

CTC RECIFE PE PLS
HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO
PCA QUINZE DE NOVEMBRO,124
CENTRO
50870-000 TRIUNFO PE



7213512820-09457 00000001628 30 049919

Referência

AGOSTO /2019

Telefone

(87) 3846-1036

Vencimento

15/09/2019

Total a pagar

R\$ 108,14

Resumo da sua fatura

	OI FIXO	R\$ 69,20	69,20
01 FIXO	PACOTE DE MINUTOS FIXO-FIXO LOCAL		
	PACOTE DE MINUTOS FIXO-MÓVEL LOCAL		
	PACOTE DE MINUTOS LONGA DISTÂNCIA COPI 31		
	SERVICOS DIGITAIS		
+	EXCEDENTES, OUTROS SERVICOS E TAXAS	R\$ 38,94	38,94
LIGAÇÕES FIXO-FIXO			17,54
LIGAÇÕES FIXO-MÓVEL			14,00
SERVICOS OUTRAS PRESTADORES E DE TERCEIROS			1,92
OUTROS VALORES			5,48

Desde 06 de Novembro de 2016 foi incluído o número 9 à frente dos celulares dos DDDs 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54 e 55 passando ao formato: (DDD)9xxxx-xxxx.
Mais informações em oi.com.br/9digito.

CÓDIGO MINHA OI
091201460307www.oi.com.br/MinhaOI

Cadastra-se na minha OI e converse comigo, conta detalhada, história de consumo e muito mais.

TELEMAR NORTE LESTE S/A
CNPJ: 33.000.118/0014-92 - INSC. ESTADUAL:
161.001.0019146-4
RUA JOAQUIM FELIPE, 108 - RECIFE - PE CEP: 50000-905
MATRIZ CNPJ: 33.000.118/0001-79

HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO
TELEFONE/CONTRATO: 3846-1036 CJ 0 SU 3
CONTA 08/2019 LOCAL 4952 DT 01/08/2019

CÓDIGO MINHA OI
091201460307www.oi.com.br/MinhaOI

Cadastra-se na minha OI e converse comigo, conta detalhada, história de consumo e muito mais.

84660000001-8 08140024030-5 32049520384-8 61036031908-7

FATURA N.: 1200113357503
VENCIMENTO: 15/09/2019
VALOR A PAGAR R\$ 108,14

CÓDIGO PARA DÉBITO AUTOMÁTICO: 091201460307

HOSPITAL SÃO VICENTE
R. INÉCIO GOMES ANDRADE - SERRA TALHADA - PE
CNPJ 08.80543000163 Fone: (87) 3831.9150

Detalhamento da conta

Atend	Pron	Itm: HSV - 00018607 Conta: 00019448	Tipo da Conta:	INTERNAMENTO	Quantidade	Valor Unitário	Total
		io: 00140392 SANDERSON DA COSTA QUEIROZ					
0004	7	AGULHA DE RAQUI 25G X 3,1/2	0,00	0,00	0,00	1,00	37,22
0008	2	AVENTAL DESCARTAVEL C/ MANGA	0,00	0,00	0,00	1,00	8,38
0004	3	CLOREXIDINA 2% 1000ML	0,00	0,00	0,00	200,00	0,04
0004	4	CLOREXIDINA 0,5% SOLUÇÃO ALCOOLIC	0,00	0,00	0,00	200,00	0,04
0004	5	CAMPO OPERATORIO 50*45 - CREMER	0,00	0,00	0,00	10,00	2,42
0004	6	ESPARADRATO - 10*4,5M - CREMER	0,00	0,00	0,00	60,00	0,07
0006	7	GORRO C/MI. MASCUL. DESC.	0,00	0,00	0,00	7,00	0,42
0006	8	JELCO N° 14 - B BROWN	0,00	0,00	0,00	1,00	18,72
0006	9	LÂMINA BISTURI N°24	0,00	0,00	0,00	1,00	4,20
0006	10	LUVA PROCEDIMENTO MÉDIA - TAM. M	0,00	0,00	0,00	5,00	1,60
0006	11	LUVA CIRURGICA 7,5	0,00	0,00	0,00	3,00	3,96
0006	12	LUVA CIRURGICA 8,0	0,00	0,00	0,00	2,00	3,96
0006	13	MASCARA DESC. C/AMARRAS	0,00	0,00	0,00	6,00	0,96
0006	14	MONONYLON C/AG 2-0 30MM - 1215T - N	0,00	0,00	0,00	1,00	25,37
0006	15	PROPÉS - SAPATILHAS DESCARTÁVEIS	0,00	0,00	0,00	7,00	0,58
0006	16	PVPI TOP 10 - RIOQUIMICA	0,00	0,00	0,00	8,00	0,04
0006	17	PULSEIRA IDENTIFICAÇÃO ADULTA	0,00	0,00	0,00	1,00	0,60
0006	18	SERINGA DESC. C/AG. 1 ML	0,00	0,00	0,00	1,00	0,60
0006	19	SERINGA DESC. C/AG. 5 ML - LUER LOCK	0,00	0,00	0,00	2,00	2,82
0006	20	SERINGA DESC. C/AG. 20 ML - LUER LOCI	0,00	0,00	0,00	1,00	12,34
0006	21	SERINGA DESC. C/AG. 10 ML - LUER LOCI	0,00	0,00	0,00	1,00	2,39
0006	22	SERINGA DESC. C/AG. 10 ML - LUER LOCI	0,00	0,00	0,00	1,00	1,44
0006	23	TRANSOFIX - DISPOSITIVO TRANSFEREN	0,00	0,00	0,00	2,00	0,60
0006	24	SACO HOSPITALAR 100L	0,00	0,00	0,00	UNI	1,20
0006	25	SACO HOSPITALAR 50L	0,00	0,00	0,00	UNI	0,36
0006	26	ESCOVA DE ASSEPSIA C/ PVPI	0,00	0,00	0,00	3,00	1,68
0006	27	FIXADOR ESTÉRIL IV FIX 5CMX7,4CM - 31	0,00	0,00	0,00	1,00	0,42
0006	28	AGULHA DESCARTAVEL 25*8	0,00	0,00	0,00	1,00	19,78
0006	29	EQUIPO MACRO GOTAS C/ INJETOR LATEI	0,00	0,00	0,00	1,00	19,78
0006	30	JELCO N° 14	0,00	0,00	0,00	2,00	1,87
0006	31	SERINGA DESC. C/AG. 3 ML - LUER SLIP	0,00	0,00	0,00	11,00	2,62
0006	32	SERINGA DESC. C/AG. 10 ML - LUER SLIP	0,00	0,00	0,00	1,00	6,17
0006	33	SERINGA DESC. C/AG. 20 ML - LUER SLIP	0,00	0,00	0,00	1,00	0,42
0006	34	AGULHA DESCARTAVEL 25*8	0,00	0,00	0,00	1,00	22,82
0006	35	EQUIPO MACRO GOTAS - B BROWN	0,00	0,00	0,00	1,00	22,82
0006	36	JELCO N° 14	0,00	0,00	0,00	11,00	1,87
0006	37	SERINGA DESC. C/AG. 10 ML - LUER SLIP	0,00	0,00	0,00	2,00	2,62
0006	38	SERINGA DESC. C/AG. 3 ML - LUER SLIP	0,00	0,00	0,00	1,00	6,17
0006	39	ATADURA REPE 10CM X 1,80M	0,00	0,00	0,00	2,00	0,42

Total de MATERIAL HOSPITALAR:

377,74

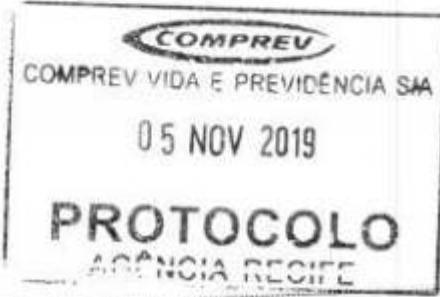
Gr.	Produto	DIARIAS						
00	DIARIA - IMPANHANTE EM APARTAMENTO	0,00	0,00	0,00	1,00	60,00	60,00	
00	DIARIA - IMPANHANTE EM APARTAMENTO DE LUXO - POSTO	0,00	0,00	0,00	1,00	180,00	180,00	
					Total de DIARIAS :	240,00		

Total de DIARIAS :

1.532.18

Total do dia 06/07/2019 : 1.532,15

TOTAL DA CONTA:



HOSPITAL SÃO VICENTE
R. INOCÉIO GOMES ANDRADE - SERRA TALHADA - PE
CNPJ: 180543000163 Fone: (87) 3831.9150

Emissão: 07/07/2019 00:34:00
Página: 1 de 2

Detalhamento da conta

Admissão: 06/07/2019 11:07

Detalhamento da conta
Atendimento: HSV - 00018607 Conta: 00019448 Tipo da Conta: INTERNAMENTO
Número: 00140392 SANDERSON DA COSTA QUEIROZ

Enderço do paciente: TARVESSA ARAUJO JORGE, 60
CENTRO - Cep: 56.870-000 TRIUNFO / PE

Convé 1 PARTICULAR Guia Médica:

Tipo de Endamento: INTERNAMENTO

Validade da carteira:

Guia Médica:

Validade da carteira:

11

MÉDICO TONIO RODRIGUES DE FF CRM: 7351

CPF: 05655200325

CONTA AINDA NÃO FECHADA

Medicamento: Data da Alta: / /

Permanência: 001 dia(s)

Leito : 404 / 1 APARTAMENTO 2 LEITOS

Data da Internação: 05/07/2019

Permanência: 001 dia(s)

Leito : 404 / 1 APARTAMENTO 2 LEITOS

Diagnóstico da Alta:

Código	Nome do Produto	Qtde.	CH	VI.	CH	VI.	Filme	Unid.	Qdte.	VI.	Unit.	VI.	Total
Dia:	07/2019												
Grupo de Produto:	MATERIAIS GERAIS												
0004011	COMPRESSA DE GAZE 7,5 X 7,5 PCT/500	0,00	0,00	0,00	11,00	2,02						22,22	
					Total de MATERIAIS GERAIS :							22,22	
Grupo de Produto:	MEDICAMENTO												
0004125	ARAMIN 10 MG/ML 1 ML	0,00	0,00	0,00	1,00	6,94						6,94	
00041620	DIMORF 0,2 MG/ML 1 ML	0,00	0,00	0,00	1,00	6,60						6,60	
00041656	DIPIRONA 1G 2ML	0,00	0,00	0,00	5,00	2,81						14,05	
00041737	DORMONID 5MG 5 ML	0,00	0,00	0,00	1,00	6,57						6,57	
0004179	FENTANIL - CRISTALIA 0,05 MG/ML 10 MI	0,00	0,00	0,00	2,00	1,69						3,38	
0004184	NEOCAINA PESADA 0,5% 4 ML	0,00	0,00	0,00	1,00	14,86						14,86	
0004183	SORO FISIOLOGICO 0,9% 500ML	0,00	0,00	0,00	3,00	7,92						23,76	
0004184	SORO RINGER LACTATO 500ML	0,00	0,00	0,00	2,00	9,78						19,56	
0004185	XYLESTESIN 2% S/V 20 ML	0,00	0,00	0,00	5,00	0,90						4,50	
0004187	AGUA DESTILADA 10 ML	0,00	0,00	0,00	1,00	0,99						0,99	
0004187	PLAMET 5 MG/ML 2ML - BROMOPRIDA AM	0,00	0,00	0,00	3,00	13,52						40,56	
0004186	DIPIRONA 1G 2ML	0,00	0,00	0,00	3,00	2,81						8,43	
0004185	SORO FISIOLOGICO 0,9% 250ML	0,00	0,00	0,00	2,00	6,60						13,20	
0004187	AGUA DESTILADA 10 ML	0,00	0,00	0,00	11,00	0,99						10,89	
0004191	GLICOSE 50% 10 ML	0,00	0,00	0,00	2,00	1,04						2,08	
0004192	KEFLIN 1 G - CEFALOTINA SODICA PO IN	0,00	0,00	0,00	5,00	14,04						70,20	
0004193	SORO GLICOSADO 5% 500ML	0,00	0,00	0,00	2,00	9,15						18,30	
0004195	SORO FISIOLOGICO 0,9% 250ML	0,00	0,00	0,00	3,00	6,60						19,80	
0004195	PLAMET 5 MG/ML 2ML - BROMOPRIDA AM	0,00	0,00	0,00	3,00	13,52						40,56	
0004196	TRAMAL 50 MG/ML 2ML	0,00	0,00	0,00	4,00	21,84						87,36	
0004197	SORO FISIOLOGICO 0,9% 100ML	0,00	0,00	0,00	0,20	8,16						1,63	
					Total de MEDICAMENTO :							414,22	
Grupo de Produto:	TAXA												
0004173	TAXA CIRURGIA ATE 3 HORAS	0,00	0,00	0,00	1,00	190,00						190,00	
0004111	TAXA INTENSIFICADOR DE IMAGEM - BLC	0,00	0,00	0,00	1,00	180,00						180,00	
0004001	TAXA OXIMETRO DE PULSO - SALA DE CII	0,00	0,00	0,00	1,00	45,00						45,00	
0004001	TAXA SERVICO 10%	0,00	0,00	0,00	1,00	18,00						18,00	
0004009	TAXA MONITOR DE SALA DE CIRURGIA	0,00	0,00	0,00	1,00	45,00						45,00	
					Total de TAXA :							478,00	
Grupo de Produto:	MATERIAL HOSPITALAR												
0004177	ALCOOL ETILICO 70% 1L	0,00	0,00	0,00	ML	76,00						4,56	
0004157	ALGODAO BOLA	0,00	0,00	0,00		1,00						0,10	

FARMACIA SANTA CLARA
 CNPJ: 10.502.824/0001-13 J.A COMERCIO DE
 MEDICAMENTOS LTDA ME
 RUA ENRIQUE IGNACIO DE OLIVEIRA, 1090 NOSSA
 SENHORA DA PEN - SERRA TALHADA - PE 56912-460 Fone:
 (87)3631-2066 I.E.: 0373406-46
 DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL DO CONSUMIDOR ELETRONICA
 # Cod. Descrição Qtd Un Vl Unit. Vl Total
 001 12274 RIFOCINA 1 UND X 30,44 30,44
 002 35777 SOLUÇÃO FISIOLOGICA SORIMAX 1 UND X 3,99 3,99
 003 18783 PROFLAM 100MG 1 UND X 54,56 54,56
 004 22159 ESPARADRAPO CREMER 2,5X4,5CM 2 UND X 6,99 13,98
 005 32917 LIVEPAK 1 UND X 102,00 102,00
 006 16142 ATADURA NEVE 2 UND X 2,49 4,98
 007 35384 COMPRESSA DE GAZE AMERIKA 6 UND X 0,60 6,40
 QTD. TOTAL DE ITENS 007
 VALOR TOTAL RS 216,35
 FORMA DE PAGAMENTO Valor Pago
 Cartão de Débito Visa
 Consulte pela Chave de Acesso em
nfce.sefaz.pe.gov.br/nfce/consulta
 2619 0710 5028 2400 0113 6500 1000 0622 6410 1904 4577
CONSUMIDOR NÃO IDENTIFICADO
 NF-e nº 000060264 Serie 001 07/07/2019 09:08:08
 Protocolo de Autorização: 326190467098139
 Data de Autorização 07/07/2019 09:08:10



Vendedor: JUCILENE Venda: 1804457

Tributos Totais Incidentes (Lei Federal 12.741/12): R\$ 57,07
 DigiFarma - Sistema Integrado para Farmácia

SERRA TALHADA, 07 DE JULHO 2019

RECIBO

R\$ 7.798,40

RECEBI Do Sr SANDERSON DA COSTA QUEIROZ O VALOR DE R\$ 7.798,40
REFERENTE SERVIÇOS HOSPITALARES PRESTADOS.

10.280.543/0001-63
Cassa de Aposentadoria e
Pensão de São Paulo
CNPJ 10.280.543/0001-63

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO 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 IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu Hélcio Magalhães de Carvalho inscrito (a) no CPF sob o Nº 041542.629 / 56, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Somdeison do Costa Batista, inscrito (a) no CPF sob o Nº 100.221.664 / 83 do sinistro de DPVAT cobertura DAMS da Vítima Somdeison do Costa Batista, inscrito (a) no CPF sob o Nº 100.221.664 / 83 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

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

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

Endereço	Rua 15 de Novembro	Número	104	Complemento
Bairro	Centro	Cidade	PE	CEP 56830-000
Email	hmc_cdcorciu@gmail.com	Telefone comercial(DDD)	(83) 3846-1036	Telefone celular (DDD)

Trambei PE, 04 de outubro de 2019
Local e Data

Assinatura do Declarante





PREFEITURA MUNICIPAL DE TRIUNFO
Fundo Municipal de Saúde
UNIDADE MISTA DE TRIUNFO FELINTO WANDERLEY
BOLETIM DE EMERGÊNCIA

16/09/2019

Data e Hora:	06-09-19 19:03	Nº. Ocorrência
Nome:	Alexandre Alves Guedes	Genre:
Profissão:	Estudante	Sexo:
End.:	Sítio Timbaúba	Doc. Ident.:
Responsável:	Se mesma	
End/Fone:	87719912-8341	SUS 706 9081 4478 6934
Tipo de Atendimento:		Acidente de Trânsito <input type="checkbox"/>
		Acidente de Trabalho <input type="checkbox"/>
		Agressão <input type="checkbox"/>
		Consulta <input checked="" type="checkbox"/>

Pressão Arterial:	120x80	P脉:	Temperatura:
Histórico e Exame Físico:			
Paciente vítima de acidente auto no bairro Centro há 18 horas, apresentou dores costais esquerda.			

Tratamento:
- TEUOXICAM - Olímp, EV, abdós. 19-35
- DEXAMETAZONA - Olímp, EV, abdós. 19-35
<i>Dr. Alexandre Lima CRM-PB 10039</i>
PROTÓCOLO IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA RECEBIDA
COMPREVEU MUDA E PRÉSENÇA SÍMULOS
05 NOV 2019

Impressão Diagnóstica:
Dor Costas AE.

Destino do Paciente Removido para Hospital	Residência <input type="checkbox"/>	Internado <input type="checkbox"/>	Transferido <input type="checkbox"/>
Óbito às	horas do dia		

Médico - Carimbo e CRM:



PREFEITURA MUNICIPAL DE TRIUNFO

Fundo Municipal de Saúde

60

UNIDADE MISTA DE TRIUNFO FELINTO WANDERLEY

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

27 anos.

Data e Hora:	06/07/19 08:40	Nº. Ocorrência	
Nome:	Silverson da Costa Oliveira	Data Nascimento: 25/07/91	
Profissão:		Doc. Ident.: 1246798 505/PB	
End.:	Litorânea, Triunfo - PE		
Responsável:	Leidiane		
End/Fone:	Tel: 99459-1979	702804111257368 (5VS)	
Tipo de Atendimento:		Acidente de Trânsito <input checked="" type="checkbox"/>	Acidente de Trabalho <input type="checkbox"/>
		Agressão <input type="checkbox"/>	Consulta <input type="checkbox"/>

Pressão Arterial:	P脉:	Temperatura:
Histórico e Exame Físico: <p>Acidente de carro Rondeiros motoqueiro (E) = motoqueiro mto</p>		

Tratamento:	<p>① Traqueia laringeal ② Suturas ③ Descongestionante + Dexametasona + analgésico ④ Colchicina (TR) 500</p>
-------------	---

Impressão Diagnóstica:	<p>ACIDENTE DE TRÂNSITO MOTOQUEIRO ESTABILIZADO</p>
------------------------	---

Destino do Paciente Removido para Hospital	Residência <input type="checkbox"/>	Internado <input type="checkbox"/>	Transferido <input checked="" type="checkbox"/>
---	-------------------------------------	------------------------------------	---

Óbito às	horas do dia
----------	--------------

Médico - Carimbo e CRM:



Dr. Antônio Rodrigues de Freitas

CRM 7351

ORTOPEDISTA - TRAUMATOLOGISTA

Praça Anderson da Cunha

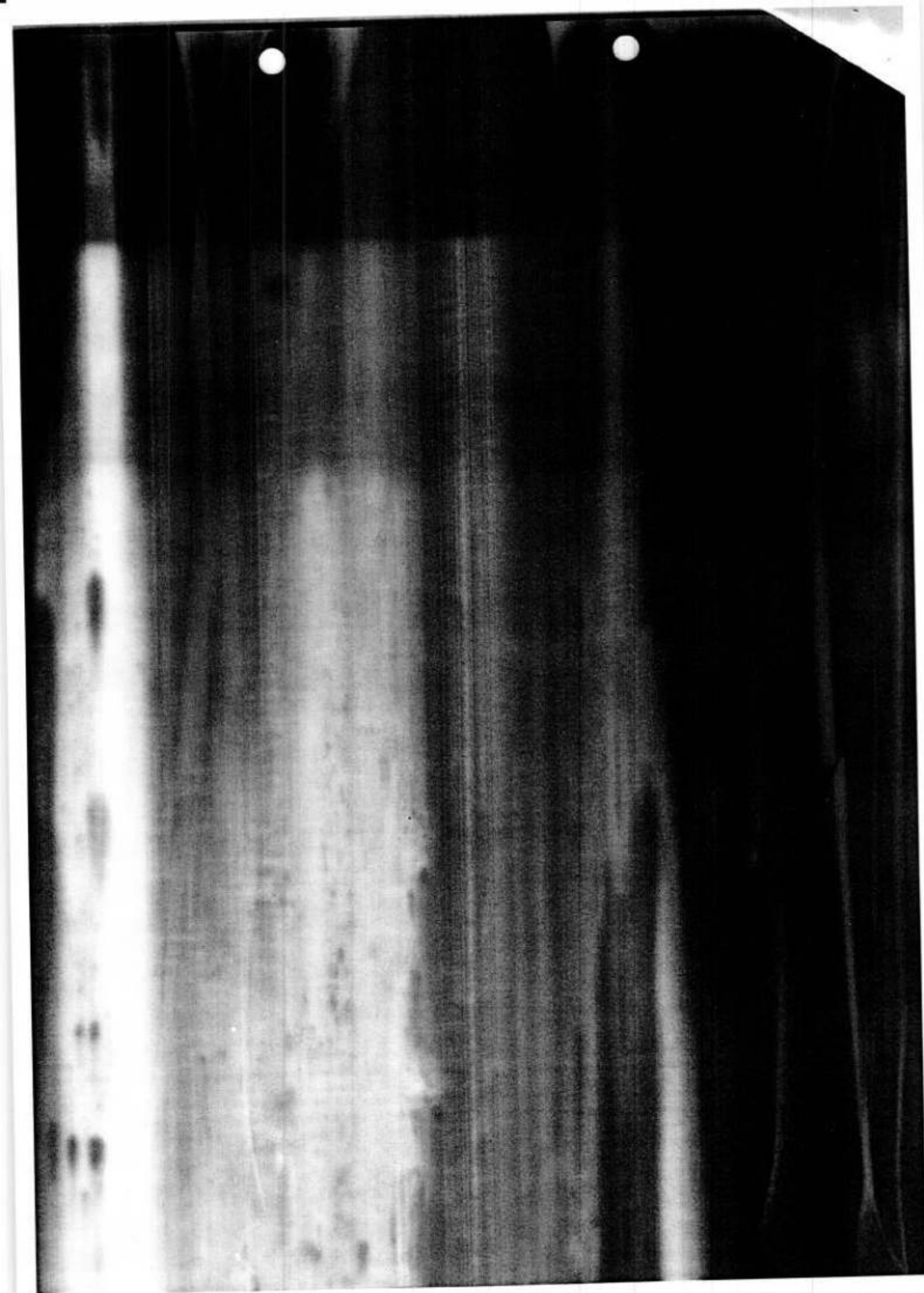
, la uso iug.

*algie 150 ——————
dolor excessivo p/ descanso e exposição
confunda spuma (oxidação)*

ST 16/07/19

*Antônio Rodrigues
Traumatologista
CRM/PE 056552/03-25
CPF 056552/03-25*

Consultório:
Rua Inocêncio Gomes de Andrade, 640 - Centro - Fone: (87) 3831 - 5609
CEP: 56.912 - 440 - Serra Talhada - Pernambuco





Hospital São Vicente

Rua Inocêncio Gomes de Andrade, 603
Centro - Telefone: (87) 3831-1847
Serra Talhada - Pernambuco
CNPJ 10.280.543/0001-63

Orcamento

Equip. ortopédico	3500
fixadores	1200
ANEST.	4000
HOSPITAL	

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL

1676620588

NOME

SANDRO EIDE DA COSTA QUEIROZ

DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF

7246798 SDS PE

CPF

100.221.664-83

DATA NASCIMENTO

25/07/1991

FILIAÇÃO

SANDOVAL ALVES DA QUEI
ROZ
ROSINEIDE DA COSTA QUE
IROZ

PERMISSÃO

ACU

CAT. HAB.
AB

VALIDADE

25/06/2023

1ª HABILITAÇÃO

04/05/2015

Nº REGISTRO

06357638510

OBSERVAÇÕES

A

Sandro Eide da Costa Queiroz

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL

SEIRA TALHADA, PE

DATA EMISSÃO

26/06/2018

Charles Andrews Souza Ribeiro
Diretor Presidente

ASSINATURA DO EMISSOR

16069674098

PE066606573

PROIBIDO PLASTIFICAR

1676620588

PERNAMBUCO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

DETRAN - PE
CERTIFICADO

Nº 01343350/008
ENCIAIMENTO DE VEÍCULO

SANDERSON DA COSTA OTTBROZZI

ERICKSON

TRIUMFO-PE

100-221-664-93

PLACA

FEDERAL MOTOR VEHICLE SAFETY STANDARDS

CHASSIS —
SBEKS48LDG300017

0017

CHEVROLET/ONIX 1.4 LT

ANO FAB. 2013 / ANO MOD. 2013

5P/106GV/1400CL

— CATEGORIA —
PARTIC
COR PREDOMINANT
BRANÇA

IPVA 2017 QUITADO

VÖLKLICHTS

A 1

卷之三

PRÉMIO BANHADO (RS) — **DE (RS)** — **PRÉMIO TOTAL (RS)** — **DATA DE PAGAMENTO**

ESTRADA PROGRAM

SEM RESERVA

— OBSERVATIONS

PE № 013433507006 BILH
SANDERSON DA COSTA GUSTAVO

SEGURÓ DPVAT

CIA 55370-000

Scanned by CamScanner

PARECER DE DAMS



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190621892

Data do acidente: 06/07/2019

Vítima: SANDERSON DA COSTA QUEIROZ

Atendimento: HOSPITAL

Cidade: Triunfo

UF: PE

Análise: Primeira Análise

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data: 07/11/2019 14:53:24

DADOS DO PARECER

Diagnóstico: FRAT DO ANTEBRACO FRAT MULT DO ANTEBRACO -

Internação: Não

Tratamento: CONSERVADOR CLINICO

Tratamento Odontológico: Não

Grupo	Código	Descrição	Pleiteado	Avaliado
Farmácias			216,35	216,35
Total da Análise Atual			216,35	216,35

Indicadores: Valores avaliados conforme parâmetros objetivos de aferição e praticados no âmbito do sistema de saúde

Observações: A DESPESA NO VALOR DE R\$ 7.798,40, NÃO FOI AVALIADA, VISTO QUE FALTA A RELAÇÃO COMPLETA DAS DESPESAS APRESENTADAS /// FALTA RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE ESPECIFICANDO O PROCEDIMENTO MÉDICO E CIRÚRGICO REALIZADO E OU FICHA DO CENTRO CIRÚRGICO COM ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO ANESTESISTA.

Informações administrativas	Pleito anterior	Avaliação anterior	Pago anterior	Pleito atual	Avaliação atual	Valor à pagar
Beneficiário: SANDERSON DA COSTA QUEIROZ Relacionamento: Vítima	0,00	0,00	0,00	216,35	216,35	216,35
Total da Análise Atual	0,00	0,00	0,00	216,35	216,35	216,35

TOTAL PLEITEADO: 216,35 **TOTAL AVALIADO:** 216,35 **TOTAL PAGO + À PAGAR:** 216,35

INFORMAÇÕES ANÁLISE MÉDICA

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: SANDERSON DA COSTA QUEIROZ, brasileiro, solteiro, analista de sistemas, portador da Cédula de Identidade nº 7246798 SDS/PE, inscrito no CPF/MF sob o nº 100.221.664-83, residente e domiciliado no Sítio Pará, Zona Rural, Triunfo/PE, CEP: 56.870-000.

OUTORGADO: HAROLDO MAGALHÃES DE CARVALHO, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PE sob o nº 25.252, com endereço profissional à Praça 15 de Novembro, nº 124, Centro, Triunfo – PE, CEP: 56.870-000 - PABX: (87) 3846.1036.

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, com poderes específicos para resolver todas as questões administrativas referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT e poderes para assinatura em ficha de autorização de pagamento, Crédito de Indenização de Sinistro 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: **SANDERSON DA COSTA QUEIROZ**.

Triunfo/PE, 05 de agosto de 2019.

Sander son da Costa Queiroz
(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



CARTÓRIO ÚNICO DE NOTAS, RL, RTD, PJ E PROTESTOS
PRAÇA 15 DE NOVEMBRO, 121 - CENTRO - TRIUNFO-PE - FONE: (87) 3846.1036



Reconheço Por Autenticidade a firma de SANDERSON DA COSTA QUEIROZ, em 05/08/2019 e
deu N.E. test. EDIVANEIDE MENEZES DE SOUZA, de verdade. Substituta: EDIVANEIDE MENEZES DE SOUZA. Email:
361. TSNR: 0,86. FERC: 0,40. Total: 4,79. Selo: 00738412WLD7201906.00087.



Consulta Autenticidade em: www.tjpe.jus.br/validigital



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0386819/19

Vítima: SANDERSON DA COSTA QUEIROZ

CPF: 100.221.664-83

CPF de: Próprio

Data do acidente: 06/07/2019

Titular do CPF: SANDERSON DA COSTA QUEIROZ

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovantes de despesas médicas
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO : 041.542.024-56

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

SANDERSON DA COSTA QUEIROZ : 100.221.664-83

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.

O reembolso de despesas médico-hospitalares é de até R\$2.700,00. Esse valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomado por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados – SUSEP.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 05/11/2019
Nome: HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO
CPF: 041.542.024-56

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/11/2019
Nome: JONATAN BARBOSA DE BARROS
CPF: 703.787.774-32

HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO

JONATAN BARBOSA DE BARROS

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

Rio de Janeiro, 05 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190621892

Vítima: SANDERSON DA COSTA QUEIROZ

Data do Acidente: 06/07/2019

Cobertura: DAMS

Procurador: HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), SANDERSON DA COSTA QUEIROZ

Informamos que o seu pedido de reembolso de DAMS foi cadastrado.

Para cobertura de Despesas Médicas e Suplementares (DAMS) o valor do reembolso é de até R\$2.700,00 (dois mil e setecentos reais). Todas as despesas precisam ser comprovadas através de notas fiscais e recibos originais.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 15 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190621892

Vítima: SANDERSON DA COSTA QUEIROZ

Data do Acidente: 06/07/2019

Cobertura: DAMS

Procurador: HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), SANDERSON DA COSTA QUEIROZ

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Recebedor: SANDERSON DA COSTA QUEIROZ

Valor: R\$ 216,35

Banco: 001

Agência: 000002739-1

Conta: 0000022101-5

Tipo: CONTA CORRENTE

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:		<input checked="" type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima: SPANDERSON DA COSTA QUEIROZ		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
5 - Nome completo: SPANDERSON DA COSTA QUEIROZ		6 - CPF: 10022166483		
7 - Profissão: ANALISTA DE SISTEMAS	8 - Endereço: Sítio Paraíso	9 - Número:	10 - Complemento:	
11 - Bairro: ZONA RURAL	12 - Cidade: TRIUNFO	13 - Estado: PE	14 - CEP: 56320-000	16 - Tel.(DDD): (87) 384-1036
15 - E-mail:				

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

17 - Nome completo do Representante Legal:	18 - CPF do Representante Legal:	19 - Profissão do Representante Legal:
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).		
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:		
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00		
21 - DADOS BANCÁRIOS: <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)		
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caja Económica Federal (104)		
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: Brasil AGÊNCIA: 27391 CONTA: 22101 5 (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)		

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT 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 Lider 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:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:		
28 - Vítima teve filhos: Sim: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/>	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro(nascer): Sim: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/>	31 - Vítima teve irmãos: Sim: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/>	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos: Sim: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/>	

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



34 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

35 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

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

40 - Local e Data, *Triunfo/PE, 09 de outubro de 2019.*

Lauderson da Costa Queiroz

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FFP.001 V002/2019

COMPRENSÃO
REV. VIDA E PREVIDE
05 NOV 2019
PROTOCOLO
TESTEMUNHAS

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Extrato de Conta Corrente

ANDERSON COSTA QUEIROZ

Agência: 2739-1 Conta: 22101-5

L	mentos		Valor
D	Hasta 10		
3	1019 Saldo anterior		0,00 (+)
0	119 Transferencia recibida		2.620,00 (+)
0	000 739 24297-7 ARMANDO RODRIG		
0	119 - 0		2.620,00 (+)
I	en días		
I	m.		1.199,05 (+)
S			3.819,05 (+)
Ju			0,00
Data	Debito de		02/09/2019
IOF			0,00
Data	Debito de		02/09/2019

Aplic	0,51	bras			
POU	0,51	Rua TOMATICO			1.199,05
Total	0,51	Reais			1.199,05
* Sal	0,51	por dia R\$ 0,51			
Suje	0,51	o confirmação no momento da contratação			



Boletim de Ocorrência

file:///C:/Users/POLICIA CIVIL/.infopol/xml/BO...



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 181ª CIRCUNSCRICAO - TRIUNFO -
DP181°CIRC DINTER2/21°DESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 19E0271000243

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **05/08/2019** às **11:42**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)
que aconteceu no dia **6/7/2019** às **02:00**

Fato ocorrido no endereço: **RUA MUNICIPIO DE TRIUNFO, 1, PE 388 -**
Bairro: **CENTRO - TRIUNFO/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

A PROPRIA VITIMA (AUTOR / AGENTE)
SANDERSON DA COSTA QUEIROZ (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(s)
Sr(a): SANDERSON DA COSTA QUEIROZ

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

SANDERSON DA COSTA QUEIROZ (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **ROSINEIDE DA COSTA QUEIROZ** Pai: **SANDOVAL ALVES DE QUEIROZ** Data de Nascimento: **28/7/1991** Naturalidade: **TRINDADE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **7246798/SDS/PE (RG), 10822100483 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **3º. GRAU COMPLETO**
Profissão: **ANALISTA DE SISTEMAS**
Endereço Residencial: **RUA MUNICIPIO DE TRIUNFO, , SITIO PARA ZONA RURAL - CEP: 54600-000** - Bairro: **CENTRO - TRIUNFO/PERNAMBUCO/BRASIL**

A PROPRIA VITIMA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **ROSINEIDE DA COSTA QUEIROZ** Pai: **SANDOVAL ALVES DE QUEIROZ** Data de Nascimento: **28/7/1991** Naturalidade: **TRIUNFO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **7246798/SDS/PE (RG), 10822100483 (CPF), 00357638610 (CNH)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **3º. GRAU COMPLETO** Profissão: **ANALISTA DE SISTEMAS**
Endereço Residencial: **RUA MUNICIPIO DE TRIUNFO, , SITIO PARA ZONA RURAL - CEP: 54600-000** - Bairro: **CENTRO - TRIUNFO/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **SANDERSON DA COSTA QUEIROZ.**



Boletim de Ocorrência

file:///C:/Users/POLICIA CIVIL/infopol/xml/BO...

que estava em posse do(a) Sr(a): **SANDERSON DA COSTA QUEIROZ**
 Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMÓVEL/GM/ONIX** Objeto apreendido: **Não**
 Cor: **BRANCA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PGF8334** (PERNAMBUCO/TRIUNFO) Renavam: **538687789** Chassi:
9B0KS4BL0D6300017
 Ano Fabricação/Modelo: **2013/2013** Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DELEGACIA DE POLICIA A PESSOA DE SANDERSON DA COSTA QUEIROZ NOTIFICADO QUE SOFRU ACIDENTE DE TRANSITO NA DATA ACIMA CITADA QUANDO TRAFEGAVA EM SEU VEICULO ONIX NA PE 369 RETORNANDO DA CIDADE DE CARNAIBA, QUANDO AO CRUZAR COM UMA MOTOCICLETA QUE ESTAVA COM OS FAROIS ALTOS PERDEU O CONTROLE DO VEICULO VINDO A COLIDIR COM UMA PILASTRA DE UMA GARAGEM. SANDERSON FOI SOCORRIDO PELA PESSOA DE LUCAS MANGUEIRA DINIZ QUE O RETIROU DO VEICULO E SOCORREU O MESMO PARA O HOSPITAL LOCAL, ONDE FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL SÃO VICENTE NA CIDADE DE SERRA TALHADA COM A Perna FRATURADA E VARIAS ESCORIAÇÕES NO BRAÇO ESQUERDO, CONFORME LAUDO MEDICO EM ANEXO. SEM MAIS A AGRESCENTAR ENGERRO O PRESENTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA.

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

*Sander...
SANDERSON DA COSTA QUEIROZ*
(VITIMA)

A PROPRIA VITIMA
(AUTOR / AGENTE)

B.O. registrado por: **PATRICIA KARLA RABELO TORRESO** Matrícula: **368888-8**



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 11/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 216,35

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SANDERSON DA COSTA QUEIROZ

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02739-1

CONTA: 00000022101-5

Nr. da Autenticação F8D3A7E8F13882EC

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

SANDOVAL ALVES DE QUEIROZ

CPF: 052.652.245-52

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA

SI PARA 110

TRIUNFO - RURAL/ TRIUNFO RURAL
56670-000 TRIUNFO PE

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

DATA DE VENCIMENTO

25/09/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

0,00

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

18/09/2019

DATA DA APRESENTAÇÃO

18/09/2019

NÚMERO DA NOTA FISCAL

078051768

CONTA CONTRATO

000898434028

Nº DO CLIENTE

2000578632

Nº DA INSTALAÇÃO

0003934453

CLASSIFICAÇÃO

B2 RURAL - AGROPECUÁRIA RURAL
Trifásico

RESERVADO AD FISCO

CB47.C8F9.4533.479C.69D2.CC72.6011,7D46

DESCRÍCÃO DA NOTA FISCAL

DESCRÍCÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	205,00	0,43729987	89,64
Acréscimo Bandeira VERMELHA			8,58
Contribuição CERTRI - (087) 3846-1382			5,00
TOTAL DA FATURA			103,22

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS	PIS	COFINS						
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
0,00	0,00	98,22	0,81	0,79	98,22	3,72	3,65	



Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo(kWh)	0,41749000	SET	19
		AGO	19
		JUL	19
		JUN	19
		MAJ	19
		ABR	19
		MAR	19
		FEV	19
		JAN	19
		DEZ	18
		NOV	18
		OUT	18
		SET	18

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
00000003161449570	CAT	20/08/2019 6.721,00	18/09/2019 5.926,00	29	1.00000	0,00	205,00
00000003161449570	CRT	20/08/2019 5.664,00	18/09/2019 5.826,00	29	1.00000	0,00	142,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 21/10/2019

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APLICADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
		JUL2019			
DIC-No.de horas sem Energia		3,12	10,73	21,46	42,92
FIC-No.de vezes sem Energia		3,00	7,67	15,34	30,68
DMHC-Duração máxima de interrupção contínua		2,61	5,78	0,00	0,00
DIHC-Duração de interrupção em dia crítico					Límite DIHC: 16,80
EUD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 44,48					

Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos Indicadores DIC, FIC, DMHC e DIHC a qualquer tempo.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! ag correios santa cruz da vila: rua padre cícero centro / nova modas: rua padre cícero 180 centro lista completa em www.celpe.com.br

ATUALIZE SEUS DADOS ATÉ 30/11/19 PARA NÃO PERDER O BENEFÍCIO TARIFÁRIO

DA CLASSE RURAL. DÚVIDAS DISQUE 116.

Na data da leitura a bandeira em vigor é a Vermelha. Mais informações em www.aneel.gov.br.

O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.

Pagto. em atraso gera multa 2% (Art 414/ANEEL), Juros 1% a.m (Lei 10.436/02) e atualização monetária no próx. mês

Isenção do ICMS conforme Art. 9º, XLVIII, d, da RICMS-PE.

Desconto Incondicional pela Aplicação da Tarifa B2 RURAL = R\$ 28,31.

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

O consumidor pode cancelar a cobrança de serviços de terceiros na fatura a qualquer tempo - Art 7º REN 581/13.

NÍVEIS DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231
380	350	399

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
000898434028	09/2019	0,00	25/09/2019	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

FATURA PAGA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA