

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME

ROZENILDO LEAO DE LIMA



DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF

5658151 BPP PE

CPF

042.075.574-82

DATA NASCIMENTO

17/08/1982

FILIAÇÃO

ROMILDO CORREIA DE
LIMA

ELZANIRA LEAO DE LIMA

PERMISSÃO

ACC

CAT. HAB.

AB

Nº REGISTRO

06363532980

VALIDADE

03/12/2019

1ª HABILITAÇÃO

11/05/2015

OBSERVAÇÕES

Exerce Ativ Remunerada

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
11/10/19

Responsável pelo Documento

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL

RECIFE - PE

DATA EMISSÃO

12/05/2016

[Signature]

ASSINATURA DO EMISSOR

20937634516

PE072879157

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1224321762

PROIBIDO PLASTIFICAR
1224321762



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

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0805943-03



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
Ouvidoria 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

VIVIANE BARBOSA DE LIMA
CPF: 919.954.694-91

DATA DE VENCIMENTO

05/08/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)
99,14

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

29/07/2019

DATA DA APRESENTAÇÃO

29/07/2019

NÚMERO DA NOTA FISCAL

071505469

CONTA CONTRATO

007017271380

Nº DO CLIENTE

2013534432

Nº DA INSTALAÇÃO

0005663857

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA UNIAO DA VITORIA 67 CS-G

CASA AMARELA/RECIFE
52210-340 RECIFE PE

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

34FE.C74F.F983.0113.48ED.9786.2E13.FBE4

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

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	101,00	0,78063095	78,84
Acréscimo Bandeira AMARELA			1,89
Contrib. Ilum. Pública Municipal			18,45
ICMS Subvenção-CDE-NF 063947760-29/05/19			0,68
Bônus ITAIPU - art 21 da Lei 10.438/2002			0,72
TOTAL DA FATURA			99,14

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS							
ICMS		PIS		COFINS			
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%
80,73	25,00	20,18	80,73	0,82	0,66	80,73	3,81
							3,07

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo(kWh)	0,5493900		kWh
		JUL 19	101
		JUN 19	94
		MAI 19	108
		ABR 19	117
		MAR 19	119
		FEV 19	106
		JAN 19	116
		DEZ 18	128
		NOV 18	116
		OUT 18	120
		SET 18	79
		AGO 18	98
		JUL 18	95

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
R\$	%
Geração de Energia	26,53 32,86
Transmissão	2,91 3,63
Distribuição (Culpa)	17,67 21,89
Encargos Setoriais	4,15 5,14
Tributos	23,81 29,62
Perdas de Energia	5,58 6,99
TOTAL	80,73 100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NUMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh		
		DATA	LEITURA						
00000003172723208	CAT	27/06/2019	1.482,00	29/07/2019	1.583,90	32	1,00900	0,00	101,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 28/08/2019

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	MÉDIA MENSAL	MÉDIA TRIMESTRAL	MÉDIA ANUAL
					mai/2019
DIC-No de horas sem Energia	2,00	4,95	9,91	19,82	
FIC-No de vezes sem Energia	1,00	3,11	6,22	12,45	
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua	2,00	2,77	0,00	0,00	
Limite DIC: 12,22					
Limite FIC: 12,22					
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 30,13					
Tudo Consumidor pode sofrer a aplicação dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DFCR a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! ou corra para casa nova: rua padre lemos casa amarela / papelaria moderna: r padre lemos loja c 420 casa amarela. Lista completa em www.celpe.com.br.
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em www.aneel.gov.br.
Cobrança ICMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 39.459/13.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade 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 próx. mês.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

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

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO
007017271380	07/2019	99,14	05/08/2019

TALÃO DE PAGAMENTO

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

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: ROSENILDO LEÃO DE LIMA

brasileiro (a), estado civil _____, profissão _____

RG nº 5.658.151, CPF/MF nº 092.075.574-82

residente e domiciliado (a) na Rua uniao da victoria

nº 670, bairro Barra Amarela, Cidade Recife,

Estado PE, CEP 52210-340

OUTORGADO: PEDRO GABRIEL PEREIRA DOS SANTOS, brasileiro, solteiro, advogado, inscrita na OAB/PE nº 50.813, com endereço profissional na Rua Carneiro Vilela, nº 250, 1º Andar, Sala 102, Afritos, Recife/PE, CEP nº 52050-405, E-mail: pereirasantospedro@hotmail.com, os quais indicam para os fins do art. 105, § 2º do NCPC/2015.

PODERES: O(a) **OUTORGANTE** nomeia e constitui a **OUTORGADA** sua bastante procuradora, a quem confere poderes, nos termos da cláusula "ad judicium et extra", para o foro em geral, com poderes especiais, para firmar acordos e assinar documentos afeitos a ações judiciais que venham a impetrar na defesa do(a) **OUTORGANTE**, em qualquer instância ou Tribunal, transigir, transacionar e desistir de direitos ou das mesmas ações, **pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica (nos termos do art. 105 do NCPC/2015)**, podendo ainda, subestabelecer os poderes ora recebidos em todo ou em parte, além de atuarem na esfera administrativa, junto a Órgãos Públicos federais, estaduais, municipais, autarquias, fundações e institutos em geral, podendo fazer declarações, juntar e retirar qualquer documento, pleitear direitos e contestar e/ou impugnar deveres e/ou obrigações que sejam ou tenham sido imputados ao(a) **OUTORGANTE**.

Recife, de 27 de 12 de 19.

Rosendo Leão de Lima
OUTORGANTE



DECLARAÇÃO

Eu, ROSENILDO LEÃO DE LIMA,
portador (a) do RG nº 5.658.151, CPF/MF 092.075.579-82

declaro com fundamento no artigo 5º, LXXIV da Constituição Federal de 1988 c/c Lei Federal nº 1.060/50, e para fins de prova junto ao Poder Judiciário, que não possuo condições financeiras para custear a defesa dos meus direitos, sem prejuízo do sustento próprio e da minha família, declaração esta que faço sob as penas da Lei e sob a minha responsabilidade.

Leão, de 27 de 12 de 19.

Rosenildo Leão de Lima
DECLARANTE





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DEPATRI - DELEGACIA DE POLÍCIA DE ROUBOS E FURTOS DE VEÍCULOS - DPRFV

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **17E0315000032**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **10/02/2017** às **17:32**

Complementado pelo BO Número: **17E0315000052**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumados) que aconteceu no dia **9/1/2017** às **11:42**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA NORTE, 1** - Bairro: **ROSARINHO - RECIFE/PERNAMBUCO**
/BRASIL
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
ANGELICA FERREIRA DE ARAÚJO LIMA (OUTRO)
ROZENILDO LEÃO DE LIMA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Outros motivos) , que estava em posse do(a) Sr(a): ANGELICA FERREIRA DE ARAÚJO LIMA
VEICULO: (Outros motivos) , que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO
VEICULO: (Outros motivos) , que estava em posse do(a) Sr(a): ROZENILDO LEÃO DE LIMA

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

ROZENILDO LEÃO DE LIMA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **ELZANIRA LEÃO DE LIMA** Pai: **ROMILDO CORREIA DE LIMA** Data de Nascimento: **17/8/1982** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **BAIRRO DE CASA AMARELA (BAIRRO), 67, RUA UNIÃO DA VITÓRIA, CASA AMARELA, CASA C - CEP: 55000-000 - Bairro: CASA AMARELA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

ANGELICA FERREIRA DE ARAÚJO LIMA (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **1** Pai: **2**
Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

VEÍCULO 1 (PDH_5053) (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **ROZENILDO LEÃO DE LIMA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ANGELICA FERREIRA DE ARAÚJO LIMA**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/HONDA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

03/10/2019 09:34



Chassi: **9C2KC1670FR508035**Descrição: **MODELO CG 150****VEÍCULO 2 (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**Categoria/Marca/Modelo: **NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

O NOTICIANTE INFORMA QUE, NO DIA 9/1/2017, PILOTAVA A MOTOCICLETA (PDH_5053) PELA AV. NORTE (ROSARINHO, RECIFE-PE), OCASIÃO EM QUE COLIDIU NA PARTE TRASEIRA DE UM AUTOMÓVEL. NA OCASIÃO, A VÍTIMA FRATUROU O PUNHO. O NOTICIANTE FOI SOCORRIDO PELO CORPO DE BOMBEIROS PARA A UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA) DE NOVA DESCOBERTA (RECIFE-PE); POSTERIORMENTE, FOI ENCAMINHADO AO HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS, ONDE FOI SUBMETIDO A PROCEDIMENTO CIRÚRGICO.

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

ROZENILDO LEÃO DE LIMA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **EWERTON DE OLIVEIRA CUNHA MAT. 272.883-4 - Matrícula: 272883-4**

03/10/2019 09:34

RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

NOME DO PACIENTE: Agustina Alves de Lima DO REGISTRO: 123456789

CLÍNICA: Clínica de Odontologia Nº DO LITO: 1234

OPERAÇÃO: Exatidão

1ª ASSISTENTE: Procedimento de 2ª ASSISTENTE:

INSTRUMENTAÇÃO: ANESTESIA:

ANESTESIA: sedação DURAÇÃO:

DATA DA OPERAÇÃO: 1/1/2019 INÍCIO: 10h FIM: 11h

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Tratamento de canal de dente

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO:

OPERAÇÃO PROPOSTA: Tratamento de canal de dente

OPERAÇÃO REALIZADA:

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

- 1) Exatidão em diagnóstico de canal de dente
- 2) Tratamento de canal de dente
- 3) Tratamento de canal de dente
- 4) Tratamento de canal de dente

Assinado eletronicamente

H.F.

HOSPITAL CERAL OTAVIO DE FREITAS

INST. NACIONAL DE ASSISTENCIA MEDICA DA PREVIDENCIA SOCIAL
SECRETARIA DE ASSISTENCIA MEDICA SUS-PE

ATESTADO MEDICO

ATESTADO de Seguridade

particular da Carteira Profissional n.º

Serie

necessaria de

dias de afastamento

do trabalho a partir desta data por motivo de doença

a) Diagnostico

b) Tratamento

Devera retornar ao Ambulatorio de

Com dias (marcação preferencial na fila no dia anterior)

HOSPITAL AMBULATORIO

LOCALIDADE/DATA

Dr. Autor Gabe Neto
Otorrinolaringologista
CRM 12345

Ass. do Médico - CRM N.º

NOTA: ESTE ATESTADO E VALIDO PARA AS FINALIDADES PREVISTAS NO ART. 58
DO RGPS, APROVADO PELO DECRETO N.º 50.501 DE 14-03-87 E SERA EXPEDIDO
PARA JUSTIFICATIVA DE FALTAS DE AFASTAMENTO DO TRABALHO
ZUC-TCGE



AVIO DE FREITAS

Localidade de Origem: PERNAMBUCO

MANIFESTAÇÃO Nº

Nome Paciente: ROSELY DE LIMA

Curr. Paciente: 12345

Data de Nascimento: 10/05/1960

Sexo: F

Idade: 59

Cor: BRANCA

Estado Civil: SOLTEIRA

Assinatura: [Assinatura]

01/12/2017 15:50 - MARLY MOTA DA SILVA SOUZA - EXPEDIENTE - FUNÇÃO: ENFERMEIRA - ADMISSÃO

AMARELO - URGENTE

AMARELO

Nome Paciente: ROSELY DE LIMA
FACIENTE NÃO ENVIADO DO LAU A NOVA DESCOBERTA JORNAL GUEÇA DE
1212 ANOS TOLIAO MOTO CLIMATIZADO EM CONDIÇÃO DE LAUO TRAMIA
MOTO GUEÇA DE 1212 ANOS

Nome Paciente: ROSELY DE LIMA

Nome Paciente: ROSELY DE LIMA

Nome Paciente: ROSELY DE LIMA

Nome Paciente: ROSELY DE LIMA

Assinado por: MARLY MOTA DA SILVA SOUZA

DATA: 01/12/2017 15:50

Assinado por: MARLY MOTA DA SILVA SOUZA

Página 1 de 1

Scanned by CamScanner





NúcleoSaúde
Medicina & Segurança do Trabalho

SOLICITO:

AO SR. ROZENILDO LEÃO DE LIMA , 30 (TRINTA) SESSÕES DE FISIOTERAPIA NO PUNHO ESQUERDO.

RECIFE, 06 DE MARÇO DE 2017

Ruy Rodrigues
Médico do Trabalho
Insc. 0069 - CRMPE 6829

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
31/10/19

Objetiva Núcleo de Saúde Ltda - CNPJ : 07.001.692/0001-31

Av. Caxangá, 1985 – CORDEIRO – Recife – PE - Fone: (81) 3226.0752

E-mail: objetivanucleosaude@gmail.com

www.clinicanucleosaude.com.br





KATTARINE DIAS

10 de julho 2017.

RECIBO

R\$ 3.600,00

Declaro para os devidos fins, que recebi do Sr. ROZENILDO LEÃO DE LIMA, portador do CPF: 042.075.574-82 a quantia de R\$ 3.600,00 (três mil e seiscentos reais), referente aos serviços descritos abaixo:

Procedimentos	Quant. sessões	Valor Unitário
Fisioterapia a domicilio - Recuperação funcional	30	R\$ 120,00

TOTAL R\$ 3.600,00

No qual dou plena e geral quitação!


Dra. Kattarine Dias
Fisioterapeuta
CREFITO 223951-F
KATTARINE DIAS
CREFITO 223951-F

KOTE SEGUROS
Erica Araujo


Imbiribeira – Recife – PE Fone: (81) 99768-1692



Rio de Janeiro, 23 de Junho de 2017

Carta nº: 11194463

A/C: ROZENILDO LEAO DE LIMA

Sinistro: 3170213118 ASL-0139567/17
Vitima: ROZENILDO LEAO DE LIMA
Data Acidente: 09/01/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ALCIONE GOMES DA SILVA

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: ROZENILDO LEAO DE LIMA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000049

Conta: 00000194414-1

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos 25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01215/01216 - carta_15R

