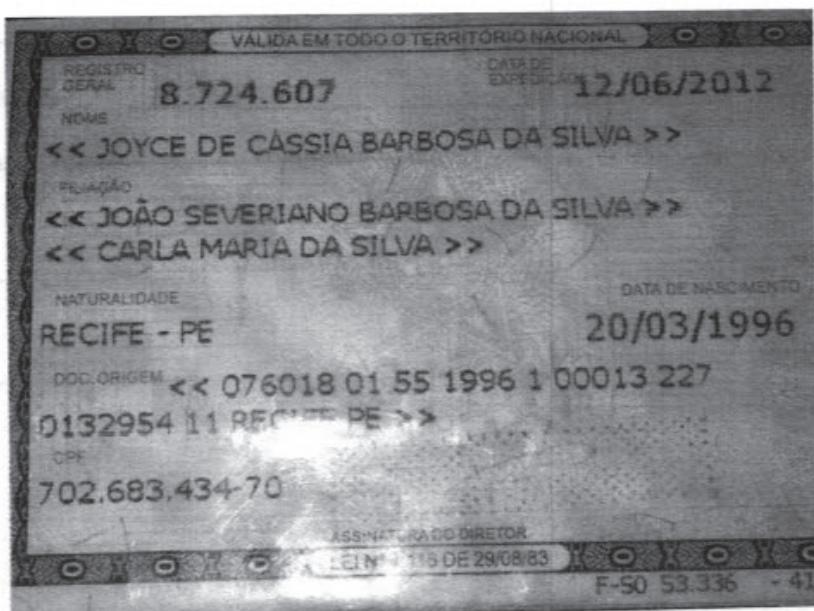
OBSERVAÇÃO DE ALTA: RX SEM ALTERAÇÕES AGUDAS

COPIAS
J. V. IMBIRIBEIRA
BA (P) 24h, N. ADE DIFALÓFIA DIA 10/12/2019
MÉDICO ELETRÔNICO
Dr. Marcelo Silveira
Praça da Maternidade - Centro - RJ - 20000-000

Esta conta foi paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais

MV 2000 - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR





RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0040091/20

Vítima: JOYCE DE CASSIA BARBOSA DA SILVA

CPF: 702.683.434-70

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

CPF de: Próprio

Data do acidente: 19/11/2019

Titular do CPF: JOYCE DE CASSIA
BARBOSA DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

32000 48189

545261

JOYCE DE CASSIA BARBOSA DA SILVA : 702.683.434-70

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: 29/01/2020
Nome: JOYCE DE CASSIA BARBOSA DA SILVA
CPF: 702.683.434-70

JOYCE DE CASSIA BARBOSA DA SILVA
JOYCE DE CASSIA BARBOSA DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/01/2020
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

Marta Marinho dos Santos
Marta Marinho dos Santos



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200048189 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOYCE DE CASSIA BARBOSA DA **Data do acidente:** 19/11/2019 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE
SILVA SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: ESCORIAÇÕES DIFUSAS.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. (P1 P4 P6)

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Recuperação Completa)

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENÇIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200048189 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOYCE DE CASSIA BARBOSA DA **Data do acidente:** 19/11/2019 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE
SILVA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: ESCORIAÇÕES DIFUSAS.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. (P1 P4 P6)

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Recuperação Completa)

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENÇIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0040091/20

Vítima: JOYCE DE CASSIA BARBOSA DA SILVA

CPF: 702.683.434-70

CPF de: Próprio

Data do acidente: 19/11/2019

Titular do CPF: JOYCE DE CASSIA BARBOSA DA SILVA

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JOYCE DE CASSIA BARBOSA DA SILVA : 702.683.434-70

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: 29/01/2020
Nome: JOYCE DE CASSIA BARBOSA DA SILVA
CPF: 702.683.434-70

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/01/2020
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

JOYCE DE CASSIA BARBOSA DA SILVA

Marta Marinho dos Santos



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 22/03/2021 16:36:23
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21032216362342200000075810406>
Número do documento: 21032216362342200000075810406

Num. 77376250 - Pág. 11

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, 03 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200048189

Vítima: JOYCE DE CASSIA BARBOSA DA SILVA

Data do Acidente: 19/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOYCE DE CASSIA BARBOSA DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





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

Rio de Janeiro, 07 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200048189 **Vítima: JOYCE DE CASSIA BARBOSA DA SILVA**

Data do Acidente: 19/11/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JOYCE DE CASSIA BARBOSA DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

A documentação médica anexada, datada de 20/11/2019, emitida pelo Dr. ILEGÍVEL, CRM nº 0 - PE, da Instituição UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, evidencia recuperação completa após o dano pessoal sofrido no acidente de trânsito e não foi comprovada a existência de invalidez permanente.

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:
402.683.434-70 JOYCE DE CASSIA BARBOSA DA SILVA

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

5 - Nome completo: JOYCE DE CASSIA BARBOSA DA SILVA	6 - CPF: 402.683.434-70		
7 - Profissão: SER DE LIMPEZA	8 - Endereço: RUA CORBELIA	9 - Número: 38	10 - Complemento: 'A'
11 - Bairro: TORROES	12 - Cidade: RECIFE	13 - Estado: PE	14 - CEP: 50640-410
15 - E-mail: 8398316130681983161306	16 - Tel.(DDD):		

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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

Bradesco (237) Itaú (341)

Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1028

CONTA: 985269898 8

(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 Lider 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 Lider 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 Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou Sim Não 31 - Vítima Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, RECIFE, 28 DE JANEIRO 2020

JOYCE DE CASSIA B. DAS V.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

.001 V002/2019



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 006ª CIRCUNSCRIÇÃO - CORDEIRO - DP6ªCIRC
DIM/2ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. **20E0096000058**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **03/01/2020** às **17:32**

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **19/11/2019** às **21:38**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA ENGENHEIRO ABDIAS DE CARVALHO, 01** - Bairro: **CORDEIRO - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

CONDUTOR DE VEICULO DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
JOYCE DE CASSIA BARBOSA DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): JOYCE DE CASSIA BARBOSA DA SILVA

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

JOYCE DE CASSIA BARBOSA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **CARLA MARIA DA SILVA** Pai: **JOÃO SEVERINO BARBOSA DA SILVA** Data de Nascimento: **20/3/1996** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **8724607/SDS/PE (RG), 70268343470 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)**
Profissão: **SERVENTE DE LIMPEZA**
Residencial: **RUA CORBELIA, N° 38 A, TORRÓES, RECIFE/PE. - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

CONDUTOR DE VEICULO DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

VEICULO DESCONHECIDO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOYCE DE CASSIA BARBOSA DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOYCE DE CASSIA BARBOSA DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

RELATA A VÍTIMA QUE NO LOCAL ACIMA MENCIONADO ESTAVA NO ACOSTAMENTO QUANDO FOI ATROPELADA POR UM VEÍCULO DE PLACA E CONDUTOR NÃO IDENTIFICADOS, QUE SE EVADIU DO LOCAL SEM PRESTAR SOCORRO, POR CONTA DE ESTAR DESPISTANDO DA LEI SECA. SENDO SOCORRIDA PELO CORPO DE BOMBEIROS PARA A UPA DA IMBIRIBEIRA.

04/01/2020 07:00

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

X JOYCE DE CASSIA B DASILVA
JOYCE DE CASSIA BARBOSA DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **ALVARO DO REGO VALENÇA JUNIOR** - Matrícula: **272728-5**



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:
402.683.434-70 JOYCE DE CASSIA BARBOSA DA SILVA

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

5 - Nome completo: JOYCE DE CASSIA BARBOSA DA SILVA	6 - CPF: 402.683.434-70		
7 - Profissão: SER DE LIMPEZA	8 - Endereço: RUA CORBELIA	9 - Número: 38	10 - Complemento: 'A'
11 - Bairro: TORROES	12 - Cidade: RECIFE	13 - Estado: PE	14 - CEP: 50640-410
15 - E-mail: 8398316130681983161306	16 - Tel.(DDD):		

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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

Bradesco (237) Itaú (341)

Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1028

CONTA: 985269898 8

(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 Lider 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 Lider 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 Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou Sim Não 31 - Vítima Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, RECIFE, 28 DE JANEIRO 2020

JOYCE DE CASSIA B. DAS V.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

.001 V002/2019





**SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO**

C E R T I D Ã O

Certidão nº 2019APH001383 Div. Op.

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr(a). JOYCE DE CASSIA BARBOSA DA SILVA, 23 anos, BRASILEIRA(a), SOLTEIRO(a), RG nº 8724607 SDSPE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 702.683.434-70, residente à RUA CORBELIA, nº 38, A, TORROES, RECIFE-PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 19/11/2019, por volta das 21:38 hs, no endereço: AVENIDA ABDIAS DE CARVALHO, XXX, TORRÕES RECIFE-PE, referente a um(a) ATROPELAMENTO, envolvendo PREJUDICADO, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr(a) JOYCE DE CASSIA BARBOSA DA SILVA, inscrito sob o CPF nº 702.683.434-70 e Registro Geral nº 8724607, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) CB BM 710302-6 ABELARDO. Foi transportado(a) para o UPA IMBIRIBEIRA. Registrado(a) com o prontuário nº 1299130. Ficou aos cuidados do médico XXX, registro XXX. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

Posição em 20/12/2019

*A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site
<http://www.cbm.pe.gov.br/>, consultar protocolo nº 2019APH001383*

Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife/PE - CEP 50050-180
Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 00.358.773/0001-44



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 22/03/2021 16:36:23
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21032216362342200000075810406>
Número do documento: 21032216362342200000075810406

Num. 77376250 - Pág. 18

Imprimir Segunda Via da Conta

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/2002
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE	
ZIDETE MARIA DA SILVA	
CPF: 358.533.284-48 NIS: 12156561235	
ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA	
RUA CORBELIA 38 A	
TORROES RECIFE 50640-710 RECIFE PE	
As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br	

DATA DE VENCIMENTO 27/11/2019	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 20/11/2019	CONTA CONTRATO 001364317014
TOTAL A PAGAR (R\$) 0,00	DATA DA APRESENTAÇÃO 20/11/2019	Nº DO CLIENTE 2009811359
	NÚMERO DA NOTA FISCAL 085665002	Nº DA INSTALAÇÃO 0002743032
CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS	Monofásico	
RESERVADO AO FISCO F86E.0CCD.E1DE.7005.B29D.970C.33D9.F587		

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Alívio até 30 kWh	30,00	0,19327691	5,79
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,05
Acréscimo Bandeira VERMELHA			0,30
TOTAL DA FATURA			6,14

Tarifas Aplicadas	HISTÓRICO DO CONSUMO	
		kWh
Consumo Alívio até 30 kWh 0,19327691	NOV 19	30
	OUT 19	30
	SET 19	30
	AGO 19	30
	JUL 19	30
	JUN 19	30
	MAI 19	30
	ABR 19	30
	MAR 19	30
	FEV 19	30
	JAN 19	30
	DEZ 18	30
	NOV 18	30

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS	PIS	COFINS					
BASE DE CÁLCULO	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	VALOR DO IMPPOSTO	BASE DE CÁLCULO	VALOR DO IMPPOSTO		
0,00	0,00	6,14	0,92	0,05	6,14	4,25	0,26

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRIÇÃO	COLUNA	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
	set/2019				
DIC-No de horas sem Energia	0,00	4,80	9,91	19,82	
FIC-No de vezes sem Energia	0,00	3,11	6,22	12,45	
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua	0,00	2,77	0,00	0,00	
DICR-Duração de interrupção em dia crítico			Limite DICR: 12,22		
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 2,88					
Todos Consumidores podem solicitar e apresentar os indicadores DIC, FIC, DMIC e DICR a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! digiteis gráfica: avenida general san martin cordeiro / multilocal: rua onze de fevereiro torroeslista completa em www.celpe.com.br.
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Vermelha. Mais informações em www.aneel.gov.br.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pago, em atraso gera multa 2% (Res414/ANEEL), Juros 1% a.m.(Lei 10.438/02) e atualização monetária no prazo, mês.
Isenção do ICMS conforme art. 9, XLVIII, n. 2.2.2, do RICMS-PE.
Desconto para aplicação de Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei N° 10.438 de 26/04/02 - R\$ 12,25.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

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

DESTQUE AQUI	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
001364317014	11/2019	0,00	27/11/2019	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este anexo será usado em leitora ótica.

FATURA PAGA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 22/03/2021 16:36:23
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21032216362342200000075810406>
Número do documento: 21032216362342200000075810406

16/12/19 21:21
Página 1 de 1

Num. 77376250 - Pág. 19