

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Clidson Laurence da Silva Filho
brasileiro(a), estado civil casado, regularmente inscrito no CPF/MF sob o
nº 8228448 e portador da cédula de identidade
nº 08397788484, residente e domiciliado(a) na
Av. São Sebastião
nº 04 bairro de Centro
CEP 55330-000 na cidade de Bom Conselho / PE.

OUTORGADA: ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS, brasileira, solteira,
advogada, inscrita na OAB/ PE 28.697, com escritório profissional à Rua Helena de
Lemos, nº 330, Empresarial da Ilha, sala 102, Ilha do Retiro, Recife-PE. CEP: 50750-
630 E-mail: anasantosadv1@gmail.com, onde recebe intimações e/ou notificações
judiciais.

PODERES: Para promover defesa dos meus interesses judiciais, concedendo-lhes
poderes incluídos nas cláusulas "Ad Juditia" e "At Juditia Et Extra" (Art. 70 parágrafo 3º
e 4º da Lei nº 4215, de 27/04/63), em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, em todas
as fases do processo, podendo propor ação em Justiça Comum, desistir de ações,
renunciar, interpor recursos, transigir, receber e dar quitação, retirar Alvará judicial de
pagamento em nome do autor, do cartório judicial ou gabinetes em afins, firmar
compromissos, usar de todos os recursos legais, por mais especiais que sejam,
mesmo extraordinários, promover justificações, inquirir e contestar testemunhas,
inclusive receber a citação inicial, confessar, reconhecer a procedência do
pedido, representar em audiência, usando em suma, de todos os poderes permitidos
em Direito, para que a sua defesa seja a mais ampla e cabal, inclusive substabelecer
em Advogado de sua confiança, e quando lhe convier, com, ou sem reservas de
poderes.

JUSTIÇA GRATUITA: Desejando obter os benefícios da "Justiça Gratuita", declara,
sob as penas da lei, que não possui recursos suficientes para custear qualquer
demanda, sem prejuízo do sustento próprio e da família, pelo que, nos termos da Lei
nº 1.060 de 05 de fevereiro de 1950, faz jus aos benefícios da gratuidade da Justiça.

Recife, 13 de 02 de 2020


X Clidson Laurence da Silva Filho
Outorgante



SUBSTABELECIMENTO

ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS, brasileira, solteira, advogada inscrita na OAB/PE n° 28.697D, com endereço profissional na Rua Helena de Lemos, n° 330, Empresarial da Ilha, sala 104, Ilha do Retiro, Recife/PE, CEP: 50.750-630, **Substabelece com reserva de poderes**, a pessoa da advogada **AMANDA KARLA SOARES DA SILVA**, brasileira, casada, advogada inscrita na OAB/PE n° 33664, com endereço profissional na Rua Helena de Lemos, n° 330, Empresarial da Ilha, sala 104, Ilha do Retiro, Recife/PE, CEP: 50.750-630, os poderes que lhe foram outorgados por **CLEIDSON LOURENÇO DA SILVA FILHO**, através do instrumento particular de mandato, para praticar todos os atos que se fizerem necessários.

Recife, 26 de fevereiro de 2020.


Ana Cristina Santos
OAB/PE 28697



DECLARAÇÃO DE POBREZA

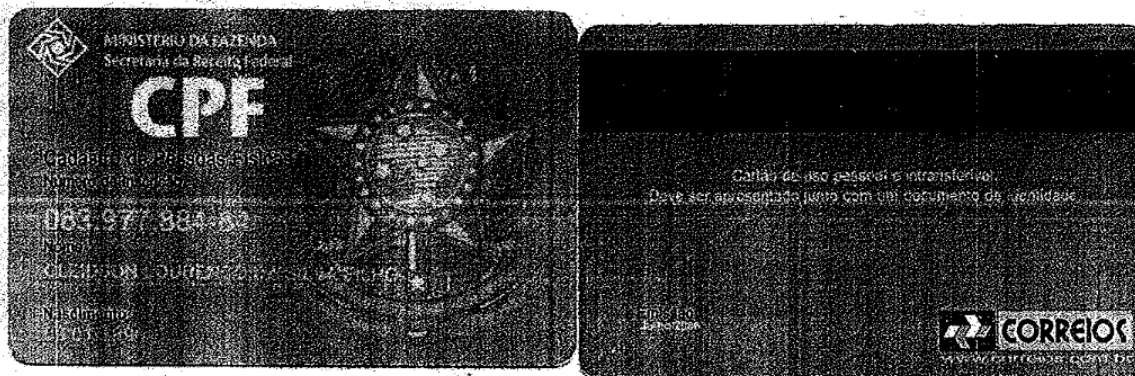
EU, Cleudson Baurêncio da Silva Filho
brasileiro(a), estado civil casado,
profissão Vendedor Inscrito no CPF/MF sob o
nº 083 977 884 84, e portador da cédula de
identidade nº 8328 148, residente e
domiciliado(a) rua São Sebastião,
nº 04, bairro Centro,
CEP 55330-000 na cidade de
Bom Conselho / PE.

Declaro sob as penas da lei, para os fins de concessão da Justiça Gratuita, que não tenho condições de arcar com as custas e despesas processuais, sem sacrifício do meu sustento de minha família, de acordo com os termos da Lei nº 1.060/1950.

Recife, 13 de 02, de 2020.

NOME: X Cleudson Baurêncio da Silva Filho





I malidez





HOSPITAL REGIONAL DOM MOURA
Simão Gomes, Heliópolis, Garanhuns - PE
CEP: 55296-250, Fone: (87) 3761-8100 | (87) 3761-8101

FICHA DE ATENDIMENTO

Número do Registro 909206	Data e Hora do Atendimento 23/09/2019 às 08:37:12	Procedimento Local: Prontuário Integrado	Local de Entrada EMERGENCIA GERAL
------------------------------	--	--	--------------------------------------

Informações prestada pelo paciente ou acompanhante:

Paciente: 025216362 - CLEIDSON LOURENÇO DA SILVA FILHO

CNS: 702601737931147 Nascimento: 09/01/1990 Idade: 29 anos Sexo: Masculino Cor:

Estado Civil: Solteiro(a) Profissão: COMERCARIO Naturalidade: BOM CONSELHO Nacionalidade: Brasileiro

Documento: RG - 8128148
Filiação: Pai: Mãe: ANA PALUA CORREIA DANTAS SILVA

Endereço (Av., Rua, etc): RUA 06 DE ABRIL, Nº. 185 Complemento:
Bairro: CENTRO Cidade: Bom Conselho UF: PE Telefone: (87) 8114-0960

Acompanhante:

Ocorrência: Acidente de trabalho: Sim ☐ Não ☐

Procedência: Bom Conselho Meio de Transporte:

Atendimento Médico:

Data: / / Hora: Médico: CRM: /

Quarta Principal:

HDA: REGIM HEMODIALÍTICO em progressão há 20 dias.

DESCRUBA BOM NA CLINICA. REGIME

PERDA DE CONSCIÊNCIA E MÚSCULOS

História do Trauma:

Perda da Consciência: Sim ☐ Não ☐ Episódio Emético: Sim ☐ Não ☐ Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐

Acidente de Trânsito: Sim ☐ Não ☐ Tipo:

Colisão: Sim ☐ Não ☐ Tipo: Motorista ☐ Passageiro ☐

Atropelamento: Sim ☐ Não ☐ Local do Impacto:

Vítima de Ferimento: Sim ☐ Não ☐ Tipo: Sofreu Queda: Sim ☐ Não ☐ Altura:

Queda madura: Sim ☐ Não ☐ Por: Transporte realizado por:

Condições de imobilização adequada: Sim ☐ Não ☐ Por que:

Exame físico:

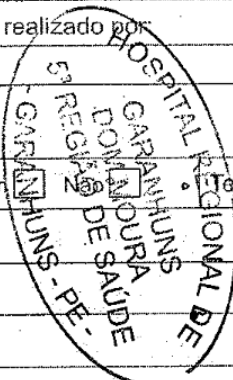
A: Geral Vía aérea está pervia: Sim ☐ Não ☐ O paciente fala: Sim ☐ Não ☐ Temp.: °

B: Respiratório

C: Circulatório PA: x mm Hg Pulso: bpm

D: Exame Neurológico Deficiência motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐ Pupilas: Isocóricas ☐ Anisicóricas ☐

Glasgow: Abertura Ocular Escala: Hora: Glasgow: Resposta Verbal Escala: Hora: Glasgow: Resposta Motora Escala: Hora:



E: Abdômen

Diagnóstico Inicial:

Rx na clavícula esquerda

Exames Solicitados:

AV
BO Ombro esquerdo

Resultado dos Exames:

N. V. Ombro
TOMY PALVOCUL

Tratamento/Procedimento:

1) SPO. 99. - 1000UL, EV - 1º 2º
2) Transul: 1000UL + 1000UL 99. 99. EV, Lento
9:30

Indicação Cirúrgica: Sim ☐ Não ☐ Motivo:

AVACIAÇÃO DO CIRCUITO GOM
(PENHA DA CONSCIÊNCIA NO ACCIDENTE GOM)
Diagnóstico Definitivo: Fratura da clavícula

Diagnóstico do Caso:

Internamento ☒ Cirurgia ☐ Óbito ☐ Termo de Alta a pedido ☐ Evadiu-se ☐

Transferido para:

Internado na Clínica:

Autorização para Alta / Internamento / Transferência:

Médico:

CRM:

Data:

Hora:

Condição da Alta:

☐ Curado ☐ Melhora

☐ Inalterado ☐ Piorado

☐ Óbito

Termo de Responsabilidade para Internamento

Estou ciente das normas existentes neste Hospital, as quais aceito integralmente e autorizo a realização de tratamentos clínicos e / ou cirúrgicos, inclusive transfusões, exames complementares e transporte se forem necessários.

Data: / /

Nome Completo Legível:

Nº da Identidade:

GARANHUNS

Assinatura:

DOM MOURA

5ª REGIÃO DE SAÚDE

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento de todas as consequências que este ato possam advir.

Data: / /

Nome Completo Legível:

Nº da Identidade:

Assinatura:





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL DOM MOURA - GARANHUNS/PE
SETOR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA



Pernambuco

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

FICHA DE ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM

CLASSIFICAÇÃO:	VERMELHO	AMARELO	VERDE	AZUL
Nome:	Chidson Lourenço			Idade:
Situação/Queixa:	Prontidão de nota + dor em clavícula			

PROCEDÊNCIA			
RESIDÊNCIA	VIA PÚBLICA	TRABALHO	UNIDADE DE SAÚDE:
Doenças Preexistentes:			
Medicações em uso:			
INTOLERÂNCIA/ALERGIAS			

PARÂMETROS							
PA: 150/110	P:	R:	T:	SpO2:	HGT:	Respiração:	Glucose:

RÉGUA DE DOR		
LEVE	MODERADA	GRAVE

ACIDENTE DE TRABALHO ☐ SIM ☒ NÃO

Consciente	Orientado	Desorientado	Ansioso	Calmo
Agitado	Torporoso	Comatoso	Não atende voz de comando	

Ritmo Sinusal	Palpitações	Taquicardia	Bradycardia
Dispneias aos esforços	Dispneia de repouso	Dispneia de noturna	Cianose
Palidez	Sudorese		

DOR TORÁXICA		
INTENSA	MODERADA	LEVE

Duração da dor:

Localização:

IRRADIAÇÃO DA DOR					
Braço E	Braço D	Escápula	Mandíbula	Tórax posterior	Abdôme

DOR PRESENTE		
EM REPOUSO	AOS ESFORÇOS	QUANDO RESPIRA

Fluxograma:

Data:

23/09/19

Assinatura/Carimbo

Secretaria Municipal de Saúde
CENTRO DE ATENDIMENTO ALFREDO DAMASO

HRDM

5777440

07:00

Ricardo Alves de S. Júnior
Clínica Médica - Geriatria
CREMEPE 15239

LAUDO MÉDICO

Cláudio Henrique de Silva Filho, 22 anos
Identificação: Data de nascimento: Sexo: ☐ Fem. () ☐ Masc. ()

22 anos, paciente de quadro medicamentoso e
história de diabetes.

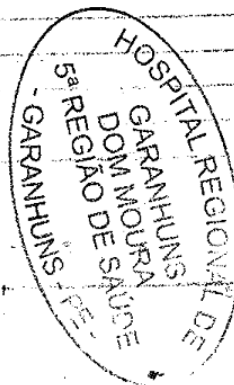
Dr.:

- A. B. Silva - clínica
- TRAMU. 15239

TRAMU. 15239

Ricardo Alves de S. Júnior
Clínica Médica - Geriatria
CREMEPE 15239

23.09.12



00:20

Nome:	Cleudson Lourenço da Silva Filho			Hora:	12:00
Idade:	29 anos	Peso:		Temperatura:	
Endereço:	Rua Aloubari nº 04 - FV. São Sebastião				
Filiação:	Amar Paula Correia Dantas Tenório				
Acid. Trans: ()	Acid. Trab: ()	Agressão: ()	Outros: ()		
HDA: ()					
Ex. Clin:	Paciente Alcoolizado, Imerso em vômito com vomito de fezes e náuseas e - Agitação / pouco cooperativo				
Diagnóstico:	- De e pelve a momentânea m				
Conduta:	- sobre oqul				
Cons. Simples ()	Cons. Terapia ()	Cons. Observação ()	Procedimento ()		
23 / 09 / 2019		Lto: Paulo S. Lima			
Data		Médico			

Dr. Jussara Antez Soares
Clínica Médica - 20996



① 035112

② 9651 ————— 1500

③ Carlos Bruno

④ Solange Gomes de 2003.0
4 seta

⑤ 2111000 ————— 0111
+ m a 05.

Mário Lucidino C. Vieira
Méd. em Enfermagem
COREN/PE 732.859

Dr. Jassuir Cruz Santos
Clínica Médica e Geriatria
CRM 20986

- TRAJAL - O. J. M. A. 2. 124
- T. F. C. M. E. C. 2. 124
- T. J. 2

Ricardo Alves de S. Junior
Clínica Médica - Geriatria
CREMEPE 15239

Fabiana Melo da Silva
COREN/PE 1207106-TE





CASA DE SAÚDE E MATERNIDADE NOSSA SENHORA DO PERPÉTUO SOCORRO LTI
AV. SIMÃO GOMES, 33, HELIOPOLIS - GARANHUNS - PE, CEP 55296-250
CNPJ: 10.248.599/0001-30, FONE: (87) 3762-2002 - FAX: (87) 3762-2003

FICHA DE INTERNAÇÃO

Número do Registro 309872	Data e Hora do Atendimento 25/09/2019 10:32	CNS	Local:		
Paciente: 000086669 CLEIDSON LOURENCO DA SILVA FILHO		Nascimento: 09/01/1990	Idade: 29	Sexo: Masculino	Cor: Sem informação
Estado Civil: Casado(a)		Profissão: VENDEDOR		Naturalidade:	
Documento: 8128148		Filiação: Pai: CLEIDSON LOURENÇO DA SILVA Mãe: ANA PAULA CORREIA DANTAS SILVA			
Endereço: TRAVESSA SAO SEBASTIAO					
Bairro: CENTRO		Cidade: BOM CONSELHO		Nº: 4	Complemento:
Telefone fixo: (87) 99683-5234		UF: PE		CEP: 55330-000	
Convênio: Particular		Categoria:		Telefone Celular: (45) 98813-6662	
Médico: SAULO BEZERRA DE ALMEIDA		Matricula: 097427701		CRM:	
Enfermaria: Posto - B		Leito: QTO. 22		LEITO 1	
Histórico: <i>Sofreu queda de leito, enfiando o ombro esquerdo</i>					
Anamnese:					
Exame médico físico: <i>sem alterações funcionais, sem deform</i>					
Diagnóstico: <i>trauma do clavícula esquerda</i>					
CID: _____ Hipótese diagnóstica: _____					
Tratamento: <i>Tratamento cirúrgico</i>					
Data da alta: <i>26/09/19</i> Motivo: <i>melhorado</i>					

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

Eu, Amanda Karla Soares da Silva, pelo presente termo, autorizo aos médicos da CASA DE SAÚDE E MAT. N. SRA. PERPÉTUO SOCORRO a procederem no paciente acima relacionado, tudo que acharem necessário para o tratamento do mesmo (cirurgias, exames, transfusões, etc.) dando aos mesmos, plenos direitos para o tratamento indicado, conforme necessários e em observância às normas do decorrente de despesas não autorizadas pelos convênios, mas necessárias ao tratamento do paciente. Com usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) NÃO TERÃO QUE FAZER NENHUMA COMPLEMENTAÇÃO nos procedimentos realizados neste nosocômico. Pacientes PARTICULARES será cobrada taxa administrativa de 10% sobre o valor da conta em pacientes internados.

Dr. Saulo Almeida
Otorrinolaringologista
CREMEP 8788 CREMAL 4651
Assinatura Médico c/ Carimbo

Amanda Karla Soares da Silva
Assinatura / Responsável

Criado por Greyce Kelly Monteiro da Silva em 25/09/2019 10:35



CASA DE SAÚDE E MATERNIDADE NOSSA SENHORA DO PERPÉTUO SOCORRO LTDA
Av. Simão Gomes, 33 - Fone: (87) 3762.2002 - Fax: (87) 3762.2003
CNPJ: 10.248.599/0001-30 - Heliópolis - CEP 55296-250 - Garanhuns - PE
e-mail: hpsocorro@hotmail.com

EVOLUÇÃO MÉDICA

[illegible]

<https://servicos.sds.pe.gov.br/pernambuco/VisualizaBO.do?idUn=49&idBo=19E0049004467&tipo=simples&natPrincipal=AMEA...> 2/2



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 136ª CIRCUNSCRIÇÃO - BOM CONSELHO - DP136ªCIRC
DINTER1/18ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0226000920

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 14/11/2019 às 10:38

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumados) que aconteceu no dia 23/9/2019 no período da Noite

Fato ocorrido no endereço: MUNICIPIO DE BOM CONSELHO, 1 - Bairro: CENTRO - BOM CONSELHO/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: VIA PÚBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:
N HOUVE (AUTOR/AGENTE)
JEYSON LEITE SOBRAL (OUTRO)
CLEIDSON LOURENCO DA SILVA FILHO (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): JEYSON LEITE SOBRAL

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

CLEIDSON LOURENCO DA SILVA FILHO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino
Mãe: ANA PAULA CORREIA DANTAS SILVA Pat: CLEIDSON LOURENÇO DA SILVA Data de Nascimento: 6/1/1980
Naturalidade: BOM CONSELHO / PERNAMBUCO / BRASIL
Documentos: 8128148/SDSPE (RG), 08397788484 (CPF) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: VENDEDOR(A)
Telefones Celulares:
- 87886835284

Endereço Residencial: TRAVESSA SÃO SEBASTIAO, 4 - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - BOM CONSELHO/PERNAMBUCO/BRASIL

JEYSON LEITE SOBRAL (presente ao plantão) - Sexo: Masculino
Mãe: JENECEI LEITE DA SILVA SOBRAL Pat: LUIZ PEDRO SOBRAL Data de Nascimento: 6/1/1981 Naturalidade: BOM CONSELHO / PERNAMBUCO / BRASIL
Documentos: 8264812/SDSPE (RG), 09487606489 (CPF), 04778865513 (CNH) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2º. GRAU COMPLETO Profissão: VENDEDOR(A)
Telefones Celulares:
- 8737711964

Endereço Residencial: RUA CAPITAO LISIMACO, 103 - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - BOM CONSELHO/PERNAMBUCO/BRASIL

N HOUVE (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido
Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Estado Civil: DESCONHECIDO Escolaridade: DESCONHECIDO

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



MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **CLEIDSON LOURENCO DA SILVA FILHO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JEYSON LEITE SOBRAL**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 160 FAN MIX EBDI** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**
Placa: **OYO3706** (PERNAMBUCO/BOM CONSELHO) Renavam: **100458226** Chassi: **9C2K16S0BR024786**
Ano Fabricação/Modelo: **2014/2014** Combustível: **ALCO/CASOL**

Complemento / Observação

INFORMA A VÍTIMA QUE SE DIRIGIA COM DESTINO A SUA RESIDENCIA COM SEU AMIGO PROPRIETÁRIO DA MOTO E AO PASSAR PROXIMO AO CAMPO DE AVIAÇÃO ACABARAM CAINDO DA MOTO SOFRENDO AS LESOES DESCRITAS NA FICHA DE ATENDIMENTO HOSPITALAR. RENAVAM CORRETO: 1004582266

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

Cleudson Lourenço da Silva Filho
CLEIDSON LOURENCO DA SILVA FILHO
(VITIMA)

JEYSON LEITE SOBRAL
JEYSON LEITE SOBRAL
(OUTRO)

Jose Fabricio Menezes Maranhão
B.O. registrado por: **JOSE FABRICIO MENEZES MARANHÃO** - Matrícula: **328324-7**



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 ANA PAULA CORREIA DANTAS TENORIO CPF: 769.751.694-20	DATA DE VENCIMENTO 17/02/2020 TOTAL A PAGAR (R\$) 237,70	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 10/02/2020 DATA DA APRESENTAÇÃO 10/02/2020 NÚMERO DA NOTA FISCAL 096136311	CONTA CONTRATO 007024409184 Nº DO CLIENTE 2015269948 Nº DA INSTALAÇÃO 0006370201
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA TV SAO SEBASTIAO 04 CENTRO/BOM CONSELHO 55330-000 BOM CONSELHO PE	CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásico		
RESERVADO AO FISCO 0B6D.3590.8782.D79D.1CD9.3B16.8B90.DA7A			

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)-TUSD	283,00	0,42167891	119,33
Consumo Ativo(kWh)-TE	283,00	0,35464951	100,36
Acréscimo Bandeira AMARELA			3,44
Contrib. Ilum. Pública Municipal			12,60
ICMS Subvenção-CDE-NF 088478833-16/12/19			1,97

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh		
000000003161749612	CAT	13/01/2020 7.325,00	10/02/2020 7.608,00	28	1,00000	0,00	283,00		
DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 11/03/2020									

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES						
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL	
dez/2019						
DIC-No.de horas sem Energia	BOM CONSELHO	0,00	11,30	22,61	45,22	
FIC-No.de vezes sem Energia		0,00	7,59	15,19	30,39	
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	6,19	0,00	0,00	
Limite DICRI: 16,60						
EUUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 84,44						
Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.						

INFORMAÇÕES IMPORTANTES		NÍVEIS DE TENSÃO										
<p>Pague no ponto mais perto de você! m j net: r. monteiro lobato centro / vip credito: pc dom pedro ii 35 lagoa de sao jose. Lista completa em www.celpe.com.br.</p> <p>Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br.</p> <p>Cobrança ICMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 39.459/13.</p> <p>O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.</p> <p>Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês.</p> <p>O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.</p> <p>Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.</p>		<table border="1"> <tr> <th>TENSÃO NOMINAL(V)</th> <th colspan="2">LIMITE DE VARIAÇÃO(V)</th> </tr> <tr> <td></td> <th>MÍNIMO</th> <th>MÁXIMO</th> </tr> <tr> <td>220</td> <td>202</td> <td>231</td> </tr> </table>		TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)			MÍNIMO	MÁXIMO	220	202	231
TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)											
	MÍNIMO	MÁXIMO										
220	202	231										
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA												

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO 007024409184	MÊS/ANO 02/2020	TOTAL A PAGAR(R\$) 237,70	VENCIMENTO 17/02/2020	TALÃO DE PAGAMENTO Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.
---------------------------------------	---------------------------	-------------------------------------	---------------------------------	--

PAGAMENTO ATRAVÉS DE FICHA DE COMPENSAÇÃO

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



SINISTRO 3200035567 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** CLEIDSON LOURENCO DA SILVA FILHO**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** Comprev

Previdência S/A-Filial Recife-PE

BENEFICIÁRIO CLEIDSON LOURENCO DA SILVA FILHO**CPF/CNPJ:** 08397788484**Posição em 18-02-2020 11:52:55**

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R\$00.000,00

Juros e Correção: R\$00.000,00

Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
30/01/2020	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50

