

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha c(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: 164.980.024-09 4 - Nome completo da vítima: CAUÃ VICTOR MONTEIRO DE ASSUNÇÃO

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

5 - Nome completo: CAUÃ VICTOR MONTEIRO DE ASSUNÇÃO 6 - CPF: 164.980.024-09
 7 - Profissão: Recusou-se 8 - Endereço: TV 36 9 - Número: 32 10 - Complemento: _____
 11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Caruaru 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55028-323
 15 - E-mail: _____ 16 - Tel (DDD): (81)92258-3087

DADOS CADASTRAIS

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

17 - Nome completo do Representante Legal: _____
 18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
 RECURSO INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
 CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Nome do BANCO: Bradesco
 AGÊNCIA: 01235 CONTA: 9478
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia conciliação com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
 25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
 28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (vulgar)? 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 a aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

34 - _____
 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido _____
 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido _____
 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido _____

38 - 1ª | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura da testemunha _____
 39 - 2ª | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura da testemunha _____

COM TV
 COM R. DA S. SIA
 Assinatura da testemunha _____
 10/09/2019
PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

40 - Local e Data: Caruaru 27/09/19

CAUÃ VICTOR MONTEIRO DE ASSUNÇÃO

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____ 43 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): _____ 44 - Assinatura do Procurador (se houver): _____



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 089ª CIRCUNSCRIÇÃO - CARUARU - DP89ªCIRC
DINTER1/14ªDESEC



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0179002183**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **03/09/2019** às **08:57**

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumados) que aconteceu no dia **19/4/2019** às **05:30**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE CARUARU, 01, RODOVIA DO SÍTIO RAFAEL, ZONA RURAL DE CARUARU-PE.** - Bairro: **CENTRO - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL / BR 104**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
ANA LUCIA BEZERRA MONTEIRO (NOTICIANTE)
CAUÃ VICTOR MONTEIRO DE ASSUNÇÃO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

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

ANA LUCIA BEZERRA MONTEIRO (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **MARIA SEVERINA BEZERRA MONTEIRO** Pai: **JERONIMO BEZERRA MONTEIRO** Data de Nascimento: **5/7/1977** Naturalidade: **SAO CAETANO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **5981624/SDS/PE (RG). 09262866410 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1ª. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **DO LAR** Telefones Celulares:
- **81992482292**
- **81991044753**

CAUÃ VICTOR MONTEIRO DE ASSUNÇÃO (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **ANA LUCIA BEZERRA MONTEIRO** Pai: **JOSÉ PEDRO DE ASSUNÇÃO** Data de Nascimento: **21/5/2003** Naturalidade: **CARUARU / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **9467982/SDS/PE (RG). 16498002409 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Profissão: **ESTUDANTE** Telefones Celulares:
- **8191044753**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE CARUARU, 22, 3ª TRAV. G, VILA TEIMOSA, BAIRRO VASSOURAL, - CEP: 0 - Bairro: VASSOURAL - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: , Pai: , Data de Nascimento: **1/1/1930** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

VEÍCULO DESCONHECIDO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse

do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**Categoria/Marca/Modelo: **DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

ESCLARECE A SENHORA ANA LUCIA BEZERRA MONTEIRO, QUE NO DIA 19/04/2019, EM COMEMORAÇÃO A PAIXÃO DE CRISTO, SEU FILHO ESTAVA FAZENDO CAMINHADA NA BR104, JUNTAMENTE COM MUITAS PESSOAS, ONDE UMA PESSOA DESCONHECIDA QUE ESTAVA CONDUZINDO UM CAMINHÃO PIPA, O ATROPELOU E EVADIU-SE DO LOCAL, TENDO POPULARES ACIONADO O CORPO DE BOMBEIROS QUE O SOCORREU NO LOCAL E O CONDUZIU PARA O H.R.A. DE CARUARU-PE., ONDE FORAM TOMADAS AS DEVIDAS PROVIDÊNCIAS, CONFORME ATENDIMENTO N° 502233 E PRONTUÁRIO N° 337221.

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

*Ana Lucia Bezerra Monteiro***ANA LUCIA BEZERRA MONTEIRO
(NOTICIANTE)****CAUÁ VICTOR MONTEIRO DE ASSUNÇÃO
(VITIMA)***CAUÁ VICTOR MONTEIRO DE ASSUNÇÃO*B.O. registrado por: **CICERO ANTONIO DE PAULA** - Matrícula: **3849120**



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 089ª CIRCUNSCRIÇÃO - CARUARU - DP89ªCIRC
DINTER/14ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0179002183**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **03/09/2019** às **08:57**

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **19/4/2019** às **05:30**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE CARUARU, 01, RODOVIA DO SÍTIO RAFAEL, ZONA RURAL DE CARUARU-PE..** - Bairro: **CENTRO - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL / BR 104**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
ANA LUCIA BEZERRA MONTEIRO (NOTICIANTE)
CAUÃ VICTOR MONTEIRO DE ASSUNÇÃO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

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

ANA LUCIA BEZERRA MONTEIRO (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **MARIA SEVERINA BEZERRA MONTEIRO** Pai: **JERONIMO BEZERRA MONTEIRO** Data de Nascimento: **5/7/1977** Naturalidade: **SAO CAETANO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **5981624/SDS/PE (RG), 09262866410 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1ª. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **DO LAR** Telefones Celulares:
- **81992482292**
- **81991044753**

CAUÃ VICTOR MONTEIRO DE ASSUNÇÃO (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **ANA LUCIA BEZERRA MONTEIRO** Pai: **JOSÉ PEDRO DE ASSUNÇÃO** Data de Nascimento: **21/5/2003** Naturalidade: **CARUARU / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **9467982/SDS/PE (RG), 16498002409 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Profissão: **ESTUDANTE** Telefones Celulares:
- **8191044753**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE CARUARU, 22, 3ª TRAV. G, VILA TEIMOSA, BAIRRO VASSOURAL, - CEP: 0 - Bairro: VASSOURAL - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: , Pai: , Data de Nascimento: **1/1/1930** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

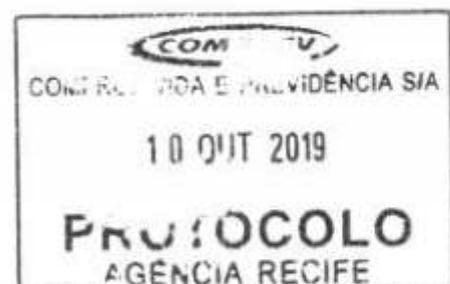
VEÍCULO DESCONHECIDO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse

do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**Categoria/Marca/Modelo: **DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

ESCLARECE A SENHORA ANA LUCIA BEZERRA MONTEIRO, QUE NO DIA 19/04/2019, EM COMEMORAÇÃO A PAIXÃO DE CRISTO, SEU FILHO ESTAVA FAZENDO CAMINHADA NA BR104, JUNTAMENTE COM MUITAS PESSOAS, ONDE UMA PESSOA DESCONHECIDA QUE ESTAVA CONDUZINDO UM CAMINHÃO PIPA, O ATROPELOU E EVADIU-SE DO LOCAL, TENDO POPULARES ACIONADO O CORPO DE BOMBEIROS QUE O SOCORREU NO LOCAL E O CONDUZIU PARA O H.R.A. DE CARUARU-PE., ONDE FORAM TOMADAS AS DEVIDAS PROVIDÊNCIAS, CONFORME ATENDIMENTO N° 502233 E PRONTUÁRIO N° 337221.

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

*Ana Lucia Bezerra Monteiro***ANA LUCIA BEZERRA MONTEIRO
(NOTICIANTE)****CAUÃ VICTOR MONTEIRO DE ASSUNÇÃO X
(VITIMA)***CAUÃ VICTOR MONTEIRO DE ASSUNÇÃO*B.O. registrado por: **CICERO ANTONIO DE PAULA** - Matrícula: **3849120**

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha c(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: 164.980.024-09 4 - Nome completo da vítima: CAUÃ VICTOR MONTEIRO DE ASSUNÇÃO

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

5 - Nome completo: CAUÃ VICTOR MONTEIRO DE ASSUNÇÃO 6 - CPF: 164.980.024-09
 7 - Profissão: Recusou-se 8 - Endereço: TV 36 9 - Número: 32 10 - Complemento: _____
 11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Caruaru 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55028-323
 15 - E-mail: _____ 16 - Tel (DDD): (81)92258-3087

DADOS CADASTRAIS

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

17 - Nome completo do Representante Legal: _____
 18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____
 Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
 RECURSO INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATE R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATE 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: Bradesco
 AGÊNCIA: 01235 CONTA: 9478
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):
 Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.
 Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
 25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
 28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (vulgar)? 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 a aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

NÃO ALFABETIZADO

34 - _____
 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido _____
 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido _____
 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido _____

38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____
 Assinatura da testemunha _____
 39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____
 Assinatura da testemunha _____

COM TV
 COM R. DA S. SIA
 Assinatura da testemunha _____
 10/09/2019
PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

40 - Local e Data: Caruaru 27/09/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): CAUÃ VICTOR MONTEIRO DE ASSUNÇÃO
 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): Ana Julia B. Mardero
 43 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

Rio de Janeiro, 22 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190577883

Vítima: CAUA VITOR MONTEIRO DE ASSUNCAO

Data do Acidente: 19/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), CAUA VITOR MONTEIRO DE ASSUNCAO

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 19/04/2019, emitida pelo Dr. JOSE PATRIOTA, CRM nº 5312 - PE, da Instituição HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE., 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



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0029126/20

Número do Sinistro: 3200034305

Vítima: CAUA VITOR MONTEIRO DE ASSUNCAO

CPF: 164.980.024-09

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

Data do acidente: 19/04/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: CAUA VITOR MONTEIRO DE ASSUNCAO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

ANA LUCIA BEZERRA MONTEIRO : 092.628.664-10

Autorização de pagamento

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: 23/01/2020
Nome: ANA LUCIA BEZERRA MONTEIRO
CPF: 092.628.664-10

ANA LUCIA BEZERRA MONTEIRO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/01/2020
Nome: JOAO VITOR PEREIRA DA SILVA
CPF: 117.852.524-45

JOAO VITOR PEREIRA DA SILVA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0029126/20

Vítima: CAUA VITOR MONTEIRO DE ASSUNCAO

CPF: 164.980.024-09

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

Data do acidente: 19/04/2019

Titular do CPF: CAUA VITOR MONTEIRO DE ASSUNCAO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ANA LUCIA BEZERRA MONTEIRO : 092.628.664-10

Comprovante de residência
Documentos de identificação

CAUA VITOR MONTEIRO DE ASSUNCAO : 164.980.024-09

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: 21/01/2020
Nome: ANA LUCIA BEZERRA MONTEIRO
CPF: 092.628.664-10

ANA LUCIA BEZERRA MONTEIRO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/01/2020
Nome: ANDREZA LARISSA ANGELO DE SOUZA
CPF: 118.262.994-67

ANDREZA LARISSA ANGELO DE SOUZA



092.628.664-10



Ao Sr. Analista

Sinistro: 3190/577813

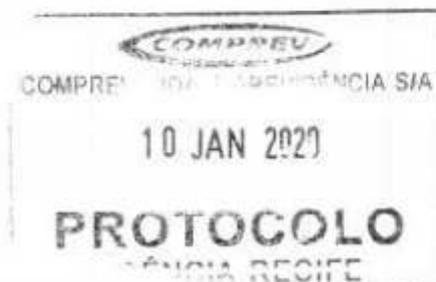
.PEDIDO DE REANÁLISE

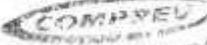
Inconformado (a) com a análise que fizeram do meu processo, venho **REQUERER** reanálise referente indenização do seguro obrigatório – DPVAT – nº do sinistro: 3190/577813 tendo em vista está apresentando RAI0 X onde fica comprovado que encontro-me com sequelas permanentes em decorrência do acidente, expresso desta forma por laudo. Logo aguardo uma solução ao pedido acima transcrito e estarei disponível para perícia agendada pela Seguradora.

Atenciosamente,

VITIMA: CAUÃ VICTOR MONTEIRO DE ASSUNÇÃO

CPF: 164.980.024-09

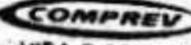



 COMPREV - VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
 10 JAN 2020
PROTOCOLO
 AGÊNCIA RECIFE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 EC-5
 ESTADO DE PERNAMBUCO
 SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
 INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ESTATAL DE BRASÍLIA




CAJÁ VICTOR MONTEIRO DE ASSUNÇÃO
 CARTeira DE IDENTIDADE


 COM FRL - VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
 10 OUT 2019
PROTOCOLO
 AGÊNCIA RECIFE

Assinado
Carla Costa
Brasão de Armas

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
 REGISTRO GERAL 9.467.982
 DATA DE EMISSÃO 05/07/2019
 NOME << CAJÁ VICTOR MONTEIRO DE ASSUNÇÃO >>
 FILIAÇÃO << JOSÉ PEDRO DE ASSUNÇÃO >>
 << ANA LUCIA BEZERRA MONTEIRO >>
 DATA DE NASCIMENTO 21/05/2003
 NATURALIDADE CARUARU - PE
 DOC. ORIGINAL << 074195 01 55 2003 1 00105 238 >>
 0099148 15 CARUARU-PE >>
 CPF 164.980.024-09
 Assinado
 CARUARU - PE

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EMERGÊNCIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento: 502233 Prontuário: 337221

Nome: CAUA VICTOR MONTEIRO DE ASSUNCAO
 Data Nasc.: 21/05/2003 Idade: 15 Sexo: MASCULINO Cor: PARDA Religião:
 CPF: RG: CNS:
 Endereço: RUA TESSEIRA G VILA TEMOSA Nº: 22
 Bairro: VASSORAL Cidade: CARUARU Estado: PE
 CEP: 55024000 Fone: 991044753 Profissão:
 Nome da Mãe: ANA LUCIA BEZERRA MONTEIRO
 Acompanhante:
 Motivo do Atendimento: ATT COM AUTOMOVEL
 Clínica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

2 - ATENDIMENTO Data: 19/04/2019 06:08 Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA: Paciente em tratamento com
 lesões no segmento de cintura há 02 anos,
 não há mais dor + desconforto
 com o dia

Exame Físico: SGB, contendo 3... PA: FC: FR:
 com 1 dor em...
 (221) Solicito RX de ambas as mãos AP + Lateral
 para estender +

Diag. Provisório: RAIO - X
 DATA 19/04/19

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
 RAIO - X
 DATA 19/04/19
 Sol. Pt de cotovelo, antebraço e

Prescrição: Coluna torácica
 Dieta: normal
 Data: Horário:
 Contar + estender no antebraço e cotovelo
 com o dia
 fazer gesso ext. - pt me
 fixar + orientar + AD multimedial

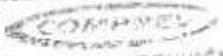
COMPREV. UNIA. E PREVIDÊNCIA SIA
 10 JAN 2020

COM... UNIA.
 CONT. SIA E PREVIDÊNCIA SIA
 10 OUT 2019

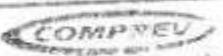
1 de 2 **PROTOCOLO**
 AGÊNCIA RECIFE

PROTOCOLO
 AGÊNCIA RECIFE

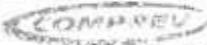



COMPRES S.p.A. - RESPONSABILITÀ S.p.A.
10 JAN 2020
PROTOCOLLO
SANCIA RECEITE

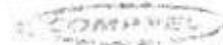



COMPREV - COMISSÃO DE PREVENÇÃO S/A
10 JAN 2023
PROTOCOLO
S/A RECIFE




COMPREV - JOIA E ORTOPEDIAS S/A
10 JAN 2023
PROTOCOLO
NÚMERO RECIFE




COMPANHIA S/A
10 JAN 2007
PROTOCOLO
DE ENTREGA

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

COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO 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 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE
ANA LUCIA BEZERRA MONTEIRO
CPF: 092.628.664-10 NIS: 16077922316

DATA DE VENCIMENTO
14/01/2020
TOTAL A PAGAR (R\$)
18,18

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL
07/01/2020
DATA DA APRESENTAÇÃO
07/01/2020
NÚMERO DA NOTA FISCAL
091309654

CONTA CONTRATO
000156449032
Nº DO CLIENTE
2002361753
Nº DA INSTALAÇÃO
0000308261

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
TV 3 G 32
VILA TEIMOSA
CENTRO/CARUARU
55028-323 CARUARU PE

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS
Monofásico

RESERVADO AO FISCO
DCC1.598A.F4D2.914B.0EF6.DA1A.0158.D6E0

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

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo-TUSD até 30 kWh	30,00	0,10052869	3,01
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	23,00	0,17233491	3,96
Consumo-TE até 30 kWh	30,00	0,09250394	2,77
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	23,00	0,15857819	3,64
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,33
Contrib. Ilum. Pública Municipal			4,47
TOTAL DA FATURA			18,18

EM ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE.

Vencido	Di Resv	Valor
16/12/19	07/01/20	34,70

Este comunicado NÃO substitui aviso de débitos anteriores e NÃO contempla débitos em discussão judicial. Caso a suspensão do fornecimento persista por dois ciclos de faturamento, poderá ocorrer o encerramento do contrato, podendo também existir cobrança conforme os critérios definidos no Art. 39 REN 414/Anael. Podem ocorrer ações de cobrança, bem como inclusão nos registros de restrições de crédito SPC e SERASA.

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo-TUSD até 30 kWh	0,09549200	JAN 20	53
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	0,16363200	DEZ 19	68
Consumo-TE até 30 kWh	0,08783260	NOV 19	61
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	0,15067000	OUT 19	65
		SET 19	53
		AGO 19	64
		JUL 19	58
		JUN 19	59
		MAI 19	73
		ABR 19	57
		MAR 19	68
		FEV 19	52
		JAN 19	65

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
Geração de Energia	6,31 46,03
Transmissão	0,70 5,11
Distribuição (Celpe)	4,26 31,07
Encargos Setoriais	0,42 3,06
Tributos	0,88 6,49
Perdas de Energia	1,34 9,77
TOTAL	13,71 100

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS		PIS		COFINS	
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
0,00		0,00	13,71	0,90	0,12
			13,71	4,15	0,56

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		30 DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
P15542	CAT	09/12/2019	52.813,00	07/01/2020	17.866,00	29	1.060,00	0,00	53,00

10 JAN 2020

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 04/02/2020

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR AFURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
nov/2019					
DIC-No.de horas sem Energia	CARUARU	0,00	5,37	10,15	20,30
FIC-No.de vezes sem Energia		0,00	3,11	6,22	12,45
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	2,86	0,00	0,00
DCRI-Duração de interrupção em dia crítico				Limite DCRI: 12,22	
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 6,62					
Total Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DCRI a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES
Pague no ponto mais perto de você Jessyca layza da silva vasconi: rua vidal de negreiros nossa senhora das dores / jfsat: rua vidal de negreiros nossa senhora das dores. Lista completa em www.celpe.com.br.
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em www.aneel.gov.br.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês
isenção do ICMS conforme art. 9, XLVIII, a, 2.2.2, do RICMS-PE.
Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei Nº 10.438 de 26/04/02 - R\$ 17,68.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.
Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.

NÍVEIS DE TENSÃO

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

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
000156449032	01/2020	18,18	14/01/2020	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

PAGAMENTO ATRAVÉS DE FICHA DE COMPENSAÇÃO **AUTENTICAÇÃO MECÂNICA**



SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO

CERTIDÃO

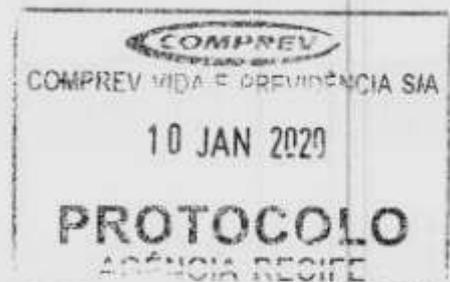
Certidão nº 2019GB2000032 Div. Op.

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr(ª). CAUÃ VICTOR MONTEIRO DE ASSUNÇÃO, 16 anos, BRASILEIRO(a), SOLTEIRO(a), RG nº 9467982 SDS PE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº, residente à TERCEIRA TRAVESSA G, nº 32, VILA TEIMOSA, CARUARU-PE, certificar que este 2º Grupamento de Bombeiros atendeu a uma ocorrência no dia 19/04/2019, por volta das 05:16 hs, no endereço: DISTRITO RAFAEL - BR 104, S/N, ZONA RURAL CARUARU-PE, referente a um(a) ATROPELAMENTO, envolvendo O VEÍCULO ENVOLVIDO NO ATROPELAMENTO NÃO FOI IDENTIFICADO PELA GUARNIÇÃO DO CBMPE.

QUANDO A GUARNIÇÃO CHEGOU AO LOCAL DO ACIDENTE, O VEÍCULO ENVOLVIDO NÃO ESTAVA MAIS NO LOCAL., no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr(ª) CAUÃ VICTOR MONTEIRO DE ASSUNÇÃO, inscrito sob o CPF nº e Registro Geral nº 9467982, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do 2º Grupamento de Bombeiros, comandada pelo(a) CABO IZAÍAS. Foi transportado(a) para o HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE. Registrado(a) com o prontuário nº 337221. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / 2ºGB.

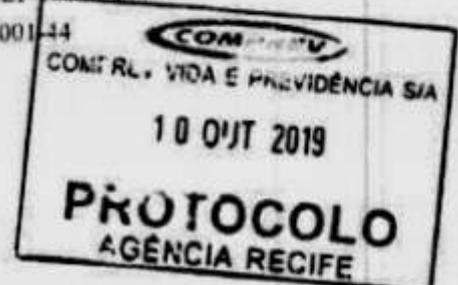
Posição em 24/05/2019

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 2019GB2000032



Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife/PE - CEP 50050-180

Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 00.358.773/0001-44



1 - 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: 164.980.024-09 4 - Nome completo da vítima: Cauã Victor Monteiro de Assunção

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2017

5 - Nome completo: Cauã Victor Monteiro de Assunção 6 - CPF: 164.980.024-09
 7 - Profissão: Recusou-se 8 - Endereço: TV 36 9 - Número: 32 10 - Complemento: _____
 11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Caruaru 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55028-323
 15 - E-mail: _____ 16 - Tel. (DDD): (81)92258-3087

DADOS CADASTRAIS

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

17 - Nome completo do Representante Legal: _____
 18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: RECURSO INFORMAR R\$1.000,00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATE R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATE 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: Bradesco
 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ AGÊNCIA: 01285 CONTA: 9478

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.

INVALIDEZ PERMANENTE

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):
 Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.
 Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente decorrente de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa waiver (waiver) em relação a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

COMPREV - ADMINISTRAÇÃO SIA
 10 JAN 2019
 PROTOCOLO

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorçado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
 25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
 28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro(vir nascer)? 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 Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte a aqueles beneficiários que se apresentarem e preencherem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação do ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

NÃO ALFABETIZADO

34 - _____
 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido: _____
 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido: _____
 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido: _____
 38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____
 Assinatura da testemunha: 10/09/2019
 39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____
 PROTOCOLO
 AGÊNCIA RECIFE

40 - Local e Data: Caruaru 27/09/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): CAUÃ VICTOR MONTEIRO DE ASSUNÇÃO
 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): Ana Tullia B. Monteiro
 43 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

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

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO 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 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE
ANA LUCIA BEZERRA MONTEIRO
CPF: 092.628.664-10 NIS: 16077922316

DATA DE VENCIMENTO
14/01/2020
TOTAL A PAGAR (R\$)
18,18

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL
07/01/2020
DATA DA APRESENTAÇÃO
07/01/2020
NÚMERO DA NOTA FISCAL
091309654

CONTA CONTRATO
000156449032
Nº DO CLIENTE
2002361753
Nº DA INSTALAÇÃO
000080261

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
TV 3 G 32
VILA TEIMOSA
CENTRO/CARUARU
55028-323 CARUARU PE

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS
Monofásico

RESERVADO AO FISCO
DCC1.598A.F4D2.914B.0EF6.DA1A.0158.D6E0

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

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo-TUSD até 30 kWh	30,00	0,10052869	3,01
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	23,00	0,17233491	3,96
Consumo-TE até 30 kWh	30,00	0,09250394	2,77
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	23,00	0,15857819	3,64
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,33
Contrib. Ilum. Pública Municipal			4,47
TOTAL DA FATURA			18,18

EM ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE.

Vencido	Di Resv	Valor
16/12/19	07/01/20	34,70

Este comunicado NÃO substitui aviso de débitos anteriores e NÃO contempla débitos em discussão judicial. Caso a suspensão do fornecimento persista por dois ciclos de faturamento, poderá ocorrer o encerramento do contrato, podendo também existir cobrança conforme os critérios definidos no Art. 39 REN 414/Anael. Podem ocorrer ações de cobrança, bem como inclusão nos registros de restrições de crédito SPC e SERASA.

Tarifas Aplicadas	HISTÓRICO DO CONSUMO
Consumo-TUSD até 30 kWh 0,09548200	JAN 20 ██████████ 53
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh 0,16363200	DEZ 19 ██████████ 68
Consumo-TE até 30 kWh 0,08783260	NOV 19 ██████████ 61
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh 0,15067000	OUT 19 ██████████ 65
	SET 19 ██████████ 53
	AGO 19 ██████████ 64
	JUL 19 ██████████ 58
	JUN 19 ██████████ 59
	MAI 19 ██████████ 73
	ABR 19 ██████████ 57
	MAR 19 ██████████ 68
	FEV 19 ██████████ 52
	JAN 19 ██████████ 65

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS		PIS		COFINS	
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
0,00		0,00	13,71	0,90	0,12
					13,71
					4,15
					0,56

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		30 DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
P15542	CAT	09/12/2019	52.813,00	07/01/2020	17.866,00	29	1.060,00	0,00	53,00

10 JAN 2020

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 04/02/2020

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR AFURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
nov/2019					
DIC-No.de horas sem Energia	CARUARU	0,00	5,37	10,15	20,30
FIC-No.de vezes sem Energia		0,00	3,11	6,22	12,45
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	2,86	0,00	0,00
DCRI-Duração de interrupção em dia crítico					Limite DCRI: 12,22
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 6,62					
Total Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DCRI a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES
Pague no ponto mais perto de você Jessyca layza da silva vasconi: rua vidal de negreiros nossa senhora das dores / jfsat: rua vidal de negreiros nossa senhora das dores Lista completa em www.celpe.com.br.
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em www.aneel.gov.br.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês
isenção do ICMS conforme art. 9, XLVIII, a, 2.2.2, do RICMS-PE.
Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei Nº 10.438 de 26/04/02 - R\$ 17,68.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.
Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.

NÍVEIS DE TENSÃO

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

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
000156449032	01/2020	18,18	14/01/2020	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

PAGAMENTO ATRAVÉS DE FICHA DE COMPENSAÇÃO **AUTENTICAÇÃO MECÂNICA**

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EMERGÊNCIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento: 502233 Prontuário: 337221

Nome: CAUA VICTOR MONTEIRO DE ASSUNCAO
 Data Nasc.: 21/05/2003 Idade: 15 Sexo: MASCULINO Cor: PARDA Religião:
 CPF: RG: CNS:
 Endereço: RUA TESSEIRA G VILA TEMOSA Nº: 22
 Bairro: VASSORAL Cidade: CARUARU Estado: PE
 CEP: 55024000 Fone: 991044753 Profissão:
 Nome da Mãe: ANA LUCIA BEZERRA MONTEIRO
 Acompanhante:
 Motivo do Atendimento: ATT COM AUTOMOVEL
 Clínica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

2 - ATENDIMENTO Data: 19/04/2019 06:08 Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA: Paciente em tratamento com
 fraturas de membros superiores há 02 anos.
 NFGO Basso e contusão. Dor + 6/10

Exame Físico: SGBA, contusão e hematoma no antebraço direito
 dor + 6/10 em movimento ativo e passivo
 (221) Solicito RX de antebraço e mão direita AP e 2 vistas
 para planejamento +

Diag. Provisório: RAIO - X
 DATA 19/04/19

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
 RAIO - X
 DATA 19/04/19
 Sol. Pt de cotovelo, antebraço e

Prescrição: Coluna torácica
 Dieta: livre
 Data: Continuar + exercícios no antebraço e cotovelo
 livre
 faturar gesso exto-pulmão
 fratura de antebraço + AO multivista

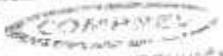
COMPREV. UNIA. E PREVIDÊNCIA SIA
 10 JAN 2020

COM. UNIA. E PREVIDÊNCIA SIA
 10 OUT 2019

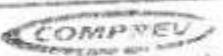
1 de 2 **PROTOCOLO**
 AGÊNCIA RECIFE

PROTOCOLO
 AGÊNCIA RECIFE

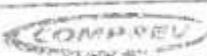



COMPRES S.p.A. - ASSISTENZA SIA
10 JAN 2020
PROTOCOLLO
SIA RECIFE




COMPREV - COMISSÃO DE PREVENÇÃO S/A
10 JAN 2023
PROTOCOLO
S/A RECIFE




COMPANHIA DE SANEAMENTO DE JOÃO PESSOA S/A
10 JAN 2023
PROTOCOLO
Nº 123456789



COMPTEL
COMPTEL S/A
10 JAN 2007
PROTOCOLO
DE ENTREGA



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 089ª CIRCUNSCRIÇÃO - CARUARU - DP89ª CIRC
DINTER1/14ª DESEC



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0179002183**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **03/09/2019** às **08:57**

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **19/4/2019** às **05:30**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE CARUARU, 01, RODOVIA DO SÍTIO RAFAEL, ZONA RURAL DE CARUARU-PE., - Bairro: CENTRO - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL / BR 104**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
ANA LUCIA BEZERRA MONTEIRO (NOTICIANTE)
CAUÁ VICTOR MONTEIRO DE ASSUNÇÃO (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**



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

ANA LUCIA BEZERRA MONTEIRO (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: MARIA SEVERINA BEZERRA MONTEIRO Pai: JERONIMO BEZERRA MONTEIRO Data de Nascimento: 5/7/1977 Naturalidade: SAO CAETANO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 5981624/SDS/PE (RG). 09262866410 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1ª. GRAU INCOMPLETO Profissão: DO LAR Telefones Celulares:
- 81992482292
- 81991044753

CAUÁ VICTOR MONTEIRO DE ASSUNÇÃO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: ANA LUCIA BEZERRA MONTEIRO Pai: JOSÉ PEDRO DE ASSUNÇÃO Data de Nascimento: 21/5/2003 Naturalidade: CARUARU / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 9467982/SDS/PE (RG). 16498002409 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Profissão: ESTUDANTE Telefones Celulares:
- 8191044753

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE CARUARU, 22, 3ª TRAV. G, VILA TEIMOSA, BAIRRO VASSOURAL, - CEP: 0 - Bairro: VASSOURAL - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: , Pai: , Data de Nascimento: 1/1/1930 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

VEÍCULO DESCONHECIDO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse

do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**Categoria/Marca/Modelo: **DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

ESCLARECE A SENHORA ANA LUCIA BEZERRA MONTEIRO, QUE NO DIA 19/04/2019, EM COMEMORAÇÃO A PAIXÃO DE CRISTO, SEU FILHO ESTAVA FAZENDO CAMINHADA NA BR104, JUNTAMENTE COM MUITAS PESSOAS, ONDE UMA PESSOA DESCONHECIDA QUE ESTAVA CONDUZINDO UM CAMINHÃO PIPA, O ATROPELOU E EVADIU-SE DO LOCAL, TENDO POPULARES ACIONADO O CORPO DE BOMBEIROS QUE O SOCORREU NO LOCAL E O CONDUZIU PARA O H.R.A. DE CARUARU-PE., ONDE FORAM TOMADAS AS DEVIDAS PROVIDÊNCIAS, CONFORME ATENDIMENTO N° 502233 E PRONTUÁRIO N° 337221.

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

*Ana Lucia Bezerra Monteiro***ANA LUCIA BEZERRA MONTEIRO
(NOTICIANTE)****CAUÁ VICTOR MONTEIRO DE ASSUNÇÃO ?
(VITIMA)***CAUÁ VICTOR MONTEIRO DE ASSUNÇÃO*B.O. registrado por: **CICERO ANTONIO DE PAULA - Matrícula: 3849120**



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 089ª CIRCUNSCRIÇÃO - CARUARU - DP89ªCIRC
DINTER1/14ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0179002183

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **03/09/2019 às 08:57**

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 19/4/2019 às 05:30

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE CARUARU, 01, RODOVIA DO SÍTIO RAFAEL, ZONA RURALDE CARUARU-PE.. - Bairro: CENTRO - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL / BR 104**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
ANA LUCIA BEZERRA MONTEIRO (NOTICIANTE)
CAUÁ VICTOR MONTEIRO DE ASSUNÇÃO (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**



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

ANA LUCIA BEZERRA MONTEIRO (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: MARIA SEVERINA BEZERRA MONTEIRO Pai: JERONIMO BEZERRA MONTEIRO Data de Nascimento: 5/7/1977 Naturalidade: SAO CAETANO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 5981624/SDS/PE (RG) 09262866410 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: DO LAR Telefones Celulares: - 81992482292 - 81991044783

CAUÁ VICTOR MONTEIRO DE ASSUNÇÃO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: ANA LUCIA BEZERRA MONTEIRO Pai: JOSÉ PEDRO DE ASSUNÇÃO Data de Nascimento: 21/5/2003 Naturalidade: CARUARU / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 9467982/SDS/PE (RG) 16498002409 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Profissão: ESTUDANTE Telefones Celulares: - 8191044753

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE CARUARU, 22, 3ª TRAV. G, VILA TEIMOSA, BAIRRO VASSOURAL, - CEP: 0 - Bairro: VASSOURAL - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: , Pai: , Data de Nascimento: 1/1/1930 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

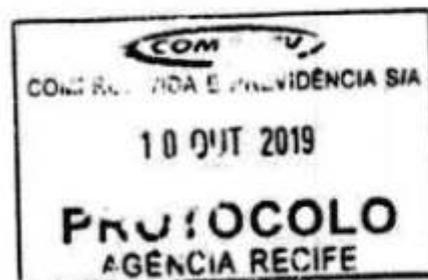
VEÍCULO DESCONHECIDO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): DESCONHECIDO, que estava em posse

do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**Categoria/Marca/Modelo: **DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

ESCLARECE A SENHORA ANA LUCIA BEZERRA MONTEIRO, QUE NO DIA 19/04/2019, EM COMEMORAÇÃO A PAIXÃO DE CRISTO, SEU FILHO ESTAVA FAZENDO CAMINHADA NA BR104, JUNTAMENTE COM MUITAS PESSOAS, ONDE UMA PESSOA DESCONHECIDA QUE ESTAVA CONDUZINDO UM CAMINHÃO PIPA, O ATROPELOU E EVADIU-SE DO LOCAL, TENDO POPULARES ACIONADO O CORPO DE BOMBEIROS QUE O SOCORREU NO LOCAL E O CONDUZIU PARA O H.R.A. DE CARUARU-PE., ONDE FORAM TOMADAS AS DEVIDAS PROVIDÊNCIAS, CONFORME ATENDIMENTO N° 502233 E PRONTUÁRIO N° 337221.

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

*Ana Lucia Bezerra Monteiro***ANA LUCIA BEZERRA MONTEIRO
(NOTICIANTE)****CAUÁ VICTOR MONTEIRO DE ASSUNÇÃO X
(VITIMA)***CAUÁ VICTOR MONTEIRO DE ASSUNÇÃO*B.O. registrado por: **CICERO ANTONIO DE PAULA** - Matrícula: **3849120**

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha c(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: 164.980.024-09 4 - Nome completo da vítima: CAUÃ VICTOR MONTEIRO DE ASSUNÇÃO

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

5 - Nome completo: CAUÃ VICTOR MONTEIRO DE ASSUNÇÃO 6 - CPF: 164.980.024-09
 7 - Profissão: Recusou-se 8 - Endereço: TV 36 9 - Número: 32 10 - Complemento: _____
 11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Caruaru 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55028-323
 15 - E-mail: _____ 16 - Tel (DDD): (81)92258-3087

DADOS CADASTRAIS

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

17 - Nome completo do Representante Legal: _____
 18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____
 Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
 RECUSO INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
 CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Nome do BANCO: Bradesco
 AGÊNCIA: 01235 CONTA: 9478
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):
 Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.
 Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

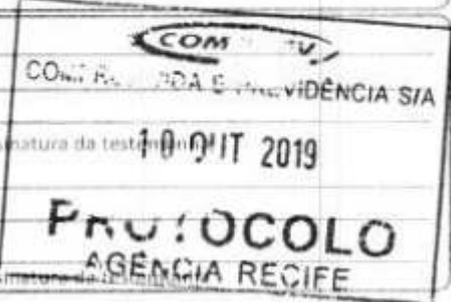
23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
 25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
 28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (vivo/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 a aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

NÃO ALFABETIZADO

34 - _____
 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º | Nome: _____ CPF: _____
 Assinatura da testemunha: _____
 39 - 2º | Nome: _____ CPF: _____
 Assinatura da testemunha: _____



40 - Local e Data: Caruaru 27/09/19

CAUÃ VICTOR MONTEIRO DE ASSUNÇÃO

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____ 43 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): _____ 44 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

Ao Sr. Analista

Sinistro: 3190/577813

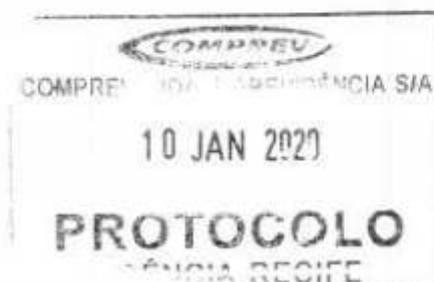
.PEDIDO DE REANÁLISE

Inconformado (a) com a análise que fizeram do meu processo, venho **REQUERER** reanálise referente indenização do seguro obrigatório – DPVAT – nº do sinistro: 3190/577813 tendo em vista está apresentando RAI0 X onde fica comprovado que encontro-me com sequelas permanentes em decorrência do acidente, expreso desta forma por laudo. Logo aguardo uma solução ao pedido acima transcrito e estarei disponível para perícia agendada pela Seguradora.

Atenciosamente,

VITIMA: CAUÃ VICTOR MONTEIRO DE ASSUNÇÃO

CPF: 164.980.024-09



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0014678/20

Vítima: CAUA VITOR MONTEIRO DE ASSUNCAO

CPF: 164.980.024-09

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

Data do acidente: 19/04/2019

Titular do CPF: CAUA VITOR MONTEIRO DE ASSUNCAO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ANA LUCIA BEZERRA MONTEIRO : 092.628.664-10

Comprovante de residência
Documentos de identificação

CAUA VITOR MONTEIRO DE ASSUNCAO : 164.980.024-09

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

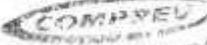
Data da apresentação: 10/01/2020
Nome: ANA LUCIA BEZERRA MONTEIRO
CPF: 092.628.664-10

ANA LUCIA BEZERRA MONTEIRO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/01/2020
Nome: ANDREZA LARISSA ANGELO DE SOUZA
CPF: 118.262.994-67

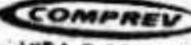
ANDREZA LARISSA ANGELO DE SOUZA


 COMPREV - VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
 10 JAN 2023
PROTOCOLO
 AGÊNCIA RECIFE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 EC-5
 ESTADO DE PERNAMBUCO
 SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
 INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ESTATAL DE BRASÍLIA




CAJÁ VICTOR MONTEIRO DE ASSUNÇÃO
 CARTeira DE IDENTIDADE


 COM FRL VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
 10 OUT 2019
PROTOCOLO
 AGÊNCIA RECIFE

Assinado
Carla Costa
Brasão de Armas

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
 REGISTRO GERAL 9.467.982
 DATA DE EMISSÃO 05/07/2019
 NOME << CAJÁ VICTOR MONTEIRO DE ASSUNÇÃO >>
 FILIAÇÃO << JOSÉ PEDRO DE ASSUNÇÃO >>
 << ANA LUCIA BEZERRA MONTEIRO >>
 DATA DE NASCIMENTO 21/05/2003
 NATURALIDADE CARUARU - PE
 DOC. ORIGINAL << 074195 01 55 2003 1 00105 238 >>
 0099148 15 CARUARU-PE >>
 CPF 164.980.024-09
 Assinado
 Gerente do RFB



092.628.664-10





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 089ª CIRCUNSCRIÇÃO - CARUARU - DP89ªCIRC
DINTER1/14ªDESEC



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0179002183

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 03/09/2019 às 08:57

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia 19/4/2019 às 05:30

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE CARUARU, 01, RODOVIA DO SÍTIO RAFAEL, ZONA RURAL DE CARUARU-PE., - Bairro: CENTRO - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL / BR 104**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
ANA LUCIA BEZERRA MONTEIRO (NOTICIANTE)
CAUÁ VICTOR MONTEIRO DE ASSUNÇÃO (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**



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

ANA LUCIA BEZERRA MONTEIRO (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: MARIA SEVERINA BEZERRA MONTEIRO Pai: JERONIMO BEZERRA MONTEIRO Data de Nascimento: 5/7/1977 Naturalidade: SAO CAETANO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 5981624/SDS/PE (RG). 09262886410 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1ª. GRAU INCOMPLETO Profissão: DO LAR Telefones Celulares:
- 81992482292
- 81991044753

CAUÁ VICTOR MONTEIRO DE ASSUNÇÃO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: ANA LUCIA BEZERRA MONTEIRO Pai: JOSÉ PEDRO DE ASSUNÇÃO Data de Nascimento: 21/5/2003 Naturalidade: CARUARU / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 9467982/SDS/PE (RG). 16498002409 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Profissão: ESTUDANTE Telefones Celulares:
- 8191044753

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE CARUARU, 22, 3ª TRAV. G, VILA TEIMOSA, BAIRRO VASSOURAL, - CEP: 0 - Bairro: VASSOURAL - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: , Pai: , Data de Nascimento: 1/1/1930 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

VEÍCULO DESCONHECIDO (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse

do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

Categoria/Marca/Modelo: **DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**

Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

ESCLARECE A SENHORA ANA LUCIA BEZERRA MONTEIRO, QUE NO DIA 19/04/2019, EM COMEMORAÇÃO A PAIXÃO DE CRISTO, SEU FILHO ESTAVA FAZENDO CAMINHADA NA BR104, JUNTAMENTE COM MUITAS PESSOAS, ONDE UMA PESSOA DESCONHECIDA QUE ESTAVA CONDUZINDO UM CAMINHÃO PIPA, O ATROPELOU E EVADIU-SE DO LOCAL, TENDO POPULARES ACIONADO O CORPO DE BOMBEIROS QUE O SOCORREU NO LOCAL E O CONDUZIU PARA O H.R.A. DE CARUARU-PE., ONDE FORAM TOMADAS AS DEVIDAS PROVIDÊNCIAS, CONFORME ATENDIMENTO N° 502233 E PRONTUÁRIO N° 337221.

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

Ana Lucia Bezerra Monteiro

**ANA LUCIA BEZERRA MONTEIRO
(NOTICIANTE)**

**CAUÁ VICTOR MONTEIRO DE ASSUNÇÃO ?
(VITIMA)**

CAUÁ VICTOR MONTEIRO DE ASSUNÇÃO

B.O. registrado por: **CICERO ANTONIO DE PAULA - Matrícula: 3849120**





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 089ª CIRCUNSCRIÇÃO - CARUARU - DP89ªCIRC
DINTER1/14ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0179002183

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **03/09/2019 às 08:57**

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 19/4/2019 às 05:30

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE CARUARU, 01, RODOVIA DO SÍTIO RAFAEL, ZONA RURALDE CARUARU-PE.. - Bairro: CENTRO - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL / BR 104**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
ANA LUCIA BEZERRA MONTEIRO (NOTICIANTE)
CAUÁ VICTOR MONTEIRO DE ASSUNÇÃO (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**



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

ANA LUCIA BEZERRA MONTEIRO (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: MARIA SEVERINA BEZERRA MONTEIRO Pai: JERONIMO BEZERRA MONTEIRO Data de Nascimento: 5/7/1977 Naturalidade: SAO CAETANO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 5981624/SDS/PE (RG). 09262866410 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: DO LAR Telefones Celulares: - 81992482292 - 81991044783

CAUÁ VICTOR MONTEIRO DE ASSUNÇÃO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: ANA LUCIA BEZERRA MONTEIRO Pai: JOSÉ PEDRO DE ASSUNÇÃO Data de Nascimento: 21/5/2003 Naturalidade: CARUARU / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 9467982/SDS/PE (RG). 16498002409 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Profissão: ESTUDANTE Telefones Celulares: - 8191044753

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE CARUARU, 22, 3ª TRAV. G, VILA TEIMOSA, BAIRRO VASSOURAL, - CEP: 0 - Bairro: VASSOURAL - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: , Pai: , Data de Nascimento: 1/1/1930 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

VEÍCULO DESCONHECIDO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): DESCONHECIDO, que estava em posse

do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

Categoria/Marca/Modelo: **DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**

Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

ESCLARECE A SENHORA ANA LUCIA BEZERRA MONTEIRO, QUE NO DIA 19/04/2019, EM COMEMORAÇÃO A PAIXÃO DE CRISTO, SEU FILHO ESTAVA FAZENDO CAMINHADA NA BR104, JUNTAMENTE COM MUITAS PESSOAS, ONDE UMA PESSOA DESCONHECIDA QUE ESTAVA CONDUZINDO UM CAMINHÃO PIPA, O ATROPELOU E EVADIU-SE DO LOCAL, TENDO POPULARES ACIONADO O CORPO DE BOMBEIROS QUE O SOCORREU NO LOCAL E O CONDUZIU PARA O H.R.A. DE CARUARU-PE., ONDE FORAM TOMADAS AS DEVIDAS PROVIDÊNCIAS, CONFORME ATENDIMENTO N° 502233 E PRONTUÁRIO N° 337221.

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

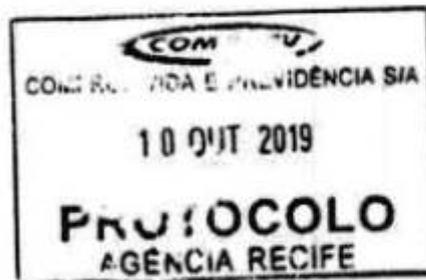
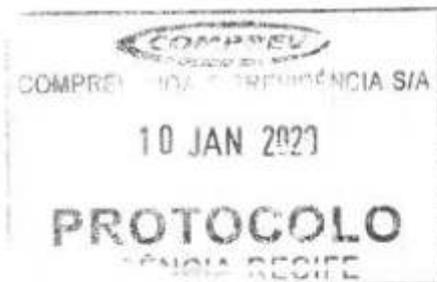
Ana Lucia Bezerra Monteiro

**ANA LUCIA BEZERRA MONTEIRO
(NOTICIANTE)**

**CAUÁ VICTOR MONTEIRO DE ASSUNÇÃO X
(VITIMA)**

CAUÁ VICTOR MONTEIRO DE ASSUNÇÃO

B.O. registrado por: **CICERO ANTONIO DE PAULA** - Matrícula: **3849120**



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

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO 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 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE
ANA LUCIA BEZERRA MONTEIRO
CPF: 092.628.664-10 NIS: 16077922316

DATA DE VENCIMENTO
14/01/2020
TOTAL A PAGAR (R\$)
18,18

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL
07/01/2020
DATA DA APRESENTAÇÃO
07/01/2020
NÚMERO DA NOTA FISCAL
091309654

CONTA CONTRATO
000156449032
Nº DO CLIENTE
2002361753
Nº DA INSTALAÇÃO
0000308261

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
TV 3 G 32
VILA TEIMOSA
CENTRO/CARUARU
55028-323 CARUARU PE

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS
Monofásico

RESERVADO AO FISCO
DCC1.598A.F4D2.914B.0EF6.DA1A.0158.D6E0

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

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo-TUSD até 30 kWh	30,00	0,10052869	3,01
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	23,00	0,17233491	3,96
Consumo-TE até 30 kWh	30,00	0,09250394	2,77
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	23,00	0,15857819	3,64
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,33
Contrib. Ilum. Pública Municipal			4,47
TOTAL DA FATURA			18,18

EM ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE.

Vencido	Di Resv	Valor
16/12/19	07/01/20	34,70

Este comunicado NÃO substitui aviso de débitos anteriores e NÃO contempla débitos em discussão judicial. Caso a suspensão do fornecimento persista por dois ciclos de faturamento, poderá ocorrer o encerramento do contrato, podendo também existir cobrança conforme os critérios definidos no Art. 39 REN 414/Anael. Podem ocorrer ações de cobrança, bem como inclusão nos registros de restrições de crédito SPC e SERASA.

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo-TUSD até 30 kWh	0,09549200	JAN 20	53
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	0,16363200	DEZ 19	68
Consumo-TE até 30 kWh	0,08783250	NOV 19	61
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	0,15067000	OUT 19	65
		SET 19	53
		AGO 19	64
		JUL 19	58
		JUN 19	59
		MAI 19	73
		ABR 19	57
		MAR 19	68
		FEV 19	52
		JAN 19	65

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS		PIS		COFINS	
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
0,00		0,00	13,71	0,90	0,12
					13,71
					4,15
					0,56

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		30 DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
P15542	CAT	09/12/2019	52.813,00	07/01/2020	17.866,00	29	1.060,00	53,00	

10 JAN 2020

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 04/02/2020

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR AFURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
nov/2019					
DIC-No.de horas sem Energia	CARUARU	0,00	5,37	10,15	20,30
FIC-No.de vezes sem Energia		0,00	3,11	6,22	12,45
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	2,86	0,00	0,00
DCRI-Duração de interrupção em dia crítico					Limite DCRI: 12,22
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 6,62					
Total Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DCRI a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES
Pague no ponto mais perto de você Jessyca layza da silva vasconi: rua vidal de negreiros nossa senhora das dores / jfsat: rua vidal de negreiros nossa senhora das dores Lista completa em www.celpe.com.br.
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em www.aneel.gov.br.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês
isenção do ICMS conforme art. 9, XLVIII, a, 2.2.2, do RICMS-PE.
Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei Nº 10.438 de 26/04/02 - R\$ 17,68.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.
Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.

NÍVEIS DE TENSÃO

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

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
000156449032	01/2020	18,18	14/01/2020	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

PAGAMENTO ATRAVÉS DE FICHA DE COMPENSAÇÃO **AUTENTICAÇÃO MECÂNICA**

1 - 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: 164.980.024-09 4 - Nome completo da vítima: Cauã Victor Monteiro de Assunção

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2017

5 - Nome completo: Cauã Victor Monteiro de Assunção 6 - CPF: 164.980.024-09
 7 - Profissão: Recusou-se 8 - Endereço: TV 36 9 - Número: 32 10 - Complemento: _____
 11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Caruaru 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55028-323
 15 - E-mail: _____ 16 - Tel. (DDD): (81) 92258-3087

DADOS CADASTRAIS

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR
 17 - Nome completo do Representante Legal: _____
 18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
 RECUSO INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATE R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATE R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
 CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Nome do BANCO: Bradesco
 AGÊNCIA: 01285 CONTA: 9478

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.

INVALIDEZ PERMANENTE

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):
 Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.
 Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente decorrente de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa waiver (waiver) em relação à minha avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

COMPREV - ADMINISTRAÇÃO SIA
 10 JAN 2019
 PROTOCOLO

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorçado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
 25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
 28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro(vir nascer)? 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 Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte a aqueles beneficiários que se apresentarem e estiverem nesta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação do ressarcimento do valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

NÃO ALFABETIZADO

34 - _____
 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido: _____
 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido: _____
 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido: _____
 38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____
 Assinatura da testemunha: 10/09/2019
 39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____
 PROTOCOLO
 AGÊNCIA RECIFE

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data: Caruaru 27/09/19

CAUÃ VICTOR MONTEIRO DE ASSUNÇÃO

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) _____
 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) _____
 43 - Assinatura do Procurador (se houver) _____

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

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO 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 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE
ANA LUCIA BEZERRA MONTEIRO
CPF: 092.628.664-10 NIS: 16077922316

DATA DE VENCIMENTO
14/01/2020
TOTAL A PAGAR (R\$)
18,18

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL
07/01/2020
DATA DA APRESENTAÇÃO
07/01/2020
NÚMERO DA NOTA FISCAL
091309654

CONTA CONTRATO
000156449032
Nº DO CLIENTE
2002361753
Nº DA INSTALAÇÃO
0000308261

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
TV 3 G 32
VILA TEIMOSA
CENTRO/CARUARU
55028-323 CARUARU PE

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS
Monofásico

RESERVADO AO FISCO
DCC1.598A.F4D2.914B.0EF6.DA1A.0158.D6E0

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

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo-TUSD até 30 kWh	30,00	0,10052869	3,01
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	23,00	0,17233491	3,96
Consumo-TE até 30 kWh	30,00	0,09250394	2,77
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	23,00	0,15857819	3,64
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,33
Contrib. Ilum. Pública Municipal			4,47
TOTAL DA FATURA			18,18

EM ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE.

Vencido	Di Resv	Valor
16/12/19	07/01/20	34,70

Este comunicado NÃO substitui aviso de débitos anteriores e NÃO contempla débitos em discussão judicial. Caso a suspensão do fornecimento persista por dois ciclos de faturamento, poderá ocorrer o encerramento do contrato, podendo também existir cobrança conforme os critérios definidos no Art. 39 REN 414/Anael. Podem ocorrer ações de cobrança, bem como inclusão nos registros de restrições de crédito SPC e SERASA.

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo-TUSD até 30 kWh	0,09549200	JAN 20	53
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	0,16363200	DEZ 19	68
Consumo-TE até 30 kWh	0,08783260	NOV 19	61
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	0,15067000	OUT 19	65
		SET 19	53
		AGO 19	64
		JUL 19	58
		JUN 19	59
		MAI 19	73
		ABR 19	57
		MAR 19	68
		FEV 19	52
		JAN 19	65

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS		PIS		COFINS	
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
0,00		0,00	13,71	0,90	0,12
					13,71
					4,15
					0,56

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		30 DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
P15542	CAT	09/12/2019	52.813,00	07/01/2020	17.866,00	29	1.060,00	53,00	

10 JAN 2020

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 04/02/2020

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPTÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR AFURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
nov/2019					
DIC-No.de horas sem Energia	CARUARU	0,00	5,37	10,15	20,30
FIC-No.de vezes sem Energia		0,00	3,11	6,22	12,45
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	2,86	0,00	0,00
DCRI-Duração de interrupção em dia crítico					Limite DCRI: 12,22
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 6,62					
Total Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DCRI a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES
Pague no ponto mais perto de você Jessyca layza da silva vasconi: rua vidal de negreiros nossa senhora das dores / jfsat: rua vidal de negreiros nossa senhora das dores Lista completa em www.celpe.com.br.
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em www.aneel.gov.br.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês
isenção do ICMS conforme art. 9, XLVIII, a, 2.2.2, do RICMS-PE.
Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei Nº 10.438 de 26/04/02 - R\$ 17,68.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.
Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.

NÍVEIS DE TENSÃO

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

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
000156449032	01/2020	18,18	14/01/2020	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

PAGAMENTO ATRAVÉS DE FICHA DE COMPENSAÇÃO **AUTENTICAÇÃO MECÂNICA**

1 - 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: 164.980.024-09 4 - Nome completo da vítima: Cauã Victor Monteiro de Assunção

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2017

5 - Nome completo: Cauã Victor Monteiro de Assunção 6 - CPF: 164.980.024-09
 7 - Profissão: Recusou-se 8 - Endereço: TV 36 9 - Número: 32 10 - Complemento: _____
 11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Caruaru 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55028-323
 15 - E-mail: _____ 16 - Tel. (DDD): (81) 92258-3087

DADOS CADASTRAIS

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR
 17 - Nome completo do Representante Legal: _____
 18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
 RECURSO INFORMAR R\$1.000,00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATE R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATE R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
 CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Nome do BANCO: Bradesco
 AGÊNCIA: 01285 CONTA: 9478

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.

INVALIDEZ PERMANENTE

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):
 Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.
 Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente decorrente de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa waiver (waiver) em relação à futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

COMPROMISSO DE ATENDIMENTO À VÍTIMA S/A
 10 JAN 2019
 PROTOCOLO

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorçado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
 25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
 28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro(vi-rnacido)? 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 Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte a aqueles beneficiários que se apresentarem e estiverem nesta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação do ressarcimento do valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

NÃO ALFABETIZADO

34 - _____
 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido: _____
 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido: _____
 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido: _____
 38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____
 Assinatura da testemunha: 10/01/2019
 39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____
 PROTOCOLO AGÊNCIA RECIFE

40 - Local e Data: Caruaru 27/09/19

CAUÃ VICTOR MONTEIRO DE ASSUNÇÃO

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) _____
 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) _____
 43 - Assinatura do Procurador (se houver) _____



SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO

CERTIDÃO

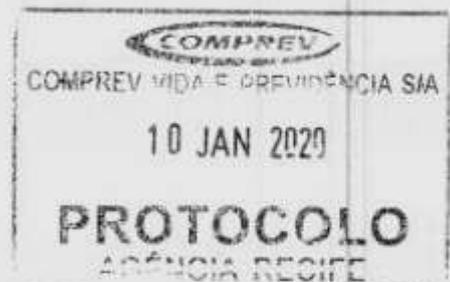
Certidão nº 2019GB2000032 Div. Op.

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr(ª). CAUÃ VICTOR MONTEIRO DE ASSUNÇÃO, 16 anos, BRASILEIRO(a), SOLTEIRO(a), RG nº 9467982 SDS PE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº, residente à TERCEIRA TRAVESSA G, nº 32, VILA TEIMOSA, CARUARU-PE, certificar que este 2º Grupamento de Bombeiros atendeu a uma ocorrência no dia 19/04/2019, por volta das 05:16 hs, no endereço: DISTRITO RAFAEL - BR 104, S/N, ZONA RURAL CARUARU-PE, referente a um(a) ATROPELAMENTO, envolvendo O VEÍCULO ENVOLVIDO NO ATROPELAMENTO NÃO FOI IDENTIFICADO PELA GUARNIÇÃO DO CBMPE.

QUANDO A GUARNIÇÃO CHEGOU AO LOCAL DO ACIDENTE, O VEÍCULO ENVOLVIDO NÃO ESTAVA MAIS NO LOCAL., no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr(ª) CAUÃ VICTOR MONTEIRO DE ASSUNÇÃO, inscrito sob o CPF nº e Registro Geral nº 9467982, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do 2º Grupamento de Bombeiros, comandada pelo(a) CABO IZAÍAS. Foi transportado(a) para o HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE. Registrado(a) com o prontuário nº 337221. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / 2ºGB.

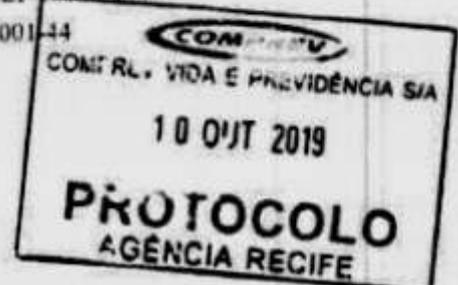
Posição em 24/05/2019

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 2019GB2000032



Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife/PE - CEP 50050-180

Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 00.358.773/0001-44



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0352942/19

Vítima: CAUA VITOR MONTEIRO DE ASSUNCAO

CPF: 164.980.024-09

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

Data do acidente: 19/04/2019

Titular do CPF: CAUA VITOR MONTEIRO DE ASSUNCAO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

CAUA VITOR MONTEIRO DE ASSUNCAO : 164.980.024-09

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

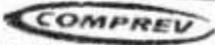
Data da apresentação: 10/10/2019
Nome: CAUA VITOR MONTEIRO DE ASSUNCAO
CPF: 164.980.024-09

CAUA VITOR MONTEIRO DE ASSUNCAO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/10/2019
Nome: JONATAN BARBOSA DE BARROS
CPF: 703.787.774-32

JONATAN BARBOSA DE BARROS


 COMFREL VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
 10 OUT 2019
PROTOCOLO
 AGÊNCIA RECIFE

9.467.982
9.467.982
Brasão de Armas

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 EC-5
 ESTADO DE PERNAMBUCO
 SUPERINTENDÊNCIA DE DEFESA SOCIAL
 INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ESTADUAL BRASILEIRO

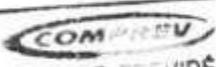



CAVÃ VICTOR MONTEIRO DE ASSUNÇÃO
 CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
 REGISTRO GERAL 9.467.982 DATA DE EXPEDIÇÃO 05/07/2019
 NOME << CAVÃ VICTOR MONTEIRO DE ASSUNÇÃO >>
 FILIAÇÃO << JOSÉ PEDRO DE ASSUNÇÃO >>
 << ANA LUCIA BEZERRA MONTEIRO >>
 NATURALIDADE CARUARU - PE DATA DE NASCIMENTO 21/05/2003
 DOC ORDEM << 074195 01 55 2003 1 00105 238
 0099148 15 CARUARU-PE >>
 CPF 164.980.024-09

Gerente do RIB
 103146678110710-107-8728154-0000
 GERENTE DO RIB




 COM. RL. VIDA E PREVIDÊNCIA SIA
 10 OUT 2019
PROTOCOLO
 AGÊNCIA RECIFE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190577883 **Cidade:** Caruaru **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CAUA VITOR MONTEIRO DE ASSUNCAO **Data do acidente:** 19/04/2019 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO DE OMBRO E COTOVELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. PAG 1

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: PÁG 1 DE 19/04/2019 DR. JOSE PATRIOTA CRM 5312.

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: 3190577883 **Cidade:** Caruaru **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CAUA VITOR MONTEIRO DE ASSUNCAO **Data do acidente:** 19/04/2019 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO DE OMBRO E COTOVELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. PAG 1

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: PÁG 1 DE 19/04/2019 DR. JOSE PATRIOTA CRM 5312.

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

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
EMERGÊNCIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento: 502233

Prontuário: 337221

Nome: CAUA VICTOR MONTEIRO DE ASSUNCAO

Data Nasc.: 21/05/2003

Idade: 15

Sexo: MASCULINO

Cor: PARDA

Religião:

CPF:

RG:

CNS:

Nº: 22

Endereço: RUA TESSEIRA G VILA TEMOSA

Bairro: VASSORAL

Cidade: CARUARU

Estado: PE

CEP: 55024000

Fone: 991044753

Profissão:

Nome da Mãe: ANA LUCIA BEZERRA MONTEIRO

Acompanhante:

Motivo do Atendimento: ATT COM AUTOMOVEL

Clinica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

2 - ATENDIMENTO

Data: 19/04/2019 06:08

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

paciente com trauma em acidente de trânsito com lesões no membro superior direito há 02 dias, não há mais dor + edema + hematoma

Exame Físico:

SGBO, com trauma e edema no membro superior direito há 02 dias, não há mais dor + edema + hematoma. Solicitado RX de ambas as mãos para orientação.

PA:

FC:

FR:

Diag. Provisório:

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
RAIO - X
DATA 19/04/19

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
RAIO - X
DATA 19/04/19

Sol. Pt do cotovelo, anti-meu E

Prescrição:

Voluntária Dieta:

Data:

Horário:

*contato + exames no ambulatório E
Lun 10
fala geral e ortopedia
Pront. + Orientação + AO multimedial*

*Dr. José Patrício
Ortopedia
CRMPE 5312*

COM
CONTROLE DA PREVIDÊNCIA SIA
10 OUT 2019
PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

*J. José Patrício
Ortopedia
CRMPE 5312*





SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO

CERTIDÃO

Certidão nº 2019GB2000032 Div. Op.

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr(ª). CAUÃ VICTOR MONTEIRO DE ASSUNÇÃO, 16 anos, BRASILEIRO(a), SOLTEIRO(a), RG nº 9467982 SDS PE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº, residente à TERCEIRA TRAVESSA G, nº 32, VILA TEIMOSA, CARUARU-PE, certificar que este 2º Grupamento de Bombeiros atendeu a uma ocorrência no dia 19/04/2019, por volta das 05:16 hs, no endereço: DISTRITO RAFAEL - BR 104, S/N, ZONA RURAL CARUARU-PE, referente a um(a) ATROPELAMENTO, envolvendo O VEÍCULO ENVOLVIDO NO ATROPELAMENTO NÃO FOI IDENTIFICADO PELA GUARNIÇÃO DO CBMPE.

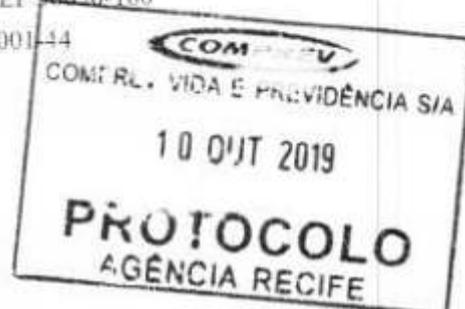
QUANDO A GUARNIÇÃO CHEGOU AO LOCAL DO ACIDENTE, O VEÍCULO ENVOLVIDO NÃO ESTAVA MAIS NO LOCAL., no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr(ª) CAUÃ VICTOR MONTEIRO DE ASSUNÇÃO, inscrito sob o CPF nº e Registro Geral nº 9467982, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do 2º Grupamento de Bombeiros, comandada pelo(a) CABO IZAÍAS. Foi transportado(a) para o HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE. Registrado(a) com o prontuário nº 337221. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / 2ºGB.

Posição em 24/05/2019

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 2019GB2000032

Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife/PE - CEP 50050-180

Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 00.358.773/0001-44





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

NOTA FISCAL - FATURA - CONTÁ DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE CEP 50075-002
CNPJ 10.835.932/001-09 | Insc. Est. 002943-03 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
ANA LUCIA BEZERRA MONTEIRO

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
TV 3 G 32 VILA TEBOUCA

CPF 092 528 084-10 NIS 10C77922518

CENTRO CARUARU
CARUARU PE
55028-323

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDIA COM NIS

COD DA CONDIÇÃO	MÊS/ANO
0156449032	08/2019
COD DE FISCALIZAÇÃO	DATA DE VENCIMENTO
13/08/2019	04/09/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	
22,89	

Nº DA NOTA FISCAL	SERIE	EMISSÃO
072158812	UNICA	26/08/2019
PERÍODO DE VALIDADE	Nº DO SUBMETE	Nº DA REGISTRAÇÃO
06/09/2019	2007981753	809261

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,0000000	0,78124000	5,73
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	34,0000000	0,32784011	11,14
Acrescimo Bandeira AMARELA			0,38
Acrescimo Bandeira VERMELHA			0,21
Contrib. Sum. Pública Municipal			4,47
Multa por atraso-NF 080675089- 07/05/19			0,39
Juros por atraso-NF 080675089- 07/05/19			0,33
Atualiz. In. IOPM-NF 080675089- 07/05/19			0,24

TOTAL DA FATURA

22,89

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA ANTERIOR	LEITURA ANTERIOR	DATA ATUAL	LEITURA ATUAL	Nº DE BARRAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
146642	CAI	06/07/2019	17 933,00	06/08/2019	17 988,30	11	1 000,00		54,00

ANÁLISE DE CONSUMO

INFORMAÇÕES DE CONSUMO

ÍCIES	PRE	GOVERN
17,46	2,74	0,10
17,40	2,62	0,08

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Descrição de Energia	R\$	%
Energia	18,51	81,0%
Transmissão	0,38	1,6%
Distribuição/Perdas	1,61	7,0%
Perdas de Energia	11,84	51,8%
Energias Alternativas	11,37	49,7%
Taxas	0,71	3,1%
Total	22,89	100%

Consumo Mensal (kWh)

Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh

RECONHECIMENTO

OTAR C 130 0042 57 04 0407 8802 0089 5704

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Por favor, ler esta parte de cada fatura, pois ela contém informações importantes sobre o seu perfil de consumo e sobre a tarifa de energia elétrica aplicada em sua conta. Se você não estiver satisfeito com o valor da fatura, consulte o setor de atendimento ao cliente da CELPE pelo telefone 0800 000 0000 ou pelo e-mail atendimento@celpe.com.br. Você também pode acessar o site www.celpe.com.br para obter mais informações sobre o seu perfil de consumo e sobre a tarifa de energia elétrica aplicada em sua conta.

ATENÇÃO! CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO

Valor	10 dias	30 dias	Valor	10 dias	30 dias	Valor
11,0718	2,0078	1,981	11,0072	2,0072	2,0072	2,31

Este consumo médio mensal superior a 30 kWh é considerado alto em comparação com o consumo médio mensal de 10 a 30 kWh. Isso pode ser devido a um uso excessivo de energia elétrica em sua residência ou a um equipamento de alto consumo. Para obter mais informações sobre o seu perfil de consumo e sobre a tarifa de energia elétrica aplicada em sua conta, consulte o setor de atendimento ao cliente da CELPE pelo telefone 0800 000 0000 ou pelo e-mail atendimento@celpe.com.br.

DEPARTAMENTO	VALOR ANTERIOR	LIMITE ANTERIOR	LIMITE ATUAL	LIMITE ANUAL	NÍVEL DE TENSÃO	
					TEMPO REGULAR (h)	LIMITE DE TENSÃO (V)
DEC	0,00	0,00	10,15	30,00	220	227
PRE	0,00	3,11	8,23	12,45		
ONRE	0,00	2,88	0,00	0,00		

Limite ONRE: 12,23 - Valor de Energia de acordo com o Sistema de Distribuição - PE 1,42

CONTA CONTRAÍDA MÊS/ANO DATA DE VENCIMENTO TOTAL A PAGAR (R\$)
0156449032 08/2019 13/08/2019 22,89

83600000000-9 22890011000-0 15644903210-0 14132331943-6



COMPREV
COMFREL VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
10 OUT 2019
PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE