



RODRIGO ARAÚJO
ADVOGADOS ASSOCIADOS

12

PROCURAÇÃO AD JUDICIA/CONTRATO DE HONORÁRIOS

OUTORGANTE: LILIANE BARBOSA DOS SANTOS, brasileira, solteira, inscrita no CPF sob o número 126.876.734-47, Representada por sua GENITORA **JOSELITA MARIA DOS SANTOS**, brasileira, portadora do RG sob o número 7.577.300 e inscrita no CPF sob o número 054.318.854-05, residentes e domiciliadas na Rua Surubim, nº 24, Cohab, Toritama, CEP: 55125-000, Pernambuco.

OUTORGADOS: Pelo presente instrumento particular de procuração, nomeia e constitui seu procurador o advogado **RODRIGO EWERTON DE ARAÚJO**, brasileiro, solteiro, advogado, OAB/PE nº 1317 com endereço profissional na Rua Tomé de Souza, 108, Nova Santa Cruz, Santa Cruz do Capibaribe – PE, CEP 55190 – 000, onde recebe as citações.

PODERES: a quem confere amplos e ilimitados poderes para o foro em geral com a cláusula “ad judicium”, a fim de que, agindo em conjunto ou separadamente, possam defender os interesses e direitos do outorgante perante qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, repartição pública, autarquia ou entidade paraestatal, propondo ação competente de seu interesse, podendo, para tanto, reclamar, conciliar, desistir, transigir, fazer acordo, recorrer, receber e dar quitação, confessar, requerer, firmar compromisso, prestar declarações, receber citação, bem como substabelecer a presente, com ou sem reservas de poderes, de modo a praticar todos os atos necessários para o bom e fiel desempenho deste mandato, dando tudo por firme, justo e valioso.

CONTRATO: Fica acertado entre as partes acima, o pagamento de honorários contratuais advocatícios à base de 30% dos benefícios econômicos auferidos, em caso de êxito.

Parágrafo 1- Se o valor acertado no “caput” for inferior à tabela mínima da OAB/PE (causas securas tórias) o contratante obriga-se a complementar o restante.

Parágrafo 2- Os valores dos honorários serão pagos à **RODRIGO EWERTON DE ARAÚJO**, brasileiro, solteiro, advogado, OAB/PE nº 1317, RG 2812799 SSP/PB e inscrito no CPF sob o número 062.042.834-13, e o contratante autoriza desde já a retenção dos honorários advocatícios em favor do contratado, por ocasião do pagamento judicial.

Santa Cruz do Capibaribe – PE, 01 de dezembro de 2014.

Joseleta Maria dos Santos

JOSELITA MARIA DOS SANTOS
OUTORGANTE

Rua Tomé de Souza, 108, Nova Santa Cruz
Santa Cruz do Capibaribe – PE
(81) 9808 – 0443
(81) 9111- 0343
(81) 9522 - 5304



RODRIGO ARAÚJO
ADVOGADOS ASSOCIADOS

B

DECLARAÇÃO DE POBREZA

LILIANE BARBOSA DOS SANTOS, brasileira, solteira, inscrita no CPF sob o número 126.876.734-47, Representada por sua GENITORA JOSELITA MARIA DOS SANTOS, brasileira, portadora do RG sob o número 7.577.300 e inscrita no CPF sob o número 054.318.854-05, residentes e domiciliadas na Rua Surubim, nº 24, Cohab, Toritama, CEP: 55125-000, Pernambuco, por intermédio de seu advogado *in fine* firmado, constituído e qualificado em outorga anexa, com escritório à Rua Tomé de Souza, 108, nova santa cruz, Santa Cruz do Capibaribe, declaro que não possuo condições de suportar as despesas processuais decorrentes desta demanda sem prejuízo do meu próprio sustento e de minha família, sendo, pois, para fins de concessão do benefício da gratuidade de Justiça, nos termos da Lei 1.060/50, pobre no sentido legal da acepção.

Declaro, ainda, que tenho conhecimento das sanções penais que estarei sujeito caso inverídica a declaração prestada, sobretudo a disciplinada no art. 299 do Código Penal.

Por ser verdade, firmo o presente.

joselita maria dos Santos
JOSELITA MARIA DOS SANTOS

Rua Tomé de Souza, 108, Nova Santa Cruz
Santa Cruz do Capibaribe - PE
(81) 9808 - 0443
(81) 9111- 0343
(81) 9522 - 5304



TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SEÇÃO DE MUTIRÕES DE CONCILIAÇÃO DA CAPITAL

TERMO DE AUTORIZAÇÃO

Autor(a): Joseleta Maria dos Santos
inscrito no CPF: 126.846.734 - 44, vem solicitar com respaldo
no Art. Nº 1 da Instrução Normativa nº 8 do TJPE de 28.08.2013, publicada
em: 30.08.2013, edição 160/2013, que os presentes autos que versam
sobre Indenização de DPVAT, sejam remetidos imediatamente à Seção
Seção Especializada de Mutirões de Conciliação a Capital, antes da
distribuição para alguma das Varas Cíveis, para que o feito possa ser
inserido em pauta de Mutirões de acordo com o cronograma anual da Seção.

Recife, 02 de dezembro de 2014.

“DE ACORDO”:

Joseleta Maria dos Santos

Autor(a)

15

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

VITIMA: LILIANE BARBOSA DOS SANTOS
SINISTRO: 2014820000 / Seq: 001
NATUREZA: Invalidez

USUÁRIO: Bismarck Heittmann
STATUS: Pagamento comandado
EMIÇÃO: 11/11/2014

SOLICITAÇÃO DE PAGAMENTO

Seq	Beneficiário	CPF	Tipo Beneficiário	Valor à pagar	Dados Bancários
1	LILIANE BARBOSA DOS SANTOS	12687673447	Beneficiário	R\$ 1.687,50	Bco:104/Ag:1038 /Cta:20387-6



EE
01/05/14

GOVERNO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
DELEGACIA PELA INTERNET

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 1410319086360

Registro de ocorrência realizado via Internet, através da Delegacia Pela Internet de Pernambuco no dia
22/08/2014 às 14:19

ACIDENTE DE TRANSITO SEM VITIMA - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia 12/05/2014 às 14:30

Fato ocorrido no endereço: **PE - 130 , 0** - Bairro: **CENTRO** - Município: **TAQUARITINGA DO NORTE** - Estado: **PERNAMBUCO**
Local do fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

JOSELITA MARIA DOS SANTOS (VITIMA)

LILIANE BARBOSA DOS SANTOS (OUTRO)

BOLETIM DE OCORRENCIA



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO : (OBJETO UTILIZADO NA GERACAO DA OCORRENCIA) , que estava sendo utilizado(a) pelo(a) Sr(a): JOSELITA MARIA DOS SANTOS

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

(VITIMA) - JOSELITA MARIA DOS SANTOS; Sexo: *Feminino*; Mãe: **SEBASTIANA BARBOSA DA SILVA**; Pai: **NÃO INFORMADO**; Data de Nascimento: **24/05/1977**; Naturalidade: **SAO JOSE DO EGITO / PERNAMBUCO / BRASIL**;
Documentos: **7577300 (RG) , 034.318.854-05 (CPF)**; Estado Civil: **NAO INFORMADO**; Escolaridade: **NAO INFORMADO**; Profissão: **NAO INFORMADO**; Telefone de Contato: **(81)9192-3691**; Telefone Celular: **NÃO INFORMADO**;
Endereço Residencial : **SITIO LAGES , 0; 55790-000; ZONA RURAL; TAQUARITINGA DO NORTE; PERNAMBUCO; BRASIL**

(OUTRO) - LILIANE BARBOSA DOS SANTOS; Sexo: *Feminino*; Data de Nascimento: **NÃO INFORMADO**;
Documentos: **2992 (RG) , 126.876.734-47 (CPF)**; Estado Civil: **NAO INFORMADO**; Escolaridade: **NAO INFORMADO**; Profissão: **NAO INFORMADO**; Telefone de Contato: **NÃO INFORMADO**; Telefone Celular: **NÃO INFORMADO**;
Endereço Residencial : **SITIO LAGES , 0; 55790-000; ZONA RURAL; TAQUARITINGA DO NORTE; ; BRASIL**

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

Categoria: **MOTOCICLETA**; Marca do Objeto: **HONDA**; Modelo do Objeto: **FAN 150**; Placa: **PGSS363**; Cor do Objeto: **PRETA**;
Quantidade: **1 (UNIDADE)**; Valor Unitário: **0,00 (REAL)**

Complemento / Observação

17

NO DIA 12 DE MAIO DE 2014, EU ESTAVA VOLTANDO PRA MINHA CASA CONDUZINDO A MOTO DE UMA AMIGA, JUNTAMENTE COM MINHA FILHA QUE IA NA GARUPA, QUANDO AO DESVIAR DE UM BURACO DA VIA, EU PERDI O CONTROLE DA MOTO E NOS CAIRMOS.

"Válida como certidão, mediante consulta no site oficial da Delegacia Pela Internet/SDS, no endereço eletrônico: servicos.sds.pe.gov.br/delegacia, de acordo com o Decreto nº 26.102, 06 de novembro de 2003."

Boletim de Ocorrência analisado e liberado pelo policial: **JAELSON BEZERRA DE MELO** - Matrícula: **1302345**

Delegacia pela Internet: A delegacia a serviço do cidadão.

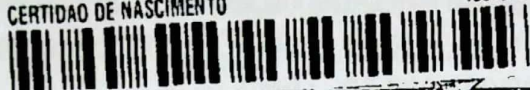


(EDR)
Serv. Téc. de Segs. Ltda.

04 JUL. 2014

PROTOCOLO

1004036



REGISTRO CIVIL

ESTADO DE: PernambucoMUNICÍPIO DE: Taquaritingado NorteDISTRITO DE: Pão de Açúcar

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

№2.992

RECEBIDA - 22-1-77
CARTÃO DO REGISTRO
MILITAR - PAÇO DE AÇÚCAR
DISTRITO DE

Maria Pena Tavares Maia Ferreira

OFICIAL do

REGISTRO CIVIL, em virtude da lei, etc.

CERTIFICO que às fls. 167 v. do livro "A" 03 do registro de

nascimento, foi feito o assento de Liliane Barbosa dos Santos
nascido no dia quatorze (14) de janeiro de mil novecentos e no-
venta e sete (1997).

às vinte e trinta (20:30) horas, no Hospital FAP, Campina Grande - PB. do sexo, Feminino

filho de Joselita Maria dos Santos

[illegible]

sendo avós paternos desconhecidos

X.X

X.X

e maternos Antonio Raimundo dos Santos

e Sebastiana Barbosa da Silva

Foi declarante a genitora

e serviram de testemunhas apresentou declaração de nascimento fornecida
pelo o Hospital acima referido.

OBSERVAÇÕES: registro feito hoje, na forma da Lei em vigor

Registrado em 08 de julho de 1998

O REFERIDO É VERDADE E DOU FÉ.

Pão de Açúcar

08 de julho

de 19 98

Belma Soares Maia Pereira
Oficial

Oficial



FUNDATA - Fundação Municipal de Saúde de Taquaritinga do Norte
Mantenedora do HOSPITAL GERAL SEVERINO PEREIRA DA SILVA
CNPJ - 01.683.480/0001-03

DOCUMENTAÇÃO MÉDICA HOSPITALAR

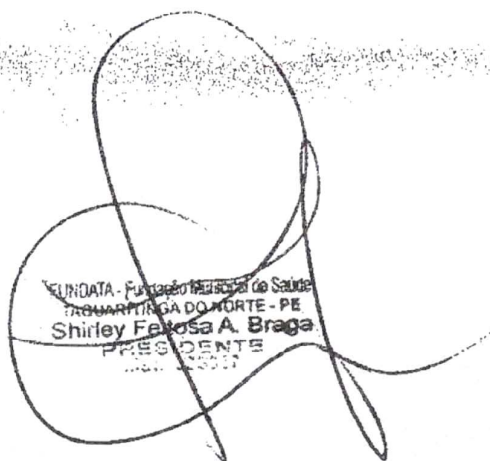
*10040



DECLARAÇÃO

Declaro para fins de direito, que a Sra. **Lillane Barbosa dos Santos**, deu entrada neste hospital no dia 12 de maio de 2014, em caráter de urgência, conforme consta em nosso arquivo Ficha Ambulatorial nº 216.699.

Taquaritinga do Norte, 22 de maio de 2014.


FUNDATA - Fundação Municipal de Saúde
TAQUARITINGA DO NORTE - PE
Shirley Feres A. Braga
PRESIDENTE



HOSPITAL GERAL SEVERINO PEREIRA DA SILVA

FOLHA DE INTERNAÇÃO E ALTA HOSPITALAR

ATEND. Nº: 216.699

DATA: 12.05.14

HORA: 14:43

Unidade de Saúde: HOSPITALAR GERAL SEVERINO PEREIRA DA SILVA

PACIENTE

Nome: Biliana Barbosa dos Santos

Sexo: F Idade: 19 Cor: B Categoria: M

Naturalidade: SC Estado Civil: casada

Endereço: St. Lucas Data de Nascimento: 14/01/95

Procedência: Tua do Norte

RESPONSÁVEL

Pessoa de quem depende: roxelle mc dos santos

Endereço: _____ Parentesco: filha

Trazido por: _____

Endereço: _____

OCORRÊNCIA

Local do Acidente: _____

Natureza do Acidente: _____ Data: ____/____/____ Hora: ____

☐ Casual ☐ Queda ☐ Acid. no Trabalho ☐ Acid. no Trânsito ☐ Intoxicação
☐ Agressão ☐ Tentativa de Suicídio ☐ Outras Causas

RECEPCIONISTA

ATENÇÃO MÉDICA

Atendimento: ☐ Clínico ☐ Cirúrgico

Pressão Arterial: _____ Hora do Atendimento Médico: _____

Temperatura: _____ °C MX MIN Pulso: _____ BPM

Queixa Principal e HDA: _____ Peso: _____

Queda sobre fratura de rins

Pix jouko D PA Terça

Voltar em 75mg Iglester

Genesio de Oliveira
Médico Ginecologista
R. 127.144-RCM-1997
R. 0534/Ginecologia

Exame Físico:

Cicatrizada 100

Cicatrizada 100

Tratado com Iglester

Hipótese Diagnóstica

PROTÓCOLO

Genesio de Oliveira
Médico Ginecologista
R. 127.144-RCM-1997
R. 0534/Ginecologia



MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

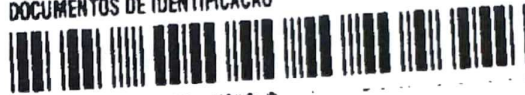


Número 068947 Série 00108

Liliane Barbosa dos Santos
ASSINATURA DO PORTADOR



DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO



*1004037

QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome LILIANE BARBOSA DOS SANTOS

Loc. Nasc. CAMPINA GRANDE Est. PB Data 14/01/1997

Filiação JOSELITA MARIA DOS SANTOS

Doc. Nº CN 2992 L.A-03, F.W. 167V, CART. TAB. DO NORTE PE

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em / / Doc. Ident. Nº

Exp. em / / Estado

Obs.:

Data Emissão 27/05/2014 SRTE TAB. DO NORTE PE

Assinatura do Funcionário
Necacio José de Figueiredo

(EDR)
Serv. Téc. de Segs. Ltda

04 JUL. 2014

PROTOCOLO



CPF

CORREIOS

Via FCPF

FC0307/34

IF 35313328 0 BR



Caixa..... 51557815 Matrícula..... 00000000
 Lançamento..... (X) Atendimento..... 00003
 Modalidade..... A Vista

DESCRICAO	QTD.	FRECO(R\$)
CPF - INSCRICAO	1	5.70+
Valor do Porte(R\$)...	5.70	
OBJETO.....	IF353133280BR	

Valor Declarado não solicitado(R\$)
 No caso de objeto com valor, faça seguro,
 declarando o valor do objeto.

VALOR EM DINHEIRO(R\$): 5.70
 VALOR RECEBIDO(R\$)=> 22.00

TROCO(R\$)=> 16.30

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO

Tipo de Serviço..... CPF - INSCRICAO
 Código de Atendimento..... IF353133280BR
 Data e Hora..... 21/05/2014 11:04:01
 CPF do Contribuinte..... (126.876.734-47)
 Nome Completo..... LILIANE BARBOSA DOS SANTOS
 Data de Nascimento..... 14/01/1997
 Sexo..... FEMININO
 Nome da Mãe..... JOSELITA MARIA DOS SANTOS
 Título de Eleitor..... 0000000000000
 Naturalidade..... CAMPINA GRANDE
 UF Naturalidade..... PB
 Logradouro..... SETOR LAJES
 Número.....
 Complemento.....
 Bairro/Distrito..... ZONA RURAL
 Município..... TAQUARITINGA DO NORTE
 UF..... PE
 CEP..... 55790000
 Telefone.....
 Celular.....
 Indicador de Impressão: 4
 Código de Ocorrência.: 00

MINISTÉRIO DA FAZENDA
 Secretaria da Receita Federal do Brasil
 COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO NO CPF
 (Válido somente com documento de identificação.)
 Nº do CPF: 126.876.734-47
 Nome: LILIANE BARBOSA DOS SANTOS
 Data de Nascimento: 14/01/1997
 Comprovante emitido às 11:03:41 do dia
 21/05/2014 (hora e data de Brasília)
 Código de Controle do Comprovante:
 COTE.66FF.0E77.4C19
 Dígito Verificador: 00
 A autenticidade deste comprovante deverá
 ser confirmada na Internet, no endereço:
<http://www.receita.fazenda.gov.br>
 (Modelo aprovado pela IN RFB nº 1.042,
 de 10 de Junho de 2010)
 Emitido por: CORREIOS



SERV. POSTAIS: DIREITOS E DEVERES-LEI 6538/78

CAC - CAPITAIS E REGIÕES METROP 30030100.
 DEMAIS LOCALIDADES 08007257282 SUGESTÕES E
 RECLAMAÇÕES 08007250100

VIA-CLIENTE

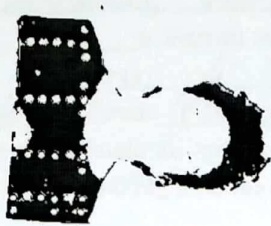
SARA 7.0.00



23

CARTEIRA LADO FRENTE

01R-59



Fora da lista masiada das Santos

CARTEIRA DE CONTRA FRENTE

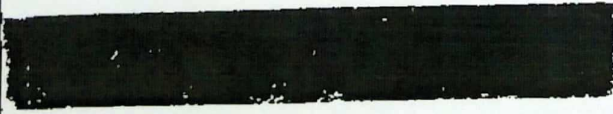
CPF

(EDR)
Serv. Téc. de Segs. Ltda

04 JUL. 2014

PROTOCOLO

CARTEIRA



7 577 300

21/05/2014

<< JORNALISTA MARIA DOS SANTOS >>

JOSE RAIMUNDO DOS SANTOS

SEBASTIAO BARBOSA DA SILVA

26/05/1977

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Liliane Barbosa dos Santos, portador da carteira de identidade nº _____ e inscrito no CPF/MF sob o nº 52687673497, residente e domiciliado na Farm. de Sampa, N° 108 Cidade Santa Cruz do Capão Estado Pernambuco, 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:

☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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

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

José Maria dos Santos
Liliane Barbosa dos Santos
Assinatura do declarante

conforme documento de identificação

Santa Cruz do Capão - 30/07/14

Local e data



Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados da beneficiária da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Heliane Barbosa do Santo

PORTADOR(A) DO RG Nº _____

EXPEDIDO POR _____

EM ____/____/____

CPF 126876734-47 / CNPJ _____, PROFISSÃO _____

E RENDA MENSAL DE R\$ _____ (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Heliane Barbosa do Santo, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susesp nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar a reapresentação de um pagamento, lembre-se:

1) Os seguintes documentos não devem, de forma nenhuma, ser apresentados:

- Conta salário ou benefício;
- Conta pessoa jurídica;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL: atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Conta Econômica Federal);
- Conta-POUPANÇA operação 023 da CEF sobre as Reservas Legais com limite de movimentação financeira mensal de até R\$2000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (não será aceita proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);

2) O CPF do beneficiário/vítima não pode estar inválido, pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL - www.receita.fazenda.gov.br);

3) O CPF da conta informada para depósito não pode ser diferente do CPF cadastrado no SIEDPVAT Sinistro.

- ☐ CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)
BANCO _____ AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) - CONTA-CORRENTE _____
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO PARANÁ
BANCO 237 - AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) - CONTA-POUPANÇA _____
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL
BANCO 001 - AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) - CONTA-POUPANÇA _____
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ
BANCO 341 - AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) - CONTA-POUPANÇA _____
- ☒ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CADIA ECONÔMICA FEDERAL
BANCO 104 - AGÊNCIA 1038 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) - CONTA-POUPANÇA 20.389-6

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MESMA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESORTAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL Santa Luz do Sul - SC DATA 30/05/14

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A)

Heliane Barbosa do Santo
Heliane Barbosa do Santo

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.900,00 em caso de morte (valor que será pago aos legítimos beneficiários, obedecendo à legislação vigente na data do acidente); indenização de até R\$13.900,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.

Para consultar o valor do crédito de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

26

(EDR)
Serv. Téc. de Sags. Ltda.
22 OUT. 2014
PROTOCOLO

CAIXA
CAIXA ECONOMICA FEDERAL

AUTO-ATENDIMENTO - AG 29 de Dezembro

DATA: 02/07/2014

HORA: 13:38:41

TERMINAL: 47581002

CONTROLE: 475810020318

CONTA CREDITADA: 1038 013 00020387-6

NOME: LILIANE BARBOSA DOS SANTOS

VALOR TOTAL EM DINHEIRO: 5,00

NÚMERO DO ENVELOPE: 3672757120

NÚMERO DE CONTROLE: 183234397

A confirmação do depósito se dará pelo
lançamento do valor na conta do favorecido após
a abertura do envelope e a verificação dos
valores contidos.

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC-CAIXA: 0800-726-0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800-725-7474

www.caixa.gov.br

COMPROVANTE DE RESIDENCIA

1004040



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Liliane Barbosa dos Santos

RG nº _____, data de expedição ____/____/____ Órgão _____

CPF nº 126.836.734-7, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Prça)	<u>Sumaré</u>
Número	<u>24</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Lehal</u>
Cidade	<u>Montema</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>55.125-000</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 9192-3691</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Santa Cruz do Capibaribe - 12/09/14Assinatura do Declarante: Liliane Barbosa dos Santos
Liliane Barbosa Santos.

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-002
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0005943-90 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
MARIA DO SOCORRO DA SILVA

ENDERECO DA ULTRADE CONSUMIDORA
RUA SUIOBIM 24

CPF: 882 345.764-53

COHAB/TORITANA
TORITANA PE
55125-000

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofásico

RF DA NOTA FISCAL 001013560	SERIE UNICA	5. EMISSAO 10/07/2014
APRESENTACAO 24/07/2014	Nº DO CLIENTE 2002123723	Nº DA INSTALACAO 3895638

CARTA CONTRATO		MESARIO	
1831257010		07/2014	
DATA DE VENCIMENTO		OCCUPACAO PROFISSIONAL	
31/07/2014		11/08/2014	
TOTAL A PAGAR (R\$)		93,44	

DESCRICAÇÃO DA NOTA FISCAL		QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(KWh)		173,0000000	0,49785441	85,73
Contribuição Iluminação Pública				7,98
ICMS Subvenção-CDE-NF 001280185-13/12/13				1,08
Multa por atraso-NF 001074317 - 08/05/14				2,47
Juros por atraso-NF 001074317 - 09/05/14				0,85
Pagamento Interrupção Energia				-4,12

43-46581308201-4444593, 440013410

SEI

TOTAL DA FATURA

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA HOJA FISCA									
Nº DO RECEIÇÃO	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (MTR)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
301014254	CAT	10/09/2014	12 895,00	10/01/2014	12 838,00	30	1,00000		173,00

Mês	Consumo (m³)
1979 JAN	280
1979 FEB	180
1979 MAR	220
1979 ABR	200
1979 MAI	210
1979 JUN	230
1979 JUL	240
1979 AGO	250
1979 SET	260
1979 OUT	270
1979 NOV	280
1979 DEZ	290
1980 JAN	270

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

INFORMAÇÕES DE INTERESSE GERAL

A partir de 2013 entrará em vigor o sistema de licenciamento eletrônico em www.e-lic.gov.br. O sistema de licitação por meio eletrônico será utilizado para a aquisição de bens e serviços, inclusive para a contratação de obras e serviços de engenharia, de acordo com o Edital 14/2013-0004/CE, no prazo máximo de 60 (sessenta) dias contados a partir da publicação do Edital no Diário Oficial do Estado do Ceará. O prazo de validade do Edital será de 180 (cento e oitenta) dias, contados a partir da publicação do Edital no Diário Oficial do Estado do Ceará. O prazo de validade do Edital será de 180 (cento e oitenta) dias, contados a partir da publicação do Edital no Diário Oficial do Estado do Ceará.

Não houve debate de 2011 e anos anteriores. Elio de Souza, da indústria, não é empresário de empresas de construção de computadores, de máquinas de fazer sorvetes nem de lã (art. 1.º, § 2.º, III). Esta decisão não dá aos órgãos de fiscalização do comércio livre trânsito às decisões judiciais que se derem no cabimento e fim do processo tributário.

WVLP CP, F-105

(EDR)
Serv. Téc. de Segs. Ltda.
04 JUL. 2014
PROTOCOLO