

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

**COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOSÉ DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-83**



Grupo Neoenergia

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

GEOVANO GAIÃO BORBA
CPF: 780.656.494-78

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDOR

RUA VIG. HENRIQUE 222 - B

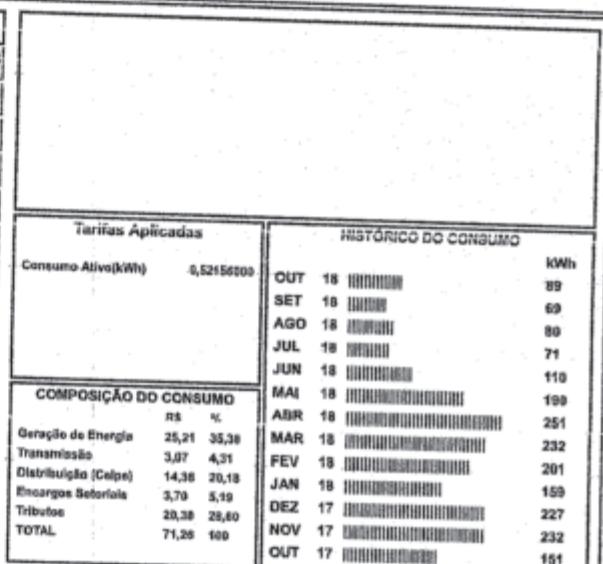
CENTRO/TIMBAUBA
55870-000 TIMBAUBA PE

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

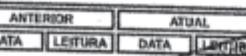
DATA DE VENCIMENTO 15/10/2018	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 05/10/2018	CONTA CONTRATO 007004026599
TOTAL A PAGAR (R\$) 38,33	DATA DA APRESENTAÇÃO 05/10/2018	Nº DO CLIENTE 2001121529
	NÚMERO DA NOTA FISCAL 034097717	Nº DA INSTALAÇÃO 0005229397
CLASSIFICAÇÃO	B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásico	
RESERVADO AO FISCO	1607.9849,3085.84FF.34B1.4D0E.0602.FC1D	

DESCRICAO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO		QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)		89,00	0,73088088	65,0
Acréscimo Bandeira VERMELHA				6,2
Contrib. Ilum. Pública Municipal				6,18
ICMS Subvenção-CDE-NF 022761310-05/07/18				0,41
Restituição de Unidade Consumidora				7,62
Multa por atraso-NF 026593674 - 06/08/18				1,35
Multa por atraso-NF 022761310 - 05/07/18				1,16
Juros por atraso-NF 026593674 - 06/08/18				0,79
Juros por atraso-NF 022761310 - 05/07/18				1,47
Atuaização IGPM-NF 026593674 - 06/08/18				0,49
Atuaização IGPM-NF 022761310 - 05/07/18				0,28
Devolução Pagamento em Duplicidade				53,33
TOTAL DA FATURA				38,33



DEMONSTRATION OF POLYMER

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL								
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA			
00000000000010170123	CAT	04/08/2018	12.150,00	05/08/2018	12.150,00	31	0,00	0,00
 CONTROLE NÃO VERIFICADO								
DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 07/11/2018								
157 2018								

[DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA - 2011]

04 DEZ 2018

INFORMATIONS MUNICIPALES

Pague no ponto mais perto de você! comercial alvino / comercial antonio vicente 95 centro / comercial alvino:
r monsenhor Jose marques da fonscada 71 apto 1º
Na data de leitura a bandeira em vigor é a Vermelha. Mais informações em www.aneel.gov.br.
O cliente é compensado quando há violação na constituição individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2% (Res414/ANEEL) Juros 1% a.m./Lei 10.438/02 e atualização monetária no prazo. ms
O Cliente é compensado quando há descumprimento de prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

DURACÃO E FREQUÊNCIA DAS

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR AFIRADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
ago/2018					
DIC-No.de horas sem Energia	TIMBAUBA	0,00	6,15	12,30	24,60
FIC-No.de vezes sem Energia		0,00	3,42	6,85	13,70
DMIC-Duração máxima de Interrupção contínua		0,00	3,63	6,99	0,00
DICRI-Duração da interrupção em dia crítico			Limite DICRI: 12,22		
EUBD-Voltar do Encargo de Uso = R\$ 24,50					
<small>Todo Consumidor pode se solicitar a autorização das indicações: DEP, DEE, MASEC, - etc...</small>					

NIVEIS DE TENSÃO

NÍVEIS DE TENSÃO			
TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)		
	<table border="1"> <tr> <td>MÍNIMO</td> <td>MÁXIMO</td> </tr> </table>	MÍNIMO	MÁXIMO
MÍNIMO	MÁXIMO		

AUTENTICAÇÃO NEGLIGIDA

**Evite dobrar, perfurar ou rasurar.
Este canhoto será usado em leitora ótica.**

DESTRAQUE AQUI	CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO
	007004026599	10/2018	38,33	15/10/2018

AUTENTICACIÓN MÉDICA

388600000000 383300110075 004026599107 131351720630

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

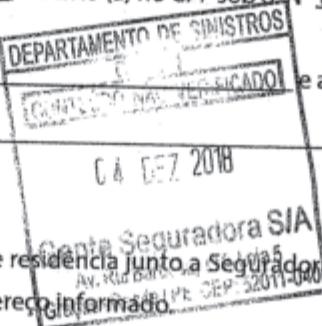
¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

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

Pelo exposto, eu Dylene Karla Guedes P. Silva inscrito (a) no CPF/CNPJ 009.847.614 / 97, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Ricardo de Araújo Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 046.024.304 / 73, do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima Ricardo de Araújo Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 046.024.304 / 73, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar



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

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

Endereço	Rua Iracálio Henrique	Número	222	Complemento	Casa
Bairro	Lentio	Cidade	Timbaúta	Estado	PE
Email	meusessoria@gmail.com	Telefone comercial(DDD)	(81)99113-7889	Telefone celular (DDD)	(81)99933-7242

Timbaúta 30 de Outubro de 2018
 Local e Data

Dylene Karla Guedes Pereira Silva
 Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Cláudio José de Oliveira.

RG nº 62.38069, data de expedição 28/01/1999
Órgão SSP PE, portador do CPF nº 038.412.654-56, com
domicílio na cidade de Vicência, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua do campo, casa/ruivo, Traguilhos, nº 50,
complemento casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Ricardo de Araújo Silva, cujo o condutor era
Ricardo de Araújo Silva.

Veículo: Motocicleta

Modelo: Honda CG 125 FAN

Ano: 2009

Placa: KJW 9895

Chassi: 9C23C4M09R034952

Data do Acidente: 12 de Agosto de 2018

Local e Data: Vicência, 1-09-2018



Cláudio José de Oliveira. autenticidade.

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

CARTÓRIO ÚNICO - SERVIÇOS NOTARIAIS E REGISTRALIS		TITULAR: ANDRÉ CESÁRIO DE ALBUQUERQUE NETO	TELEFONE: (81) 36411-176
Reconheço a firma por Autenticidade de: CLÁUDIO JOSE DE OLIVEIRA. Em Testemunho () da verdade, dou fé.			
Vicência: <u>Cláudio</u> Maria Roseliida de Lima Silva - Subst.			
de Lima Silva - Substituta do tabelião e Oficial.			
Emolumentos R\$ 3,59, TRNS R\$ 0,80, FERC R\$ 0,40 total R\$ 4,89			
Selos: 0076786.EAV08201801.01379 13/09/2018 15:55:07			
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/seledigital			

PE
Tabelião de Nota Pública - Tabelião de Nota Pública
Maria Roseliida de Lima Silva - Subst.
José Cavalcante de Souza - Subst.
Fone: (81) 32673309/430. Fone: (81) 32673309/430
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Gracás - Recife/PE CEP: 52011-040

REPARTIMENTO DE SINISTRO
DPVAT
BONDE 20 NÃO VERIFICADO
04 DEZ 2018

VICÊNCIA

Sec. Municipal de Saúde

SAÚDE DE VICÊNCIA



PRONTO ATENDIMENTO

REGISTRO 19.633

Em 12 de Agosto de 2018 Hora: 10:40

- Consulta Simples
 Consulta com OBS.

Nome: Ricardo Andrade Silva
 Sexo: Masculino Feminino CN: 25105/83 Idade: 35 Anos Estado Civil: Casado
 Endereço: Tuguiúlio Cidade: Victoria Fone:

Cartão do SUS:

Filiação:

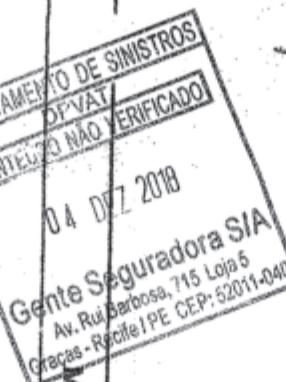
Queixa Principal: Fratura de fêmur com queda de moto

Exame Físico: extensão limitada de movimento da articulação do quadril e cicatriz na ferida de
 Pressão Arterial = X Temperatura = Odometria = HGT = 133 MDP

Prescrição Médica: ① Analgésico: Flunisol 01 compr. + 100ml 3% 99% etanogesia
 ② Transfusão pl-HbV (braume). Série: 5489168

Rebeca Galdino
 CRM-PB 26872

Auxiliar de Enfermagem



Médico

CARTÓRIO ÚNICO - SERVIÇOS NOTARIAIS REGISTRALIS
 Titular: Amaury Césario da Almeidinha Neto
 Telefone: (81) 3541-1176

Certifico que a presente Cópia é a reprodução fiel da original, em testo da verdade, dono Fá. Vicência Maria Rosalinda de Lima
 Maria Rosalinda de Lima Silva - Subst.
 José Cavalcante de Souza - Subst.

SERVIÇOS AVAISADOS, REGISTROS - VICÊNCIA - PE
 André Cesário da A. Neto - Tab. Públ.
 Maria Rosalinda de Lima Silva - Subst.
 José Cavalcante de Souza - Subst.
 CRMF: 11.326-Reg/04/30 - Fone (81) 3441-1176
 Celular: 9.8111-0100 - E-mail: vicencia@vicencia.pe

RISCOALDO DE ARAUJO SILVA	01093879
616881	MASCULINO
35a 3m 11d	CLINICA ORTOPEDIA, CLORT 13102

Relatório de Alta Hospitalar
ORTOPEDIA/TRAUMATO

Diagnóstico:

HG: FRATURA FECHADA DIAFISARIA DE FEMUR DIREITO
HHA: PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO EVOLUINDO COM FRATURA FECHADA DIAFISÁRIA DE FEMUR DIR.

Tratamento:

17/08/18 - SUBMETIDO A APOSIÇÃO DE TRAÇÃO TRANSTIBIAL EM TÍBIA DIREITA
29/08/18 - SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS - DR. MACHADO
29/08/18 - SORTEIO DE SISTEMA DE DRAINAGEM

OBS:

ALTA HOSPITALAR COM RETORNO AO AMBULATORIO DO TRAUMA EM 7 DIAS, A PARTIR DE HOJE, SEM FALTA
FORNECO ATÉ ESTADO E LAUDO + RECEITA DE CEFALEXINA 500MG, 6/6H, POR 10 DIAS E SINTOMÁTICOS + INJETAS
FISIOTERAPY + SOLICITAÇÃO DE UM PAR DE MULETAS CANADENSES + SOLICITAÇÃO DE RX NOVO PARA O PÉ DIREITO

Condições Clínicas (no momento da Alta):

PACIENTE EVOLUI ESTÁVEL E SEM QUEIXAS NO MOMENTO. DIURESE ESPONTÂNEA.
PULMÃO E SEM SINAIS FLOGÍSTICOS. AMPLITUDE DE MOVIMENTO DE JOELHO DIREITO DE CERCA DE 60°

DATA DA INTERNAÇÃO	DATA DA ALTA
12/08/2018	04/09/2018

Dra. Hanna Emile
Médica
CREMESP 984 / CRM-PE 26633

HANNA EMILE RODRIGUES MOTA NICOLAU - CRM-PE 26633



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

H O S P I T A I

Getúlio Vargas

Av. General San Martin, S/N, Cordeiro, Recife/PE

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

H O S P I T A I

Getúlio Vargas

Av. General San Martin, S/N, Cordeiro, Recife/PE

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o **RISOALDO DE ARAUJO SILVA, 35 anos**, esteve internado (a) no setor de Traumato-Ortopedia deste serviço do dia 12/08/2018 ao dia 04/09/2018 para tratamento médico-hospitalar. Necessita de 30 (TRINTA) dias de afastamento das atividades habituais para prosseguir tratamento clínico, a partir da data de hoje.

CID 10: S 72.3

Dra. Hanna Emile
Médica
CREMEC 17984 / CRM-PE 26633

Recife, 04/09/2018

LAUDO MÉDICO

Declaro para os devidos fins **RISOALDO DE ARAUJO SILVA, 35 anos**, esteve internado (a) no setor de Traumato-Ortopedia deste serviço do dia 12/08/2018 ao dia 04/09/2018 para tratamento médico-hospitalar.

CID 10: S 72.3

Deixo a cargo do **MÉDICO PERITO** avaliar questões trabalhistas e afins.

Dra. Hanna Emile
Médica
CREMEC 17984 / CRM-PE 26633

Recife, 04/09/2018

616881

MASCULINO

35a 3m 11d

CLINICA ORTOPEDIA, CLORT

Relatório de Alta Hospitalar

ORTOPEDIA/TRAUMATO

Diagnóstico:

NR. FRACTURA FECHADA DIAFISÁRIA DE FEMUR DIREITO

HOMO. PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO EVOLUINDO COM FRACTURA FECHADA DIAFISÁRIA DE FEMUR DIREITO

Tratamento:

27/08/18 - SUBMETIDO A APOSIÇÃO DE TRAÇÃO TRANSTIBIAL EM TIBIA DIREITA

29/08/18 - SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS - DR MARCELA

OBS:

ALTA HOSPITALAR COM RETORNO AO AMBULATORIO DO TRAUMA EM 7 DIAS, A PARTIR DE HOJE, SEM FALTA.
 FORNEÇO ATESTADO E LAUDO + RECEITA DE CEFALEXINA 500MG, 6/6H, POR 10 DIAS E SINTOMÁTICOS + CONSERTAÇAO
 FISIOTERAPIA + SOLICITAÇÃO DE UM PAR DE MULETAS CANADENSES + SOLICITAÇÃO DE RX NOVO PARA O PÉ DIREITO.

Condições Clínicas (no momento da Alta)

PACIENTE EVOLUI ESTÁVEL E SEM QUEIXAS NO MOMENTO. DIURESE ESPONTANEA.

PULMÃO SEM SINAIS FLOGÓSTICOS. AMPLITUDE DE MOVIMENTO DE JOELHO DIREITO DE CERCA DE 50°.

DATA DA INTERNACAO	DATA DA ALTA
12/08/2018	04/09/2018

Recife, 04 DE SETEMBRO DE 2018

Dra. Hanna Emile
Médica
CREMEC 1984 / CRM-PE 26833

HANNA EMILE RODRIGUES MOTA NICOLAU

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17 DEZ 2018

Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE



Leterbot - 21-200 - 1990 -





616881

MASCULINO

35a 3m 11d

CLINICA ORTOPEDIA, CLORT

Relatório de Alta Hospitalar

ORTOPEDIA/TRAUMATO

Diagnóstico:

NR. FRACTURA FECHADA DIAFISÁRIA DE FEMUR DIREITO

HOMO. PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO EVOLUINDO COM FRACTURA FECHADA DIAFISÁRIA DE FEMUR DIREITO

Tratamento:

27/08/18 - SUBMETIDO A APOSIÇÃO DE TRAÇÃO TRANSTIBIAL EM TIBIA DIREITA

29/08/18 - SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS - DR MARCELA

OBS:

ALTA HOSPITALAR COM RETORNO AO AMBULATORIO DO TRAUMA EM 7 DIAS, A PARTIR DE HOJE, SEM FALTA.
 FORNEÇO ATESTADO E LAUDO + RECEITA DE CEFALEXINA 500MG, 6/6H, POR 10 DIAS E SINTOMÁTICOS + CONSERTAÇAO
 FISIOTERAPIA + SOLICITAÇÃO DE UM PAR DE MULETAS CANADENSES + SOLICITAÇÃO DE RX NOVO PARA O PÉ DIREITO.

Condições Clínicas (no momento da Alta)

PACIENTE EVOLUI ESTÁVEL E SEM QUEIXAS NO MOMENTO. DIURESE ESPONTANEA.

PULMÃO SEM SINAIS FLOGÓSTICOS. AMPLITUDE DE MOVIMENTO DE JOELHO DIREITO DE CERCA DE 50°.

DATA DA INTERNACAO

12/08/2018

DATA DA ALTA

04/09/2018

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17 DEZ 2018

Gente Seguradora S/A
 Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
 Recife - PE

Recife, 04 DE SETEMBRO DE 2018

 Dra. Hanna Emile
 Médica
 CRM-PE 1984 / CRM-PE 26833

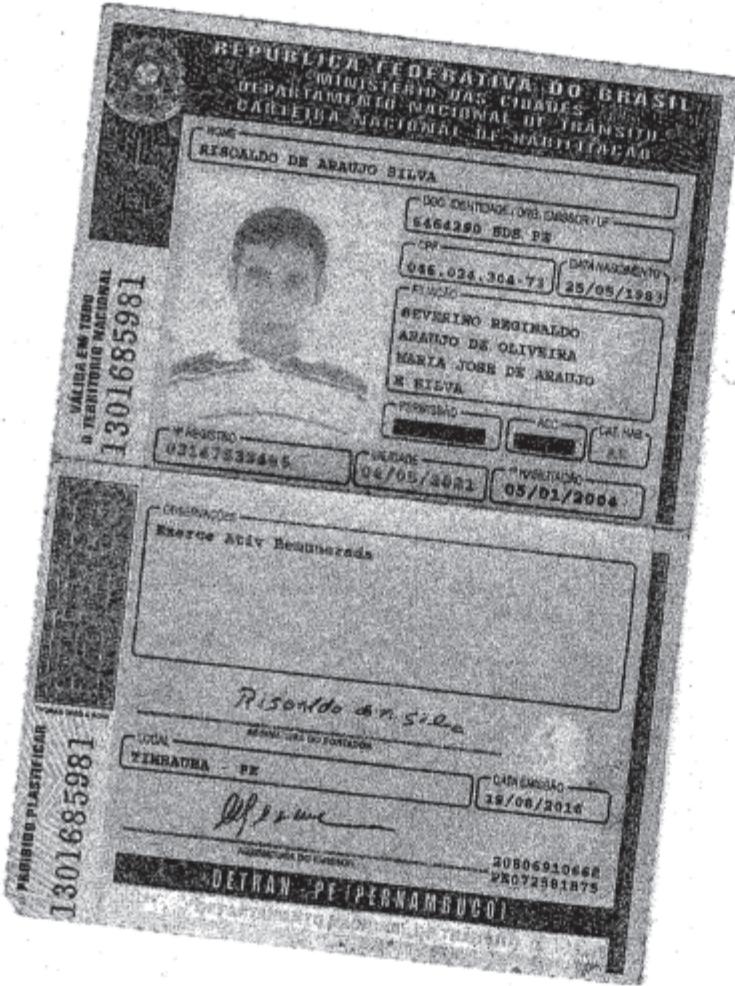
HANNA EMILE RODRIGUES MOTA NICOLAU

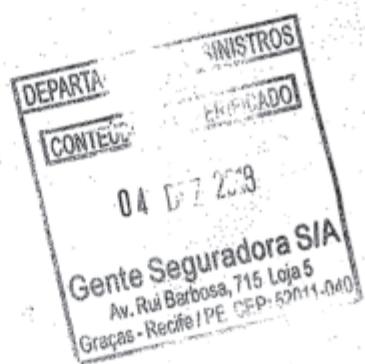


Leterbot - 21-200 - 1990 -









REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETTRAN - PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	1	CPF/CNPJ	Nº 013932309510
COB. PENALVIDA		EXERCÍCIO	2018
BENIF.C.		DATA EMISSÃO	18/02/18
		PLACA	KJ8895

CLAUDIO JOSÉ DE OLIVEIRA

NOME

NO

VICENÇA-PE

CPF/CNPJ

PLACA

VIA

038-412-654-56

EXERCÍCIO

2018

DATA EMISSÃO

18/02/18

PLACA

KJ8895

VIA

038-412-654-56

EXERCÍCIO

2018

DATA EMISSÃO

18/02/18

PLACA

KJ8895

VIA

038-412-654-56

EXERCÍCIO

2018

DATA EMISSÃO

18/02/18

PLACA

KJ8895

VIA

038-412-654-56

EXERCÍCIO

2018

DATA EMISSÃO

18/02/18

PLACA

KJ8895

VIA

038-412-654-56

EXERCÍCIO

2018

DATA EMISSÃO

18/02/18

PLACA

KJ8895

VIA

038-412-654-56

EXERCÍCIO

2018

DATA EMISSÃO

18/02/18

PLACA

KJ8895

VIA

038-412-654-56

EXERCÍCIO

2018

DATA EMISSÃO

18/02/18

PLACA

KJ8895

VIA

038-412-654-56

EXERCÍCIO

2018

DATA EMISSÃO

18/02/18

PLACA

KJ8895

VIA

038-412-654-56

EXERCÍCIO

2018

DATA EMISSÃO

18/02/18

PLACA

KJ8895

VIA

038-412-654-56

EXERCÍCIO

2018

DATA EMISSÃO

18/02/18

PLACA

KJ8895

VIA

038-412-654-56

EXERCÍCIO

2018

DATA EMISSÃO

18/02/18

PLACA

KJ8895

VIA

038-412-654-56

EXERCÍCIO

2018

DATA EMISSÃO

18/02/18

PLACA

KJ8895

VIA

038-412-654-56

EXERCÍCIO

2018

DATA EMISSÃO

18/02/18

PLACA

KJ8895

VIA

038-412-654-56

EXERCÍCIO

2018

DATA EMISSÃO

18/02/18

PLACA

KJ8895

VIA

038-412-654-56

EXERCÍCIO

2018

DATA EMISSÃO

18/02/18

PLACA

KJ8895

VIA

038-412-654-56

EXERCÍCIO

2018

DATA EMISSÃO

18/02/18

PLACA

KJ8895

VIA

038-412-654-56

EXERCÍCIO

2018

DATA EMISSÃO

18/02/18

PLACA

KJ8895

VIA

038-412-654-56

EXERCÍCIO

2018

DATA EMISSÃO

18/02/18

PLACA

KJ8895

VIA

038-412-654-56

EXERCÍCIO

2018

DATA EMISSÃO

18/02/18

PLACA

KJ8895

VIA

038-412-654-56

EXERCÍCIO

2018

DATA EMISSÃO

18/02/18

PLACA

KJ8895

VIA

038-412-654-56

EXERCÍCIO

2018

DATA EMISSÃO

18/02/18

PLACA

KJ8895

VIA

038-412-654-56

EXERCÍCIO

2018

DATA EMISSÃO

18/02/18

PLACA

KJ8895

VIA

038-412-654-56

EXERCÍCIO

2018

DATA EMISSÃO

18/02/18

PLACA

KJ8895

VIA

038-412-654-56

EXERCÍCIO

2018

DATA EMISSÃO

18/02/18

PLACA

KJ8895

VIA

038-412-654-56

EXERCÍCIO

2018

DATA EMISSÃO

18/02/18

PLACA

KJ8895

VIA

038-412-654-56

EXERCÍCIO

2018

DATA EMISSÃO

18/02/18

PLACA

KJ8895

VIA

038-412-654-56

EXERCÍCIO

2018

DATA EMISSÃO

18/02/18

PLACA

KJ8895

VIA

038-412-654-56

EXERCÍCIO

2018

DATA EMISSÃO

18/02/18

PLACA

KJ8895

VIA

038-412-654-56

EXERCÍCIO

2018

DATA EMISSÃO

18/02/18

PLACA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180569390 **Cidade:** Vicência **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RISOALDO DE ARAUJO SILVA **Data do acidente:** 12/08/2018 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DO FÉMUR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:
Observações:

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: FERNANDA CARDOSO GUERRA FONSECA

CRM: 533427

UF do CRM: RJ

Assinatura:

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Fernanda Cardoso Guerra Fonseca".

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180569390 **Cidade:** Vicência **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RISOALDO DE ARAUJO SILVA **Data do acidente:** 12/08/2018 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DO FÉMUR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180569390 **Cidade:** Vicência **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RISOALDO DE ARAUJO SILVA **Data do acidente:** 12/08/2018 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DO FÊMUR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: A FALTA DE APRESENTAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO HOSPITALAR DE INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO INVIAILIZOU ESTABELECEM A RELAÇÃO ENTRE O ACIDENTE OCORRIDO E AS SEQUELAS INFORMADAS NOS DOCUMENTOS MÉDICOS APRESENTADOS. PORTANTO, DEVE-SE APRESENTAR EM COMPLEMENTO, AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:

- RELATÓRIO MÉDICO DA INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO COM DESCRIÇÃO DO TRATAMENTO REALIZADO OU EM CURSO;
 - LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM, CASO REALIZADOS DURANTE A INTERNAÇÃO, TAIS COMO: RAIO X, TOMOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E DE CONTROLE PÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO OU TRATAMENTO CONSERVADOR, COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO E DATA DE REALIZAÇÃO;
 - EM CASO DE CIRURGIA ENVIAR FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, DESCREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA. TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARS, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL.
- NÃO SÃO SUFICIENTES PARA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, DOCUMENTOS, SOMENTE, EMITIDOS POR ENFERMAGEM OU OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE QUE NÃO SEJAM EMITIDOS POR MÉDICOS.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PROCURAÇÃO

Outorgante Risoaldo de Araujo Silva, brasileiro(a), estado Civil só casado, profissão motorista, residente e domiciliado à Rua 15 de Novembro, nº 41, bairro Trigueiros, Município de Vicência, Estado PE, CEP 55850-000, RG nº 64.642.90, órgão emissor SDS/PG e CPF nº 016.024.304-73

Outorgado(a): Ayane Karla Guedes Pereira Silva, inscrito(a) no CPF sob o nº 009.847.614-97, Carteira de Identidade nº 5.968.745, órgão emissor SDS-PE, estado civil casada, autônoma, com endereço a Rua José Mariano, 66-A, Centro, Timbaúba-PE.

Por este instrumento particular de procuração, o(a) outorgante nomeia e constitui o(a) Outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à

Seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Risoaldo de Araujo Silva, ocorrido em 12/08/2018, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

Podendo o(a) dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de condição, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

Timbaúba, 30 de Outubro de 2018



SERVIÇOS NOTARIAIS E REGISTRALIS - VICÉNCIA - PE

André Cesário de A. Neto - Tab. Públ. Maria Rosenilda de Lima Silva - Subst.

José Cavalcante de Souza - Subst.

CNPJ/MF:11.326.752/0001-30 - Fone (81) 3641-1176
Rua Oliveira Faria, nº 36 - Centro - Vicência - PE

CARTÓRIO ÚNICO - SERVIÇOS NOTARIAIS E REGISTRALIS

Titular: ANDRÉ CESÁRIO DE ALBUQUERQUE NETO

Telefone: (81) 36411-176

Reconheço a firma por Autenticidade de: RISOALDO DE

ARAUJO SILVA. Em Testemunho da verdade; dou fé.

Vicência: Maria Rosenilda de Lima Silva Maria Rosenilda

de Lima Silva Substituta do Tabelião e Oficial.

Emolumentos R\$ 1,59, TRNS R\$ 0,80, FERC R\$ 0,40 tot.

Selo: 0076786.T0008201801.01685 18/09/2018 10:03:31

Consulte autenticidade em www.tipa.tjpe.jus.br

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autent.



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0437569/18

Vítima: RISOALDO DE ARAUJO SILVA

CPF: 046.024.304-73

CPF de: Próprio

Data do acidente: 12/08/2018

RISOALDO DE ARAUJO
SILVA

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

AYANE KARLA GUEDES PEREIRA SILVA : 009.847.614-97

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

RISOALDO DE ARAUJO SILVA : 046.024.304-73

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 04/12/2018
Nome: AYANE KARLA GUEDES PEREIRA SILVA
CPF: 009.847.614-97

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/12/2018
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

AYANE KARLA GUEDES PEREIRA SILVA

JULIANA BEZERRA DE LUNA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0437569/18

Número do Sinistro: 3180569390

Vítima: RISOALDO DE ARAUJO SILVA

CPF: 046.024.304-73

CPF de: Próprio

Data do acidente: 12/08/2018

Titular do CPF: RISOALDO DE ARAUJO SILVA

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médica-hospitalar

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 17/12/2018
Nome: AYANE KARLA GUEDES PEREIRA SILVA
CPF: 009.847.614-97

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/12/2018
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

AYANE KARLA GUEDES PEREIRA SILVA

Marta Marinho dos Santos

Rio de Janeiro, 06 de Dezembro de 2018

Aos Cuidados de: **RISOALDO DE ARAUJO SILVA**
Nº Sinistro: **3180569390**
Vítima: **RISOALDO DE ARAUJO SILVA**
Data do Acidente: **12/08/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **AYANE KARLA GUEDES PEREIRA SILVA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180569390**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

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, 10 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180569390

Vítima: RISOALDO DE ARAUJO SILVA

Data do Acidente: 12/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: AYANE KARLA GUEDES PEREIRA SILVA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), RISOALDO DE ARAUJO SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médica-hospitalar

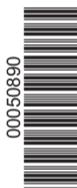
O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

046.024.304-73

Nome completo da vítima

Riscoaldo de Araujo Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo

Riscoaldo de Araujo Silva

CPF titular da conta

046.024.304-73

Profissão

motorista

Endereço

Rua 15 de Novembro

Número

41

Complemento

Casa

Bairro

Miqueiros

Cidade

Vicência

Estado

PE

 CEP
53850-000

Email

mypasseria@gmail.com

(81)99933-7242 (81)99113-7889

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS
 RECUSO INFORMAR

 SEM RENDA

 ATÉ R\$ 1.000,00

 R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

 R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

 R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

 ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

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

 CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

Bradesco

NRO

237

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

1877

5

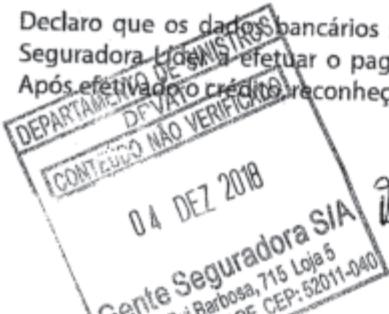
0610893

8

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

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



04 DEZ 2018

 Gente Seguradora S/A
 Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
 Recife / PE CEP: 52011-040

Timbaúba, 30 de Outubro de 2018

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima

Riscoaldo de Araujo Silveira

CPF da Vítima

046.024.304-73

Data do Acidente

12/08/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Email

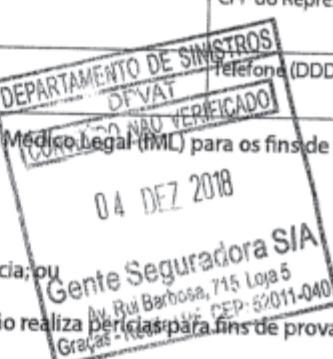
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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



Timbaúba, 30 de Outubro de 2018

Local e Data

Riscoaldo de Araujo Silveira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

VICÊNCIA

Sec. Municipal de Saúde

SAÚDE DE VICÊNCIA**PRONTO ATENDIMENTO**REGISTRO 19.633

Em 12 de Agosto de 2018 Hora: 10:40

- Consulta Simples
 Consulta com OBS.

Nome: Ricardo Almeida Souza Silva
 Sexo: Masculino Feminino CN: 25105/83 Idade: 35 Estado Civil: Casado
 Endereço: Tuguiúlio Cidade: Victoria Fone: _____

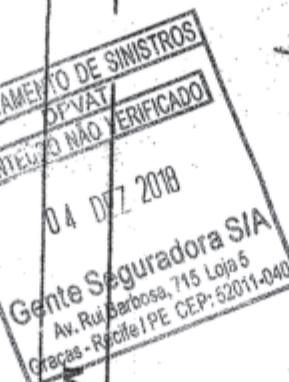
Cartão do SUS:

Filiação:

Queixa Principal: Fratura de fêmur com queda de moto
 Exame Físico: extensão limitada de movimento da articulação do quadril e cicatriz na ferida de
 Pressão Arterial = X Temperatura = _____
 Odometria = _____ HGT = 133 MGT = _____

Prescrição Médica: 1) Analgesia: Flanmel 01 compr. + 100ml 3% 9/1 etanogesia
2) Transfusão pl-HbV (braume). Série: 5489168

Auxiliar de Enfermagem



CARTÓRIO ÚNICO - SERVIÇOS NOTARIAIS REGISTRALIS
Título: Aúnas casado da ALMEIDA SOUZA NETO.
Telefone: (81) 3541-1176

Certifico que a presente Cópia é a reprodução fiel da original, em testo falso, da verdade, dono Fá. Vicência Silveira Substituta,

Selo: 0076785 URG08201801.01216 06/09/2018 16:13:08
Consulta realizada em www.tjpe.jus.br/seledigital

SERVIÇOS AVAIS/REGISTROS - VICÊNCIA - PE
André Cesário da A. Neto - Tab. Públco
Maria Rosanilda da Lima Silva - Subst.
José Cavalcante de Souza - Subst.
CRMF: 11.326-Reg/04-30 - Fone (81) 3441-1176
Silveira E. Silveira, 07 - Centro - 52011-040 - PE

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 20/12/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RISOALDO DE ARAUJO SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 01877-5

CONTA: 00000610893-8

Nr. Autenticação

BRADESCO201220180500000000002370187700000610893236250 PAGO



Tarifa Social de Energia Elétrica Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02
 Companhia Energética do Pernambuco
 Av. João da Barra, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50350-002
 CNPJ 10.835.532/0001-08 | Insc. Est. 0035943-89 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

MARIA JOSE DE ARAUJO SILVA

CPF: 976.660.094-53

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofásico

Nº DA NOTA FISCAL	DATA APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
030487590	05/09/2018	202.254.463	14/09/2018	45,66

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA 15 DE NOVEMBRO 41

TRIGUEIRO/TRIGUEIROS
VICENCIAS PE
55850-000

CONTA CONTRATO	MÊS ANO
1977379012	09/2018
	DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA

08/10/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

45,66

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	50.000000	0,75282803	37,64
Acréscimo Bandeira VERMELHA			3,60
Contribuição Iluminação Pública			1,17
ICMS Subvenção-CDE-NF 019255584-07/08/18			0,26
Multa por atraso-NF 028726831-07/08/18			1,11
Multa por atraso-NF 023036181-08/07/18			0,88
Juros por atraso-NF 023036181-08/07/18			0,53
Juros por atraso-NF 028726831-07/08/18			0,27
Abatização IGPM-NF 023036181-08/07/18			0,28
Atualização IGPM-NF 028726831-07/08/18			0,14

TOTAL DA FATURA

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA ANTERIOR LEITURA	DATA ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
V88324	CAT	07/08/2018	25.321,00	28	1.03000		50,00

PERÍODO	VALOR DO IMPÔTO	COMPONENTES DO CONSUMO
14/08/18 - 01/09/18		Geração de Energia 19,19 44,22%
02/09/18 - 03/09/18		Transmissão 1,73 4,16%
04/09/18 - 05/09/18		Distribuição (Central) 8,98 19,59%
06/09/18 - 07/09/18		Venda de Energia 1,54 3,49%
08/09/18 - 09/09/18		Reserva e Balanço 1,58 3,49%
09/09/18 - 10/09/18		Fixação 1,65 35,72%
Total	45,66	Total

030487590

Consumo Ativo(kWh)

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590

030487590</