

## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 2013165376**Cidade:** Caucaia**Natureza:** Invalidez**Vítima:** ERILSON ALVES LEITAO**Data do acidente:** 03/11/2012**Emissor do parecer:** Carlos Antonio Correa de Carvalho**Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A**Prestadora:** CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços**CRM do médico:** 52575957

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO E LUXAÇÃO DO COTOVELO ESQUERDO.**Descrição do exame médico pericial:** MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO ASSIMÉTRICO, COM LIMITAÇÃO RESIDUAL DOS MOVIMENTOS DO COTOVELO A ESQUERDA. MEMBRO INFERIOR ESQUERDO ASSIMÉTRICO, COM LIMITAÇÃO DA FLEXO / EXTENSÃO DO TORNOZELO A ESQUERDA.**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR.**Sequelas permanentes:** APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO COTOVELO ESQUERDO. APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO ESQUERDO.**Sequelas :** Com sequela**Data da perícia:** 15/04/2013**Conduta mantida:****Observações:****Valor pleiteado:** 6.750,00**Médico avaliador:** FLAVIO EDUARDO HADDAD**UF do CRM do médico:** RJ

## DANOS

## Dano

Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos  
Perda completa da mobilidade de um tornozelo

%	Dimensão	Graduação
25	1	25
25	1	50

**Valor avaliado:** 2.531,25

## Laudo de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes

### Informações do Acidente

Sinistro: **2013165376**  
Vítima: **ERILSON ALVES LEITAO**  
Local: **CE-CAUCAIA**  
Data do Acidente: **11/3/2012**

### Avaliação do Medico Perito Legista

I. Há lesão cuja etiologia (origem causa) seja exclusivamente decorrente de acidente pessoal com veículo automotor de via terrestre?

- a) ☒ SIM      b) ☐ NÃO      c) ☐ PREJ.

Só prosseguir em caso de resposta afirmativa

II. Descrever o quadro clínico atual informando:

a) Qual (quais) região (regiões) corporal (is) encontra (m) – se acometida (s);

**COTOVELO ESQUERDO E TORNOZELO ESQUERDO.**

b) As alterações (disfunções) presentes no patrimônio físico da vítima, que sejam evolutivas e temporalmente compatíveis com o quadro documentado no primeiro atendimento médico hospitalar, considerando-se as medidas terapêuticas tomadas na fase aguda do trauma.

**FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO COM TRATAMENTO CONSERVADOR.**  
**LUXAÇÃO DO COTOVELO ESQUERDO COM TRATAMENTO CONSERVADOR.**

III. Há indicação de algum tratamento (em curso, prescrito, a ser prescrito), incluindo medidas de reabilitação?

- a) ☐ SIM      b) ☒ NÃO

Se SIM descreva a(s) medida(s) terapêutica(s) indicada(s):

IV. Segundo o exame medico legal, pode-se afirmar que o quadro clínico cursa com:

- a) ☐ Disfunções apenas temporárias  
b) ☒ Dano anatômico e/ou funcional definitivo (seqüelas)

Em caso de dano anatômico e/ou funcional definitivo informar as limitações físicas irreparáveis e definitivas presentes no patrimônio físico da vítima.

**MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO ASSIMÉTRICO, COM LIMITAÇÃO RESIDUAL DOS MOVIMENTOS DO COTOVELO A ESQUERDA.**  
**MEMBRO INFERIOR ESQUERDO ASSIMÉTRICO, COM LIMITAÇÃO DA FLEXO / EXTENSÃO DO TORNOZELO A ESQUERDA.**

V. Em virtude da evolução da lesão e/ou de tratamento, faz-se necessário exame complementar?

- a) ☐ SIM, em que prazo:  
b) ☒ NÃO

Em caso de enquadramento na opção “a” do item IV ou de resposta afirmativa ao item V, favor NÃO preencher os demais campos abaixo assinalados.

VI. Segundo o previsto na Lei 11.945 de 4 de junho de 2009 favor promover a quantificação da(s) lesão (ões) permanente(s) que não seja(m) mais susceptível(is) a tratamento como sendo geradora(s) de dano(s) anatômico(s) e/ou funcional(is) definitivo(s), especificando, segundo o anexo constante à Lei 11.945/09, o(s) segmento(s) corporal(is) acometido(s) e ainda segundo o previsto no instrumento legal, firmar a sua graduação:

Segmento corporal acometido:

- a) ☐ Total (Dano anatômico ou funcional permanente que comprometa a íntegra do patrimônio físico e/ou mental da vítima).  
b) ☒ Parcial (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas parte do patrimônio físico e/ou mental da vítima). Em se tratando de dano parcial informar se o dano é:  
b.1) ☐ Parcial Completo (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa de forma global algum segmento corporal da vítima)  
b.2) ☒ Parcial Incompleto (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas em parte a um (ou mais de um) segmento corporal da vítima)

b.2.1) Informar o grau da incapacidade definitiva da vítima, segundo o previsto na alínea II, 1º do art. 3º da Lei 6.194/74 com redação introduzida pelo artigo 31 da Lei 11.945/2009, correlacionando o percentual ao seu respectivo dano, em cada segmento corporal acometido

### Segmento Anatômico

1ª Lesão

**COTOVELO ESQUERDO.**

Marque o percentual

☐ 10% ☒ 25% ☐ 50% ☐ 75%

2ª Lesão

**TORNOZELO ESQUERDO.**

Marque o percentual

☐ 10% ☐ 25% ☒ 50% ☐ 75%

3ª Lesão

Marque o percentual

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75%

4ª Lesão

Marque o percentual

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75%

Observação: Havendo mais de quatro seqüelas permanentes a serem quantificadas, especifique a respectiva graduação de acordo com os critérios ao lado representados:

Local e data de realização do exame médico legal:

**Médico Perito:**

**Médico Revisor: FLAVIO EDUARDO HADDAD CRM: 52575957**



Dr. Flávio Eduardo Puro Haddad  
Médico  
CRM 10570

Assinatura do médico revisor - CRM

**Informações Complementares**

25/04/2013

- BANCO DO BRASIL -

9:04:57

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTOS: TED - OUTRA TITULARIDADE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIO

AGÊNCIA: 1769-8

CONTA: 00.000.611.000-2

=====

DATA DA TRANSFERÊNCIA:

18/04/2013

NÚMERO DO DOCUMENTO:

123456789012

VALOR TOTAL:

2.531,25

\*\*\*\*\* TRANSFERIDO PARA :

CLIENTE: ERILSON ALVES LEITAO

BANCO : 104 - Banco 104

AGÊNCIA : 092-6

CONTA : 000001206733

=====

Nr. Autenticação: 9.50E.B55.8EF.569.C70


**DOCUMENTAÇÃO MÉDICO HOSPITALAR**
**\*1004031\***

**IDENTIFICAÇÃO DO (A) EMITENTE**

1ª Via - Retenção na Farmácia ou Drogaria  
2ª Via - Orientação ao (a) Paciente

Nome Completo:

CRM:

UF:

Endereço completo e telefone:

Cidade:

UF:

Dr. Manoel Jorge Gomes da Silva  
Farmácia e Drogaria  
CREMÉC 2615

(a) Médico

Paciente:

Endereço:

Prescrição:

Data:

**IDENTIFICAÇÃO DO (A) EMITENTE**

Nome Completo:

CRM:

UF:

Endereço completo e telefone:

Cidade

UF:

1ª Via - Retenção na Farmácia ou Drogaria  
2ª Via - Orientação ao (a) Paciente

**RECEBIDO EM:**
**21 MAR 2013**

Carimbo do (a) Médico



INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA  
"24 horas de proteção à vida"



## RECEITUÁRIO

Nome: \_\_\_\_\_ BE/Prontuário: \_\_\_\_\_

Eribson Blue

Bupropion . 150 12x

1cp 1x/dia

Se son

RECEBIDO EM:

21-MAR 2013

Raphael Teófilo  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CREMEC 11.348

Data: 21/11/12

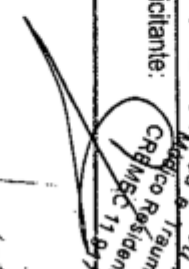
Assinatura e Carimbo do Médico

PROCURE O IJF SOMENTE NOS CASOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
Rua Barão do Rio Branco, 1816 - Centro. CEP 60.025-061. Fone: 255-5000

# SOLICITAÇÃO DE EXAME RADIOLÓGICO



20070

Nome: <u>Fernando Alves</u>		Nº AIH/RAE:	
Paciente Externo?	Unid. Internação:	Idade:	Sexo: <input type="checkbox"/> Masc <input type="checkbox"/> Fem
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
Motivo da Solicitação:			
Solicito: Raio-X de ( ) Braço _____ AP/L ( ) Antebraço _____ AP/L ( ) Cotovelo _____ AP/L ( ) Mão _____ AP/P ( ) Punho _____ AP/P ( ) Bacia AP ( ) Coxa _____ AP/L ( ) Joelho _____ AP/P ( ) Pé _____ AP/L ( ) AP Venozano ( ) Tornozelo ( ) GUI AP/P			
Assinatura e Carimbo do Solicitante:		Data: <u>21/11/17</u> Hora: _____ h	
Laudos:		Hora: _____ h	
Assinatura e Carimbo do Médico Emiteente do Laudo:			
<div style="text-align: center;">   <b>CENTRO DE IMAGEM</b>  <b>SISTEMA PARA DOAR</b>  <b>SPA</b>  <b>RECEBIDO EM:</b>  <b>21 MAR 2018</b> </div>			
Término NO: <u>21/11/17</u>		Início: <u>11:40</u> hs	
Data: <u>11/11/17</u>		Hora: _____ h	
As películas radiológicas foram entregues ao paciente? <input type="checkbox"/> Sim (recomendável) <input type="checkbox"/> Não			

# CRF

## Centro de Reabilitação Funcional Ceará

Erilson Alves Lopes

Ortopedia

Traumatologia

Fisioterapia

Cando Média

Paciente vítima de acidente de trânsito, tendo sofrido fraturas no cotovelo esquerdo e fêmur do tornozelo esquerdo.

CID - S50.0, S51.0, S82.8

Foi submetido ao tratamento com limpeza da ferida. Lavagem e sutura por planos. Tratamento contínuo do tornozelo com imobilização estéril.

Fica com cicatriz no cotovelo e desconforto aos movimentos com carga. Membros superiores esqueléticos: edema crônico dos membros com carga; marcha claudicante; nas atividades cotidianas funções dos membros comprometidas e prejudicadas.

RECEBIDO EM:

21 MAR 2013

Dr. M. Salmato de Almeida

Ortopedia - Traumatologia  
CRM 4470

2610212013

Rua Monsenhor Bruno, 1777 - Aldeota  
Fone: (85) 3244-5597 / (85) 3244-3585





Prefeitura de  
**Fortaleza**

**PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA**  
SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO  
HOSPITAL DISTRITAL Dr. EVANDRO AYRES DE MOURA - HDEAM



## DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que na data de 04 / 11 / 2012  
o paciente ERILSON ALVES LEITÃO  
deu entrada no Hospital Distrital Evandro Ayres de Moura - HDEAM,  
para tratar de assuntos referentes a saúde, na especialidade de  
TRAUMATOLOGIA, como consta em nosso registros, no entanto  
sua ficha de atendimento / prontuário, não foi localizado.

O setor SAME fica disponível para qualquer esclarecimento sobre  
o caso.

Agradeço a compreensão desde já.

Fortaleza, 14 de fevereiro de 2013

**RECEBIDO EM:**

**21 MAR 2013**

Atenciosamente;

*Mc do Socorro Gomes*

**37.835.044/0003-83**

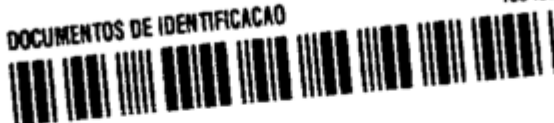
Hospital Distrital Dr. Evandro  
Ayres de Moura

Rua Cândido Maia, 294

Antônio Bezerra CEP 60.356-64

DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO

\*1004037\*



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA  
E DEFESA DA CIDADANIA  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

PALESCA DRENTIC

ERILSON ALVES LEITAO

SIGNATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 94012027241 - 2a DATA DE EXPEDIÇÃO 31/5/1999

NOME ERILSON ALVES LEITAO

FILIAÇÃO MANOEL MACEDO LEITAO E MARIA DA S BRACAS ALVES LEITAO

NATURALIDADE FORTALEZA-CE DATA DE NASCIMENTO 8/5/1978

DOC ORIGEM CERT. NASC. 10700 L A10 F

46V 4AZONA FORT CE

CPF

FORTALEZA-CE ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 2.116 DE 29/08/83

RECEBIDO EM:

21 MAR 2013

MINISTÉRIO DA FAZENDA  
Receita Federal

**CPF**

CADÁSTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Número de inscrição

**796.263.273-91**

Nome

**ERILSON ALVES LEITAO**

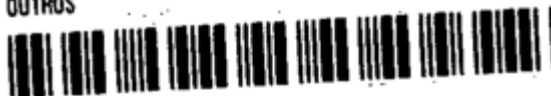
Nascimento

**08/05/1978**



OUTROS

\*1004054\*



Eu, Erilson Alves Leite, portador da carteira de identidade nº 9401202724 e inscrito no CPF/MF sob o nº 796.263.273-91 residente e domiciliado na rua Arapulo, 365 - Guayuru Cidade Caçaria Estado CE, 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:

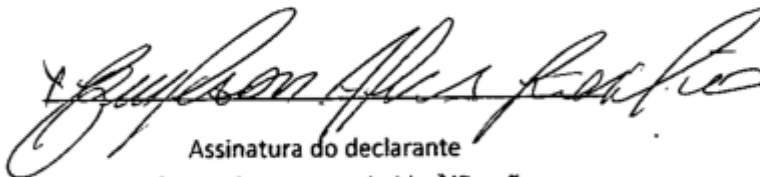
☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

☐ 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.



Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação



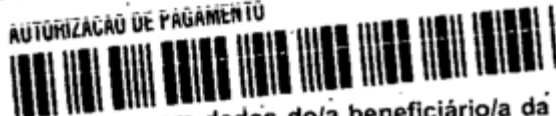
Fortaleza, 07/03/2013

Local e data

# AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO/CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DE SINISTRO

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

Nº DO SINISTRO



(JORA)

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do/a beneficiário/a da indenização do Seguro Dpvt, 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, Erilson Alves Leitão  
 PORTADOR / A DO RG Nº 94012027241 EXPEDIDO POR SSP/CE EM 31/05/99, CPF / CNPJ  
 Nº 796263273-91, PROFISSÃO \_\_\_\_\_ E RENDA MENSAL DE R\$ \_\_\_\_\_  
 NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO / A DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO OU REEMBOLSO DO SEGURO  
 OBRIGATÓRIO DPVAT DA VÍTIMA Erilson Alves Leitão  
 AUTORIZO A SEGURADORA \_\_\_\_\_  
 A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM A FORMA ABAIXO INDICADA:

Dados bancários incompletos ou incorretos impedem os bancos de liberarem o pagamento. Verifique cuidadosamente seus dados antes de preencher os campos e evite rasuras.

( ) CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)

Nº BANCO \_\_\_\_\_ Nº AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) \_\_\_\_\_

Nº CONTA CORRENTE \_\_\_\_\_

( ) CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO BRADESCO

Nº BANCO 237 Nº AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) \_\_\_\_\_

Nº CONTA POUPANÇA \_\_\_\_\_

( ) CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL

Nº BANCO 001 Nº AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) \_\_\_\_\_

Nº CONTA POUPANÇA \_\_\_\_\_

( ) CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO ITAÚ

Nº BANCO 341 Nº AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) \_\_\_\_\_

Nº CONTA POUPANÇA \_\_\_\_\_

(X) CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

Nº BANCO 104 Nº AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) 0926

Nº CONTA POUPANÇA 120673-3

RECEBIDO EM:

2-1 MAR 2013

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

LOCAL Fortaleza

DATA 07/03/13

ASSINATURA DO/A BENEFICIÁRIO/A

## ATENÇÃO:

- O Seguro DPVAT garante: indenização de R\$ 13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$ 13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das seqüelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares (valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados - SUSEP).
- Para acompanhar o andamento do pedido da indenização, acesse [www.dpvt.com.br](http://www.dpvt.com.br) ou ligue (21) 4009-1709, de segunda a sexta-feira, de 8h às 18h.
- A Circular Susep nº 380/08, 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.



AUTO-ATENDIMENTO - BEZERRA DE MENEZES  
DATA: 07/03/2013 HORA: 14:56:22  
TERMINAL: 09261015 CONTROLE: 092610150153

AGENCIA: 0926 - BEZERRA DE MENEZES  
CONTA : 013.00.120.673-3  
CLIENTE: ERILSON ALVES LEITAO

EXTRATO PARA SIMPLES CONFERENCIA

SALDOS POR DATA LIMITE  
DEPÓSITOS REALIZADOS ATÉ 03/05/2012  
DATA  
01/03

VALOR  
0,84

MOVIMENTAÇÃO  
DATA HR, DDC HISTÓRICO

VALOR

SALDO ANTERIOR

0,84C

Março

01/03 000000 REM BASICA

0,00C

RESUMO EM 06/03  
SALDO

0,84C

RESUMO DO DIA  
SALDO BLOQUEADO  
SALDO DISPONIVEL  
SALDO TOTAL

0,00

0,84C

0,84C

RECEBIDO EM:

21 MAR 2013

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-726 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800-726 7474

[www.caixa.gov.br](http://www.caixa.gov.br)

CONHEÇA A NOVA TABELA DE TARIFAS NO SITE  
[CAIXA.GOV.BR/VOCE](http://CAIXA.GOV.BR/VOCE)



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DO 18. DISTRITO POLICIAL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 118 - 5789 / 2012

**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTES - OUTROS**  
Data / Hora da Comunicação: **13/11/2012 16:44:07**  
Data / Hora da Ocorrência : **03/11/2012 23:00:00**  
Endereço da Ocorrência: **R SACY COM RUA MORELIA  
JUREMA CAUCAIA /CE**  
Ponto de Referência: **PRÓXIMO A MADEIREIRA JUREMA**

**Dados da(s) Vítima(s)**

Nome: **ERILSON ALVES LEITAO**  
Nascimento : **08/05/1978**  
RG: **94012027241** Órgão Emissor: **SSP UF: CE - CPF:**  
Filiação: **MANOEL MACEDO LEITAO  
MARIA DAS GRAÇAS ALVES LEITAO**  
Endereço: **R 1036 85  
CONJUNTO CEARA  
FORTALEZA CE BRASIL**

BOLETIM DE OCORRENCIA

\*1004026\*



21 MAR 2013

Telefone: **85274828**

**Histórico**

A declarante compareceu a esta Delegacia, para informar que na data, local e hora supracitados, seu companheiro **ERILSON ALVES LEITAO**, estava pilotando a motocicleta **HONDA/CG FAN KS. ANO 2011. DE COR PRETA, PLACA OCF-6856/CAUCAIA-CE, CHASSI 9C2JC4110BR818039, RENAVAM 346549299**, licenciada em nome de **Antonia Brandão Teixeira**, quando outra motocicleta que estava fugindo de uma blitz, colidiu com o veículo em que seu companheiro estava; Que na ocasião o piloto da moto causadora da colisão, se veadiu do local sem prestar socorro a vítima; Que Erilson foi socorro por familiares ao Hospital Distrital Dr. Evandro Ayres de Moura-Frotinha, no bairro Antonio Bezerra em Fortaleza/CE, sendo constatado uma fratura no tornozelo esquerdo, lesões na perna direita, nos braços, o qual aguarda em casa, por um leito para fazer uma cirurgia no IJF. E nada mais disse.

**Noticiante(s)**

Nome : **MARIA ERLAN BRANDÃO TEIXEIRA**  
Endereço : **R 1036 85**  
Bairro : **CONJUNTO CEARA**  
Município/UF : **FORTALEZA CE BRASIL** Telefone: **85274828**

DELEGACIA DESTINO: **DELEGACIA DO 18. DISTRITO POLICIAL**  
RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: \_\_\_\_\_

MATRÍCULA: **60851**

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: **Maria Erlan B. Teixeira**

VISTO DO DELEGADO(A): \_\_\_\_\_

Bel. José Milton Teixeira - Jua  
Delegado de Polícia Civil  
Mat. 12.184

DECLARAÇÃO DE RESIDENCIA

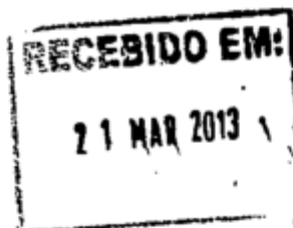
Eu, Erilson Alves Leites,  
RG nº 9402027241 e CPF nº 796.263.273-91, declaro  
que, resido na Rua  
Acapulco, 365 Bairro  
Guajuru do município de Caucaia,  
CEP nº 61600-000.

Declaro também que não possuo comprovante de endereço e que a presente declaração atende a Circular DPVAT-SIN 043/2005 de 08 de Agosto de 2005.

(85) 3251.1385

(85) 8774.9995

Fortaleza/CE, 07, 03, 2013



Atenciosamente,

Erilson Alves Leites  
Assinatura do Declarante

Nº DO CLIENTE

1706121-0

Para aplicar seu atendimento, utilize o nº acima  
sempre com o nome em contrato comercial.

COELCE

Rua Paulo Vitorino, 150 - CEP 00135-040 - Foz de Iguaçu - PR  
CNPJ 07.047.251/0001-79 - CGF 06.105.040-3  
A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela  
Lei nº 10.438, de 28 de abril de 2002

288810737

Rota 14 22005 01 095800 - 9 Data de Emissão 18/01/2013

Nome EPITACIO PEREIRA TEIXEIRA

End. Postal RUA ACAPULCO 00365

GUAJERU - CAUCAIA - 61600000

Medidor 8445587

Posto 0000 0000

Classe RESIDENCIAL MONOFASICO BAIXA RENDA Fator de Potência 0,00

RG / CPF / CNPJ 877996003-06

CGF

Nome do Responsável

INDICADORES DE CONTABILIDADE

Atos de Referência Data da Apresentação Previsão Próxima Letra Conjunto JUREMA  
Jan/2013 18/01/2013 20/02/2013 Mês Nov/2012 CM 23,73

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto	Padrão Individual			Apuração Individual			
			Mensal	Trib.	Anual	Mensal	Trib.	Anual	
125,65	27,00%	33,92	DIC	5,31	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
			PIC	3,30	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
			DMIC	3,03			0,00		

2338.EBIE.0560.9044.BH56.E7A7.0000.1446

MÉDIA MENSAL SOBRE FATURAMENTO DE CUNHA

Let. Atual	Let. Anterior	Consumo (kWh)	Consumo Ind. (kWh)	Consumo Res. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
16458	16213	1,00	245	0,00	70	0,17950
					70	0,20772
					120	0,46158
					25	0,51206

18/01/13 18/12/12 31/01/13 245 95,13

VALOR CONSUMO DO MES 95,13

ICMS COMPLEMENTAR BAIXA RENDA-CONV CONFAZ 079 8,24

MULTA HORATORIA REF 12/2012 1,40

JUROS DO MES 0,71

ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL 31,47

PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA 1,33

TITULO DE CAPITALIZACAO BOA ACAO BOA SORTE 2,99

RECEBIDO EM:

21 MAR 2013

VENCIMENTO 01/02/2013

TOTAL A PAGAR (R\$)

141,27

COMPOSIÇÃO DO VALOR DO CONSUMO HISTÓRICO DE CONSUMO

Enrola	Transmissão	Distribuição	Encargos Setoriais	Tributos (PIS-COFINS)	TOTAL
40,43	2,19	18,41	4,28	39,39	104,70

Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Sep	Out	Nov	Dez
141	245	175	179	147	102	110	109	135	131	120	101

importante CONTAS EM ATRASO

REAVISO DE VENCIMENTO:

Informamos existir débito vencido sem acréscimos legais até esta data, no valor de R\$ 91,50. Conforme art. 172 do Reg. Anel 414/10, poderá ser suspenso o fornecimento de energia elétrica após decorridos 15 dias do envio desta comunicação. Caso o débito tenha sido pago, favor desconsiderar este aviso. Após 2 ciclos completos de faturamento, sem fornecimento, será encerrado o contrato.

DEBITOS ANTERIORES

Mes/Ano	Valor R\$
12/2012	91,50

Consta desta fatura R\$ 5,47 referente a PIS e COFINS.

CNPJ: 07.047.251/0001-79 - FONE: 011-3333-0000

Nº do Cliente: 1706121-0 Referência: Jan/2013  
 Data de Emissão: 18/01/2013 Total A Pagar (R\$): 141,27  
 Nº da Nota Fiscal: 288810737 Nº de Controle: 0001706121 00456 39612 73

8367000001-8 41270031000-3 00017061210-5 04563981273-9

