

Pedido de serviço para Declaração de Quitação Anual de Débitos nº 1356801851



DECLARAÇÃO ANUAL



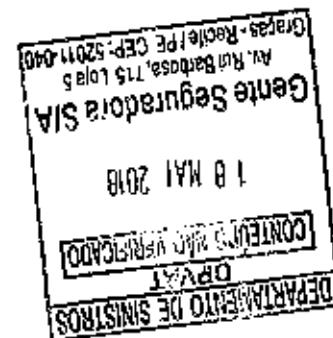
Nome do consumidor atual:

**MARIA EDICLEIDE
DA SILVA**CPF/CNPJ: **082.210.984-00**Endereço da unidade
consumidora/expediente: **RUA SAO CAETANO ,
25 - NOVO**Município: **GRAVATA** Estado: **PE**Conta Contrato: **004002639896**Período: **01/01/2016 a 31/12/2016**Cód. de Autenticação: **CF4CE05A6FA6BB84E10000000A96106A**

Não existem débitos de **2016** e anos anteriores. Esta declaração substitui, para comprovação do cumprimento das obrigações do consumidor, as quitações dos faturamentos mensais (Art.4º, Lei 12.007/09). Esta declaração não quita o saldo das faturas em discussão judicial que poderão ser cobradas após o fim do processo jurídico.

GRAVATA, 25 de Abril de 2018.

Utilize o código de autenticação mais o número da conta contrato e acesse o site <http://www.celpe.com.br> para validar a autenticidade deste documento.



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



Bilhete de Declaração

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

²Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Erica de Menezes Silva, inscrito (a) no CPF/CNPJ 057.822.299/97 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Maria Edileide da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 082.210.989/00 do sinistro de DPVAT cobertura Inteiridade da Vítima Maria Edileide da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 082.210.989/00 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DPVAT _____ e apresento os documentos comprobatórios:

CONTROLE VERIFICADO

18 MAI 2010

Gente Seguradora S/A

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

XV. Rio Barroso, 715 Loja 5
Gracás - Recife / PE CEP: 52111-040

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	<u>Rua Antônio de Freitas Sabrinho</u>		Número	194-	Complemento	<u>Casa</u>	
Bairro	<u>Centro</u>	Cidade	<u>Cravatac</u>	Estado	PE	CEP	<u>55640-000</u>
Email	<u>Erica.menezes@hotmail.com</u>		Telefone comercial (DDD)	-	Telefone celular (DDD)	<u>(81) 99360-5567</u>	

Cravatac - 25 de Abril de 2018
Local e Data

Erica de Menezes Silva
Assinatura do Declarante



Prefeitura de
Gravatá
GOVERNO MUNICIPAL



Secretaria de Saúde

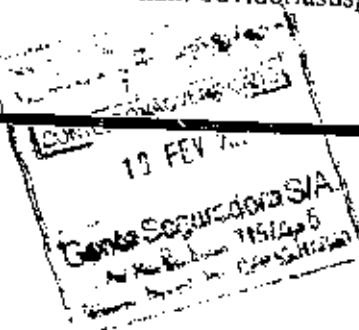
Messa Edileide de Souza

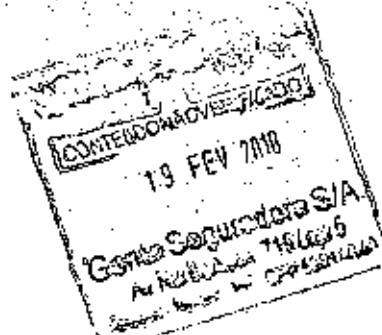
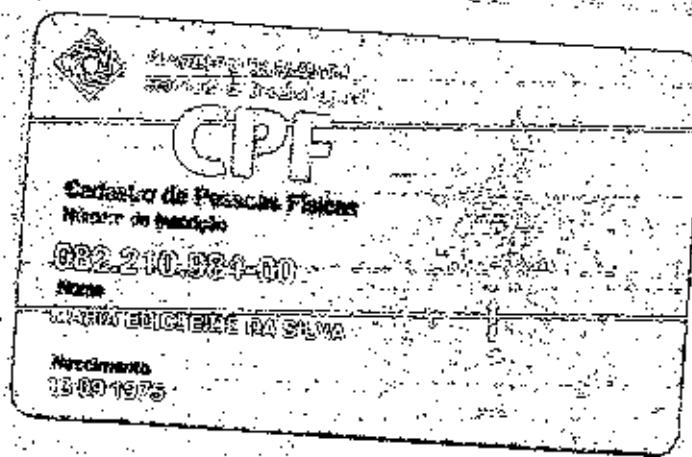
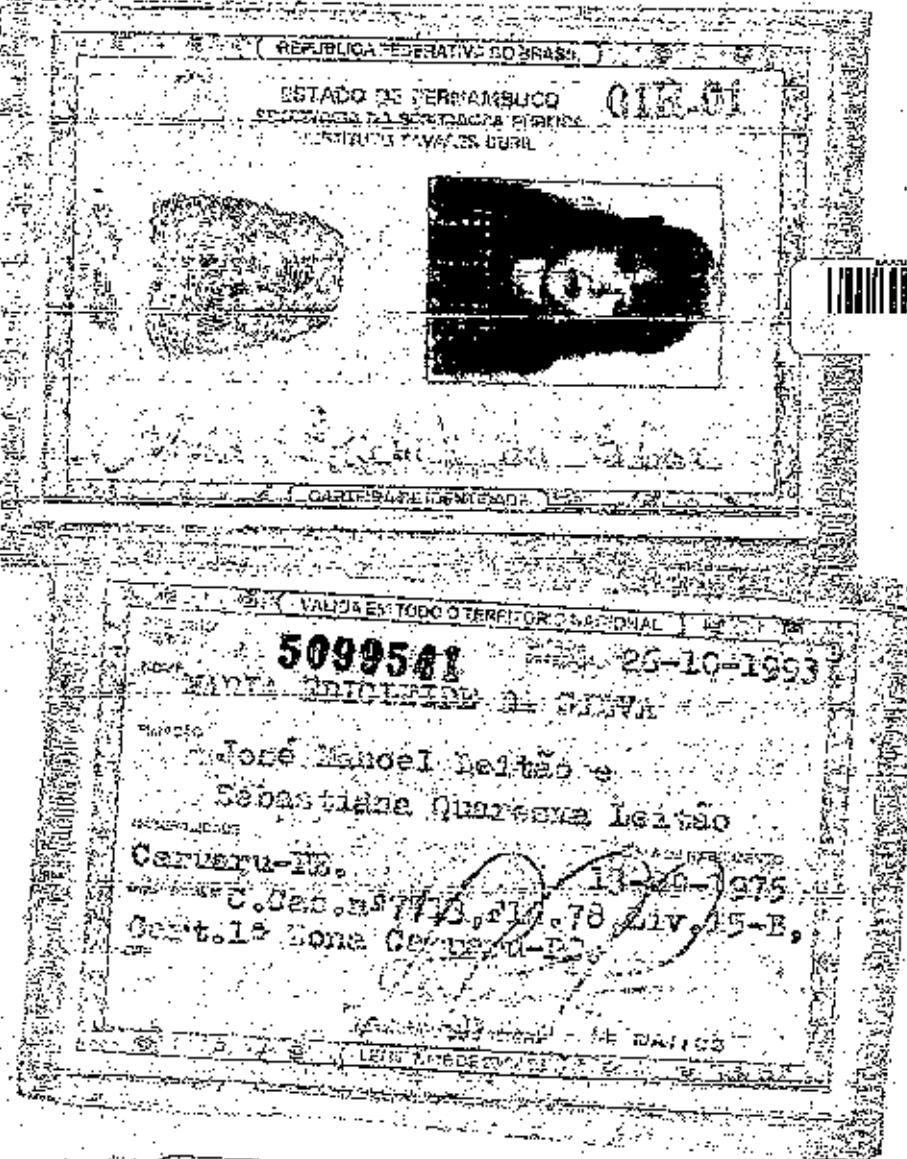
Recente vítima de acidente de moto em 21/12/11 - Rua
Com Traço em NE, resultando em
fratura de fíbula E. Alvalmont,
em tratamento convencional

Sugestões, Reclamações, Elogios
Rua Izaltino Poggy, 33 - Prado - Gravatá - PE
Fone: 3563-9024/9025 - email: ouvidoriasusgravata@hotmail.com

Dr. André Gustavo Pires
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 22725

26/12/11



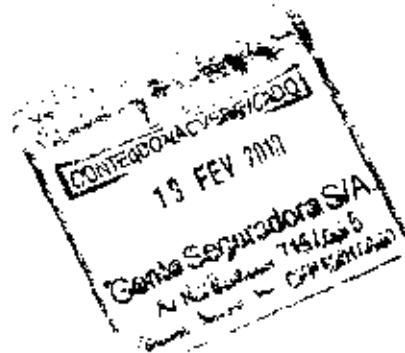


**COMPROVANTE DE SITUAÇÃO
CADASTRAL NO CPF****MINISTÉRIO DA FAZENDA**
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **057.822.294-97**Nome: **ERICA DE MENEZES SILVA**Data Nascimento: **02/09/1983**Situação Cadastral: **REGULAR**Data de Inscrição no CPF: **27/01/2003**Dígito Verificador: **00**Comprovante emitido às: **15:11:00** do dia **19/02/2018** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **D8F6.FB91.DDCD.2E12**

Aprovado pela IN/RFB no 1.548, de 13/02/2015.

Nova Consulta

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180352911 **Cidade:** Gravatá **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA EDICLEIDE DA SILVA **Data do acidente:** 21/12/2017 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/09/2018

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE FÍBULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR + ALTA MEDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: NOS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIAM PRESENÇAS DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: IVONE SZCZERBACKI VALICE

CRM: 5234194-0

UF do CRM: RJ

Assinatura:

A handwritten signature in blue ink that reads "Ivone S. Valice".

PROCURAÇÃO PARTICULAR

**BENEFICIARIO/VITIMA:**

Nome: Maria Edicilide da Silva

Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Casada

Profissão: Máquina de lavar

Identidade: 5.099.591.659-07 CPF: 089.210.984-00

Endereço: Rua São Geraldo n. 25, Bairro novo
Gravataí/PE, CEP: 55643-120

PROCURADOR:

Nome: Ronila de Menezes Silva

Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Solteira

Profissão: Analista de Seguros

Identidade: 3.691.5052-X CPF: 057.822.299-97

Endereço: Rua Antônio de Freitas Soltrinho n. 199,
Bairro: Centro, CEP: 55640,000 Gravataí/PE

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a qualquer Seguradora pertencente ao Consorcio DPVAT, também perante aos pontos de atendimento da Seguradora Lider (Correios, Sincor(s) e Corretores), a fim de receber a indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT e poderes para assinatura em ficha de Autorização de Pagamento, Crédito de Indenização de Sínistros DPVAT, a que tenho direito, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima

Local e data

x Maria Edicilide da Silva

Assinatura do Beneficiario/Vitima
(reconhecer firma por autenticidade)



CARTÓRIO DO FÓRUM - SERVIÇOS REGISTRAL E NOTARIAL NÚCLEO REDEBROS DO MARQUINHA - 108x14 - 0124

Rua: Ruy Barbosa, 170 - Centro - CEP: 91010-000 - Rio Grande do Sul

tel: (51) 3331-2495 - e-mail: rj.marcos@bol.com.br

Órgão fiscal: Fazenda Pública - 1025 - Setor 1

Identificação do Fazendeiro: 1025 - Setor 1

RECONHEÇO, por autenticidade at(s) firma(s) de:

MARIA EDICILIDE DA SILVA

selo: 0077123.AJA11201701.03832

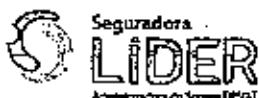
dou fé. Gravataí, 28/12/2017 10:26:24

Era testi da verdade,

Orlando do Nascimento Junior

Encaminhou R\$3,88 TANR: 050,28 Total a Pagar: R\$4,66 Oper. DERK/N

CONSULTE AUTENTICAÇÃO EM WWW.TIPEJU.BR/SELADO/DIGITAL



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchida com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASI.

CPF da Vítima

082.210.984-00

Nome completo da vítima

Maria Edilide da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Maria Edilide da Silva	CPF titular da conta 082.210.984-00	Profissão Pessoal
Endereço rua São Luizano	Número	Complemento escola
Bairro Novo	Cidade Gravataí	Estado PE
Email	CEP	
	Telefone (DDD) (81) 9-	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR | <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 |
| <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00 |

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

- BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)
- CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA
NRO.

D/V

CONTA
NRO.

D/V

(Inserir dígito se existir)

(Inserir dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO.

AGÊNCIA
NRO.

D/V

CONTA
NRO.

D/V

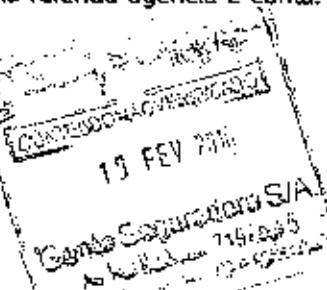
(Inserir dígito se existir)

(Inserir dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetuado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Gravataí 16 de Fevereiro de 2018

Local e Data



Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Rio de Janeiro, 02 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **MARIA EDICLEIDE DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180352911**

Vitima: **MARIA EDICLEIDE DA SILVA**

Data do Acidente: **21/12/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **ERICA DE MENEZES SILVA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180352911**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 18 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **MARIA EDICLEIDE DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180352911**

Vitima: **MARIA EDICLEIDE DA SILVA**

Data do Acidente: **21/12/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador **ERICA DE MENEZES SILVA**

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180352911**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **21/12/2017**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL.

CPF da Vítima

082.210.984-00

Nome completo da vítima

Maria Edidile da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Maria Edidile da Silva	CPF titular da conta 082.210.984-00	Profissão Reuso-
Endereço rua São Luís	Número	Complemento Caser
Bairro Novo	Cidade Gravataí	Estado PE
Email	CEP	
	Telefone (DDD) (81) 9-	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 |
| <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00 |

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

- BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

N.R.O. _____

D/V

CONTA

N.R.O. _____

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome _____

N.R.O. _____

AGÊNCIA

N.R.O. _____

D/V

CONTA

N.R.O. _____

D/V

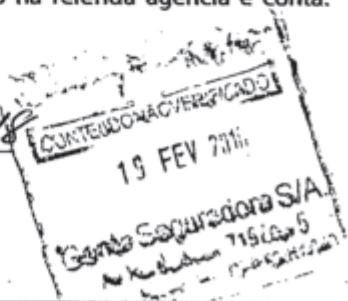
(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Gravataí, 16 de fevereiro de 2018

Local e Data



Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

082.210.984-00

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo <i>Maria Edilide da Silva</i>	CPF titular da conta <i>082.210.984-00</i>	Profissão <i>Reclusa</i>
Endereço <i>Rua São Caetano</i>	Número <i>25</i>	Complemento <i>Casa</i>
Bairro <i>Novo</i>	Cidade <i>Bravata</i>	Estado <i>PE</i>
Email <i></i>	CEP <i>55643-120</i>	Telefone (DDD) <i></i>

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

RECUSO INFORMAR

SEM RENDA

R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

ATÉ R\$ 1.000,00

R\$ 1.000,01

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

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

BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

D/V

CONTA

N.R.

0943

013

51468

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Name

16 ABR 2018

AGÊNCIA

D/V

Gente Seguradora S/A

Av. Rio Branco, 715 Loja 6

Graciosa - Recife/PE CEP: 52011-040

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Bravata - 26 de Março de 2018.

Local e Data

X Maria Edilide da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800.0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

082.210.989-00

Nome completo da vítima

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo <i>Maria Edicilde da Silva</i>	CPF titular da conta <i>082.210.989-00</i>	Profissão <i>Reclusa</i>
Endereço <i>Rua São Caetano</i>	Número <i>125</i>	Complemento <i>Casa</i>
Bairro <i>Novo</i>	Estado <i>PE</i>	CEP <i>55643-120</i>
Email	Telefone (DDD)	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

RECUSO INFORMAR
 R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

SEM RENDA
 R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

ATÉ R\$ 1.000,00
 R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00

R\$ 1.000,00 ACIMA DE R\$ 10.000,00
DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104).

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

(Informar dígito se existir)

0943

03

51468

2

(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

(Informar dígito se existir)

16 ABR 2018
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja b
Graças - Recife / PE CEP: 52011-040

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Bravata - 26 de Março de 2018.

Local e Data

X Maria Edicilde da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 062^a CIRCUNSCRIÇÃO - GRAVATÁ - DP62^aCIRC
DINTER1/12^aDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0152000273**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **19/01/2018** às **11:46**

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **21/12/2017** no período da **Manhã**

Fato ocorrido no endereço: **RUA SAO CAETANO, 1, PROXIMO AO COLEGIO GRAVATAI** Bairro: **BAIRRO NOVO - GRAVATAI/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR) AGENTE
MARIA EDICLEIDE DA SILVA (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)

MARIA EDICLEIDE DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **SEBASTIANA QUARESMA LEITAO** Pai: **JOSE MANOEL LEITAO** Data de Nascimento: **13/9/1975** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **RUA SAO CAETANO, 25 - CEP: 0 - Bairro: BAIRRO NOVO - GRAVATAI/PERNAMBUCO /BRASIL**

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

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

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

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

Complemento / Observação

A VITIMA RELATA QUE ANDAVA PELA CALCADA QUANDO FOI ATROPELADA POR UMA MOTO QUE PASSAVA PRÓXIMO AO MEIO FIO PARA LIVRAR UM QUEBRA MOLA, QUE O IMPUTADO NAO PRESTOU SOCORRO, QUE A MESMA SOFREU UMA FRATURA NA TIBIA. A VITIMA FOI SOCORRIDA POR POPULARES PARA O HOSPITAL DR. PAULO DA VEIGA PESSOA.

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

Maria Edicleide da Silva.

**MARIA EDICLEIDE DA SILVA
(VITIMA)**

B.O. registrado por **EILTON FERREIRA BUDHOES** - Matrícula: **319807-3**





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 062ª CIRCUNSCRIÇÃO - GRAVATÁ - DP62ªCIRC
DINTER1/12ºDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0152000273

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **19/01/2018** às **11:46**

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **21/12/2017** no período da **Manhã**

Fato ocorrido no endereço: **RUA SAO CAETANO, 1, PRÓXIMO AO COLEGIO GRAVATÁ** Bairro: **BAIRRO NOVO - GRAVATA/PERNAMBUCO/BRASIL**
 Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
 MARIA EDICLEIDE DA SILVA (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)

MARIA EDICLEIDE DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: **SEBASTIANA QUARESMA**
 LEITAO Pai: **JOSE MANOEL LEITAO** Data de Nascimento: **13/9/1975** Naturalidade: **NÃO INFORMADO /**
PERNAMBUCO / BRASIL
 Endereço Residencial: **RUA SAO CAETANO, 25 - CEP: 0 - Bairro: BAIRRO NOVO - GRAVATA/PERNAMBUCO /BRASIL**

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

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

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

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

Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

A VITIMA RELATA QUE ANDAVA PELA CALCADA QUANDO FOI ATROPELADA POR UMA MOTO QUE PASSAVA PRÓXIMO AO MEIO FIO PARA LIVRAR UM QUEBRA MOLA, QUE O IMPUTADO NAO PRESTOU SOCORRO, QUE A MESMA SOFREU UMA FRATURA NA TIBIA. A VITIMA FOI SOCORRIDA POR POPULARES PARA O HOSPITAL DR. PAULO DA VEIGA PESSOA.

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

Maria Edicleide da Silva.

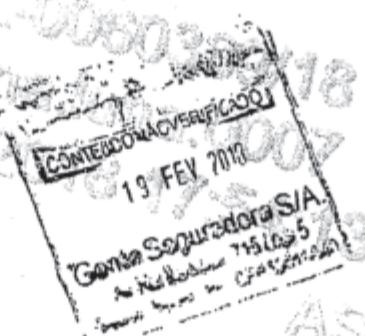
**MARIA EDICLEIDE DA SILVA
(VITIMA)**

B.O. registrado por: **EILTON FERREIRA BULHOS** - Matrícula: **319807-3**



ASL-0000369/18
juliana.luna.0007
31/07/2018 17:54:13

ASL-0000369/18
juliana.luna.0007
31/07/2018 17:54:13



ASL-0000369/18
juliana.luna.0007
31/07/2018 17:54:13



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CÍRCULAR SUSEP 445/12



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima
Maria Edicélide da Silva CPF da Vítima
082.210.984-00 Data do Acidente
21.12.2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD) <i>(81)</i>

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de Indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Local e Data

15.Fev.18
Gravata - 16º Fornido de 2018

x Maria Edicélide da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Unificado de Instrumentos de IML



00004*

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206
(exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Maria Edicleide da Silva

CPF da Vítima

082.210.984-09

Data do Acidente

21.12.2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Email

CPF do Representante legal

Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de Indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Local e Data

Granata, 16 de Fevereiro de 2018

x Maria Edicleide da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



PREFEITURA MUNICIPAL DE GRAVATÁ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DR PAULO DA VEIGA PESSOA
FICHA DE PRONTO ATENDIMENTO



IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

DATA: 21/12/2017

Nº DO REGISTRO DO HOSPITAL: 252864

HORA DA CHEGADA AO HOSPITAL: 09:53

PACIENTE: MARIA EDICLEIDE DA SILVA

CNS: 700500310575958

GENITORA: SEBASTIANA QUARESMA LEITÃO

TELEFONE: (81) 98937-4143

DATA DE NASCIMENTO: 13/09/1975

IDADE: 42

SEXO: Feminino

COR: Sem informação

ENDEREÇO: RUA SÃO CAETANO

Nº:

BAIRRO: BAIRRO NOVO

CIDADE: GRAVATÁ

UF: PE

CEP:

PONTO DE REFERENCIA:

ACOMPANHANTE:

HDA



Tranma em perna

Secundaria ó acidente com
moto.

Maria Edicleide C. da Silva
Matrícula 3273

SETOR DE ARQUIVO
SAME DO H.M.D.P.V.P.

08/12/2018

10:01

EXAME FÍSICO

R-X

Velarum - 01/12/18

Setor de Enfermagem
Médico de Barreto
Data: 01/12/2018
CID: 05

Assinatura

EXAMES SOLICITADOS

HD

CID

MÉDICO COM CARIMBO E ASSINATURA

PRESCRIÇÃO, PROCEDIMENTOS – EVOLUÇÃO MEDICA E ENFERMAGEM

SINAIS VITAIS

TEMP.		HGT		P.A.	
F.C.		F.R.			

RX -> returar sonda de Fácula

CD: simboliza evolução tubo gástrico

Dr. Ruan Nelson
Médico
CRM-PE 25725

ALTA

HORA:

DATA
21 / 12 / 12

CURADO MELHORADO A PEDIDO
TRANSFERIDO ADMINISTRATIVO ÓBITO

MÉDICO RESPONSÁVEL / ASSINATURA / CARIMBO

Dr. Ruan Nelson
Médico
CRM-PE 25725

FATURAMENTO / PROCEDIMENTO SUS

PREScrição, PROCEDIMENTOS – EVOLUÇÃO MEDICA E ENFERMAGEM

SINAIS VITAIS

TEMP.		HGT		P.A.
F.C.		F.R.		

RX -> Fratura subida do fíbula

LD: possivelmente ombro gomito

~~Dr. Ryan Nelson~~
Médico
CRM-BR 25725

ALTA

HORA:

DATA
21/10/10

CURADO

MELHORADO

A PEDIDO

TRANSFERIDO

ADMINISTRATIVO

ÓBITO

MÉDICO RESPONSÁVEL / ASSINATURA / CRIMIGO

~~Dr. Ryan Nelson~~
Médico
CRM-BR 25725

FATURAMENTO / PROCEDIMENTO SUS

PREScrição, PROCEDIMENTOS – EVOLUÇÃO MEDICA E ENFERMAGEM

SINAIS VITAIS

TEMP.		HGT		P.A.
F.C.		F.R.		

RX -> fractura seccada de Fíbula

LD = immobilizante no solo genual

Dr Ruan Nelson
Médico
CRM PE 25725

31/07/2018 17:54:52

ASL-0060339173
Juliana Júlia.0007
31/07/2018 17:54:52

ASL-0060339173
Juliana Júlia.0007

ALTA

HORA:

DATA
21/12/12

CURADO

MELHORADO

A PEDIDO

TRANSFERIDO

ADMINISTRATIVO

ÓBITO

MÉDICO RESPONSÁVEL / ASSINATURA / CARIMBO

Dr Ruan Nelson
Médico
CRM PE 25725

FATURAMENTO / PROCEDIMENTO SUS

PREScrição, PROCEDIMENTOS – EVOLUÇÃO MEDICA E ENFERMAGEM

SINAIS VITais

TEMP.		HGT		P.A.	
F.C.		F.R.		R.H.	

px \rightarrow friction coefficient μ Friction

Up: möglichst vorne gehen

~~Dr. Ruan Nelson
Médico
CRM PE 25725~~

4

ALTA

HORA:	DATA	CURADO <input type="checkbox"/>	MELHORADO <input checked="" type="checkbox"/>	A PEDIDO <input type="checkbox"/>
	21/12/12	TRANSFERIDO <input type="checkbox"/>	ADMINISTRATIVO <input type="checkbox"/>	ÓBITO <input type="checkbox"/>

MÉDICO RESPONSÁVEL / ASSINATURA / CARIMBO

Dr. Ryan Nelson
Medico
~~ERIN 25725~~

EATURAMENTO / PROCEDIMENTO SUS

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 10.638.832/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



Grupo Aneconergia
www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delagados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Grátis de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Grátis de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

INGLIDA MENESES SILVA LEMOS
CPF: 067.798.924-59

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA ANTONIO DE FREITAS BOBRINHO 194
CENTRO GRAVATAÍ
55640-000 GRAVATAÍ PE

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010),
tarifas, produtos, serviços prestados e tributos só encontram-se
disponíveis, para consulta em nossas unidades de atendimento e no
site www.celpe.com.br

DATA DE VENCIMENTO

30/01/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

0,00

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL
23/01/2018DATA DA APRESENTAÇÃO
23/01/2018NÚMERO DA NOTA FISCAL
002745368CONTA CONTRATO
007026635572Nº DO CLIENTE
2016077369Nº DA INSTALAÇÃO
0006094761

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

BB13.9C13.CE99.03FF.0759.237F.B50C.FFS0

DESCRÍCÃO DA NOTA FISCAL

DESCRÍCÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	128,00	0,67761320	85,73
Acréscimo Bandeira VERMELHA			1,38
Contribuição Inflação Pública			4,70
ICMS Subvenção-GDE-NF 002745184-23/11/17			0,86
TOTAL DA FATURA			93,88

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS		PIS		COFINS	
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPÔSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPÔSTO
88,12	25,00	22,03	88,12	0,72	0,63
					88,12
					3,39
					2,98

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANIVERSÁRIO DATA	ATUAL DATA	LEITURA	DIAS CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
00000003151628230	CAL	23/12/2017	4.277,00	23/01/2018	0:405,00	-31	0,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 21/02/2018

CONFIRMO
10 FEV
SOU SOBRE AVISADA

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRÍCION	DOMINGO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL		
Nov/2017							
DIC-No de horas com Energia	GRANATA	0,00	0,55	11,13	22,71		
FIC-No de vezes sem Energia		0,00	342	0,05	93,70		
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	330	0,00	0,00		
DIIC-Duração de interrupção em dia úteis				Limite DIIC: 12,22			
USO-Valor do Encargo de Uso - R\$ 31,70							
Todo Cliente poderá solicitar a impressão das Indicações DIC, FIC, DMIC e DIIC a qualquer tempo.							

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. 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 prazo. mês.

O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

NÍVEIS DE TENSÃO

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

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

CONTAS CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
007026635572	01/2018	0,00	30/01/2018	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

FATURA PAGA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA