



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 07

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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP 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, a 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 CARLA MARIA FIRMINO MELO

inscrito (a) no CPF/CNPJ 07872304429 / _____ na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

DENILZA NASCIMENTO SANTOS inscrito (a) no CPF sob o Nº 050.383.714-85 / _____

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da vítima JOÃO CAILAN SANTOS SOARES

inscrito (a) no CPF sob o Nº _____ / _____, 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 NUMERIANO ALVES BEZERRA

Bairro: BOA VISTA

E-mail: _____

Cidade: PENEDO

Número: 37

Estado: PE

Complemento: GARAGEM

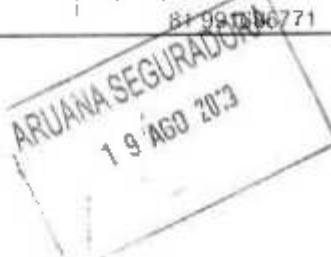
CEP: 55150-020

Tel.(DDD): 81 991360771

Local e Data: BELO JARDIM 07/08/2019

Carla Maria Firmino Melo

Assinatura do Declarante





Prefeitura de

Belo Jardim

A mudança começa com trabalho

HOSPITAL REGIONAL DE BELO JARDIM

CNPJ: 10.260.222/0001-05

Rua Dr. Henrique Nascimento, s/nº

Belo Jardim - PE - CEP: 55.150-000

Fone: (0**81) 3726.2233

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que JOÃO CRINAN SANTOS
SUKRES residente RUA IZABEL CORDEIRO
FERREIRA, 16 BELA VISTA BELO JARDIM/PE esteve internado
neste Hospital no período de 21.04.2019 à
_____ com diagnóstico de CID:
FRATURA EXPOSTA prontuário nº _____.

OBS: O original se encontra disponível ao INSS para averiguação neste arquivo.

OBS: Por motivo de danificação dos prontuários os mesmos estão sendo refeitos.

Belo Jardim 20/05/2019

Dr. Sayuri Pereira
Diretora Geral
HJAL / UPA
Coren / PE 323-447

Responsável

ARUANA SEGURADORA
19 AGO 2019



HOSPITAL GERAL OTÁVIO DE FREITAS

RESUMO DE ALTA - CLÍNICA CIRÚRGICA

Nome: João Caetano Santos Sousa
Idade: 10.35.279 Sexo:
Local:
Data de Entrada: 21/8/79 Data de Saída: 25/9/79

Diagnóstico de Entrada:
Fúlcure com gume E

Diagnóstico Final:
Tuberculose
de pectus

Exames (em Enfermaria): Evoluiu com sangramento em FO, suspenso decaire com melhora do sangramento. Res. uso de oxacilina, metronidazol e ampicilina por 10 dias. Evoluiu q bom aspecto de FO

Deverá comparecer ao Ambulatório de

para controle em
Betriz T. 12.08
13.30

ARUANA SEGURODORA
19 AGO 2013



HOSPITAL GERAL OTÁVIO DE FREITAS

SIST. NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DA PRESIDÊNCIA SOCIAL
SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA SUS-PE

ATESTADO MÉDICO

ATESTADO que o Sr. João (Guinan Santos)
Santos

portador de Carteira Profissional N.º _____ Série _____

necessita de 60 semanas dias de afastamento
do trabalho, a partir desta data, que motivo da doença.

a) Diagnóstico: Fratura pura F

b) Tratamento: Fixador externo

Deverá retornar ao Ambulatório de _____

em _____ (marcação preferencial, na fila, no dia anterior)

Recu 24/8/79

HOSPITAL GERAL OTÁVIO DE FREITAS

LOCALIDADE/DATA

Ass. do Médico - CRM N.º _____

NOTA: ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA AS FINALIDADES PREVISTAS NO ART. 86
DO RGPS, APROVADO PELO DECRETO N.º 80.601 DE 14-03-87 E SERÁ EXPEDIDO
INFORMATIVA DE 01 A 15 DIAS DE AFASTAMENTO DE TRABALHO

ARUANA SEGURADORA
19 AGO 2013

ARUANA SEGURODORA
19 AGO 1973

SEGURODORA

HOSPITAL GERAL DIA DO DEBILITADO

INSTITUICAO AMBULATORIAL - PACIENTES INTERNADOS

DO METOR

DATA DE NACIMENTO

José Carlos Silva

1085019

DATA DE NACIMENTO

Henrique

11

11

[Signature]

Assinado em 10/08/73

Assinado em 10/08/73

Assinado em 10/08/73

Assinado em 10/08/73

Assinado em 10/08/73



SES

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

End. Rua Aprígio Guimarães S/N Tejipió – Recife – PE PABX 31828500

RESUMO DE ALTA

Nome: JOÃO CAINAN SANTOS SOARES

Reg: 1085014

Enf:

Leito:

DATA DE ENTRADA: 07/06/2019

DATA DE SAÍDA: 07/06/2019

DIAGNÓSTICO DE ENTRADA:

FRATURA DE TIBIA ESQUERDA

DIAGNÓSTICO FINAL:

O MESMO

EVOLUÇÃO/EXAMES (EM ENFERMARIA):

PACIENTE COMPARECE AO SERVIÇO PARA RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO,
RETIRADO SEM INTERCORRENCIAS. ENCAMINHO AO AMBULATORIO

DEVERÁ COMPARECER AO AMBULATORIO DE: JOELHO

PARA CONTROLE EM: 15 DIAS

Janderson Carvalho
Cris...
Janderson Carvalho
MÉDICO RESPONSÁVEL
CRM 27896-PE

ARUANA SEGURODORA
19 AGO 2013

Paciente: 1085014 - JOAO CAINAN SANTOS SOARES

Idade: 13 Anos 10 Meses 16 Dias

Data de Nascimento: 14/09/2005

Prestador Assistente: TARCISIO LYRA DE BRITO

Conselho / Número Cons.: CRM - null - 10591

Função: MEDICO(A)

RELATÓRIO DE EVOLUÇÃO

Atendimento 3323308

Leito: PED 403-01

Admissão: 21/04/2019 20:04

Convênio: SUS - INTERNACAO

Plano: PLANO UNICO

EVOLUÇÃO: 509140 (FECHADO)Responsável: MARIA BEATRIZ BEZERRA TELES - CRM
13361 / PEDIATRIA

Data de Referência: 06/05/2019

Data/Hora do Documento: 06/05/2019 07:17

#15º DIH / 14º DPO:

HD: FRATURA EXPOSTA DE TIBIA ESQUERDA

USOU: OXACILINA D10
AMICACINA D10
METRONIDAZOL D10
DIPIRONA S/N.

USANDO SINTOMATICOS

EVOLUINDO AFEBRIL
FEN+# AO EXAME: BEG, EUPNÉICO, AFEBRIL, HIDRATADO, NORMOCORADO.
ACV:RCR EM 2T, BNF S/S,
AR: MV+ SEM RA,
ABD: ABDOMEN FLACIDO, INDOLOR.
SOA: FO COM BOM ASPECTO, COM FIXADOR EXTERNO.
SN: CONSCIENTE, ORIENTADO, ATIVO.
OROFARINGE SEM ALTERAÇÕES

CD: ALTA HOSPITALAR

MARIA BEATRIZ BEZERRA TELES
CRM 13361ARUANA SEGURODORA
19 AGO 2013

Paciente: 1085014 - JOAO CAINAN SANTOS SOARES

Idade: 13 Anos 10 Meses 16 Dias

Data de Nascimento: 14/09/2005

Prestador Assistente: TARCISIO LYRA DE BRITO

Conselho / Número Cons.: CRM - null - 10591

Função: MEDICO(A)

RELATÓRIO DE EVOLUÇÃO

Atendimento 3323306

Leito: PED 403-01

Admissão: 21/04/2019 20:04

Convênio: SUS - INTERNACAO

Plano: PLANO UNICO

EVOLUÇÃO: 505639 (FECHADO)

Responsável: MARIA JOSENILDA DE FRANCA - CRM 9230 / Data de Referência: 30/04/2019

PEDIATRIA

Data/Hora do Documento: 30/04/2019 10:41

9º DIH / 8º DPO

HD: FRATURA EXPOSTA DE TIBIA ESQUERDA

ISANDO: OXACILINA D8/10

AMICACINA D7/10

METRONIDAZOL D8/10

DIPIRONA FIXO.

DS: SEM INTERCORRÊNCIAS.

AO EXAME: BEG, EUPNÉICO, AFEBRIL, HIDRATADO, NORMOCORADO.

ACV:RCREM 2T, BNF S/S, FC: 80 BPM.

AR: MVUA SEM RA, FR: 18 IRPM.

ABD:ABDOMEN FLACIDO,INDOLOR.

SOA:FO COM SANGUAMENTO EM FO,MAS COAGULANDO,SEM SECREÇÃO,EDEMA(+++)

SN: CONSCIENTE, ORIENTADO, ATIVO.

DE MENOR DE ALTA DA ORTOPEDIA, PORÉM AINDA COM EDEMA EM PERNA ESQUERDA, COMO LESÃO DE ATROPELAMENTO.

COM CONTAMINAÇÃO, FOI OPTADO POR MANTER ESQUEMA TRIPLICE, FARA NO MÍNIMO 7/10 DIAS.

MANTER PACIENTE NA PEDIATRIA, NÃO TRANSFERIR PARA O POSTO IV.

MARIA JOSENILDA DE FRANCA

CRM 9230

ARUANA SEGURADORA
19 AGO 2013

Paciente: 1085014 - JOAO CAINAN SANTOS SOARES

Idade: 13 Anos 10 Meses 16 Dias

Data de Nascimento: 14/09/2005

Prestador Assistente: TARCISIO LYRA DE BRITO

Conselho / Número Cons.: CRM - null - 10591

Função: MEDICO(A)

RELATÓRIO DE EVOLUÇÃO

Atendimento 3323308

Leito: PED 403-01

Admissão: 21/04/2019 20:04

Convênio: SUS - INTERNACAO

Plano: PLANO UNICO

EVOLUÇÃO: 503154 (FECHADO)Responsável: MARIA TEREZA DE ARAUJO MAGALHAES
DUARTE - CRM 10292 / PEDIATRIAData de Referência: 26/04/2019
Data/Hora do Documento: 26/04/2019 09:14

#6° DIH / 4° DPO;

HD: FRATURA EXPOSTA DE TIBIA ESQUERDA;

USANDO: OXACILINA D4;
AMICACINA D5;
METRONIDAZOL D4;
DIPIRONA FIXO.fez: CLEXANE
CEFALOTINA 01 DIA

DS: SEM DISTR. EUPNEICO, HIPOCORADO (+/4+), AFEBRIL, HIDRATADO, BOA PERFUSÃO;

ACV: RCR, BCNF, S/S;

AR: MVN SEM RA;

AD: ABDOMEN FLACIDO, INDOLOR;; SOA: MID COM FIXADOR EXTERNO E CURATIVO. OBSERVADO EDEMA DA PERNA, COM DISCRETO CALOR LOCAL. AGUARDA MATERIAL PARA TROCAR CURATIVO;;

SN: CONSCIENTE, ORIENTADO, ATIVO.

CD: MENOR DE ALTA DA ORTOPEDIA, PORÉM AINDA COM EDEMA EM PERNA ESQUERDA, COMO LESÃO POR ATROPELAMENTO, COM CONTAMINAÇÃO, FOI OPTADO POR MA, FAZER ESQUEMA TRIPLICE, FARA NO MÍNIMO 7/10 DIAS. MANTER PACIENTE NA PEDIATRIA, NÃO TRANSFERIR PARA O POSTO IV.

MARIA TEREZA DE ARAUJO MAGALHAES
CRM 10292ARUANA SEGURADORA
19 AGO 2013

Paciente: 1085014 - JOAO CAINAN SANTOS SOARES

Idade: 13 Anos 10 Meses 16 Dias

Data de Nascimento: 14/09/2005

Prestador Assistente: TARCISIO LYRA DE BRITO

Conselho / Número Cons.: CRM - null - 10591

Função: MEDICO(A)

RELATÓRIO DE EVOLUÇÃO

MARIA JOSENILDA DE FRANCA
CRM 9230

ARUANA SEGURADORA
19 AGO 2013

Paciente: 1085014 - JOAO CAINAN SANTOS SOARES

Idade: 13 Anos 10 Meses 16 Dias

Data de Nascimento: 14/09/2005

Prestador Assistente: TARCISIO LYRA DE BRITO

Conselho / Número Cons.: CRM - null - 10591

Função: MEDICO(A)

RELATÓRIO DE EVOLUÇÃO

Atendimento 3323308

Leito: PED 403-01

Admissão: 21/04/2019 20:04

Convênio: SUS - INTERNACAO

Plano: PLANO UNICO

EVOLUÇÃO: 501716 (FECHADO)Responsável: MARIA JOSENILDA DE FRANCA - CRM 9230 /
PEDIATRIA

Data de Referência: 24/04/2019

Data/Hora do Documento: 24/04/2019 10:28

#4º DIH / 2º DPO

HD: FRATURA EXPOSTA DE TIBIA ESQUERDA

USANDO: OXACILINA D2
AMICACINA D2
METRONIDAZOL D2
DIPIRONA FIXOfez CLEXANE
CEFALOTINA 01 DIA

DE SEM DISTERMIA

FEN

DIETA: ACEITA BEM

EVOLUÇÃO: GENITORA NEGA INTERCORRENCIAS, MENOR SEM QUEIXAS NO MOMENTO

AO EXAME: EG MELHORADO, EUPNEICO, HIPOCORADO(+/4+), AFEBRIL, HIDRATADO

ACV: RCR, BCNF, S/S

AR: MVN SEM RA

AD: ABDOMEN FLACIDO, INDOLOR

MIE: PERNA COM FIXADOR EXTERNO, EDEMA ++/4+, COM CALOR, SEM SANGRAMENTO POR OSTIOS, FO SEM SECREÇÃO, PULSOS PALPAVEIS, BOA PERFUSÃO

SN: CONSCIENTE, ORIENTADO, ATIVO

CD: PACIENTE SEM SANGRAMENTO POR OSTIO DO FIXADOR, TPAE E VSH NAO REALIZADOS POR FALTA DE KIT NO SERVIÇO, PLT NORMAL COMO SANGRAMENTO PROVAVELMENTE PELO USO DO CLEXANE, JA LIBERADO POR ORTOPEDISTA PARA SENTAR E COMO E JOVEM MENOR RISCO DE TROMBOSE POR IMOBILIDADE, MANTENHO SUSPENSO CLEXANE

PACIENTE COM FRATURA COM CONTAMINAÇÃO GRAU 3, SUSPENDO CEFALOTINA E FAÇO OXACILINA 300 MG/KG/DIA + AMICACINA 15 MG/KG/DIA E METRONIDAZOL 30 MG/KG/DIA (INICIADO EM 22/04/19). LEUCOGRAMA E PCR NORMAIS, MANTENHO ESQUEMA DE ATB

DEIXO DIPIRONA S/N

SEGUE EM VIGILANCIA, SUSPENDO TRANSFERENCIA PARA O POSTO 4

ORIENTO GENITORA

ARUANA SEGURADORA
19 AGO 2019

Paciente: 1085014 - JOAO CAINAN SANTOS SOARES

Idade: 13 Anos 10 Meses 16 Dias

Data de Nascimento: 14/09/2005

Prestador Assistente: TARCISIO LYRA DE BRITO

Conselho / Número Cons.: CRM - null - 10591

Função: MEDICO(A)

RELATÓRIO DE EVOLUÇÃO

MARIA JOSENILDA DE FRANCA
CRM 9230

ARUANA SEGURADORA
19 AGO 2013

Paciente: 1085014 - JOAO CAINAN SANTOS SOARES

Idade: 13 Anos 10 Meses 16 Dias

Data de Nascimento: 14/09/2005

Prestador Assistente: TARCISIO LYRA DE BRITO

Conseilho / Número Cons.: CRM - null - 10591

Função: MEDICO(A)

RELATÓRIO DE EVOLUÇÃO

Atendimento 3323306

Leito: PED 403-01

Admissão: 21/04/2019 20:04

Convênio: SUS - INTERNACAO

Plano: PLANO UNICO

EVOLUÇÃO: 500494 (FECHADO)

Responsável: MARIA JOSENILDA DE FRANCA - CRM 9230 / Data de Referência: 22/04/2019

PEDIATRIA

Data/Hora do Documento: 22/04/2019 12:17

#2° DIH / 0° DPO

HDFRATURA EXPOSTA DE TIBIA ESQUERDA

USANDO CEFALOTINA DO
DIPIRONA FIXO
CLEXANE

DE: SEM DISTERMIA

FEN

DIETA: ACEITA BEM

EVOLUÇÃO: GENITORA NEGA INTERCORRENCIAS. MENOR SEM QUEIXAS NO MOMENTO
ENFERMAGEM REFERE SANGRAMENTO PELO OSTIO DO FIXADORHDA: PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE JUMENTO COM FRATURA EXPOSTA EM PERNA ESQUERDA, NEGA
TRAUMA CRANIANO

VACINAS: EM ATRASO (SIC)

ALERGIAS: NAO

AO EXAME: EGR, EUPNEICO, HIPOCORADO (+/4+), AFEBRIL, HIDRATADO

ACV: RCR, BCNF, S/S

AR: MVN SEM RA

AD: ABDOMEN FLACIDO, INDOLOR

MIE PERNA COM FIXADOR EXTERNO, EDEMA ++/4+, COM CALOR, SANGRAMENTO LENTO PR OSTIO DA FACE

MEDIAL DO FIXADOR EXTERNO PROXIMAL, FO SEM SECREÇÃO, PULSOS PALPAVEIS, BOA PERFUSSAO

SN: CONSCIENTE, ORIENTADO, ATIVO

DO: COMO PACIENTE COM SANGRAMENTO POR OSTIO DO FIXADOR, SOLICITO REALIZAR CURATIVO
CLUSIVO E SUSPENDO CLEXANEPACIENTE COM FRATURA COM CONTAMINAÇÃO GRAU 3, SUSPENDO CEFALOTINA E FAÇO OXACILINA 300
MG/KG/DIA + AMICACINA 15 MG/KG/DIA E METRONIDAZOL 30 MG/KG/DIA

SOLICITO HEMOGRAMA, PCR, VSH E TPAE

CHAMAR MP APOS RESULTADO DOS EXAMES PARA AVALIAR SE RETORNA COM O CLEXANE

SEGUE EM VIGILANCIA

ORIENTO GENITORA

ARJANA SEGURADORA

19 AGO 2019



Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
Hospital Otávio de Freitas

Nome: JOAO CAINAN SANTOS SOARES
Sexo: MASCULINO
Mãe: DENILZA DO NASCIMENTO SANTOS
Endereço: PRACA DOM LUIZ, N.º 0 - BATRÃO: SAO PEDRO - CIDADE: BELO JARDIM - UF: PE

Idade: 13 Anos 10 Meses 16 Dias
CNS: 898002991595627
Contatos: 81. 89688726 | Celular: 81.

Nasc.: 14/09/2005

Dados do Atendimento:

Data/Hora Atend.: 21/04/2019 13:
Prontuário: 1085014
Nº. Atendimento: 3323303
Serviço: CIRURGIA

Enfermaria/Leito:

Médico:
ANA LECTA CARNEIRO LEAO DE ARAUJO LIMA

Admissão

Queixa Principal

DOR, DEFORMIDADE E FERIMENTO EM MIE

História Clínica

PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE JUMENTO COM FRATURA EXPOSTA EM PERNA ESQUERDA

Exame Físico

PULSOS +
SENSIBILIDADE +
FERIMENTO EM FACE ANTEROLATERAL DE PERNA ESQUERDO

Observações

RX- FRATURA DOS OSSO DA PERNA ESQUERDA

Conduta

INTERNO PARA TTO CIRURGICO DE URGENCIA

ANA LECTA CARNEIRO LEAO DE ARAUJO LIMA - CRM: Nº.20615

30/04/19

ARUANA SEGURODORA
19 A60 2013



CARTÓRIO

Maria Ferreira Cavalcanti

Registro Civil das Pessoas Naturais
Município de Belo Jardim - Estado de Pernambuco

Luiza Geslânia Freitas Cavalcanti de Santana
Oficiala Substituta em Exercício
CPF 478.037.384-00

Luciana Maria Ramos de Andrade
Escrivente Autorizada
CPF 822.733.914-04

B

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

Certifico que às fls. 18v, do livro "A" 48, N.º 53.643 Registro.

de nascimento, foi feito o assento de João Cainan Santos
Soares nascido em Belo Jardim-PE

no dia 14 de setembro de 2005, Filho(a) Julio Temotio
Soares e Denilza do Nascimento
Santos, agricultora

Sendo avós paternos:

e Guiteria Titor Soares

Avós Maternos Bernardino Antonio do Nascimento
e Adeilza Tereza do Espírito Santo

Foi declarante

O pai

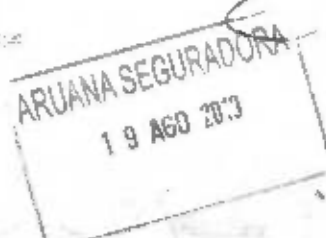
Observações: Dispensadas as testemunhas de acordo com o art. 197, Título II
do livro IV do Regimento da Corregedoria.

Feito em virtude da lei 6015/73, Ato Gratuito de acordo com a lei 9.534, de
dezembro de 1997. (Art. 4 da Resolução 131/99 TJPE). Válido somente com
selo de Autenticidade e Fiscalização.

O referido é verdade dou Fé

Belo Jardim 21 de novembro de 2005

Luiza Geslânia Freitas Cavalcanti de Santana



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 6.824.890 DATA EMISSÃO 31/05/2017

NOME << DENILZA DO NASCIMENTO SANTOS >>

FILIAÇÃO << BERNARDINO ANTONIO DO NASCIMENTO >>
<< ADEILZA SUZANA DA SILVA >>

NATURALIDADE BELO JARDIM - PE DATA DE NASCIMENTO 08/07/1984

DOC. ORDEM << 077321 01 55 1992 1 00028 202
0033960 74 BELO JARDIM-PE >>

CNP 050.363.714-85

Ass. Patrícia C.G. Alcantara

LEI Nº 7.118 DE 26/06/03

1017026072606083944.7406315 F-76 195.211 - 3012

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO E REGISTRO CIVIL

EC-5



Denilza do m Santos

CARTÃO DE IDENTIDADE

ARUANA SEGURADORA
19 AGO 2013

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA **JOÃO CARLOS SANTOS SOARES**

DATA DO ACIDENTE **21/04/2019** CPF DA VÍTIMA **050.383.714-85**

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO **CARLA MARIA FIRMINO MELO**

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☐ VÍTIMA ☒ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É **PROCURADORA**

ENDEREÇO DO PORTADOR **RUA NUMERIANO ALVES BEZERRA**

Nº **37** COMPLEMENTO **GARAGEM** BAIRRO **CENTRO**

CIDADE **BELO JARDIM** UF **PE** CEP **55150-020**

E-MAIL **carlafirminomelo@hotmail.com** TELEFONE (81) **991686771**

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ACTA DEFINITIVA
- ☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR DE 18 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- ☐ NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR DE 18 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
 - COM-BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
 - PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA

IDENTIDADE **9178608 SDS/PE**

ASSINATURA

Carla Maria Firmino Melo

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA

ARUANA SEGURADORA

19 AGO 2019

ASSINATURA

[Assinatura]

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190486003 **Cidade:** Belo Jardim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOAO CAINAN SANTOS SOARES **Data do acidente:** 21/04/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 31/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA TÍBIA ESQUERDA. P6

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM FIXADOR EXTERNO. P5/6 ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

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

Documentos complementares:

Observações:

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
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

PROCURAÇÃO

Outorgante: Denilza Nouseim Santos, brasileiro(a), estado civil Solteira, profissão Recusou, residente e domiciliado à R. Stabel Cordeiro Firmeza, nº 16, bairro Bela Vista, Município de Belo Jardim, Estado PE, CEP: 55151-110, portador(a) do RG nº 6.824.890, SDS- PE e CPF nº 050.383.714.85.

Outorgado: **CARLA MARIA FIRMINO MELO**, brasileiro(a), estado civil **SOLTEIRA**, profissão **RECUSOU**, residente e domiciliado(a) à **Rua NUMERIANO ALVES BEZERRA, nº 37**, bairro: **CENTRO**, Município de **BELO JARDIM**, Estado de (o) **PERNAMBUCO**, Cep: **55150-020**, portador (a) do RG nº **9 179 608**, SDS/ **PE**, e CPF nº **076.723.044-29**.

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 qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT para atuar no processo de natureza sinistralidade, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Seão Caianam Santos Soares, CPF: 050.383.714.85 ocorrido em 21/04/19, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, **assinar recibos, assinar Declarações de endereço, 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.

Belo Jardim, de 11 Junho de 2019.



Denilza do N Santos
Outorgante
CPF Nº 050.383.714.85

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE BELO JARDIM - PE
Titular: SERGIO VIRGÍNIO DIAS DOS SANTOS
Telefone: (81) 3726-2588

Reconheço por Autenticidade a firma de DENILZA DO NASCIMENTO SANTOS, Don. fé. Belo Jardim/PE, 11/06/2019.
Emol: R\$ 3,59; TSNR: 0,80; FERM: R\$ 0,04; FUNSEG: R\$ 0,08; FERC: 0,40; Total: R\$ 4,09.
Maria Luciana da Silva
ESCREVENTE AUTORIZADA

Selo: 0131425.QOVU6201901.00924 11/06/2019 11:40:51
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital



19 JUN 2019

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0283554/19

Vítima: JOAO CAINAN SANTOS SOARES

CPF: 050.383.714-85

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 21/04/2019

CPF de: Representante

Titular do CPF: DENILZA DO
NASCIMENTO SANTOS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

DENILZA DO NASCIMENTO SANTOS : 050.383.714-85

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

CARLA MARIA FIRMINO MELO : 076.723.044-29

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

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: 19/08/2019
Nome: CARLA MARIA FIRMINO MELO
CPF: 076.723.044-29

CARLA MARIA FIRMINO MELO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/08/2019
Nome: Josyelli de Oliveira Cabral
CPF: 054.598.464-55

Josyelli de Oliveira Cabral

Rio de Janeiro, 13 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190486003

Vítima: JOAO CAINAN SANTOS SOARES

Data do Acidente: 21/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), DENILZA DO NASCIMENTO SANTOS

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\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **DENILZA DO NASCIMENTO SANTOS**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **104**

Agência: **000000773**

Conta: **0000029376-3**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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, retorne 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,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 22 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190486003

Vítima: JOAO CAINAN SANTOS SOARES

Data do Acidente: 21/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), DENILZA DO NASCIMENTO SANTOS

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

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima: **JOÃO CAINAN SANTOS SOARES**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: **JOÃO CAINAN SANTOS SOARES** 6 - CPF: 7 - Profissão: **NÃO POSSUI** 8 - Endereço: **RUA ISABEL CORDEIRO FERREIRA** 9 - Número: **16** 10 - Complemento: **CASA** 11 - Bairro: **BELA VISTA** 12 - Cidade: **BELO JARDIM** 13 - Estado: **PE** 14 - CEP: **55151-110** 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): **(81) 9569-0261**

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

17 - Nome completo do Representante Legal: **DENILZA NASCIMENTO SANTOS** 18 - CPF do Representante Legal: **050.383.714-85** 19 - Profissão do Representante Legal: **NÃO POSSUI**

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☒ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: **0773** CONTA: **29376** 3

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ Não há IML que atenda 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 do pedido.

Pelo motivo assinado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau 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 teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilização criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª Nome:

CPF:

39 - 2ª Nome:

CPF:

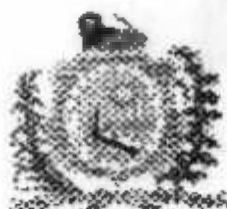
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura do Vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 104ª CIRCUNSCRIÇÃO - BELO JARDIM -
DP104ªCIRC DINTER1/15ªDESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0194001445

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **05/06/2019** às
10:23

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que
aconteceu no dia **21/4/2019** no período da Tarde

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE BELO JARDIM, 1 - Bairro: CENTRO -
BELO JARDIM/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

**DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
DENILZA DO NASCIMENTO SANTOS (NOTICIANTE)
JOAO CAINAN SANTOS SOARES (VITIMA)**

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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



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

**DENILZA DO NASCIMENTO SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: ADILZ
SUZANA DA SILVA Pai: BERNARDINO ANTONIO DO NASCIMENTO Data de Nascimento: 8/7/1984
Naturalidade: BELO JARDIM / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE BELO JARDIM, 1, BELA VISTA - CEP: 66000-000 - Bairro:
CENTRO - BELO JARDIM/PERNAMBUCO/BRASIL**

**JOAO CAINAN SANTOS SOARES (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: DENILZA
DO NASCIMENTO SANTOS Pai: JULIO TEMOTED SOARES Data de Nascimento: 14/9/2005
Naturalidade: BELO JARDIM / PERNAMBUCO / BRASIL**

DESCONHECIDO - Ramo de Atividade: NAO INFORMADO

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no
estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -

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

MOTO (VEICULO), que estava em posse do(s) Sr(s): **DESCONHECIDO**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**

Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

AFIRMA QUE SEU FILHO ANDAVA NA RUA QUANDO UMA MOTO O ATROPELOU. QUE VIZINHOS O SOCORRERAM AO HOSPITAL LOCAL ONDE RECEBEU ATENDIMENTO SENDO DEPOIS TRANSFERIDO AO H. OTAVIO DE FREITAS RECIFE. QUE FRATUROU A PERNA ESQUERDA

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

Denilza do nascimento Santos
DENILZA DO NASCIMENTO SANTOS
(NOTICIANTE)

[Assinatura]
B.O. registrado por: **JOÃO PAULO PEREIRA DE SOUZA** - Matrícula: **297086-4**



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: _____ 4 - Nome completo da vítima: **JOÃO CAINAN SANTOS SOARES**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: **JOÃO CAINAN SANTOS SOARES** 6 - CPF: _____
7 - Profissão: **NÃO POSSUI** 8 - Endereço: **RUA ISABEL CORDEIRO FERREIRA** 9 - Número: **16** 10 - Complemento: **CASA**
11 - Bairro: **BELA VISTA** 12 - Cidade: **BELO JARDIM** 13 - Estado: **PE** 14 - CEP: **55151-110**
15 - E-mail: _____ 16 - Tel.(DDD): **(81) 9569-0261**

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

17 - Nome completo do Representante Legal: **DENILZA NASCIMENTO SANTOS** 19 - Profissão do Representante Legal: **NÃO POSSUI**
18 - CPF do Representante Legal: **050.383.714-85**

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☒ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **0773** CONTA: **29376** 3

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ Não há IML que atenda 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 do pedido.

Pelo motivo assinado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau 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 teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: _____

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Unidade de Saúde: **HOSPITAL JÚLIO ALVES DE LIRA**

PACIENTE

NÚMERO DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 1898002991595622 DOCUMENTO IDENTIDADE / CPF: _____
Nome: João Cainan Santos Soares Idade: 13
Data de Nascimento: 14.09.05 Sexo: M Cor: preto Estado Civil: _____
Naturalidade: Belo Jardim Profissão: _____
Endereço: R. Padre Cordeiro Fereira - 16 - Belo
Procedência: Belo Jardim Telefone: Vinte

RESPONSÁVEL

Responsável: Denilza do Nascimento Parentesco: mãe
Endereço: _____ Fone: _____
Trazido por: M. do Socorro Silva (vizinha)
Endereço: _____ Fone: _____

OCORRÊNCIA

Local do Acidente: _____ Data: ____/____/____ Hora: ____:____:____
NATUREZA DO ACIDENTE
☐ Casual ☐ Acid. do Trânsito ☐ Tentativa de Suicídio
☐ Queda ☐ Intoxicação ☐ Outras Causas
☐ Acid. do Trabalho ☐ Agressão

ATENÇÃO MÉDICA

Atendimento: ☐ Clínico ☐ Cirúrgico
História da Doença Atual: Victim de Acidente de Motocicleta

EXAME - FÍSICO

Pressão Arterial: _____ Pulso: _____ Temperatura: _____ Peso: _____

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE BELO JARDIM - PE
Titular: BERTOLDO VIRGÍNIO DIAS DOS SANTOS
Insc. Fed.: (01) 3726-2538

Maria Luciana da Silva
ESCRITÓRIO AUTORIZADO

Certifico que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. O VERSO DESTA PAGINA NÃO ESTÁ AUTENTICADO. Ou seja, Belo Jardim/PE, 28/05/2019. Smel: R\$ 3,07; TSNR: 0,68; FERM: R\$ 0,03; FUNSEC: R\$ 0,07; FERC: 0,34; Total: 4,12

Selo: 0131425.NPK05201902.01318 28/05/2019 09:44:23
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

ARUANA SEGUNDA DORA
19 ACO 2019

Diagnóstico Provisório: _____

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 06/09/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DENILZA DO NASCIMENTO SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00773

CONTA: 000000029376-3

Nr. da Autenticação 57F7AB4C4CF3BFE2

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 0005943-93



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

CARLA MARIA FIRMINO MELO
CPF: 078.723.044-29

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA NUMERIANO A BEZERRA 37
GARAGEM

BOA VISTA/BELO JARDIM
55150-020 BELO JARDIM 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

18/07/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

0,00

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

11/07/2019

DATA DA APRESENTAÇÃO

11/07/2019

NUMERO DA NOTA FISCAL

069339773

CONTA CONTRATO

007009352010

Nº DO CLIENTE
2010366692

Nº DA INSTALAÇÃO
0000294382

CLASSIFICAÇÃO

B3 COMERCIAL - COMERCIAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

8096.4B8C.59C5.9725.457A.1C7C.5E39.49B7

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	30,00	0,76063095	23,41
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,18
Contrib. Ilum. Pública Municipal			3,53
ICMS Subvenção-CDE-NF 061029449-13/05/19			0,18
Doação APAE - 0800 722 2733			7,00
Doação LBV - 0800 055 5098			25,00
TOTAL DA FATURA			59,30

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
23,59	25,00	5,90	23,59	0,82	0,19	23,59	3,81	0,89

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo(kWh) 0,54003095

HISTÓRICO DO CONSUMO

		kWh
JUL 19		30
JUN 19		30
MAI 19		30
ABR 19		30
MAR 19		30
FEV 19		30
JAN 19		30
DEZ 18		30
NOV 18		30
OUT 18		30
SET 18		30
AGO 18		30
JUL 18		30

Faturado pelo mínimo da fase - Custo de Disponibilidade, Artigo 98, Resolução ANEEL 414/2010.

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FURCAÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
00000000031026029	CAT	11/06/2019	8.036,00	11/07/2019	8.036,00	30	1,0000	0,00	0,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA 13/08/2019

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	MÉDIA MENSAL	MÉDIA TRIM.	MÉDIA ANUAL
maio/2019					
DIC-No de horas sem Energia	BELO JARDIM	0,00	0,57	11,34	22,60
FIC-No de vezes sem Energia		0,00	3,30	6,60	13,20
DMIC-Duração máxima de interrupção contínuo		0,00	3,28	0,00	0,00
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico					
Limite DICRI: 12,32					
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 3,95					
Toda Consumidor pode solicitar a alteração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! ou compare com o endereço: praça dom luis sao pedro / farmacia coxias: rua pedrin firmino sao pedroLista 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%(Res.414/ANEEL), Juros 1%(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.
O consumidor pode cancelar a cobrança de serviços de terceiros na fatura a qualquer tempo - Art 7º REN 581/13.

NÍVEL DE TENSÃO

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

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO
007009352010	07/2019	0,00	18/07/2019

TALÃO DE PAGAMENTO

Evite dobrar, perfurar ou rasurar.
Este canhoto será usado em leitores ópticos.

Pagamento através de Débito Automático em Conta Corrente,
Banco 104-0 Agência 0773

O Débito Automático em Conta Corrente é confortável, muito seguro
e você pode suspender o débito até três dias úteis antes do vencimento.
Para maiores informações ligue 116

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

ARQUIVADA
19 AGO 2019

2a VIA



CELPE
www.celpe.com.br

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 262 0119
 Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
 167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE DENILZA DO NASCIMENTO SANTOS CPF: 050.383.714-85 NIS: 21207115071		DATA DE VENCIMENTO 15/07/2019 TOTAL A PAGAR (R\$) 30,26		DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 08/07/2019 DATA DA APRESENTAÇÃO 08/07/2019 NUMERO DA NOTA FISCAL 068706738		CONTA CONTRATO 007023836453 Nº DO CLIENTE 2015138333 Nº DA INSTALAÇÃO 0000293147	
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA IZABEL CORDEIRO FERREIRA 16 .		CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS Monofásico					
BELA VISTA/BELO JARDIM 55151-110 BELO JARDIM PE		RESERVADO AO FISCO A551.D020.5482.1086.F601.1B48.1F94.068A					
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	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,00	0,19218255	5,76
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	68,00	0,32945580	22,40
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,13
Contrib. Ilum. Pública Municipal			3,03
Compensação DMIC 05/19			0,05-
Bônus ITAIPU - art 21 da Lei 10.438/2002			1,11-
TOTAL DA FATURA			30,26

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS					
ICMS		PIS		COFINS	
BASE DE CÁLCULO	%	BASE DE CÁLCULO	%	BASE DE CÁLCULO	%
0,00		0,00	0,82	0,23	3,81
		28,29	0,23	28,29	1,07

TARIFAS APLICADAS			HISTÓRICO DO CONSUMO		
Consumo Ativo até 30 kWh	0,19218255		JUL 19		88
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	0,32945580		JUN 19		87
			MAR 19		108
			ABR 19		93
			MAR 19		116
			FEV 19		89
			JAN 19		83
			DEZ 18		114
			NOV 18		102
			OCT 18		102
			SET 18		96
			AGO 18		97
			JUL 18		160

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO		
	R\$	%
Geração de Energia	15,12	46,33
Transmissão	1,45	0,43
Distribuição (Celpa)	8,79	21,07
Encargos Setoriais	0,86	3,84
Tributos	1,30	4,50
Perdas de Energia	2,77	9,29
TOTAL	28,29	100

EM ATÉ 15 DIAS, DEBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CÔRTE.

Vencido	DI Dado	Valor
13/08/19	05/07/19	27,81

Este comunicado NÃO substitui aviso de débitos anteriores e NÃO contempla débitos em discussão judicial. Caso a suspensão do fornecimento persista por dois ciclos de faturamento, poderá ocorrer o enervamento do contrato, estando também sujeita a cobrança conforme os critérios definidos no Art. 99 REN 414/Anel. Podem ocorrer atrasos de cobrança, bem como inclusão nos registros de restrições de crédito SPC e SERASA.

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NUMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
00000000314797426	CAT	06/06/2019	4.022,00	08/07/2019	4.120,00	32	1,00000	0,00	98,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 07/08/2019

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	METÀ MENSAL	METÀ TRIM.	METÀ ANUAL
mar2019					
DIC-No.de horas sem Energia	BELD JARDIM	4,84	3,67	11,34	22,68
FIC-No.de vezes sem Energia		2,00	3,30	6,60	15,70
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		3,44	3,25	0,00	0,00
DICR-Duração de interrupção em dia crítico		Limite DICR: 12,22			
BUSD-Valor de Encargo de Uso = R\$ 13,98					

Todos Consumidores podem solicitar a separação das indicações DIC, FIC, DMIC e DICR a qualquer tempo.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você: **concessionário supermercado Ida: 1 graciliano ramos 111 coabab 1 / coqueiro supermercado: 1 graciliano ramos 111**

Na data da leitura a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em www.aneel.gov.br.

O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.

Pago, em atraso gera multa 2% (Res.414/ANEEL), Juros 1% a.m (Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês.

(isenção do ICMS conforme art. 9, XLVIII, a, 2.2.2, do RICMS-PE.

Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei Nº 10.438 de 26/04/02 - R\$ 28,43.

O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo de entrega para os padrões de atendimento comercial.

Em caso da suspensão do fornecimento, o encargamento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.

NÍVEIS DE TENSÃO		
TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA		

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TAMANHO DE PAGAMENTO ARQUIVADO 23 AGO 2013 Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.
007023836453	07/2019	30,26	15/07/2019	

838800000003 302600110074 023836453106 140431646231



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

2a VIA



CELPE
www.celpe.com.br

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 262 0119
 Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
 167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE DENILZA DO NASCIMENTO SANTOS CPF: 050.383.714-85 NIS: 21207115071		DATA DE VENCIMENTO 15/07/2019 TOTAL A PAGAR (R\$) 30,26		DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 08/07/2019 DATA DA APRESENTAÇÃO 08/07/2019 NUMERO DA NOTA FISCAL 068706738		CONTA CONTRATO 007023836453 Nº DO CLIENTE 2015138333 Nº DA INSTALAÇÃO 0000293147	
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA IZABEL CORDEIRO FERREIRA 16 .		CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS Monofásico					
BELA VISTA/BELO JARDIM 55151-110 BELO JARDIM PE		RESERVADO AO FISCO A551.D020.5482.1086.F601.1B48.1F94.068A					
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	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,00	0,19218255	5,76
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	68,00	0,32945580	22,40
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,13
Contrib. Ilum. Pública Municipal			3,03
Compensação DMIC 05/19			0,05-
Bônus ITAIPU - art 21 da Lei 10.438/2002			1,11-
TOTAL DA FATURA			30,26

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS					
ICMS		PIS		COFINS	
BASE DE CÁLCULO	%	BASE DE CÁLCULO	%	BASE DE CÁLCULO	%
0,00		0,00	0,82	0,23	3,81
		28,29	0,23	28,29	1,07

TARIFAS APLICADAS			HISTÓRICO DO CONSUMO		
Consumo Ativo até 30 kWh	0,19218255		JUL 19		88
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	0,32945580		JUN 19		87
			MAR 19		108
			ABR 19		93
			MAR 19		116
			FEV 19		89
			JAN 19		83
			DEZ 18		114
			NOV 18		102
			OUT 18		102
			SET 18		96
			AGO 18		97
			JUL 18		160

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO		
	R\$	%
Geração de Energia	15,12	46,33
Transmissão	1,45	0,43
Distribuição (Celpa)	8,79	21,07
Encargos Setoriais	0,86	3,84
Tributos	1,30	4,50
Perdas de Energia	2,77	9,29
TOTAL	28,29	100

EM ATÉ 15 DIAS, DEBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CÔRTE.

Vencido	DI Dado	Valor
13/08/19	05/07/19	27,81

Este comunicado NÃO substitui aviso de débitos anteriores e NÃO contempla débitos em discussão judicial. Caso a suspensão do fornecimento persista por dois ciclos de faturamento, poderá ocorrer o enervamento do contrato, estando também sujeita a cobrança conforme os critérios definidos no Art. 99 REN 414/Anel. Podem ocorrer atrasos de cobrança, bem como inclusão nos registros de restrições de crédito SPC e SERASA.

Tariffas Aplicadas

Consumo Ativo até 30 kWh 0,19218255

Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh 0,32945580

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Geração de Energia	15,12	46,33
Transmissão	1,45	0,43
Distribuição (Celpa)	8,79	21,07
Encargos Setoriais	0,86	3,84
Tributos	1,30	4,50
Perdas de Energia	2,77	9,29
TOTAL	28,29	100

HISTÓRICO DO CONSUMO

		kWh
JUL 19		88
JUN 19		87
MAR 19		108
ABR 19		93
MAR 19		116
FEV 19		89
JAN 19		83
DEZ 18		114
NOV 18		102
OUT 18		102
SET 18		96
AGO 18		97
JUL 18		160

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NUMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
00000000314797426	CAT	06/06/2019	4.022,00	08/07/2019	4.120,00	32	1,00000	0,00	98,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 07/08/2019

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	METÀ MENSAL	METÀ TRIM.	METÀ ANUAL
mar2019					
DIC-No.de horas sem Energia	BELD JARDIM	4,84	3,67	11,34	22,68
FIC-No.de vezes sem Energia		2,00	3,30	6,60	15,70
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		3,44	3,25	0,00	0,00
DICR-Duração de interrupção em dia crítico		Limite DICR: 12,22			
BUSD-Valor de Tarifa de Uso = R\$ 13,98					

Todos Consumidores podem solicitar a separação das medições DIC, FIC, DMIC e DICR a qualquer tempo.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você: **concessionário supermercado Ida: 1 graciliano ramos 111 coabab 1 / coqueiro supermercado: 1 graciliano ramos 111**

Na data da leitura a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em www.aneel.gov.br.

O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.

Pago, em atraso gera multa 2% (Res.414/ANEEL), Juros 1% a.m (Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês.

(isenção do ICMS conforme art. 9, XLVIII, a, 2.2.2, do RICMS-PE.

Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei Nº 10.438 de 26/04/02 - R\$ 28,43.

O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo de entrega para os padrões de atendimento comercial.

Em caso da suspensão do fornecimento, o encargamento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.

NÍVEIS DE TENSÃO		
TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA		

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TAMANHO DE PAGAMENTO ARQUIVADO 23 AGO 2013 Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.
007023836453	07/2019	30,26	15/07/2019	

838800000003 302600110074 023836453106 140431646231



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA