



FIXO

TELEMAR NORTE LESTE S/A
 CNPJ: 33.000.118/0014-93 - INSC. ESTADUAL: 181.001.0019148-4
 RUA JOAQUIM FELIPE, 158 - RECIFE - PE CEP: 50050-305
 MATRIZ CNPJ: 33.000.118/0001-79

PAG.: 1/5



CTC RECIFE PE PL5
 HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO
 PCA QUINZE DE NOVEMBRO, 124
 CENTRO
 50870-000 TRIUNFO PE



7213512820 09457 00000001628 30 050919

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

OI FIXO

69,20

PACOTE DE MINUTOS FIXO-FIXO LOCAL

PACOTE DE MINUTOS FIXO-MOVEL LOCAL

PACOTE DE MINUTOS LONGA DISTANCIA COM 31

SERVICOS DIGITAIS



EXCEDENTES, OUTROS SERVICOS E TAXAS

R\$ 38,94

LIGACOES FIXO-FIXO

17,54

LIGACOES FIXO-MOVEL

14,00

SERVICOS OUTRAS PRESTADORAS 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)9xxx-xxxx.
 Mais informações em oi.com.br/9digito.

CODIGO MINHA OI
 091201460307

www.oi.com.br/MinhaOI

Consulte-se na minha OI e consulte
 saldo, conta detalhada, histórico de
 consumo e muito mais.



TELEMAR NORTE LESTE S/A
 CNPJ: 33.000.118/0014-93 - INSC. ESTADUAL:
 181.001.0019148-4
 RUA JOAQUIM FELIPE, 158 - RECIFE - RECIFE: 50050-305
 MATRIZ CNPJ: 33.000.118/0001-79

HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO
 TELEFONE/CONTRATO: 3846-1036 CJ 0 SU 3
 CONTA 08/2019 LOCAL 4952 DV 1

CODIGO MINHA OI
 091201460307

www.oi.com.br/MinhaOI

Consulte-se na minha
 OI e consulte saldo,
 conta detalhada,
 histórico 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 INÍCIO GOMES ANDRADA SERRA TALHADA - PE
 CNPJ: 07.80543000163 Fone: (87) 3831.9150

Detalhamento da conta

Atenc	Item	Descrição	Qtd	Valor Unit	Valor Total	Admissão:	Valor Unit	Valor Total
		Atenc: HSV - 00018607 Conta: 00019448 Tipo da Conta: INTERNAMENTO				06/07/2019 11:07		
Pront	Item	Descrição	Qtd	Valor Unit	Valor Total			
	00140392	SANDERSON DA COSTA QUEIROZ	0,00	0,00	0,00	1,00	37,22	37,22
0004	7	AGULHA DE RAQUI 25G X 3, 1/2	0,00	0,00	0,00	1,00	8,38	8,38
0008	2	AVENTAL DESCARTAVEL C/ MANGA	0,00	0,00	0,00	200,00	0,04	8,00
0004	3	CLOREXIDINA 2% 1000ML	0,00	0,00	0,00	200,00	0,04	8,00
0004	3	CLOREXIDINA 0,5% SOLUÇÃO ALCOOLIC	0,00	0,00	0,00	10,00	2,42	24,20
0004	3	CAMPO OPERATORIO 50*45 - CREMER	0,00	0,00	0,00	60,00	0,07	4,20
0004	3	ESPARADRATO - 10*4,5M - CREMER	0,00	0,00	0,00	7,00	0,42	2,94
0006	3	GORRO C/BA MASCUL. DESC.	0,00	0,00	0,00	1,00	18,72	18,72
0006	3	JELCO N°24 - B BROWN	0,00	0,00	0,00	1,00	4,20	4,20
0006	3	LÂMINA BISTURI N°24	0,00	0,00	0,00	5,00	1,60	8,00
0006	3	LUVA PROCEDIMENTO MÉDIA - TAM : M	0,00	0,00	0,00	3,00	3,96	11,88
0006	9	LUVA CIRURGICA 7.5	0,00	0,00	0,00	2,00	3,96	7,92
0006	7	LUVA CIRURGICA 8.0	0,00	0,00	0,00	6,00	0,96	5,76
0006	6	MASCARA DESC. C/AMARRAS	0,00	0,00	0,00	1,00	25,37	25,37
0006	7	MONONYLON C/AG 2-0 30MM - 1215T - N	0,00	0,00	0,00	7,00	0,58	4,06
0006	1	PROPÊS - SAPATILHAS DESCARTÁVEIS	0,00	0,00	0,00	8,00	0,04	0,32
0006	3	PVPI TOPICO - RIOQUIMICA	0,00	0,00	0,00	1,00	0,60	0,60
0006	3	PULSEIRA IDENTIFICAÇÃO ADULTA	0,00	0,00	0,00	1,00	3,08	3,08
0006	3	SERINGA DESC. C/AG. 1 ML	0,00	0,00	0,00	1,00	2,82	2,82
0006	3	SERINGA DESC. C/AG. 5 ML - LUER LOCK	0,00	0,00	0,00	2,00	6,17	12,34
0006	3	SERINGA DESC. C/AG. 20 ML - LUER LOC	0,00	0,00	0,00	1,00	2,39	2,39
0006	2	SERINGA DESC. C/AG. 10 ML - LUER LOC	0,00	0,00	0,00	1,00	1,44	1,44
0006	3	TRANSORX - DISPOSITIVO TRANSFEREN	0,00	0,00	0,00	UNI	2,00	0,60
0006	2	SACO HOSPITALAR 100L	0,00	0,00	0,00	UNI	2,00	0,36
0006	9	SACO HOSPITALAR 50L	0,00	0,00	0,00	3,00	1,68	5,04
0006	2	ESCOVA DE ASSEPSIA C/ PVPI	0,00	0,00	0,00	1,00	1,87	1,87
0006	6	FIXADOR ESTÉRIL IV FIX 5CMX7,4CM - 3I	0,00	0,00	0,00	1,00	0,42	0,42
0006	4	AGULHA DESCARTAVEL 25*8	0,00	0,00	0,00	1,00	19,78	19,78
0006	4	EQUIPO MICRO GOTAS C/ INJETOR LATEI	0,00	0,00	0,00	1,00	17,98	17,98
0006	3	JELCO N°24	0,00	0,00	0,00	2,00	1,87	3,74
0006	3	SERINGA DESC. C/AG. 3 ML - LUER SLIP	0,00	0,00	0,00	11,00	2,39	26,29
0006	3	SERINGA DESC. C/AG. 10 ML - LUER SLIP	0,00	0,00	0,00	1,00	6,17	6,17
0006	2	SERINGA DESC. C/AG. 20 ML - LUER SLIP	0,00	0,00	0,00	1,00	0,42	0,42
0006	14	AGULHA DESCARTAVEL 25*8	0,00	0,00	0,00	1,00	22,82	22,82
0006	18	EQUIPO MACRO GOTAS - B BROWN	0,00	0,00	0,00	1,00	17,98	17,98
0006	21	JELCO N°24	0,00	0,00	0,00	11,00	2,39	26,29
0006	16	SERINGA DESC. C/AG. 10 ML - LUER SLIP	0,00	0,00	0,00	2,00	1,87	3,74
0006	10	SERINGA DESC. C/AG. 3 ML - LUER SLIP	0,00	0,00	0,00	2,00	8,39	16,78
0006	10	ATADURA CREPE 10CM X 1,80M	0,00	0,00	0,00			
Total de MATERIAL HOSPITALAR :								377,74

Gr - Produtos DIARIAS

00	DIARIA COMPANHANTE EM APARTAMENT	0,00	0,00	0,00	1,00	60,00	60,00
00	DIARIA APARTAMENTO DE LUXO - POSTO	0,00	0,00	0,00	1,00	180,00	180,00

Total de DIARIAS : 240,00

Total do dia 06/07/2019 : 1.532,18

TOTAL DA CONTA: 1.532,18



HOSPITAL SÃO VICENTE
 R INOCÊNCIO GOMES ANDRADA SERRA TALHADA - PE
 CNPJ: 18.80543000163 Fone: (87) 3831.9150
 Detalhamento da conta

Atendimento: HSV - 00018607 Conta: 00019448 Tipo da Conta: INTERNAMENTO
 Prontuário: 00140392 SANDERSON DA COSTA QUEIROZ
 Endereço do paciente: TARVESSA ARAUJO JORGE, 60
 CENTRO - Cep: 56.870-000 TRIUNFO / PE

Convênio: 1 PARTICULAR Guia Médica:
 Tipo de atendimento: INTERNAMENTO
 Matriculado: VITORIO RODRIGUES DE FF CRM: 7351 CPF: 05655200325
 Médico: VITORIO RODRIGUES DE FF CRM: 7351
 Data da Internação: 06/07/2019 Data da Alta: / / Permanência: 001 dia(s)
 Diagnóstico da Alta: Leito: 404 / 1 APARTAMENTO 2 LEITOS

CONTA AINDA NÃO FECHADA

Código	Nome do Produto	Qtde. CH	VI. CH	VI. Filme	Unid.	Qtde.	VI. Unit.	VI. Total
Dia: 06/07/2019								
Grupo de Produto: MATERIAIS GERAIS								
0004001	COMPRESSA DE GAZE 7,5 X 7,5 PCT/500	0,00	0,00			11,00	2,02	22,22
Total de MATERIAIS GERAIS :								22,22
Grupo de Produto: MEDICAMENTO								
0004002	ARAMIN 10 MG/ML 1 ML	0,00	0,00	0,00		1,00	6,94	6,94
0004003	DIMORF 0,2 MG/ML 1 ML	0,00	0,00	0,00		1,00	6,60	6,60
0004004	DIPIRONA 1G 2ML	0,00	0,00	0,00		5,00	2,81	14,05
0004005	DORMONID 5MG 5 ML	0,00	0,00	0,00		1,00	6,57	6,57
0004006	FENTANIL - CRISTALIA 0,05 MG/ML 10 ML	0,00	0,00	0,00		2,00	1,69	3,38
0004007	NEOCAINA PESADA 0,5% 4 ML	0,00	0,00	0,00		1,00	14,86	14,86
0004008	NEOCAINA PESADA 0,5% 4 ML	0,00	0,00	0,00		3,00	7,92	23,76
0004009	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML	0,00	0,00	0,00		2,00	9,78	19,56
0004010	SORO RINGER LACTATO 500ML	0,00	0,00	0,00		5,00	0,90	4,50
0004011	XYLESTESIN 2% S/V 20 ML	0,00	0,00	0,00		1,00	0,99	0,99
0004012	AGUA DESTILADA 10 ML	0,00	0,00	0,00		3,00	13,52	40,56
0004013	PLAMET 5 MG/ML 2ML - BROMOPRIDA AM	0,00	0,00	0,00		3,00	2,81	8,43
0004014	DIPIRONA 1G 2ML	0,00	0,00	0,00		2,00	6,60	13,20
0004015	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 250ML	0,00	0,00	0,00		11,00	0,99	10,89
0004016	AGUA DESTILADA 10 ML	0,00	0,00	0,00		2,00	1,04	2,08
0004017	GLICOSE 50% 10 ML	0,00	0,00	0,00		5,00	14,04	70,20
0004018	KEFLIN 1 G - CEFALOTINA SODICA PO IN.	0,00	0,00	0,00		2,00	9,15	18,30
0004019	SORO GLICOSADO 5% 500ML	0,00	0,00	0,00		3,00	6,60	19,80
0004020	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 250ML	0,00	0,00	0,00		3,00	13,52	40,56
0004021	PLAMET 5 MG/ML 2ML - BROMOPRIDA AM	0,00	0,00	0,00		4,00	21,84	87,36
0004022	TRAMAL 50 MG/ML 2ML	0,00	0,00	0,00		0,20	8,16	1,63
0004023	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100ML	0,00	0,00	0,00				
Total de MEDICAMENTO :								414,22
Grupo de Produto: TAXA								
0004024	TAXA CIRURGIA ATE 3 HORAS	0,00	0,00	0,00		1,00	190,00	190,00
0004025	TAXA INTENSIFICADOR DE IMAGEM - BLC	0,00	0,00	0,00		1,00	180,00	180,00
0004026	TAXA OXÍMETRO DE PULSO - SALA DE CII	0,00	0,00	0,00		1,00	45,00	45,00
0004027	TAXA SERVIÇO 10%	0,00	0,00	0,00		1,00	18,00	18,00
0004028	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								
0004029	ALCOOL ETILICO 70% 1L	0,00	0,00	0,00	ML	76,00	0,06	4,56
0004030	ALGODÃO BOLA	0,00	0,00	0,00		1,00	0,10	0,10

FARMACIA SANTA CLARA

CNPJ: 10.502.824/0001-13 L/A COMERCIO DE
MEDICAMENTOS LTDA ME
RUA ENOQUE IGNACIO DE OLIVEIRA, 1090 NOSSA
SENHORA DA PEN - SERRA TALHADA - PE 56912-460 Fone:
(87)3831-2086 I.E.: 0373408-48

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL DE CONSUMIDOR ELETRONICA

#	Cod	Descrição	QIS	Un	VI Unit.	VI Total
001	12274	RIFOCINA				
	1	UND X 30,44				30,44
002	35777	SOLUÇÃO FISIOLÓGICA SORIMAX				
	1	UND X 3,59				3,59
003	18783	PROPLAM 100MG				
	1	UND X 54,56				54,56
004	27359	ESPARADRAPO CREMER 2,5X4,5CM				
	2	UND X 6,98				13,98
005	32917	LIVEPAX				
	1	UND X 102,00				102,00
006	16142	ATADURA NEVE				
	2	UND X 2,49				4,98
007	35384	COMPRESSA DE GAZE AMERIKA				
	8	UND X 0,50				6,40

QTD. TOTAL DE ITENS 007
VALOR TOTAL R\$ 216,35
FORMA DE PAGAMENTO Valor Pago
Cartão de Débito Visa 216,35

Consulte pela Chave de Acesso em
nfc.sefaz.pe.gov.br/nfce/consulta
2615 0710 5028 2400 0113 0500 1000 0602 8410 1804 4577
CONSUMIDOR NÃO IDENTIFICADO
NFC-e nº 000000264 Série 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 Farmácias

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
Serra Talhada, 07 de Julho de 2019
Folha 01 de 01
Folha 01 de 01

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/BIBLIOTECASWEB/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 COAF**².

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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Henildo Magalhães de Azevedo inscrito (a) no CPF sob o Nº 041542609 / 56 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Somerson do Costa Linsing inscrito (a) no CPF sob o Nº 100221664 / 83 do sinistro de DPVAT cobertura DAMS da Vítima Somerson do Costa Linsing inscrito (a) no CPF sob o Nº 100221664 / 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 <u>Rua 15 de novembro</u>		Número <u>104</u>	Complemento
Bairro <u>Centro</u>	Cidade	Estado <u>PE</u>	CEP <u>56830-000</u>
Email <u>hmc.azevedo@gmail.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>(81) 3546-1036</u>	Telefone celular (DDD)

Trunfo 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 mar

Data e Hora: 06.07.19 19:03	Nº. Ocorrência
Nome: Alexandre Alves Queiroz Junior	Data Nascimento: 08/07-2002
Profissão: Estudante	Sexo: M
End.: Sitia Simbionica	Doc. Ident.:
Responsável: Se mesma	
End/Fone: 77)99112-8341	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	Pulso:	Temperatura:
Histórico e Exame Físico: Paciente vítima de acidente auto no bitúico há 18 horas, apresenta do dor costal esquerdo.		

Tratamento:

- TEVOXICAM - 01 gmp, EV, 800mg. 19:35
- Dexametasona - 01 gmp, EV, 800mg. 19:35

Dr. Alexandre Lima
Médico
CRM-PE 27469



Impressão Diagnóstica:

Dor Costal A/E.

Destino do Paciente
Removido para Hospital

Residência ☐

Internado ☐

Transferido ☐

Óbito às

horas do dia

Médico - Carimbo e CRM:



Dr. Antônio Rodrigues de Freitas

CRM 7351

ORTOPEDISTA - TRAUMATOLOGISTA

Para: *Anderson da Costa*

do uso inf.

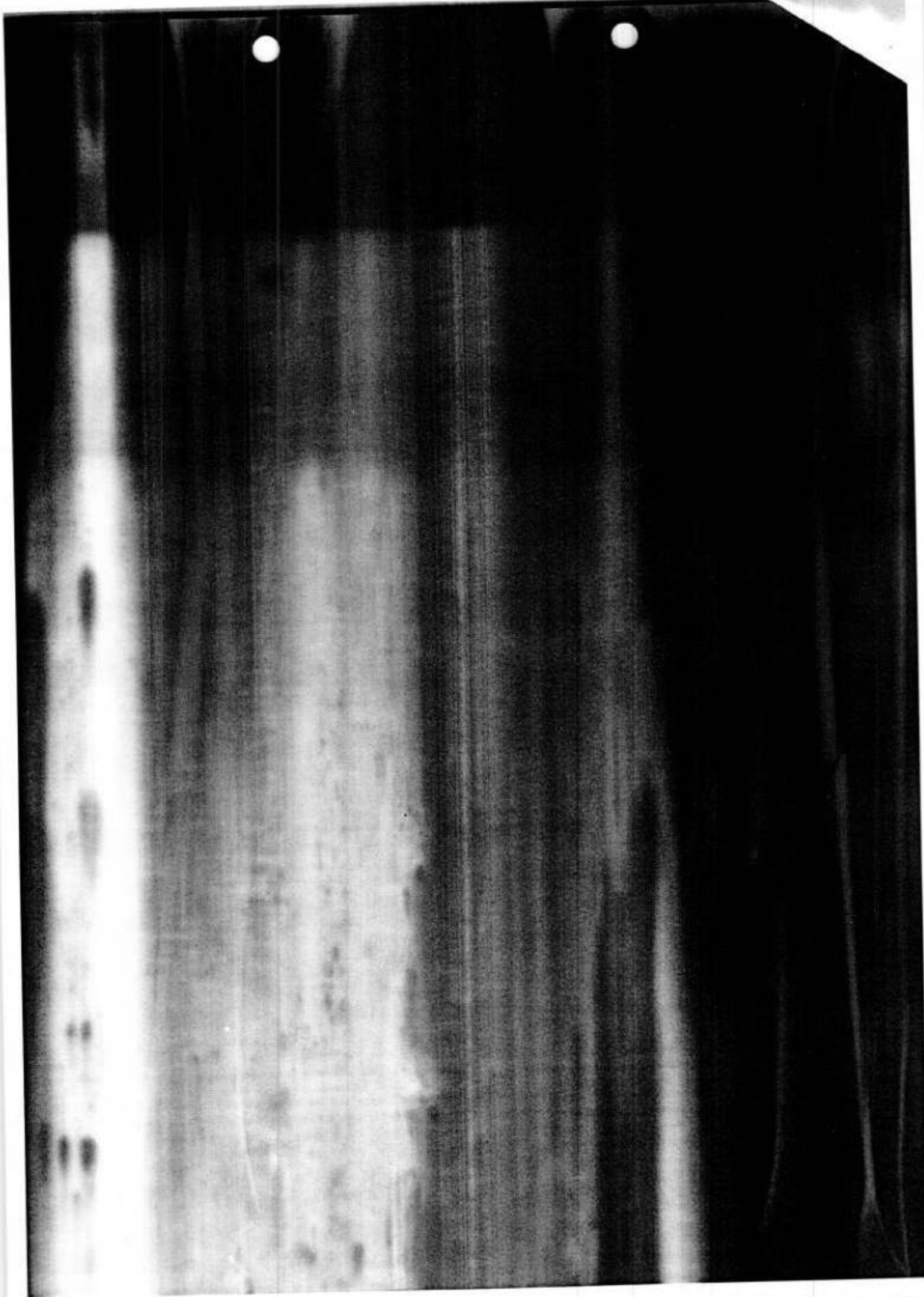
algie 150

vacar as med. após
e após a consulta (atender)

ST *16/07/19*

Antônio Rodrigues
Traumato-Ortopedia
CRM 7351 CPF 056552003-25

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





Hospital São Vicente

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

ORÇAMENTO

Equipe ortopedica	3500
fixação	1200
	4000

ANEST.

HOSPITAL

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



NOME

SANDERSON DA COSTA QUEIROZ

DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF

7246798 SDS PE

CPF

100.221.664-83

DATA NASCIMENTO

25/07/1991

FILIAÇÃO

SANDOVAL ALVES DE QUEI
ROZ
ROSINEIDE DA COSTA QUE
IROZ

PERMISSÃO



ACC



CAT. HAB.

AB

Nº REGISTRO

06357638510

VALIDADE

25/06/2023

1ª HABILITAÇÃO

04/05/2015

OBSERVAÇÕES

A

Sander son da Costa Queiroz

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL

SERRA TALHADA, PE

DATA EMISSÃO

26/06/2018

Charles Andrews Souza Ribeiro
Charles Andrews Souza Ribeiro
Diretor Presidente

ASSINATURA DO EMISSOR

18089674098
PE086606573

PERNAMBUCO

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1676620588

PROIBIDO PLASTIFICAR
1676620588

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

DETRAN - PE Nº 013433507006
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA CÔD. RENAVAM R.N.T.R.C. EXERCÍCIO
1 538687789 ***** 2017

NOME SANDERSON DA COSTA QUEIROZ

TRUINHO-PE

CPF / CNPJ 100.221.664-83 PLACA PGE8334

PLACA ANT / UF ***** PE CHASSI 9BGRS48L0DG300017

PAS / AUTOMÓVEL ESPECIE TIPO COMBUSTIVEL ALCO/GASOL

CHEVROLET/ONIX 1.4MT LT ANO FAB. 2013 ANO MOD. 2013

5P/106CV/1400CL. CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE BRANCA

IPVA 2017 QUITADO VENC. COTA ÚNICA 1ª *****

FAVIA 1ª PARCELAMENTO/COFAS 2ª *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 10F (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

SEU RESERVA OBSERVAÇÕES

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

PE Nº 013433507006 BILHETE DE SEGURO DPVAT
SANDERSON DA COSTA QUEIROZ

CASA TRIUNFO-PE

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

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2017 13/05/17

VIA CÔD. RENAVAM R.N.T.R.C. EXERCÍCIO
1 100.221.664-83 PLACA PGE8334

538687789 CHEVROLET/ONIX 1.4MT LT

ANO FAB. 2013 ANO MOD. 2013

PRÊMIO TARIFÁRIO

R\$ R\$

CUSTO DO BILHETE (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

SEGURO PAÇO COTA ÚNICA PARCELADO

PROTÓCOLO
05 NOV 2017

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 CIRURGICO 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.

Leidecaran de C. C. C. C.
(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0386819/19

Vítima: SANDERSON DA COSTA QUEIROZ

CPF: 100.221.664-83

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 06/07/2019

Titular do CPF: SANDERSON DA COSTA QUEIROZ

CPF de: Próprio

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, tomando 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

HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

JONATAN BARBOSA DE BARROS

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

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: ☒ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☐ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 10022166483 4 - Nome completo da vítima: SANDERSON 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: SANDERSON DA COSTA QUEIROZ 6 - CPF: 10022166483
7 - Profissão: ANALISTA DE SISTEMAS 8 - Endereço: SÍTIO PARA 9 - Número: 10 - Complemento:
11 - Bairro: ZONA RURAL 12 - Cidade: TRIUNFO 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55.800-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (87) 38461036

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: Brasil

AGÊNCIA: 27391 CONTA: 22101 5
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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) ☐ 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 (a) nascido? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

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

40 - Local e Data, Triunfo/PE, 03 de outubro de 2019.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarando)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Extrato de Conta Corrente

Nome: SANDERSON COSTA QUEIROZ

Agência: 2739-1 Conta: 22101-5

Movimentos			Valor
D	01/10/19	Saldo anterior	0,00 (+)
D	01/10/19	Transferência recebida	2.620,00 (+)
01/10/19 2739 24297-7 ARMANDO RODRIG			2.620,00 (+)
Saldo			
Descontos			1.199,05 (+)
Saldo			3.819,05 (+)
S			0,00
Ju			02/09/2019
Data	Debito de		0,00
IOF			02/09/2019
Data	Debito de		

Aplic	05/10/19	Descontos	1.199,05
POU	05/10/19	Automático	1.199,05
Total	05/10/19	Descontos	
* Sal	por dia	Saldo	
Sujei	à confirma	no momento da contratação	



Boletim de Ocorrência

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



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 181ª CIRCUNSCRICAO - TRIUNFO -
DP181ªCIRC DINTER2/21ªDESEC**



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0271000243

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

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

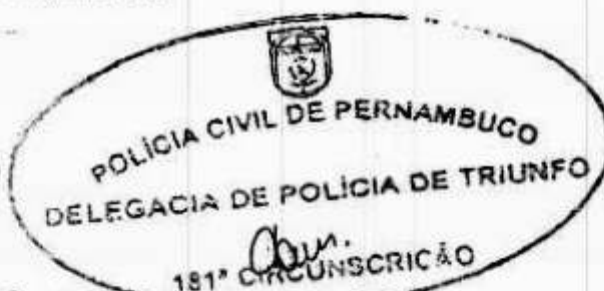
Fato ocorrido no endereço: **RUA MUNICIPIO DE TRIUNFO, 1, PE 358 -**
Bairro: **CENTRO - TRIUNFO/PERNAMBUCO/BRAZIL**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

A PRÓPRIA VÍTIMA (AUTOR / AGENTE)
SANDERSON DA COSTA QUEIROZ (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a)
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: 25/7/1991 Naturalidade: TRINDADE / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 7246798/SDS/PE (RG), 10022106483 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 3ª. GRAU COMPLETO Profissão: ANALISTA DE SISTEMAS Endereço Residencial: RUA MUNICIPIO DE TRIUNFO,, SITIO PARÁ ZONA RURAL - CEP: 54000-000 - Bairro: CENTRO - TRIUNFO/PERNAMBUCO/BRAZIL

A PRÓPRIA VÍTIMA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: ROSINEIDE DA COSTA QUEIROZ Pai: SANDOVAL ALVES DE QUEIROZ Data de Nascimento: 25/7/1991 Naturalidade: TRIUNFO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 7246798/SDS/PE (RG), 10022106483 (CPF), 00357038510 (CNH) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 3ª. GRAU COMPLETO Profissão: ANALISTA DE SISTEMAS Endereço Residencial: RUA MUNICIPIO DE TRIUNFO,, SITIO PARÁ ZONA RURAL - CEP: 54000-000 - Bairro: CENTRO - TRIUNFO/PERNAMBUCO/BRAZIL

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

VEÍCULO (VEÍCULO) 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: **AUTOMOVEL/GM/ONIX** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **BRANCA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PGF8334** (PERNAMBUCO/TRIUNFO) Renavam: **538687789** Chassi:
9B0KS48L0DG300017
Ano Fabricação/Modelo: **2013/2013** Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DELEGACIA DE POLICIA A PESSOA DE SANDERSON DA COSTA QUEIROZ NOTICADO QUE SOFREU ACIDENTE DE TRANSITO NA DATA ACIMA CITADA QUANDO TRAFEGAVA EM SEU VEICULO ONIX NA PE 368 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 A 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 OCORRENCIA.

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

Sander son da Costa Queiroz
SANDERSON DA COSTA QUEIROZ
(VITIMA)

A PROPRIA VITIMA
(AUTOR / AGENTE)

B.O. registrado por: **PATRICIA KAYLA RABELO TORRES** Matrícula: **356300-0**



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: 000000022101-5

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: 052.652.245-82	DATA DE VENCIMENTO 25/09/2019	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 18/09/2019	CONTA CONTRATO 000898434028
	TOTAL A PAGAR (R\$) 0,00	DATA DA APRESENTAÇÃO 18/09/2019	Nº DO CLIENTE 2000578632
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA SI PARA 110 TRIUNFO - RURAL/TRIUNFO RURAL 56870-000 TRIUNFO PE	CLASSIFICAÇÃO B2 RURAL - AGROPECUÁRIA RURAL Trifásico	NÚMERO DA NOTA FISCAL 078051768	Nº DA INSTALAÇÃO 0903934453
RESERVADO AO FISCO CB47.C8F9.4533.479C.69D2.CC72.6011.7D46			

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 Ativo(kWh)	205,00	0,43729967	89,64
Acréscimo Bandeira VERMELHA			8,58
Contribuição CERTR - (087) 3848-1382			5,00
TOTAL DA FATURA			103,22

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

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo(kWh)	0,41749200	SET 19	205
		AGO 19	236
		JUL 19	234
		JUN 19	220
		MAI 19	251
		ABR 19	220
		MAR 19	250
		FEV 19	220
		JAN 19	292
		DEZ 18	238
		NOV 18	256
		OUT 18	276
		SET 18	211

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
R\$	%
Geração de Energia	46,50 46,73
Transmissão	4,80 4,68
Distribuição (Celpe)	27,92 26,43
Energias Renováveis	6,36 6,08
Tributos	4,44 4,32
Perdas de Energia	8,80 8,56
TOTAL	98,22 100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL							
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
00000003161449570	CAT	20/08/2019 5.721,00	18/09/2019 5.926,00	29	1,00000	0,00	205,00
00000003161449570	CRT	20/08/2019 5.584,00	18/09/2019 5.826,00	29	1,00000	0,00	142,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 25/10/2019

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPTÕES					
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
JUL2019					
DIC-No.de horas sem Energia		3,12	10,73	21,46	42,52
FIC-No.de vezes sem Energia		3,58	7,87	15,34	30,69
DMC-Duração máxima de interrupção contínua		2,91	5,78	0,00	0,00
DICR-Duração de interrupção em dia crítico					
Limite DICR: 16,80					
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 46,48					
Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMC e DICR a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você ag correios santa cruz da vito: rua padre cicero centro / nova modas: rua padre cicero 180 centroLista 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%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês

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

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

O Cliente é compensado quando há descumprimento do 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 000898434028	MÊS/ANO 09/2019	TOTAL A PAGAR(R\$) 0,00	VENCIMENTO 25/09/2019	TALÃO DE PAGAMENTO Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.
--------------------------------	--------------------	----------------------------	--------------------------	---

FATURA PAGA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA