



TELEMAR NORTE LESTE S/A
CNPJ: 33.000.118/0014-93 - INSC. ESTADUAL: 181.001.0019148-4
RUA JOAQUIM FELIPE, 168 - RECIFE - PE CEP: 50060-365
MATRIZ CNPJ: 33.000.118/0001-79



HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO
PCA QUINZE DE NOVEMBRO, 124
CENTRO
56870-000 TRIUNFO-PE

Referência

AGOSTO /2018

Telefone

(87) 3846-1036

Vencimento

15/09/2018

Total a pagar

R\$ 162,34

Resumo da sua fatura



OI FIXO

OI FIXO

PACOTE DE MINUTOS FIXO-FIXO LOCAL

PACOTE DE MINUTOS LONGA DISTANCIA COM 31

SERVICOS DIGITAIS

R\$ 64,04
64,04



+



EXCEDENTES, OUTROS SERVICOS E TAXAS

LIGACOES FIXO-FIXO

LIGACOES FIXO-MOVEL

R\$ 98,30
38,81
59,49

Desde 06 de Novembro de 2016 foi incluído o número 9 à frente dos celulares dos DDDs 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 51, 53, 54 e 55 passando ao formato: (DDD)9xxxx-xxxx.
Mais informações em oi.com.br/9digo.

CODIGO MINHA OI
091201460307

www.oi.com.br/MinhaOi

Cadastre-se na minha Oi e consulte saldo, conta detalhada, histórico de consumo e muito mais.

TELEMAR NORTE LESTE S/A
CNPJ: 33.000.118/0014-93 - INSC. ESTADUAL:
181.001.0019148-4
RUA JOAQUIM FELIPE, 168 - RECIFE - PE CEP: 50060-365
MATRIZ CNPJ: 33.000.118/0001-79

HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO
TELEFONE/CONTRATO: 38461036 CJ 0 SU 3
CONTA 08/2018 LOCAL 4952 DV 7

CODIGO MINHA
091201460307

www.oi.com.br/MinhaOi

Cadastre-se na minha

SABEMI SEGURADORA S/A
e muito mais.

24 OUT 2018

RECEBIDO

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu João de Aguiar de Carvalho inscrito (a) no CPF sob o Nº 041.542.024 / 56 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Jose Maguero dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 012.897.334 / 06, do sinistro de DPVAT cobertura Imóvel da Vítima Jose Maguero dos Santos, inscrito (a) no CPF sob o Nº 012.897.334 / 06, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☒ Declaro Profissão: Advogado Renda: Recusa Informar 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 <u>Rua 15 de Novembro</u>		Número <u>14</u>	Complemento
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Imbu</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>56.870.000</u>
Email <u>lme.advocacia@gmail.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>(81) 3846-1036</u>	Telefone celular (DDD) <u>(81) 95842-8269</u>

Imbu/PE, 08 de Outubro de 2018
Local e Data

Assinatura do Declarante

SABEMI SEGURADORA S/A

24 OUT 2018

RECEBIDO

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Francisco Nogueira dos Santos,
RG nº 4785945, data de expedição / / ,
Órgão SSP/PE, portador do CPF nº 043.577.094-23, com
domicílio na cidade de Tramelo, no Estado de
pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua João Evangelista de Melo, nº ,
complemento liberdade, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima João Nogueira dos Santos, cujo o condutor era
Francisco Nogueira dos Santos.

Veículo: MIS /CAMIONETA
Modelo: GM / VERANEIO CUSTOM DELUX
Ano: 1990/1990
Placa: CIT 1388
Chassi: 9B6256RHLLC017430
Data do Acidente: 19/08/2018
Local e Data: Tramelo, 25 de Setembro de 2018

Francisco Nogueira dos Santos
Assinatura do Declarante

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



Reconheço Por Autenticidade a firma de
FRANCISCO NOGUEIRA DOS SANTOS em 05/10/2018
15:48:28 e dou fe.Em test., da
verdade. Substituta: EDIVANEIDE MENEZES DE
SOUZA. Rm01:3,39. TSNR:0,80. FERC:0,40.
Total:4,73.Selo: 0C73841.PRE10201806.00065

Consulte Autenticidade em: www.tjpe.jus.br/validar

Edivaneide Menezes de Souza
Substituta

SABEMI SEGURADORA S/A

24 OUT 2018

RECEBIDO



HOSPITAL MARIA RAFAEL DE SIQUEIRA

São José do Egito - PE

Rua Antonio Mariano de Sousa, n. 16

Bairro: Antonio Marinho

Fone: (87)3844-1192 Cep: 56700-000



SÃO JOSÉ
do Egito

Data: 19/08/2018 Hora: 17:32:43

Cod. Paciente: 28846

Paciente: JOSE NOGUEIRA DOS SANTOS	Idade: 40	
Atendimento: ACIDENTE		
Mae:	Pai/Resp.	
Nascimento: 13/02/1978	Cor: PARDA	Sexo: M
Profissao:	Fone:	
Estado Civil: N.INF.		
Endereco:		Num.
Bairro:		
Cidade:		
C.N.S.:	Identidade:	
CPF:	Reg. Nasc.	
Digitador: ANA CAROLINE		

ANTECEDENTES:	☐ HAS	☐ CARDIOPATIAS	☐ DM	☐ OUTROS
HABITOS:	☐ FUMANTE	☐ ETILISTA	☐ USUARIO DE DROGAS	
PA	PULSO	RESPIRAÇÃO	GLICEMIA CAPILAR	TEMPERATURA

ESCALA DE DOR	LEVE	MODERADA	INTENSA
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		
	😊 😊 😊 😊 😊 😊 😊 😊 😊 😊		

QUEIXA PRINCIPAL

EVOLUÇÃO MÉDICA	PRESCRIÇÃO MÉDICA
19/08/18. Paciente vítima de acidente de carro em via em região frontal.	
CD: (1) Bexarona 01FA-1AD (2) Decadron 01FA-1AD (3) 08/10/18 (4) SUTURA (5) SUTURA	Feito 17:30 em sala de aula
	Confere com o original Data 31/08/18
	Jesus Adilson M. da Silva DPT: de Contas Médicas Mat. 33.019-1

SABEMI SEGURADORA S/A

24 OUT 2018

RECEBIDO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO TAVARES BUILE

62

Jose Nogueira dos Santos

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4785972 DATA DE EXPEDIÇÃO 02/06/1992

NOME José Nogueira dos Santos

FILIAÇÃO João Nogueira dos Santos
Maria Cordeiro de Magalhães

NATURALIDADE Conceição-PB. DATA DE NASCIMENTO 13/02/1971

DOC ORIGINAL C.Nasc. 5.571-Fls. 230-Livro-59
Cart. Triunfo-PE.

CPF *[assinatura]*

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.118 DE 29/08/93

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome JOSE NOGUEIRA DOS SANTOS

Nº de inscrição 012897334-08

Data de Nascimento 13/02/71

Este documento é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF. Vedada a exigência por terceiros, salvo nos casos previstos na legislação vigente.

Jose Nogueira dos Santos

Assinatura

JOSE NOGUEIRA DOS SANTOS

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Emitido em : 27/06/00

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

TÍTULO ELEITORAL

NOME DO ELEITOR JOSE NOGUEIRA DOS SANTOS

DATA DE NASCIMENTO 13/02/1971

MUNICÍPIO/UF TRIUNFO/PE

DATA DE EMISSÃO 18/10/91

VALIDO SOMENTE EM PARALELA D'ÁGUA JUSTIÇA ELEITORAL

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

JUSTIÇA ELEITORAL

Jose Nogueira dos Santos

ASSINATURA DO TITULAR DO TÍTULO

VALIDO SOMENTE EM PARALELA D'ÁGUA JUSTIÇA ELEITORAL

SABEMI SEGURADORA S/A

24 OUT 2018

RECEBIDO



SABEMI SEGURADORA S/A

24 OUT 2018

RECEBIDO

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 013727865856
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD. RENAVAM 2 9741054 RNTC ***** EXERCÍCIO 2018

FRANCISCO NOGUEIRA DOS SANTOS

TRIUNFO-PE

042.577.094-23 PLACA CIT7398

98256RHLLC017430

MIS /CAMIONETA ESPECIE TIPO DIESEL COMBUSTIVEL

GM/VERANEIO CUSTOM DELUX MARCA/MODELO ANO FAB. 1990 ANO MOD. 1990

98/90CV CIP/POT/CIL CATEGORIA PARTIC. COT. PREDOMINANTE

1 1PVA 2018 QUITADO VENC. COTA UNICA 1º VENC. COTAS 1º *****

2 2º *****

3 3º *****

PREMIO TARIFARIO (R\$) 10F (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

SEM RESERVA OBSERVAÇÕES

TRIUNFO-PE DATA 29/03/18

Charles Andrews Sousa Ribeiro
Diretor Presidente-DETRAN/PE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PE Nº 013727865856 BILHETE DE SEGURO DPVAT

FRANCISCO NOGUEIRA DOS SANTOS

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

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

TRIUNFO-PE EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 29/03/18

042.577.094-23 PLACA CIT7398

9741054 RENAVAM GM/VERANEIO CUSTOM DELUX

1990 ANO FAB. 91 CAT. INF. 98256RHLLC017430

PREMIO TARIFARIO FNE (R\$) DENOMINAC. (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) 10F (R\$) TOTAL A SER PAGO (R\$)

SEGURO PAGO PAGAMENTO DATA DE QUITACAO

COTA UNICA PARCELADO

SEGURO LIDER - DPVAT

0800 09.246.00000001-04

DETRAN/PE 29/03/18

SABEMI SEGURADORA S/A

24 OUT 2018

RECEBIDO



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA JOSE NOGUEIRA DOS SANTOS
DATA DO ACIDENTE 19/08/2018 CPF DA VITIMA 012.894.334-06
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VITIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VITIMA É _____
ENDEREÇO DO PORTADOR Rua 15 de Novembro
Nº 124 COMPLEMENTO _____ BAIRRO Centro
CIDADE Assunção UF PE CEP 56430-000
E-MAIL José.nogueira@gmail.com TELEFONE (R), 3846-1036

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 VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ CPF DA VITIMA (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 VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- ☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE COMPROVEM 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 DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTeira DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SÓFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUANTIDAS
- () NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA/ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE COMPROVEM 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 VITIMA MENOR, DE 0 A 15 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 PREVIDENTE NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (PREVIDENTE), 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 PRÉDIO DE INDENIZAÇÃO, ACESSAR WWW.DPVATSEGURODOTRANSMISTO.GRATIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA

IDENTIDADE

ASSINATURA

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

DATA

NOME

ASSINATURA

SABEMI SEGURADORA S/A

24 OUT 2018

RECEBIDO

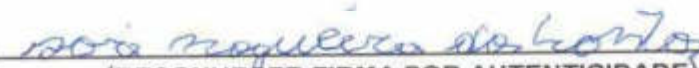
PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: JOSE NOGUEIRA DOS SANTOS, brasileiro, solteiro, agricultor, portador da Cédula de Identidade nº 4785972 SSP/PE, inscrita no CPF/MF sob o nº 012897334-06, residente e domiciliado na Rua Projeto Liberdade, nº 190, Liberdade, Triunfo/PE, CEP: 56.870-000.

OUTORGADO: HAROLDO MAGALHÃES DE CARVALHO, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PE sob o nº 25.252, com endereço profissional à Praça 15 de Novembro, nº 124, Centro, Triunfo – PE, CEP: 56.870-000 - PABX: (87) 3846.1036.

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, com poderes específicos para resolver todas as questões administrativas referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT e poderes para assinatura em ficha de autorização de pagamento, Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, a que tenho direito, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima: **JOSE NOGUEIRA DOS SANTOS**.

Triunfo/PE, 25 de Setembro de 2018.


(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



CARTÓRIO ÚNICO DE NOTAS
REGISTRO DE TÍTULOS E DOCUMENTOS
FUNDADO EM 1964



Reconheço a Autenticidade da Firma de JOSE NOGUEIRA DOS SANTOS em 05/10/2018 15:54:29 e dou fé. Em test., da verdade. Substituta: EDIVANEIDE MENEZES DE SOUZA. Emol: 3,39. TSNA: 0,80. FERC: 0,40. Total: 4,79. Selo: 0073841. VXA10201006.00070.

Consulte Autenticidade em: www.tps-pe.net/autenticidade/

Edivaneide

Menezes

Substituta

Souza

SABEMI SEGURADORA S/A

24 OUT 2018

RECEBIDO

Rio de Janeiro, 25 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: JOSE NOGUEIRA DOS SANTOS

Nº Sinistro: 3180502771

Vitima: JOSE NOGUEIRA DOS SANTOS

Data do Acidente: 19/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180502771**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13519564



Rio de Janeiro, 26 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: JOSE NOGUEIRA DOS SANTOS
Nº Sinistro: 3180502771
Vitima: JOSE NOGUEIRA DOS SANTOS
Data do Acidente: 19/08/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180502771**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **Sabemi Seguradora S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 24 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180502771

Vítima: JOSE NOGUEIRA DOS SANTOS

Data do Acidente: 19/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JOSE NOGUEIRA DOS SANTOS

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento e oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

012897334-06

Jose Nogueira dos Santos

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Jose Nogueira dos Santos	012897334-06	agente
Endereço	Número	Complemento
Rua, projeto Liberdade	190	
Bairro	Estado	CEP
liberdade	PE	56.870.000
Cidade	Telefone (DDD)	
Triunfo	(81) 3846-1036	
E-mail		
hmc.advocacia@gmail.com		

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUZO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)

☒ **CAIXA ECONÔMICA FEDERAL** (104)

AGÊNCIA
RPO: 0914 D/V: ☐
CONTA
RPO: 00002818 D/V: 6
(Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO
Nome: RPO:
AGÊNCIA
RPO: D/V: ☐
CONTA
RPO: D/V: ☐
(Informar dígito se existir)

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

Triunfo/PE, 08 de Outubro de 2018
Local e Data

Jose Nogueira dos Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

CAIXA

POUPANÇA



6277 8016 9024 4938

6277

VÁLIDO ATÉ

10/24

JOSE NOGUEIRA DOS SANTOS
0914 013 00002818-6

elo

VÁLIDO SOMENTE NO BRASIL



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 168ª CIRCUNSCRIÇÃO - SÃO JOSÉ DO
EGITO - DP168ªCIRC DINTER2/20ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0258001236

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 21/09/2018 às 11:09

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia 19/8/2018 no período da Tarde

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE SAO JOSE DO EGITO, 01. PE**
300 - Bairro: CENTRO - SAO JOSE DO EGITO/PERNAMBUCO/BRASIL
 Ponto de Referência: **PROXIMO A RIACHO DO MEIO**
 Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO HÁ (AUTOR) AGENTE)
 JOSÉ ADRIANO CORDEIRO AVELINO (TESTEMUNHA)
 GILVAN BARBOSA DE OLIVEIRA (TESTEMUNHA)
 FRANCISCO NOGUEIRA DOS SANTOS (VITIMA)
 TARCIA LIMA DOS SANTOS (VITIMA)
 RANIELLY NATALIA NOGUEIRA DOS SANTOS (VITIMA)
 JOSÉ NOGUEIRA DOS SANTOS (VITIMA)
 PEDRO NOGUEIRA DOS SANTOS NETO (VITIMA)
 MARIA DE LOURDES LIMA DOS SANTOS (VITIMA)
 MARIA CORDEIRO DE MAGALHÃES (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Outros motivos), que estava em posse do(a) Sr(a): FRANCISCO NOGUEIRA DOS SANTOS

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

FRANCISCO NOGUEIRA DOS SANTOS (presente no plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA CORDEIRO DE MAGALHÃES** Pac: **JOÃO NOGUEIRA DOS SANTOS**
Data de Nascimento: **19/2/1969** Nacionalidade: **PRINCESA ISABEL / PARAIBA /**
BRASIL Documentos: **4726946/SSP/PE (RG), 64596988881 (CNN)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)**
Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **MOTORISTA** Telefones: Celulares: **- 99543731**

Endereço Residencial: RUA JOAO EVANGELISTA DE MELO, 200 - CEP: 9 - Bairro:
LIBERDADE - TRIUNFO/PERNAMBUCO/BRASIL

TARCIA LIMA DOS SANTOS (não presente no plantão) - Sexo: Feminin
MARIA DE LOURDES LIMA DOS SANTOS Pat. ANTONIO LIMA DOS SANTOS, D

SABEMI SEGURODORA S/A

24/OUT 2018

RECEBIDO

Nascimento: 8/2/1975 Naturalidade: **SERRA TALHADA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: 6897897/SDS/PE (RG) Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: **AGRICULTOR(A)** Endereço Residencial: **RUA JOAO EVANGELISTA DE MELO, 200 - CEP: 0 - Bairro: LIBERDADE - TRIUNFO/PERNAMBUCO/BRASIL**

RANIELLY NATALIA NOGUEIRA DOS SANTOS (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: **TARCIANA LIMA DOS SANTOS** Pai: **FRANCISCO NOGUEIRA DOS SANTOS** Data de Nascimento: 12/9/2003 Naturalidade: **TRIUNFO / PERNAMBUCO / BRASIL** Profissão: **ESTUDANTE** Endereço Residencial: **RUA JOAO EVANGELISTA DE MELO, 200 - CEP: 0 - Bairro: LIBERDADE - TRIUNFO/PERNAMBUCO/BRASIL**

JOSÉ NOGUEIRA DOS SANTOS (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: **MARIA CORDEIRO DE MAGALHÃES** Pai: **JOÃO DOS SANTOS** Data de Nascimento: 13/2/1971 Naturalidade: **CONCEICAO / PARAIBA / BRASIL** Endereço Residencial: **RUA MUNICIPIO DE TRIUNFO, 100, RUA PROJETO, LIBERDADE, 100 - CEP: 54000-000 - Bairro: CENTRO - TRIUNFO/PERNAMBUCO/BRASIL**

PEDRO NOGUEIRA DOS SANTOS NETO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: **MARIA CORDEIRO DE MAGALHÃES** Pai: **JOÃO NOGUEIRA DOS SANTOS** Data de Nascimento: 29/8/1972 Naturalidade: **CONCEICAO / PARAIBA / BRASIL** Documentos: 2866042/SSP/PE (RG) Profissão: **AGRICULTOR(A)** Endereço Residencial: **RUA JOAO EVANGELISTA DE MELO, 87 - CEP: 0 - Bairro: LIBERDADE - TRIUNFO/PERNAMBUCO/BRASIL**

MARIA DE LOURDES LIMA DOS SANTOS (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: **MARIA DAMIANA DA CONCEIÇÃO** Pai: **ANTONIO GALDINO DOS SANTOS** Data de Nascimento: 8/11/1955 Naturalidade: **PRINCESA ISABEL / PARAIBA / BRASIL** Endereço Residencial: **RUA JOAO EVANGELISTA DE MELO, 100 - CEP: 0 - Bairro: LIBERDADE - TRIUNFO/PERNAMBUCO/BRASIL**

MARIA CORDEIRO DE MAGALHÃES (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: **EUCLIDES ALVES DE MAGALHÃES** Pai: **EUCLIDES CORDEIRO DE MAGALHÃES** Data de Nascimento: 14/11/1945 Naturalidade: **CONCEICAO / PARAIBA / BRASIL** Endereço Residencial: **RUA MUNICIPIO DE TRIUNFO, , RUA PROJETO, LIBERDADE, 100 - CEP: 54000-000 - Bairro: CENTRO - TRIUNFO/PERNAMBUCO/BRASIL**

NÃO HÁ - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

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

JOSÉ ADRIANO CORDEIRO AVELINO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: **MARIA CORDEIRO AVELINO** Data de Nascimento: 13/10/1978 Naturalidade: **TRIUNFO / PERNAMBUCO / BRASIL** Endereço Residencial: **RUA VICENTE JOSE DOS SANTOS, 23 - CEP: 0 - Bairro: LIBERDADE - TRIUNFO/PERNAMBUCO/BRASIL**

GILVAN BARBOSA DE OLIVEIRA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: **QUITERIA DE SOUSA BARBOSA** Pai: **MANGEL BARBOSA DE OLIVEIRA** Data de Nascimento: 9/7/1958 Naturalidade: **MANAIRA / PARAIBA / BRASIL** Endereço Residencial: **RUA SIMOES MAFRA, 205 - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - TRIUNFO/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

CAMIONETA VERANEIO CUSTOM DELUX (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **FRANCISCO NOGUEIRA DOS SANTOS**, que estava em posse do(a) Sr(a): **FRANCISCO NOGUEIRA DOS SANTOS** Categoria/Marca/Modelo: **CAMIONETA/GM/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**

Francisco, Gilvan



CARTÓRIO ÚNICO DE NOTAS
REGISTRO DE IMÓVEIS, ÔNUS REAIS E MÓVEIS
PÚBLICO, JUDICIAL E PRIVADO
ANEXO DO TRIBUNAL DE JUSTIÇA DE PERNAMBUCO

Certifico que a presente cópia é a reprodução fiel do original que me foi apresentado; dou fé. Triunfo, 09 de outubro de 2018. Substituta: **EDIVANEIDE MENEZES DE SOUSA**. Emol. R\$ 3,41. TSNF R\$ 0,69. FERC R\$ 0,34. Total R\$ 4,44. Selo: 0073841.HKL10201806.00153.

Consulte Autenticidade em: www.tjpe.br/tribunadigital



09/2018 11:07

Edivaneide Menezes de Sousa
Substituta

Cor: **AZUL** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **G1T7398** (PERNAMBUCO/TRIUNFO) Renavam: **4741064** Chassi: **98G258RHLLC017436**
 Ano Fabricação/Modelo: **1999/1999** Combustível: **DIESEL**
 Descrição: **CAMIONETA GM VERANEIO CUSTOM DELUX**

Complemento / Observação

A VÍTIMA COMPARECEU A ESTA DELEGACIA DE POLÍCIA E RELATOU QUE NA DATA E LOCAL ACIMA CITADOS SE DESLOCAVA COM SEUS FAMILIARES RUMO A SUA RESIDÊNCIA QUANDO PERDEU O CONTROLE DO VEÍCULO, SAIU DA RODOVIA E CAPOTOU; QUE AS TESTEMUNHAS PRESTARAM AUXÍLIO E AS VÍTIMAS FORAM ENCAMINHADAS PARA VÁRIOS HOSPITAIS DA REGIÃO.

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

Francisco Nogueira dos Santos
FRANCISCO NOGUEIRA DOS SANTOS
 (VÍTIMA)

José Adriano Cordeiro Avelino
JOSÉ ADRIANO CORDEIRO AVELINO
 (TESTEMUNHA)

Gilvan Barbosa de Oliveira
GILVAN BARBOSA DE OLIVEIRA
 (TESTEMUNHA)

S.O. registrado por: **EDSON CANDIDO DO NASCIMENTO** - Matrícula: **3878822**

CARTÓRIO ÚNICO DE NOTAS
 REGISTRO ÚNICO DE NOTAS, TESTES E AUTENTICAÇÃO
 PESSOAS FÍSICAS E JURÍDICAS

Certifico que a presente cópia é a reprodução fiel do original que me foi apresentado; do fê. Triunfo, 09 de outubro de 2018. Substituta: **EDIVANEIDE MENEZES DE SOUZA**.
 Emol. R\$ 3,41. TSNR R\$ 0,68.
 FISC. R\$ 0,34. Total R\$ 4,09.
 Selc: 0073841.CAR10201806.00154.

Exente Autenticado em: www.que.pe.br/autenticar

Edivaneide Menezes de Souza
 Substituta

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima

José Nogueira dos Santos

CPF da Vítima

012.897.334-06

Data do Acidente

19/08/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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

Assinalar uma das opções abaixo:

☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

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

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

Triunfo/PE, 08 de Outubro de 2018
Local e Data

X José Nogueira dos Santos
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

SABEMI SEGURADORA S/A

24 OUT 2018

RECEBIDO

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de direito que, o (a) Senhor (a)
JOSÉ NOGUEIRA DOS SANTOS
Portador (a) do RG: 4785972 SSP/PE e CPF: 012.897.334-06,
residente e domiciliado (a) à (no)
RUA PROJETO LIBERDADE, Nº 190,
Bairro: LIBERDADE, TRIUNFO-PE, deu entrada
nesta unidade hospitalar, no dia 19/08/18 vítima de acidente
AUTOMOBILÍSTICO conforme ficha/prontuário nº 28.846. Informamos que
a (as) cópia (as) fornecida (as) por esta Unidade Hospitalar confere (m) com a (as)
original (ais) que se encontra (m) em nosso arquivo à disposição para quaisquer
esclarecimentos.

São José do Egito-PE, 31 de AGOSTO de 2018.

Jesus Adilson M. da Silva
DPT: de Contas Médicas
Mat. 33.019-1

Jesus Adilson Militão da Silva
Departamento de Contas Médicas
Matrícula 33.019-1

SABEMI SEGURADORA S/A

24 OUT 2018

RECEBIDO

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Joze Nogueira dos Santos

RG nº 4785972, data de expedição 02/06/92 Órgão _____

CPF nº 012897334-06, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua, Projeto Liberdade</u>
Número	<u>190</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Liberdade</u>
Cidade	<u>Limão</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>56810-000</u>
Telefone de Contato	<u>(87) 3846-1036</u>
E-mail	<u>hmc.advocacia@gmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Limão/PE, 08 de outubro de 2018

Assinatura do Declarante: X Joze Nogueira dos Santos

SABEMI SEGURADORA S/A

24 OUT 2018

RECEBIDO



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902
CNPJ 10.835.532/0001-08 | Ins. Est. 0025943-90 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

MARIA CORDEIRO DE MAGALHÃES

CPF: 056.973.244-72

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofásico

Nº DA NOTA FISCAL	SERIE	EMISSÃO
079747506	FAT. A	28/09/2018
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
2806/2018	0001647081	3825567

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA PROJETO LIBERDADE 190

LIBERDADE/TRIUNFO
TRIUNFO-PE
50870-000

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
1912983010	08/2018
DATA DE VENCIMENTO	DATA DE FIM DO PERÍODO DE CANCELAMENTO
04/09/2018	26/09/2018
TOTAL A PAGAR (R\$)	53,44

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (VPR)	54.000.000	0,17384277	41,79
Acréscimo Específico (VPR)			4,00
Contribuição Iluminação Pública			6,77
Multa por atraso (VPR)			0,81
Juros por atraso (VPR)			0,09
Atualização KPM (VPR)			0,04
Compensação DMC (VPR)			0,18

TOTAL DA FATURA

53,44

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TPO DA FUNÇÃO	DATA ANTERIOR	LEITURA ANTERIOR	DATA ATUAL	LEITURA ATUAL	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
88623	CAT	27-08-2018	30.039,00	28-09-2018	30.042,00	32	1.000,00		54,00

HISTÓRICO DE CONSUMO

Mês/Ano	Consumo (KWh)
AGO-18	54
SET-18	56
OUT-18	56
NOV-18	56
DEZ-18	56
JAN-19	56
FEB-19	55
MAR-19	59
ABR-19	61
MAY-19	65
JUN-19	67
JUL-19	63
AGO-19	70

INFORMAÇÕES DE IMPOSTOS

BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS	9,75	20,00
PIS	0,65	1,44
COFINS	3,00	6,00

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Descrição do Consumo	R\$	%
Consumo Ativo (VPR)	41,79	78,19%
Acréscimo Específico (VPR)	4,00	7,49%
Contribuição Iluminação Pública	6,77	12,65%
Multa por atraso (VPR)	0,81	1,51%
Juros por atraso (VPR)	0,09	0,17%
Atualização KPM (VPR)	0,04	0,08%
Compensação DMC (VPR)	0,18	0,34%
Total	53,44	100%

TAXAS APLICÁVEIS

Consumo Ativo (VPR)

53,44

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

INSTRUMENTO DE CANCELAMENTO DE FÓRMULA DE CÁLCULO

Pague no prazo máximo de 30 dias após a emissão da fatura, sob pena de incidência de multa e juros. O cliente deve manter a fatura em vigor até o vencimento. O cliente deve manter a fatura em vigor até o vencimento. O cliente deve manter a fatura em vigor até o vencimento.

As condições gerais de uso do sistema de medição de energia elétrica estão disponíveis no site da CELPE, sob o link "Condições Gerais de Uso".

DURAÇÃO E PROGRAMA DAS INTERRUPTÕES

COLUNA	VALOR APURADO (R\$)	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL
DMC	1,00	5,00	15,00	45,00
PPC	1,00	5,00	15,00	45,00
DMC	1,00	5,00	15,00	45,00

Linha DMC: 11.22 - 25.50 - Valor de Faturação por Unidade de Consumo: R\$ 14,00

NÍVEL DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)
220	207 - 231

CONTA CONTRATO MÊS/ANO DATA DE VENCIMENTO TOTAL A PAGAR (R\$)
1912983010 08/2018 04/09/2018 53,44

83880000000-3 53440011001-2 91298301010-3 12594170473-6

