

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, EDUARDO MACIEL DA SILVA,
RG nº 315093, data de expedição 1/1/
Órgão _____, portador do CPF nº 047 031 654-30, com
domicílio na cidade de PAULISTA, no Estado de
PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA C-5 MIRANTE - PAULISTA - PE, nº 03,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima MICHELANGELO NOZZES A SILVA cujo o condutor era
MICHELANGELO NOZZES ANDRADE SILVA.

Veículo: MOTO HONDA CG 125 FAN ES

Modelo: 2015

Ano: 2014

Placa: 0YH - 0441

Chassi: 9CZJCH320FR002321

Data do Acidente:

12 NOV. 2019

Licença-Data:

x Eduardo Maciel da Silva

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor [caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro]



SERVÍCIO NOTARIAL E REGISTRAL - 1º OFÍCIO

Serviços de Escritório Conjunto - Notaria e Registraria

Recertificado por autenticação à firma EDUARDO MACIEL DA SILVA
Doutor Paulista-PE, 12/11/2019 15:51:12, Endr. 26-821 TSNR R1
216 FERC R1 045 SB RS 2.06 FERM 0.04 PUNIBD 0.08 Dp. 183
DORES LAZADA MUNIZ SILVA, Estagiária Autorizada

Ref.: 0017952.RFT112019030001.

Clique para autenticar em: www.tjpe.jud.br/notarista

EDUARDO MACIEL DA SILVA
AAAH079

FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento: 1072783

Nome: Michelangelo Maia (Andrade Sá) 00

Foi atendido às 17:12 hs. do dia 28/12/18

Diagnóstico Provisorial: Paciente vítima de acidente
motociclistico cursando com fratura
no fio e crise mandibular.
E.D.: 502-8

Necessita de 30 dias de repouso
doméstico.

Tratamento Realizado: Cirurgia realizada dia
28/12/18 por Drs. Tatiane Faro, Dr. Elio
Uchôa, Dr. Louiz e Dr. Wagner ipsi
extensão de periosteos extense com
osteosíntese de barro de Koch
Instalação de BFM - 31/12/18

Observação: Retornar aos ambulatórios
BFM do Hospital Oswaldo Cruz
quinta-feira às 18:00hs

Cópia de: Alta BFM: 01/01/19



Médico - CRM Nº:

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar ou
ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do
tratamento ambulatorial, segundo a recomendação nº 04/2002 do Ministério Público
do Estado de Pernambuco.

Cod. 0157



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

FICHA DE ESCLARECIMENTO

ATENDIMENTO: 1072787/2018.

NOME: MICHELANGELO MOISES ANDRADE SILVA.

Foi atendido às 17h12 do dia 28.12.2018.

Diagnóstico provável: Potirânea
nature complexa de mandíbula, frature
Le Fort I, ferimentos extensos em face.
(Acidente de moto.)

Tratamento realizado:

Sutura de ferimentos extensos de face,
osteossíntese de fratura (B arras,
de Erich + Fios de fáscia) em 28.12.2018
fisioterapia respiratória
Exames complementares

Obs. Treat. de suporte clínico

Alta em 02.01.2019

As informações contidas neste documento foram transcritas, na íntegra, do Prontuário Médico, não do Médico Assistente e sim do serviço Arquivo Médico e Estatístico.

Cópia de Prontuário Médico em 30.01.2019

SES - Hospital da Restauração
Dr. Franklin Ferraz

Ferraz

Atenção: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para: INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DO TRATAMENTO AMBULATORIAL.

Av. Agamenon Magalhães, S/N – Derby – Recife – PE CEP 52.010-040
Fones: 31815451/31815572



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Hospital da Restauração

Ficha de Atendimento

ETIQUETA

Número do Registro

OK

1072787		Data e Hora de Atendimento: 28/12/2018 17:12	Local de Entrada: EMERGENCIA GERAL Atendimento Manual:
Cod. Paciente: 1661341	Paciente: MICHELANGELO MOISES ANDRADE SILVA		
Data de nascimento: 06/06/1981	Idade: 37a 6m 22d	Sexo: MASCULINO	
Estado Civil: SOLTEIRO	Profissão:	Acompanhante:	
DOC ID / Data expedição 21059237789/	Mãe: MARLEIDE MARIA DE ANDRADE SILVA		
	Paiz: MOISES SEVERO SILVA	Cartão SUS:	
Enderéco: IGNORADO	Número 1247		Complemento:
Bairro: MARANGUAPÉ			UF: PE Telefone: 31816400
Cidade: PAULISTA			
Ocorrências:	5 Santa 29/12/18 Ocorreu no final da chegada dos ônibus		
Motivo do atendimento: ACIDENTE COLISAO (ARVORE, MURO, POSTE)			
Procedência: VIA PUBLICA			
Informações do Serviço Social:	Notificado 08/01/19	Assistente Social	
Confirmação de nome:	Vigilância Epidemiológica Hospitalar		
Confirmação de endereço:	Fones: 41091205		
Providências: Alta <input checked="" type="checkbox"/> Caso-Social <input type="checkbox"/>			
Encaminhamentos: Rede de Apoio <input type="checkbox"/> GPCA <input type="checkbox"/> Cons. Tütelar <input type="checkbox"/> Delegacias <input type="checkbox"/> Minist. Pùblico <input type="checkbox"/>			
Outros <input type="checkbox"/>			
Observação: Bicicleta destruída (presa) Com fratura no fêmur frontal. No momento da chegada (DA).	Assistente Social Assistente Social CRESS - 4556		
História Clínica:	Paciente trazido pelo SAMU/USP Vítima de Colisão Mobi * Autopista Bicicleta de Cerebelos!		
Atendimento Médico			
Perda de consciência: Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Episódio Erático: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	Acidente de Trabalho: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
Acidente de Trânsito: Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Tipo: Sofreu Queda: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Transporte realizado Por:	
Imobilização Cervical: Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Altura:		
Condições de imobilização adequadas: Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Por Que?		
Exame Físico:			
A: Geral	Via aérea está pélvica: Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	O paciente fala: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	Tempo:
Eletrocardiograma, Consciente, orientado			
B: Respiratório	DA: <input checked="" type="checkbox"/> Epi: <input type="checkbox"/>		
C: Circulatório	PA: X mm	P脉:	bpm
120/80, P: 88, P: 120, P: 72			

REALIZADO

28/12/18
Guilherme
Ferreira

<input type="checkbox"/> Exame Neurológico	Deficiência motora: <input type="checkbox"/> MSD <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/> Pupilas: Isocônicas <input checked="" type="checkbox"/> Anisocônicas	
Glasgow: Abertura Ocular Score: 7	Glasgow: Resposta Verbal Escore: 6	Glasgow: Resposta Motora Escore: 6
Hora:	Hora:	Hora:
E. Exposição/Abdômen: <i>indolores</i> <i>ferimento em face; com dor na</i> <i>mandíbula.</i>		
Diagnóstico Inicial: <i>politecnic.</i>	Cod. Procedimento <i>Ass. Médico</i>	
Conduta: <i>- Fe de Cidro face e col. cervical</i> <i>- Hantulho dolor, praudia</i> <i>- Fe de dorso e dor</i> <i>- Evolução da BPF e NER</i>	<i>Ass. Enfermagem</i>	
Evolução de Enfermagem:		

Definição do Caso:	Condição de Alta:
<input type="checkbox"/> Internamento <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> Termo de Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Evadiu-se <input checked="" type="checkbox"/> Alta	<input type="checkbox"/> Curado <input type="checkbox"/> Melhorado <input type="checkbox"/> Inalterado <input type="checkbox"/> Piorado <input type="checkbox"/> Óbito
Internado na Clínica:	
Transferido para:	
Autorização para Alta / Internamento / Transferência: Médico _____ CRM: _____ Data: 01/01 Hora: _____	
Termo de responsabilidade para Internamento: - Estou ciente das normas existentes neste hospital, as quais aceito integralmente e autorizo a realização de tratamento, clínico e/ou cirúrgicos inclusive transfusões e sem exames complementares e transportes se forem necessários.	
Data: _____ Nome completo legível: _____	
No. da identidade: _____ Assinatura: _____	
Termo de responsabilidade de alta a pedido: - Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente neste nosocomio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que deste ato possam advir.	
Data: _____ Nome completo legível: _____	
No. da identidade: _____ Assinatura: _____	
Data e Hora Impressão: 28-Dec-18	

HOSPITAL DA RESTAURACAO

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER_V2

28/12/2018 17:08

	Nome Paciente:	MICHELANGELO MOIZES ANDRADE SILVA
	Cód. Paciente:	
	Data de Nascimento:	06/06/1981
	Sexo:	Masculino
	Idade:	37
	Senha:	U0032
	Convênio:	-
	Atendimento:	

28/12/2018 17:08 - SARAH MARIA DA SILVA GUIMARAES - COREN: 7085 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) •

Prioridade: **AMARELO - URGENTE**

Cor: **AMARELO**

Queixa Principal: PACIENTE VITIMA DE COLISAO MOTO X POSTE HA 1H NEGA VOMITOS E DESMAIOS
TRAUMA EM FACE, REFERE DOR ABDOMINAL

Sintoma(s): TRAZIDO POR SAMU PAULISTA

Fluxograma sintoma: TRAUMA MAIOR

Discriminador(es): - DOR MODERADA?

Especialidade: CIRURGIA GERAL

Alergia(s): -

Sinais Vitais Lidos: - REGUA DE DOR: 5
- ESCALA COMA DE GLASGOW ADULTO: 15

#NR 281211P B 19H
TRAUMA de face
TTE lue - ECG 15. P160Z. MOÉ per
alento

TC de cavo sem lir nel
TC d qual perfut ou luxad
co. Acta do nel
ABMR

DR. LUIZ CARLOS
MACHADO
2018

Acolhido(a) por: SARAH MARIA DA SILVA GUIMARAES
Data: 28/12/2018 17:08



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

PERNAMBUCO
ESTADO

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

Paciente

Enfermaria/Leito

Registro

Michelangelo Marin Andrade

EVOLUÇÃO CLÍNICA

#CTBMF# Paciente extremamente instável hemodinamicamente.
 20.00 Vrto consciente, orientado, expresso, responde
 28.12.13 06 kg. Ao exame BMF - paciente fala
 com voz fraca extrema em sustentação profunda
 e instabilidade em resposta a estimulação.
 No colo, sem queixa respiratória.
 Fechado fez, niger reflex I, pectoral mandibular. Olhos direitos, supra e
 paroxísmos.

co ① Segundo

① Paciente anestesiado BMF

② Alergop BMF

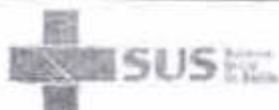
③ Ag. Sala do Olho anestesiado

Dr. WAGNER MOURA
 CRM-PE 12750
 CRM-BR 12750
 BSCB-PE 12750
 RICARDO MUDALIFERPO
 CRM-PE 12750

Nota de Sala = CTBMF

Paciente apresentou-se instável hemodinamicamente
 antes da indução anestésica com SPCO₂ = 92%, PA 119x71,
 PC = 208 bpm;

Equipe de anestesia optou pela intubação oral acordada
 mesmo após orofaringeal amigdaléctomia anterior com PAT e FE
 blanda de queixo optando por realizar o atendimento
 de urgência. Sutura dos ferimentos na língua (transfixante),
 no fundo de sacro mandibular, no labio superior e
 filtrum laterial, instalação de bainhas de ~~extubação~~
 extubação.



606/108
**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE
PROCEDIMENTO (S) ESPECIAL (S)**

**Identificação do Estabelecimento de Saúde**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

Hospital da Restauração

2 - CNES

0000655

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Michelangelo Moiser A. Silveira

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

1072787

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

10 - TELEFONE DE CONTATO

11 - ENDEREÇO DE RESIDÊNCIA

12 - TELEFONE DE CONTATO

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO (S) ESPECIAL (S)

13 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

Tc de yac + 3D

14 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

15 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

16 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

17 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

18 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

19 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

20 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

22 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Pós BMH

21/12/18

23 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL SOLICITANTE

24 - DATA DA SOLICITAÇÃO

31/12/18

25 - Nº DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

26 - ASSINATURA E CARMBO (Nº DO REGISTRO E CONSELHO)

27 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

28 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

/ /

29 - Nº DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

30 - ASSINATURA E CARMBO (Nº DO REGISTRO E CONSELHO)

MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
PÁTRIA NACIONAL QUE SUBSTITUIU

NOME
MICHELANGELO NOIXES ALVAREZ SILVA

CÓD. IDENTIDADE: 006-2010-01-
210592377068 MEX PB
ONF
041.968.774-13 EMISSÃO: 06/06/1981

PERÍODO:

NOIXES SEVERO SILVA

MARLIENE MARIA DA
ANTONIAZI SILVA

DOMICÍLIO: _____ RUE: _____ CAT: MAR
AB

RESIDENTE:
05509266870

VALIDADE:
30/09/2021

TRANSMISSÃO:
09/06/2012

INSCRIÇÕES:

Estado Ativ Residencial

Michelangelo Noixes Silva

LOCAL: AUTORITÁRIA DO DETRAN
OLYNEA - PE
IMPRESSÃO: 27/10/2014

DR. Carlos Andrade Soárez
Assessor Jurídico

ASSINATURA DO DIRETOR

61606486394
PND25042653

DETAN - PE (PEDELVAM/2012)

VÁLIDA 1 ANO
A TERRITÓRIO NACIONAL

1304543947



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

CE-NR. A12B04655603 BILHETE DE SEGURO DPVAT

中区門牌 100號 101號 102號

5合規95-530

新嘉坡 E-mail: 34113375@E2

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

www.dpvatsegurodotransito.com.br

SAC REVAT 0800 022 1204

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CHP-2 09.2.0.6010001-0-0

[View text](#) | [View journal issue](#) | [Download PDF](#)

1970-1971. The first year of the new program.

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190676177 Cidade: Paulista Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: MICHELANGELO MOIZES ANDRADE Data do acidente: 28/12/2018 Seguradora: MAPFRE VIDA S/A
SILVA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIO-ENCEFÁLICO.
FRATURA DE OSSOS DA FACE (MANDÍBULA - LE FORT I).
TRAUMA CORTO CONTUSO NA FACE.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE-MANDÍBULA), DEMAIS CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS.

Documentos complementares:

Observações: P.1.2_CIRURGIA.

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190676177 Cidade: Paulista Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: MICHELANGELO MOIZES ANDRADE Data do acidente: 28/12/2018 Seguradora: MAPFRE VIDA S/A
SILVA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIO-ENCEFÁLICO.
FRATURA DE OSSOS DA FACE (MANDÍBULA - LE FORT I).
TRAUMA CORTO CONTUSO NA FACE.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE-MANDÍBULA), DEMAIS CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS.

Documentos complementares:

Observações: P.1.2_CIRURGIA.

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
		Total	10 %	R\$ 1.350,00

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, 05 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190676177

Vítima: MICHELANGELO MOIZES ANDRADE SILVA

Data do Acidente: 28/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUZIMAR DA SILVA OLIVEIRA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MICHELANGELO MOIZES ANDRADE 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, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

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

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



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, 18 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190676177

Vítima: MICHELANGELO MOIZES ANDRADE SILVA

Data do Acidente: 28/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUZIMAR DA SILVA OLIVEIRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MICHELANGELO MOIZES ANDRADE 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\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau residual 10%
% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%
Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Recebedor: MICHELANGELO MOIZES ANDRADE SILVA

Valor: R\$ 1.350,00

Banco: 341

Agência: 000006066

Conta: 0000042041-2

Tipo: CONTA CORRENTE

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,



1 - Nome ou(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - N° do número do RG:

3 - CPF da vítima:

001.006.774-13

4 - Nome completo da vítima:

MICHELE ANTONIO PEIXES ANDRADE SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUREP N° 403/2013

5 - Nome completo:

MICHELE ANTONIO PEIXES ANDRADE SILVA

6 - Endereço:

P. SETENTA e NOVE

7 - CEP:

091006.774-13

8 - Número:

247

9 - Complemento:

10 - Município:

FAGUNHAS

11 - Estado:

PE

12 - CEP:

33401-221

13 - UF:

14 - Telefone:

81-3245-7421

15 - E-mail:

16 - Telefone:

81-3245-7421

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - N° do documento do Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Bembar, para tanto n°. Fim da direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR-CÓPIA).

20 - FAIXA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUZO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

 BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, EUADOR/TUTOR) CONTA POUPANÇA (informe para os bancos abaixo. Admito uma suspeita) CONTA CORRENTE (devo o banco)

Bradesco (237)

Itaú (343)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

(Inserir o dígito de verific.)

Autorizo o Segurador a liberar e creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da Indenização/reembolso da Seguro DPVAT e que é meu direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, tutela total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Destaco, não sou beneficiário da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requiremente de indenização da Seguro DPVAT (Lei nº 9.194/74), uma vez que:

- Não tenho 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 da pedido.

Assino o preenchimento entro da anexa do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada nem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às cuntas da seguradora, para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automóvel, conforme o disposto na Lei nº 9.194/74.

Nota: Esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso o resultado seja contrário.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

 Solteiro, Casado com Outro, Divorciado, Separado, Viúvo

24 - Data da morte da vítima:

25 - Nível 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: Sim Não

29 - Se tem filhos, informar:

30 - Vítima deixou herdeiros (herdeiros):

 Sim Não

31 - Vítima teve imóveis?

 Sim Não

32 - Se tinha imóveis, informar:

 Sim Não

Vividos: Falecidos:

Vividos: Falecidos:

Este ato deve ser feito a mao e fotografado para prova. Caso devita a indenização do Seguro DPVAT por morte aquelas beneficiárias que se apresentarem e provarem esta condição, aguarda-se, ainda, de que qualquer declaração ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido, bem como a responsabilidade criminal prevista no artigo 299 do Código Penal.

33

34 - Nome e logradouro de quem assina o pedido (a rigo):

35 - CPF logradouro de quem assina o pedido (a rigo):

36 - Assinatura de quem assina o pedido (a rigo):

37 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

38 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

2011/07/17

x Andrei Canetas nozes andrade Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

esse documento é válido

TESTEMUNHAS

03/12/2019 - BANCO DO BRASIL - 16:55:00
3367033267 0005

COMPROVANTE DE TED

CLIENTE: LUXIMAR DA SILVA OLIVEIRA
AGENCIA: 3267-0 CONTA: 31.995-0

NR. DOCUMENTO 120.301
DATA DA TRANSFERENCIA 03/12/2019
REMETENTE LUXIMAR DA SILVA OLIVEIRA
FAVORECIDO MICHELANGELO MOURA ANDRA
CPF 041.006.774 13
BANCO 343 ITAU UNIBANCO S.A.
AGENCIA 6064 PAULISTA PE CONTA 000000042041
FINALIDADE 001 CREDITO EM CONTA
ORIGEM DO DEBITO CONTA CORRENTE
VALOR 5,00
VALOR TOTAL 5,00

NR. AUTENTICACAO 8.310.910.852 CA9.769



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 028ª CIRCUNSCRIÇÃO - PAULISTA - DP28ªCIRC DIM/8ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 19E0118010887

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 19/11/2019 às 14:54

Completa o BO Número: 19E0118010885

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado), que aconteceu no dia 28/12/2018 no período da Tarde

Fato ocorrido no endereço: RODOVIA PE - 22, 1 - Bairro: MARANGUAPE - II - PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL - Ponto de Referência: PRÓXIMO A ESTAÇÃO DA CELPE
Local do Fato: VIA PÚBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
EDUARDO MACIEL DA SILVA (OUTRO)
MICHELANGELO MOIZES ANDRADE SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO
VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): MICHELANGELO MOIZES ANDRADE SILVA

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

MICHELANGELO MOIZES ANDRADE SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mão: MARLEIDE MARIA DE ANDRADE SILVA Pai: MOISES SEVERO SILVA Data de Nascimento: 6/6/1981 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: RUA SETENTA E NOVE, 247 - CEP: 55000-000 - Bairro: MARANGUAPE - II - PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

EDUARDO MACIEL DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

VEÍCULO 01 (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): EDUARDO MACIEL DA SILVA, que estava em posse do(a) Sr(a): MICHELANGELO MOIZES ANDRADE SILVA
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/CG 125 FAN ES Objeto apreendido: Não
Cor: PRETA - Quantidade: 1 (UNIDADE)

Placa: OYN0771 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)
Ano Fabricação/Modelo: 2014/2014

VEÍCULO 02 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a):

DESCONHECIDO

Categoria/Marca/Modelo: **CAMINHONETE/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**

Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

DECLARA A VITIMA QUE NO DIA E LOCAL ACIMA MENCIONADO, QUANDO CONDUZIA SUA MOTOCICLETA FOI ATINGIDO PELA PARTE TRASEIRA VINDO A CAIR AO SOLO. SENDO SOCORRIDO PELO SAMU PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO , FICANDO INTERNADO POR QUATRO DIAS. A MOTOCICLETA EM TELA ESTA EM NOME DE: EDUARD OMACIEL DA SILVA, CPF N° 047039654-70. PELO FATO EXPOSTO PEDE PROVIDÊNCIA POLICIAL. CASO AFETO A DP. DE PAULISTA.

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

Micheangelo moizes andrade Silva
MICHELANGELO MOIZES ANDRADE SILVA
(VITIMA)

FABIO DE MELO COSTA - Matrícula: 2968770

B.O. registrado por: **FABIO DE MELO COSTA** - Matrícula: 2968770

2 of 2

19/11/2019 14:24



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 028ª CIRCUNSCRIÇÃO - PAULISTA -
DP28ªCIRC DIM/8ªDESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 19E0118010885

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 19/11/2019 às 14:38

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado)
que aconteceu no dia 28/12/2018 no período da Tarde

Fato ocorrido no endereço: **RODOVIA PE - 32, 1 - Bairro: MARANGUAPE - II - PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **PRÓXIMO A ESTAÇÃO DA CELPE**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
MICHELANGELO MOIZES ANDRADE SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
VEÍCULO (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **MICHELANGELO MOIZES ANDRADE SILVA**

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

MICHELANGELO MOIZES ANDRADE SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **MASCULINO**
MARLEIDE MARIA DE ANDRADE SILVA (p/ro: **MOIZES SEVERO SILVA**)
Data de Nascimento: **0/0/1981** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **RUA SETENTA E NOVE, 247 - CEP: 56666-988 - Bairro:**
MARANGUAPE - II - PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: **DESCONHECIDO** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

Qualificação da(s) objeto(s) envolvido(s):

VEÍCULO 01 (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **MICHELANGELO MOIZES ANDRADE SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **MICHELANGELO MOIZES ANDRADE SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125 FAN ES** Objeto apreendido: **Não Cai PRETA - Quantidade: 01 (UNIDADE)**

Placa: **GYNB771** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)
Ano Fabricação/Modelo: **2014/2014**

VEÍCULO 02 (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

Secretaria de Defesa Social :: INFOPOL

<https://SERVICOS.SDS.PE.GOV.BR/DEMANDBCO/VISUALIZA>

Categoria/Marca/Modelo: CAMINHONETE/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO Objeto
apresentado: N/A
Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

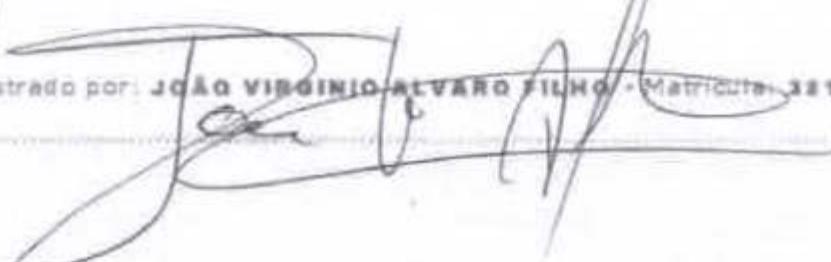
Complemento / Observação

DECLARA A VITIMA QUE NO DIA E LOCAL ACIMA MENCIONADO, QUANDO CONDUZIA SUA MOTOCICLETA FOI ATINGIDO PELA PARTE TRASEIRA VINDO A CAIR AO SOLO, SENDO SOCORRIDO PELO SAMU PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO, FICANDO INTERNADO POR QUATRO DIAS. A MOTOCICLETA EM TELA ESTA EM NOME DE: EDUARDO OMAGIEL DA SILVA, CPF N° 047639884-70. PELO FATO EXPOSTO PEDE PROVIDÊNCIA POLICIAL. CASO AFETO A DP. DE PAULISTA.

Assinatura da(s) pessoa(s) presente(na) Unidade policial:

Michelangelo Moizes Andrade Silva
MICHELANGELO MOIZES ANDRADE SILVA
(VITIMA)

S.O. registrado por: JOÃO VIRGINIO REVARO FILHO - Matrícula: 331858-0



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - NIF ou número da RG:

3 - CPF da vítima:

091.006.774-13

4 - Nome completo da vítima:

MICHELE LAMARCO PRATES ANDRADE SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEF N° 405/2012

5 - NOME COMPLETO:

MICHELE LAMARCO PRATES ANDRADE SILVA

6 - CPF:

091.006.774-13

7 - Endereço:

8 - Endereço:

VENDEDOR

P. SETENTA e NOVE

9 - Número:

291

10 - Cidade:

FAGUNHAS

11 - Estado:

PE

14 - CEP:

53121-321

12 - Bairro:

15 - Logradouro:

01.9945-7421

13 - Rua:

16 - Bairro:

17 - Rua:

18 - Bairro:

19 - Bairro:

20 - Bairro:

21 - Bairro:

22 - Bairro:

23 - Bairro:

24 - Bairro:

25 - Bairro:

26 - Bairro:

27 - Bairro:

28 - Bairro:

29 - Bairro:

30 - Bairro:

31 - Bairro:

32 - Bairro:

33 - Bairro:

34 - Bairro:

35 - Bairro:

36 - Bairro:

37 - Bairro:

38 - Bairro:

39 - Bairro:

40 - Bairro:

41 - Bairro:

42 - Bairro:

43 - Bairro:

44 - Bairro:

45 - Bairro:

46 - Bairro:

47 - Bairro:

48 - Bairro:

49 - Bairro:

50 - Bairro:

51 - Bairro:

52 - Bairro:

53 - Bairro:

54 - Bairro:

55 - Bairro:

56 - Bairro:

57 - Bairro:

58 - Bairro:

59 - Bairro:

60 - Bairro:

61 - Bairro:

62 - Bairro:

63 - Bairro:

64 - Bairro:

65 - Bairro:

66 - Bairro:

67 - Bairro:

68 - Bairro:

69 - Bairro:

70 - Bairro:

71 - Bairro:

72 - Bairro:

73 - Bairro:

74 - Bairro:

75 - Bairro:

76 - Bairro:

77 - Bairro:

78 - Bairro:

79 - Bairro:

80 - Bairro:

81 - Bairro:

82 - Bairro:

83 - Bairro:

84 - Bairro:

85 - Bairro:

86 - Bairro:

87 - Bairro:

88 - Bairro:

89 - Bairro:

90 - Bairro:

91 - Bairro:

92 - Bairro:

93 - Bairro:

94 - Bairro:

95 - Bairro:

96 - Bairro:

97 - Bairro:

98 - Bairro:

99 - Bairro:

100 - Bairro:

101 - Bairro:

102 - Bairro:

103 - Bairro:

104 - Bairro:

105 - Bairro:

106 - Bairro:

107 - Bairro:

108 - Bairro:

109 - Bairro:

110 - Bairro:

111 - Bairro:

112 - Bairro:

113 - Bairro:

114 - Bairro:

115 - Bairro:

116 - Bairro:

117 - Bairro:

118 - Bairro:

119 - Bairro:

120 - Bairro:

121 - Bairro:

122 - Bairro:

123 - Bairro:

124 - Bairro:

125 - Bairro:

126 - Bairro:

127 - Bairro:

128 - Bairro:

129 - Bairro:

130 - Bairro:

131 - Bairro:

132 - Bairro:

133 - Bairro:

134 - Bairro:

135 - Bairro:

136 - Bairro:

137 - Bairro:

138 - Bairro:

139 - Bairro:

140 - Bairro:

141 - Bairro:

142 - Bairro:

143 - Bairro:

144 - Bairro:

145 - Bairro:

146 - Bairro:

147 - Bairro:

148 - Bairro:

149 - Bairro:

150 - Bairro:

151 - Bairro:

152 - Bairro:

153 - Bairro:

154 - Bairro:

155 - Bairro:

156 - Bairro:

157 - Bairro:

158 - Bairro:

159 - Bairro:

160 - Bairro:

161 - Bairro:

162 - Bairro:

163 - Bairro:

164 - Bairro:

165 - Bairro:

166 - Bairro:

167 - Bairro:

168 - Bairro:

169 - Bairro:

170 - Bairro:

171 - Bairro:

172 - Bairro:

173 - Bairro:

174 - Bairro:

175 - Bairro:



**SECRETARIA DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA**

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

DA N° 04.02.2019.
EM: 05.02.2019.

Atendendo ao requerimento do Srº., MICHELANGELO MOIZES ANDRADE SILVA, RG N° 210592377068 – MEX - PE, CPF N° 041.006.774-13, declaramos que baseado na ficha de Ocorrência N° S – 570552 do dia 28 de dezembro de 2018, foi atendido pelo nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU Paulista, por volta das 16hs e 30min, vítima de acidente com motocicleta, na Rodovia PE - C22, S/N, – Maranguape II - Paulista, nas proximidades da CELPE, sendo em seguida removido ao Hospital da Restauração.

2020. C. Sampaio
Enviado em 05/02/2019
Carlos Augusto Sampaio
Coordenador
SAMU-Paulista

ITAU - UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 13/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MICHELANGELO MOIZES ANDRADE SILVA

BANCO: 341

AGÊNCIA: 06066

CONTA: 000000042041-2

Autenticação:

0B34A34DBA9198847EE842CFF6EF45415945F3A5888782AA2A95B27434CAE766



COMPESA 09.768.025/0001-64

Documento N° 2019-2099624

MATRÍCULA
06723345.1CLIENTE
IVANILDO CIZINO DA SILVACPF/CNPJ
179.483.984-43VENCIMENTO
31/10/2019

INSCRIÇÃO

344 106 340 0224 000

ENDEREÇO DO IMÓVEL
R SETENTA E NOVE, N. 00247 - MARANGUAPÉ II PAULISTA PE 53421-321

ENDERECO PARA ENTREGA

OBSERVAÇÃO

DESCRICAÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS

VALOR R\$

ENTRADA DE PARCELAMENTO 1/1

58,16

TOTAL

R\$

58,16

VIA CLIENTE

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



INFORMAÇÕES DA EMPRESA
Companhia Energética da Paraíba
Av. João de Barros, 111 - Bld. 1000, Recife - PE CEP 50080-902
CEP: 50080-090-001 Núc. Tel. 0800-2192000 | www.cea.com.br

DADOS DO CLIENTE:

CNPJ: 01.100.100/0001-00

UF: PE - 400

CLASSIFICAÇÃO:

TÉCNICO

RESIDENCIAL

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA:

ALFAIRON Ribeiro, 912-CB-101

CEP: 50080-090-001
ABREU E LIMA PB
50070-140

7017133793 11/2019

13/11/2019 06/12/2019

205,70

ITEM	DESCRIÇÃO	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
CUSTO DE SERVIÇO		171.980,00	171.980,00
ACORDO DE PARCERIA ANUALIZADA		2,70	2,70
ACORDO DE PARCERIA ANUALIZADA		7,00	7,00
ACORDO DE PARCERIA ANUALIZADA		66,27	66,27
ACORDO DE PARCERIA ANUALIZADA		0,60	0,60
ACORDO DE PARCERIA ANUALIZADA		6,72	6,72
ACORDO DE PARCERIA ANUALIZADA		1,54	1,54
ACORDO DE PARCERIA ANUALIZADA		0,38	0,38
ACORDO DE PARCERIA ANUALIZADA		7,4	7,4

TOTAL CAPA: 205,70

ITEM	TIPO DE PAGAMENTO	DATA DE VENCIMENTO	DATA DE PAGAMENTO	VALOR	VALOR DE DESCONTO	VALOR DE JUROS
1	PIX	2020-11-10	2020-11-10	205,70	0,00	0,00

ITEM	TIPO DE PAGAMENTO	DATA DE VENCIMENTO	DATA DE PAGAMENTO	VALOR	VALOR DE DESCONTO	VALOR DE JUROS
1	PIX	2020-11-10	2020-11-10	205,70	0,00	0,00
2	PIX	2020-11-10	2020-11-10	205,70	0,00	0,00
3	PIX	2020-11-10	2020-11-10	205,70	0,00	0,00
4	PIX	2020-11-10	2020-11-10	205,70	0,00	0,00
5	PIX	2020-11-10	2020-11-10	205,70	0,00	0,00
6	PIX	2020-11-10	2020-11-10	205,70	0,00	0,00
7	PIX	2020-11-10	2020-11-10	205,70	0,00	0,00
8	PIX	2020-11-10	2020-11-10	205,70	0,00	0,00
9	PIX	2020-11-10	2020-11-10	205,70	0,00	0,00
10	PIX	2020-11-10	2020-11-10	205,70	0,00	0,00
11	PIX	2020-11-10	2020-11-10	205,70	0,00	0,00
12	PIX	2020-11-10	2020-11-10	205,70	0,00	0,00
13	PIX	2020-11-10	2020-11-10	205,70	0,00	0,00
14	PIX	2020-11-10	2020-11-10	205,70	0,00	0,00
15	PIX	2020-11-10	2020-11-10	205,70	0,00	0,00
16	PIX	2020-11-10	2020-11-10	205,70	0,00	0,00
17	PIX	2020-11-10	2020-11-10	205,70	0,00	0,00
18	PIX	2020-11-10	2020-11-10	205,70	0,00	0,00
19	PIX	2020-11-10	2020-11-10	205,70	0,00	0,00
20	PIX	2020-11-10	2020-11-10	205,70	0,00	0,00
21	PIX	2020-11-10	2020-11-10	205,70	0,00	0,00
22	PIX	2020-11-10	2020-11-10	205,70	0,00	0,00
23	PIX	2020-11-10	2020-11-10	205,70	0,00	0,00
24	PIX	2020-11-10	2020-11-10	205,70	0,00	0,00
25	PIX	2020-11-10	2020-11-10	205,70	0,00	0,00
26	PIX	2020-11-10	2020-11-10	205,70	0,00	0,00
27	PIX	2020-11-10	2020-11-10	205,70	0,00	0,00
28	PIX	2020-11-10	2020-11-10	205,70	0,00	0,00
29	PIX	2020-11-10	2020-11-10	205,70	0,00	0,00
30	PIX	2020-11-10	2020-11-10	205,70	0,00	0,00
31	PIX	2020-11-10	2020-11-10	205,70	0,00	0,00
32	PIX	2020-11-10	2020-11-10	205,70	0,00	0,00
33	PIX	2020-11-10	2020-11-10	205,70	0,00	0,00
34	PIX	2020-11-10	2020-11-10	205,70	0,00	0,00
35	PIX	2020-11-10	2020-11-10	205,70	0,00	0,00
36	PIX	2020-11-10	2020-11-10	205,70	0,00	0,00
37	PIX	2020-11-10	2020-11-10	205,70	0,00	0,00
38	PIX	2020-11-10	2020-11-10	205,70	0,00	0,00
39	PIX	2020-11-10	2020-11-10	205,70	0,00	0,00
40	PIX	2020-11-10	2020-11-10	205,70	0,00	0,00
41	PIX	2020-11-10	2020-11-10	205,70	0,00	0,00
42	PIX	2020-11-10	2020-11-10	205,70	0,00	0,00
43	PIX	2020-11-10	2020-11-10	205,70	0,00	0,00
44	PIX	2020-11-10	2020-11-10	205,70	0,00	0,00
45	PIX	2020-11-10	2020-11-10	205,70	0,00	0,00
46	PIX	2020-11-10	2020-11-10	205,70	0,00	0,00
47	PIX	2020-11-10	2020-11-10	205,70	0,00	0,00
48	PIX	2020-11-10	2020-11-10	205,70	0,00	0,00
49	PIX	2020-11-10	2020-11-10	205,70	0,00	0,00
50	PIX	2020-11-10	2020-11-10	205,70	0,00	0,00
51	PIX	2020-11-10	2020-11-10	205,70	0,00	0,00
52	PIX	2020-11-10	2020-11-10	205,70	0,00	0,00
53	PIX	2020-11-10	2020-11-10	205,70	0,00	0,00
54	PIX	2020-11-10	2020-11-10	205,70	0,00	0,00
55	PIX	2020-11-10	2020-11-10	205,70	0,00	0,00
56	PIX	2020-11-10	2020-11-10	205,70	0,00	0,00
57	PIX	2020-11-10	2020-11-10	205,70	0,00	0,00
58	PIX	2020-11-10	2020-11-10	205,70	0,00	0,00
59	PIX	2020-11-10	2020-11-10	205,70	0,00	0,00
60	PIX	2020-11-10	2020-11-10	205,70	0,00	0,00
61	PIX	2020-11-10	2020-11-10	205,70	0,00	0,00
62	PIX	2020-11-10	2020-11-10	205,70	0,00	0,00
63	PIX	2020-11-10	2020-11-10	205,70	0,00	0,00
64	PIX	2020-11-10	2020-11-10	205,70	0,00	0,00
65	PIX	2020-11-10	2020-11-10	205,70	0,00	0,00
66	PIX	2020-11-10	2020-11-10	205,70	0,00	0,00
67	PIX	2020-11-10	2020-11-10	205,70	0,00	0,00
68	PIX	2020-11-10	2020-11-10	205,70	0,00	0,00
69	PIX	2020-11-10	2020-11-10	205,70	0,00	0,00
70	PIX	2020-11-10	2020-11-10	205,70	0,00	0,00
71	PIX	2020-11-10	2020-11-10	205,70	0,00	0,00
72	PIX	2020-11-10	2020-11-10	205,70	0,00	0,00
73	PIX	2020-11-10	2020-11-10	205,70	0,00	0,00
74	PIX	2020-11-10	2020-11-10	205,70	0,00	0,00
75	PIX	2020-11-10	2020-11-10	205,70	0,00	0,00
76	PIX	2020-11-10	2020-11-10	205,70	0,00	0,00
77	PIX	2020-11-10	2020-11-10	205,70	0,00	0,00
78	PIX	2020-11-10	2020-11-10	205,70	0,00	0,00
79	PIX	2020-11-10	2020-11-10	205,70	0,00	0,00
80	PIX	2020-11-10	2020-11-10	205,70	0,00	0,00
81	PIX	2020-11-10	2020-11-10	205,70	0,00	0,00
82	PIX	2020-11-10	2020-11-10	205,70	0,00	0,00
83	PIX	2020-11-10	2020-11-10	205,70	0,00	0,00
84	PIX	2020-11-10	2020-11-10	205,70	0,00	0,00
85	PIX	2020-11-10	2020-11-10	205,70	0,00	0,00
86	PIX	2020-11-10	2020-11-10	205,70	0,00	0,00
87	PIX	2020-11-10	2020-11-10	205,70	0,00	0,00
88	PIX	2020-11-10	2020-11-10	205,70	0,00	0,00
89	PIX	2020-11-10	2020-11-10	205,70	0,00	0,00
90	PIX	2020-11-10	2020-11-10	205,70	0,00	0,00
91	PIX	2020-11-10	2020-11-10	205,70	0,00	0,00
92	PIX	2020-11-10	2020-11-10	205,70	0,00	0,00
93	PIX	2020-11-10	2020-11-10	205,70	0,00	0,00
94	PIX	2020-11-10	2020-11-10	205,70	0,00	0,00
95	PIX	2020-11-10	2020-11-10	205,70	0,00	0,00
96	PIX	2020-11-10	2020-11-10	205,70	0,00	0,00
97	PIX	2020-11-10	2020-11-10	205,70	0,00	0,00
98	PIX	2020-11-10	2020-11-10	205,70	0,00	0,00
99	PIX	2020-11-10	2020-11-10	205,70	0,00	0,00
100	PIX	2020-11-10	2020-11-10	205,70	0,00	0,00
101	PIX	2020-11-10	2020-11-10	205,70	0,00	0,00
102	PIX	2020-11-10	2020-11-10	205,70	0,00	0,00
103	PIX	2020-11-10	2020-11-10	205,70	0,00	0,00
104	PIX	2020-11-10	2020-11-10	205,70	0,00	0,00
105	PIX	2020-11-10	2020-11-10	205,70	0,00	0,00
106	PIX	2020-11-10	2020-11-10	205,70	0,00	0,00
107	PIX	2020-11-10	2020-11-10	205,70	0,00	0,00
108	PIX	2020-11-10	2020-11-10	205,70	0,00	0,00
109	PIX	2020-11-10	2020-11-10	205,70	0,00	0,00
110	PIX	2020-11-10	2020-11-10	205,70	0,00	0,00
111	PIX	2020-11-10	2020-11-10	205,70	0,00	0,00
112	PIX	2020-11-10	2020-11-10	205,70	0,00	0,00
113	PIX	2020-11-10	2020-11-10	205,70	0,00	0,00
114	PIX	2020-11-10	2020-11-10	205,70	0,00	0,00
115	PIX	2020-11-10	2020-11-10	205,70	0,00	0,00
116	PIX	2020-11-10	2020-11-10	205,70	0,00	0,00
117	PIX	2020-11-10	2020-11-10	205,70	0,00	0,00
118	PIX	2020-11-10	2020-11-10	205,70	0,00	0,00
119	PIX	2020-11-10	2020-11-10	205,70	0,00	0,00
120	PIX	2020-11-10	2020-11-10	205,70	0,00	0,00
121	PIX	2020-11-10	202			

