



Número: **0064608-72.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 32ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **09/10/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.762,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
MARIA ILZA DA SILVA (AUTOR)	ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS (ADVOGADO) CARLA ROCHA LEMOS (ADVOGADO)
TOKIO MARINE SEGURADORA S.A. (REU)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)	
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
71675 016	26/11/2020 17:18	<u>ANEXO 1</u>	Outros (Documento)



HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EMERGÊNCIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento: 605501 Prontuário: 358707
Nome: MARIA ILZA DA SILVA
Data Nasc.: 31/05/1973 Idade: 46 Sexo: FEMININO Cor: PARDA Religião:
CPF: RG: 47277777 CNS:
Endereço: RUA DA MONTANA Nº: 0
Bairro: SALGADO Cidade: CARUARU Estado: PE
CEP: 55016270 Fone: 996048315 Profissão: AGRICULTOR
Nome da Mãe: MARIA JOSE DA SILVA
Acompanhante:
Motivo do Atendimento: ACIDENTE MOTOCICLISTICO
Clinica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

2 - ATENDIMENTO Data: 18/05/2020 14:04

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

Acidente de moto. Murras no braço
é ferido

Exame Físico:

PA: _____ FC: _____ FR: _____

Fem murras + lesão extensora
murras.

Diag. Provisório:

Fração extensora do pulso

Br. supras murras
do lado contrário

Prescrição:

Dieta:

Data

Dr. Mauricio Pae:
Ortopedia / Traumatologia
Cirurgia de Quadril
CRMPE: 10.673 LIBR 11-11

Horário

COMPRA: 14AGO2020
PROTÓCOLO
ANEXO: PACIENTE



- Data e hora retirada da senha: 18/05/2020 13:54

	Nome Paciente: MARIA ILZA DA SILVA
	Cód. Paciente:
	Data de Nascimento: 31/05/1973
	Sexo: Feminino
	Idade: 46
	Senha: U0011
	Convênio: -
	Atendimento: -
	SAME: SAME:

: 18/05/2020 13:55 - 18/05/2020 13:56

GILDA MARIA DE SIQUEIRA PRATA - COREN: 415317 - : ENFERMEIRO(A) -

Prioridade: **URGENTE**

Cor: AMARELO

Queixa Principal: PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO APRESENTANDO DOR + LIMITAÇÃO + FRATURA EXPOSTA

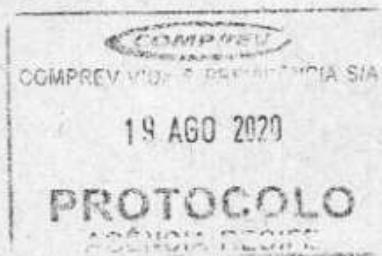
Medicamento(s): NEGA ALERGIAS

Observação: SENHA: 5939829

Fluxograma sintoma: PROBLEMAS NOS MEMBROS

Discriminador(es): - DOR MODERADA?
- FRATURA EXPOSTA?

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA



Acolhido(a) por: **GILDA MARIA DE SIQUEIRA PRATA - COREN: 415317 - : ENFERMEIRO(A)**

Data Impressão: 18/05/2020 13:56

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 26/11/2020 17:18:52
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112617185280500000070270986>
Número do documento: 20112617185280500000070270986

Num. 71675016 - Pág. 2



HRA
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
FUNDAÇÃO DE SAÚDE AMAURY DE MEDEIROS - FUSAM
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Usuario da Internação
MONICAVGS



605515

SUMÁRIO DE ADMISSÃO E ALTA

1 - Identificação do Paciente		Data Int.: 18/05/2020 15:44	Atendimento: 605515	Nº AIH:
Nome: MARIA ILZA DA SILVA		Prontuário: 358707		
Data Nasc.: 31/05/1973		Idade: 46	Sexo: FEMININO	Cor: PARDA
CPF: RG: 4727777		Religião: CNS:		
Endereço: RUA DA MONTANA		Nº: 0		
Bairro: SALGADO		Cidade: CARUARU	Estado: PE	
CEP: 55016270		Fone: 996048315	Profissão: AGRICULTOR	
Nome da Mãe: MARIA JOSE DA SILVA				
Nome do Conjugue:				
Nome:				
Parentesco:		RG:	Fone:	
2 - Internar Para				
Clínica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA				
Unidade de Internação: PRE - OPERATORIA		Leito: PRE - OPERATORIA 02		
Diagnóstico Inicial (Constante do Laudo Médico):		CID: _____		
Procedimento Solicitado:		CÓD.: _____		
Procedimento Realizado:		CÓD.: _____		
3 - Atendimento Médico				
Méd. Laudo Ass./Carimbo	Cirurgião Ass./Carimbo	1º Aux. Cirurg. Ass./Carimbo	Ass./Carimbo 2º Aux. Cirurg.	Anestesista Ass./Carimbo
Méd. Assist. Ass./Carimbo				
4 - Procedimentos Especiais				
<input type="checkbox"/> MUDANÇA DE PROCEDIMENTOS <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE <input type="checkbox"/> VACINA ANTI RH <input type="checkbox"/> USO DE DERIVADOS DE SANGUE <input type="checkbox"/> USO DE PRÓTESE, ORTESE <input type="checkbox"/> USO DEFATORES DE COAGULAÇÃO <input type="checkbox"/> USO DE OXIGENADORES <input type="checkbox"/> NUTRIÇÃO PARENTERAL				
5 - História Clínica				
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">COMPREV VIDA E PREV INCIA SIA 19 AGO 2020 PROTOCOLO AGENCIA FCG/PE</div>				
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO				
MOTIVO DE ALTA				
DATA DE INTERNAMENTO 18/05/2020 15:44		DATA DE ALTA		DIAS DE HOSPITALIZAÇÃO

1 de 2



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 26/11/2020 17:18:52
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112617185280500000070270986>
Número do documento: 20112617185280500000070270986

Num. 71675016 - Pág. 3

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Unidade de Saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGreste

Paciente: **Maria Izára da Silva** N° do Registro:Clínica: **Travessa das Gáias** N° do Leito:Operator: **Maurício Paes**

1º Assistente:

2º Assistente:

Instrumentador:

Anestesia: **Raoni** Anestesista:Data da Operação: **19/05/2020** Duração:Data da Operação: **19/05/2020** Início:

Diagnóstico Pré-Operatório:

Franquia exp 10y RE
PATELA (C)

Diagnóstico Pos-Operatório:

Detornamento + limpeza
Cirurgica

Operação Realizada:

DESCRÍÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

- (1) Preparo em ORN e SOR para cirurgia
- (2) Desinfeção e antiséptico de pele
- (3) Exploração da patela e extensão da lesão cirúrgica
- (4) Drenos e fuso de fixação
- (5) Fim da cirurgia

OBS: Mais de 200g de sangue
de fibrina por fuso na
fixação de extensão
e concreções de ossos

Dr. Maurício Paes
 Ortopedista / Traumatologista
 Cirurgião de Fuso
 Cirurgião de Ossos



Lelio: _____

Nome: _____

E V O L U Ç Ã O

DATA	(No final de cada evolução o médico deve assinar e carimbar)
20/08/2020	<p>este paciente para tratar com até o dia da alta () (segundo dia). Obrigado.</p> <p>Dr. Felipe Guedes CRM: 161.000 CRF: 161.000</p>
19 AGO 2020	<p>COMPRAV. JUNIOR FERREIRA S/N 19 AGO 2020</p> <p>PROTÓCOLO</p> <p>Conferido Com Documento Original Beberro Hospital Jesus Pequenino Assistente Social CRESS/PE N° 0.4771 Antônio Yves Cordeiro de Mello Junior</p>



HOSPITAL JESUS PEQUENINO
FICHA DE ATENDIMENTO DE INTERNAÇÃO

Atendimento: 586267 Data: 21/05/2020 Hora: 10:25

Convênio: PARTICULAR

Responsável:
Médico: DR. JOSE FELIPE GUEDES

Paciente: 40056 MARIA ILZA DA SILVA
Nascimento: 31/05/1973 - 46 Anos e 11 Meses
Endereço: RUA BELA VISTA SN.
Bairro: SAPUCARANA
IBGE/Cidade: 2601904 BEZERROS
Pai: MANOEL FRANCISCO DA SILVA
Mãe: MARIA JOSE DA SILVA
Nacionalidade: BRASIL

Recepção: EMMA THOMPSON DA S. GARCIA
Matrícula:
Identidade:
Cartão SUS:

Sexo: FEMININO Cor:
Est. Civil:
C.P.F.: 90207637415
Identidade: 4727777 SSP PE
UF: PE Telefone: 81.994775282
G.Instrução:
Ocupação:
Naturalidade:

Obs:

Queixa do Paciente:

Este é o nome de duas doenças ou
afecções que o paciente tem.

Doenças que o paciente tem:

DOENÇAS

H.D.A.:

Exame Físico:

Rigidez extensora no fôlego.

Seus sintomas flagrados

H.D.:

Tratamento:

Carência

Bezerros, 21 de maio de 2020

Assinatura e Carimbo do Médico

Convenio Com DPTO DE SAÚDE
CONVENIO PERNAMBUCO
Original Bezerros Pernambuco
Hospital Jesus Pequeno
Assinatura: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
Assinante Social: 4.471
CRESS/PE: 1900104

PROTOCOLO
ACORDO DE CONSULTA

19 ABR 2020

DR. ZÉLIO GOMES
PROFISSIONAL DE SAÚDE
CONSULTA DE CONSULTA



HOSPITAL JESUS PEQUENINO**FICHA DE ATENDIMENTO DE INTERNAÇÃO (Complemento)**

Acomodação: APARTAMENTO - 03

Enfermaria: POLICLINICA I

Atendimento:	586267	Data:	21/05/2020	Hora:	10:25	Recepç.:	EMMA THOMPSON DA S. GARCIA		
Convênio:	PARTICULAR					Matrícula:			
Responsável:						Identidade:			
Médico:	DR. JOSE FELIPE GUEDES					Cartão SUS:			
Paciente:	40056	MARIA ILZA DA SILVA				Sexo:	FEMININO	Cor:	
Nascimento:	31/05/1973	- 46 Anos e 11 Meses				Est. Civil:			
Endereço:	RUA BELA VISTA SN,					C.P.F.	90207637415		
Bairro:	SAPUCARANA					CEP:	55660-000	Identidade:	4727777
IBGE/Cidade:	2601904	BEZERROS				UF:	PE	Telefone:	81.994775282
Pai:	MANOEL FRANCISCO DA SILVA					G.Instrução:			
Mãe:	MARIA JOSE DA SILVA					Ocupação:			
Nacionalidade:	BRASIL					Naturalidade:			

Repcionista: _____
 Motivo Alta: () Curado () Melhorado () A Pedido () Transferido () Evasão Morte: () Antes de 48 horas () Após 48 horas
 () Assinou o termo

Alta Hospitalar Data: 20/05/2020

Médico: _____

(Handwritten signature of Dr. Felipe Guedes over the box)

Assinatura / CRM: _____

Observação

*Pete obstruindo tura
na bainha cm tx
exsita da paciente*

Transferência Hospitalar Data: ___/___/___

Médico: _____

Assinatura / CRM: _____

Diagnósticos

Diagnóstico Provisório: *Entusia da jeta*

Diagnóstico Definitivo: _____

Óbito Data: 21/05/2020

Médico: _____

(Handwritten signature of Dr. Felipe Guedes over the box)

Assinatura / CRM: _____

PROTOCOLO
Assinado Pelo Dr. Felipe Guedes

Assinado por: *Dr. Felipe Guedes*
Data: 21/05/2020
CNPJ: 00.000.000/0001-00
CRM: 2601904
Número de identificação: 4471
Cidade: PE
UF: PE
Assinante: Dr. Felipe Guedes
Assinatura: *Dr. Felipe Guedes*
Assinado em: *21/05/2020*
Assinado no: *Hospital Jesus Pequenino*
Assinado por: *Dr. Felipe Guedes*
Assinatura: *Dr. Felipe Guedes*
Assinado em: *21/05/2020*
Assinado no: *Hospital Jesus Pequenino*



COMANDA 606503

MEDICAMENTOS - MATERIAIS E TAXAS USADAS

Paciente: Maria Ilza da Silva Registro N°: 40056
 Apt.: _____ Enfermaria: E Data: 27/05/2020
 Cirurgia: Ind. Fratura Fratura Perna Cirurgião: José Felipe
 Anestesia: Ragin Anestesista: Letícia Priscila
 Início: _____ Término: _____

Especificação	Quant.	Especificação	Quant.
MEDICAMENTOS			
Adrenalina		Metronidazol 500mg	
Água Destilada	01 Amp	Nauseodron	01 Amp
Atropina		Narcan	
Bicarbonato de Sódio		Neomicina Pomada	
Cedilanide		Nipride	
Cisatracúrio		Omeprazol	
Cloreto de Sódio		Piasil	
Cloreto de Potássio		Propofol	
Clindamicina		Prostigmine	
Gramin		Quelicin	
Dexametazona Pomada		Rapifen	
Decadron	01 Amp	Ranitidina	
Diazepam		Revivan	
Dipirona	01 Amp	Ringer c/ Lactato	
Dimorf 0,1	01 Amp	Rocefin 1g	
Dolantina		Sevoflurano	
Dormonid		Syntocinon	
Efortil		Soro Fisiológico 500ml	02 Unid
Enoxaparina 40mg		Soro Glicosado	
Fenergan		Styptanon	
Fentanil Espinal	19 AGO 2020	Transamin	08
Fentanil 5ml		Tenoxicam	
Flumazenil		Thionembutal	
Glicose		Tramal	
Gluconato Cálcio		Vitamina K	
Hidrocortisona 100mg		Voluven	
Hidrocortisona 500mg		Xylocaína 2% s/a	
Ipsilon		Xylocaína 1% s/a	
Keflin	01 grana	Xylocaína Geléia	
Ketalar		Xylocaína Spray	
Lasix		Xylocaína Pesada	
Manitol		MATERIAIS	
Marcaina c/a		Aguilha desc. 25x7/40x12/0,45x13	03 Unid
Marcaina s/a		Aguilha de Plexo	
Marcaina Pesada	01 Amp	Aguilha Raqui 25	01 Unid
Methergin		Aigodão Hidrófilo	

Contendo Com Doguito 08
Bentos 08
Pomelo 08
Anu. Amorim
Assistente Social
CRSSPPE N. 4.471



Especificação		Modelo Comercial	FIO METALICO LISO 2,0 (E)	Modelo Comercial	FIO METALICO LISO 2,0 (E)
Algodão Ortopédico	25 c		Armazenamento, conservação, cuidados no manuseio, advertências e/ou precauções ver instruções de uso em: www.hexagon-brasil.com	Armazenamento, conservação, cuidados no manuseio, advertências e/ou precauções ver instruções de uso em: www.hexagon-brasil.com	
Atadura Crepe	15 c		Hexagon Ind. e Com. Implantes Ortop. Ltda R. Nelson Guiraldelli, 352 Dist. Ind. Itapira SP Brasil 13877-015 CNPJ: 55.619.131/0001-31	Hexagon Ind. e Com. Implantes Ortop. Ltda R. Nelson Guiraldelli, 352 Dist. Ind. Itapira SP Brasil 13877-015 CNPJ: 55.619.131/0001-31	
Atadura Gesso					
Azul de Metíleno					
Bolsa p/ Colostomia					
Cateter Nasal					
Clamp Umbilical					
Coletor Sistema Aberto					
Coletor Sistema Fechado					
Comp. Cirúrgica	02 unid				
Dreno de Sucção					
Dreno Penrose					
Dreno Tórax					
Eletrodos	05 unid				
Equipo Macrogotas					
Escova de Degermação					
Espadrapo	TX				
Espadrapo Micropore					
Gaze 7x5x7,5	05				
Neocaina Pesada					
Neocaina Isobárica					
Infusor p/soluções Parenteral 2 vias					
Intracath					
Jelco					
Liga Clip					
Lâmina Bisturi	27				
Látex 204					
Luva Estéril	7,0 8,0 9,5	05 Paris			
Luva Descartável		02 Paris			
Máscaras					
Polifix					
Pró-Pés					
Scalp					
Seringa de 01 cc					
Seringa 03 cc		01 unid			
Seringa 05 cc		02 unid			
Seringa 10 cc					
Seringa 20 cc		01 unid			
Sonda Nasogástrica n°					
Sonda Foley n°					
Sonda Uretral n°					
Sonda '3v n°					
Transofix		01 unid			
Pulseiras de RN					
Toucas					
FIOS					
CatGut Simpa s/a					
CatGut Simp c/a					
CatGut Croméia	0	01 unid			

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 26/11/2020 17:18:52
<https://pjje.jufe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112617185280500000070270986>
Número do documento: 20112617185280500000070270986

Num. 71675016 - Pág. 9



Instituto Alcides d' Andrade Lima

HOSPITAL JESUS PEQUENINO

ATA	ENFERMAGEM	LEITO:	Nº PRONTUÁRIO:	PRESCRIÇÃO MÉDICA						RUBRICA	
				HORÁRIO ADMINISTRAÇÃO MEDICAMENTO	HORA	T	P	R	PA	DIRETAS	
1) Diclofenac VO 40mg 1 vez/dia x 10 dias (hipertensão)	12h 30m			13h 30m							Eduardo Silveira Rec. Entomologia COREN 2020/03
2) Sustitutiva de Cetamina 100mg 1 vez/dia x 10 dias	16h 30m			16h 30m							
3) Captopril 50mg NO 1 vez/dia x 10 dias	16h 30m			16h 30m							
4) Diazepam 50mg NO 1 vez/dia x 10 dias	16h 30m			16h 30m							
5) Filafer 150mg NO 1 vez/dia x 10 dias	16h 30m			16h 30m							
6) Acetaminofeno 500mg NO 1 vez/dia x 10 dias	16h 30m			16h 30m							
7) Novocaina 10% NO 1 vez/dia x 10 dias	16h 30m			16h 30m							
8) Cloridrato de cocaína 10%	16h 30m			16h 30m							





Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 26/11/2020 17:18:52
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112617185280500000070270986>
Número do documento: 20112617185280500000070270986

Num. 71675016 - Pág. 11

11/08/2020



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **902.076.374-15**

Nome: **MARIA ILZA DA SILVA**

Data de Nascimento: **31/05/1973**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **19/10/1992**

Dígito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **13:46:58** do dia **11/08/2020** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **8C17.EAAD.C57A.A6B2**



Este documento não substitui o ["Comprovante de Inscrição no CPF"](#).

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)



1/1



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 26/11/2020 17:18:52
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112617185280500000070270986>
Número do documento: 20112617185280500000070270986

Num. 71675016 - Pág. 12

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200296410 Cidade: Bezerros Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: MARIA ILZA DA SILVA Data do acidente: 18/05/2020 Seguradora: Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/08/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO EM JOELHO ESQUERDO COM FRATURA EXPOSTA DE PATELA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (DEBRIDAMENTO E LIMPEZA). PÁG 4
ALTA MEDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL EM GRAU MODERADA DO JOELHO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: CABE INFORMAR QUE POR FALTA DE MATERIAL NÃO FOI REALIZADO SÍNTESE DEFINITIVA. PÁG 4

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0232423/20

Vítima: MARIA ILZA DA SILVA

CPF: 902.076.374-15

CPF de: Próprio

Data do acidente: 18/05/2020

Titular do CPF: MARIA ILZA DA SILVA

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

MARIA ILZA DA SILVA : 902.076.374-15

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 19/08/2020
Nome: MARIA ILZA DA SILVA
CPF: 902.076.374-15

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/08/2020
Nome: JOAO VITOR PEREIRA DA SILVA
CPF: 117.852.524-45

MARIA ILZA DA SILVA

JOAO VITOR PEREIRA DA SILVA



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 26/11/2020 17:18:52
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112617185280500000070270986>
Número do documento: 20112617185280500000070270986

Num. 71675016 - Pág. 15



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, 20 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200296410 Vítima: MARIA ILZA DA SILVA

Data do Acidente: 18/05/2020 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA ILZA DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta n° 16050617



Pág. 00517/00518 - carta 01 - INVAHIDEZ



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 26/11/2020 17:18:52
<https://pjje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2011261718528050000070270986>
Número do documento: 2011261718528050000070270986

Núm. 71675016 - Pág. 16



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

Rio de Janeiro, 03 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200296410 Vítima: MARIA ILZA DA SILVA

Data do Acidente: 18/05/2020 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARIA ILZA DA SILVA

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

Multa: R\$ 0,00
Juros: R\$ 0,00
Total creditado: R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: MARIA ILZA DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 237

Agência: 000002530-5

Conta: 000001003720-4

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

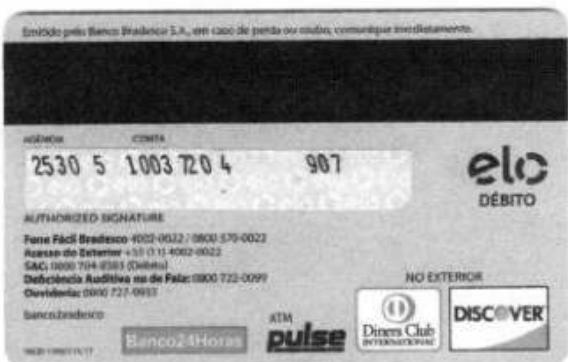
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 26/11/2020 17:18:52
<https://pjje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112617185280500000070270986>
Número do documento: 20112617185280500000070270986

Num. 71675016 - Pág. 17



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 26/11/2020 17:18:52
<https://pje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112617185280500000070270986>
Número do documento: 20112617185280500000070270986

Num. 71675016 - Pág. 18



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
 SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
 POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
 DELEGACIA DE POLÍCIA DE PLANTÃO DA 091ª CIRCUNSCRIÇÃO - BEZERROS -
 DPP91ªCIRC DINTER1/14ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 20E4143001154

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **30/07/2020** às **12:28**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **18/5/2020** às **12:30**

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE SAPUCARANA, 01, VILA DE SAPUCARANA** - Bairro: **SAPUCARANA - BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **ESTARDA CE ACESSO A VILA**
 Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

/// (AUTOR / AGENTE)
EDINALDO EPIFANIO DA SILVA (OUTRO)
MARIA ELZA DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **EDINALDO EPIFANIO DA SILVA**

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

MARIA ELZA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **MARIA JOSE DA SILVA** Pai: **MANOEL FRANCISCO DA SILVA** Data de Nascimento: **31/5/1973** Naturalidade: **BEZERROS / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **4727777/SSP/PE (RG)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **1º GRAU INCOMPLETO**
 Profissão: **AGRICULTOR(A)**
 Endereço Residencial: **BAIRRO DE SAPUCARANA, 229, RUA SÃO SEBASTIÃO - CEP: 0 - Bairro: SAPUCARANA - BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL**

EDINALDO EPIFANIO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **CHIUVERA ANDRE DA SILVA** Pai: **EPIFANIO JOSE DA SILVA** Data de Nascimento: **6/9/1971** Naturalidade: **BEZERROS / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **4189905/SDS/PE (RG) 75403340459 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **1º GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)**
 Endereço Residencial: **BAIRRO DE SAPUCARANA, 229, RUA SÃO SEBASTIÃO - CEP: 0 - Bairro: SAPUCARANA - BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL**

/// - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: -
 Telefone de Contato: -

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

<http://200.238.83.36/pernambuco/VisualizaBO.do?idUn=4143&idOc=8509184&nroB...> 30/07/2020



MOTOCICLETA (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **EDINALDO EPIFANIO DA SILVA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/XRE300** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **OYY7164** (PERNAMBUCO/BEZERROS) Renavam: **1003303835** Chassi: **9C2ND1110ER016057**

Ano Fabricação/Modelo: **2014/2014** Combustível: **ALCO/GASOL**

Descrição: **PROPRIETÁRIO: JOSE GILSON DA SILVA**

Complemento / Observação

O SENHOR EDINALDO EPIFÂNIO DA SILVA NA QUALIDADE DE CONDUTOR PASSA A DECLARAR QUE ESTAVA CONDUZINDO A MOTOCICLETA EM QUESTÃO PELO LOCAL ACIMA DESCrito, TENDO COMO GARUPA A SENHORA MARIA ELZA DA SILVA (VITIMA), QUE NO TRAJETO PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA EM UMA CURVA PROXIMO AO TREVO DE ACESSO A VILA DE SAPUCARANA, CAINDO AS MARGENS DA RODOVIA, SENDO AMBOS SOCORRIDO E LEVADOS PARA O HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE, ONDE FORAM ATENDIDO E A VITIMA MARIA ELZA DA SILVA FOI TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL JESUS PEQUENINO PARA SER SUBMETIDA AOS PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS CONFORME CONSTA NAS DECLARAÇÕES APRESENTADA PELA PROPRIA VITIMA, NADA MAIS A DECLARAR.

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

x maria Elza da Silva

MARIA ELZA DA SILVA

(VITIMA)

EDINALDO EPIFANIO DA SILVA

(OUTRO)

x Edinaldo Epifanio da Silva

B.O. registrado por: **CICERO ABILIO DE ALMEIDA** - Matrícula: **1581678**

JR



<http://200.238.83.36/pernambuco/VisualizaBO.do?idUn=4143&idOc=8509184&nroB...> 30/07/2020



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 26/11/2020 17:18:52
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112617185280500000070270986>
 Número do documento: 20112617185280500000070270986

Num. 71675016 - Pág. 20



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

903096376-15 | Maria Ilva da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:	6 - CPF:		
Maria Ilva da Silva	00209637415		
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
Receu-se Rua São Sebastião		979	casa
11 - Barro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
Sua Sapucarana	Besheres	PE	55600-000
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD):	17 - Telefone:	
	(81) 3668-4814	3668-4814	

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:	<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Name do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
AGÊNCIA: 95300-5 CONTA: 3003720-4	(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

<input checked="" type="checkbox"/> 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:
<ul style="list-style-type: none"> • Não há IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou • O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou • O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de concorrer a avaliação médica, 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): 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 teve nascituro (vai nascer)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

34 Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)	38 - 1º Nome: _____ CPF: _____
	36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)	Assinatura da testemunha
	37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)	39 - 2º Nome: _____ CPF: _____
	40 - Local e Data, _____	Assinatura da testemunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 31/08/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA ILZA DA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 02530-5

CONTA: 000001003720-4

Nr. Autenticação
BRADESCO31082020050000000002370253000001003720168750 PAGO



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 26/11/2020 17:18:52
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112617185280500000070270986>
Número do documento: 20112617185280500000070270986

Num. 71675016 - Pág. 22

04/06/2020

2a Via de Fatura

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

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOSÉ 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
Ouvintes 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

EDNALDO EPIFANIO DA SILVA
CPF: 754.033.404-59 NIS: 16088645289

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA SAO SEBASTIAO 239
VILA SAPUCARANA/SAPUCARANA
56600-000 BEZERROS 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

10/06/2020

TOTAL A PAGAR (R\$)

15,94

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

AD8A.F9B0.5677.5D7E.37A6.F44F.91AC.D40D

DESCRÍCÃO DA NOTA FISCAL

DESCRÍCÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo-TUSD até 30 kWh	30,00	0,00000004	0,00
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	70,00	0,00000002	0,00
Consumo-TUSD superior a 100 até 220 kWh	57,00	0,00000001	0,00
Consumo-TE até 30 kWh	30,00	0,00000004	0,00
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	70,00	0,00000002	0,00
Consumo-TE superior a 100 até 220 kWh	57,00	0,00000001	0,00
Contrib. Ilum. Pública Municipal			15,39
ICMS Subvenção-CDE-NF 102933605-03/04/20			0,55
TOTAL DA FATURA			15,94

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS	PIS	COFINS						
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPÔSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPÔSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPÔSTO
0,00	25,00	0,00	0,00	0,97	0,00	0,00	4,48	0,00

Tarifas Aplicadas

Consumo-TUSD até 30 kWh	0,00000003
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	0,00000002
Consumo-TUSD superior a 100 até 220 kWh	0,00000001
Consumo-TE até 30 kWh	0,00000004
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	0,00000002
Consumo-TE superior a 100 até 220 kWh	0,00000001

HISTÓRICO DO CONSUMO

		WWh
Consumo-TUSD até 30 kWh	0,00000003	157
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	0,00000002	129
Consumo-TUSD superior a 100 até 220 kWh	0,00000001	144
Consumo-TE até 30 kWh	0,00000004	150
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	0,00000002	136
Consumo-TE superior a 100 até 220 kWh	0,00000001	139
DEZ 19		131
NOV 19		129
OUT 19		142
SET 19		112
AGO 19		142
JUL 19		97
JUN 19		107

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

R\$ %
Geração de Energia 0,00 100,00
Transmissão 0,00 0,00
Distribuição (Celpe) 0,00 0,00
Encargos Sistóricos 0,00 0,00
Tributos 0,00 0,00
Perdas de Energia 0,00 0,00
TOTAL 0,00 100

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRÍCÃO	CONJUNTO	VALOR APROXIMADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
		Abr/2020			
DIC-No. de horas sem Energia	CAMOCIM DE SÃO	0,00	6,27	12,54	25,08
FIC-No. de horas sem Energia	FEIXE	0,00	3,38	8,72	13,45
DMC-Duração máxima de Interrupções contínuas		0,00	3,71	0,00	0,00
Outro-Duração de Interrupção em dia útil				Límite DICRI: 12,22	
BUD-Valor do Encargo de Uso + R\$ 0,00					
Todos Consumidores podem solicitar a apresentação das Indicações DIC, FIC, DMCI e DICRI a qualquer momento.					

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA / LEITURA	ATUAL DATA / LEITURA	MP/DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
000000003170684086	CAT	08/05/2020 3.782,00	03/06/2020 3.938,00	28	1.00000	0,00	157,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 03/07/2020

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! José Milson Cândido da Silva: camocim de são felix centro / mercadinho das variedades: camocim de são felix cruziero! Listas completas em www.celpe.com.br. MP 950/2020-Tarifa Social-Desconto no consumo até 220kWh. Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br. Cobrança ICMS sobre subvenção-CDE, conforme Decreto Estadual 39.459/13. Sua rotalização de leitura será alterada. Art. 84 Ren. ANEEL 414/10. O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento. Pagto. em atraso gera multa 2% (Res.414/ANEEL). Juros 15‰ (Lei 10.438/02) e atualização monetária no prazo. Isenção do ICMS conforme art. 9º, XLVIII, a, 2.2.2, do ICMS-PE. Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei N° 10.438 de 26/04/02 - R\$ 123,98. O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os pedreiros de atendimento comercial.

NIVEIS DE TENSÃO

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

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
007025943540	06/2020	15,94	10/06/2020	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

838600000000 159400110071 025943540106 146272895037



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

1/2



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 26/11/2020 17:18:52
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112617185280500000070270986>

Num. 71675016 - Pág. 23