

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, JOSE REGINHO DOS SANTOS

RG nº 4.184.744, data de expedição 11/11/1971 Órgão SDS

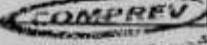
CPF nº 755.372.734-20 emento perante a este instrumento declarar que não posso comprovar de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>ANTÔNIO SALVADOR DE ARAUJO</u>
Número	<u>S/N</u>
Apto / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>CENTRO</u>
Cidade	<u>Quixaba</u>
Estado	<u>PE</u>
CEP	<u>56828-000</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 9534-0574</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data:

Rio - PE 13/junho/2008

 COMPREV
COMPREV VISA E TECNOLOGIA SIA

13 JUN 2018

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

Assinatura do Declarante:

Jose Reginho dos Santos



Tarifa Social de Energia Elétrica. Criada pela Lei 10.436, de 20/06/02.

NOTA FISCAL • FATURA • CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João da Bemba, 111, São José, Recife, Pernambuco - CEP 50035-902
CNPJ 10.835.822/0001-08 | Insc. Est. 0005943-80 | www.celpe.com.brDADOS DO CLIENTE
JOSE REGINALDO DOS SANTOSENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA MARIA DE LOURDES LIMA 23-A

CPF: 755.372.734-20

BAIRRO NOVO JUNKABA

OLIXABA PE

56829-000

CLASSIFICAÇÃO
S1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Mondâncio

CONTAGEM	CONTRATO	MESMO
016403688	7027357142	05/2018
DATA DE VENCIMENTO	DATA PRÓXIMA LEITURA	
21/05/2018	13/06/2018	
		TOTAL A PAGAR (R\$)
		16,49

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

ITEM DA NOTA FISCAL	SÉRIE	DATA	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)			30.000000	0,53644249	16,08
Acréscimo Balanço AMARELA					0,13
Multa por atraso-NF 012884388 - 12/04/18					0,28
Juros por atraso-NF 012884388 - 12/04/18					1,01

TOTAL DA FATURA 16,49

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	DATA	LEITURA	ATUAL	DATA	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
317211608	CAT	12/04/2018	0:00	14/05/2018	7:00	12	1.00000				16,49

INFORMAÇÕES DE CONSUMO

Mês/Ano	Base de cálculo	%	Valor do imposto	FAZENDA/USO de fato
MAR18 30				
ABR18 30	ICMS			
MAR18 30	PIS	16,19	1,12	0,08
FEV18 30	COFINS	16,19	5,32	0,38
JAN18 30				

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

Mês/Ano	Base de cálculo	%	Valor do imposto	FAZENDA/USO de fato
MAR18 30				
ABR18 30	ICMS			
MAR18 30	PIS	16,19	1,12	0,08
FEV18 30	COFINS	16,19	5,32	0,38
JAN18 30				

INFORMAÇÕES TARIFAIS

Mês/Ano	TARIFA APLICADA	VALOR
MAR18 30	0,53644249	16,08
ABR18 30	0,53644249	16,08
MAR18 30	0,53644249	16,08
FEV18 30	0,53644249	16,08
JAN18 30	0,53644249	16,08

INFORMAÇÕES REINHABILITADO

Mês/Ano	VALOR
MAR18 30	16,08
ABR18 30	16,08
MAR18 30	16,08
FEV18 30	16,08
JAN18 30	16,08

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

A partir de 29/04/2018, haverá reajuste mensal de 5,47% para o Balcão Tarifário e 6,30% para a Tarifa Fazenda. Até 29/04/2018, não haverá reajuste.

Além disso, o cliente é convidado a verificar se há reajuste no consumo de individual ou do total do bimestre de fornecimento. Pode, em média, para multa 2% (dois por cento), acréscimo 1% (um por cento) e reajuste 0,50% (cinco por cento) sobre o valor da fatura, conforme Art. 5, inciso II, § 2º, do RCM/PE. O cliente é convidado a quanto há desempenho do seu atendimento com a sua concessionária.

Não existem débitos de 2017. A
área anterior ao dia 01/01/2018
não é cobrada reajuste de
consumo de individual ou
total do bimestre de fornecimento.
A tarifa é de 0,53644249.
Pode haver débitos de
pavimentação e/ou desmatamento
que não foram cobrados
até a data de 01/01/2018.
Lembre-se que a data de cobrança
é sempre a data de 01/01/2018.

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERPRETAÇÕES

O cliente pode solicitar a interpretação de suas contas de energia elétrica, de forma gratuita, no prazo de 30 dias úteis, contados a partir da data da emissão da fatura.

COMPREV
COMPRA, VENDA E MANTENIMENTO S/A

13 JUN 2018

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Tarifa Social de Energia Elétrica. Utilizada pela Cemig S.A., no sistema
Centrais Elétricas de Minas Gerais.
Av. Antônio M. Soares, 150, Bairro Petrópolis - CEP 31220-000
DNPJ 10.925.23.20205-05 | Fone: Ext. 30034333 | www.cemig.com.br

DADOS DO CLIENTE
JOSE REGINA DO DÓS SANTOS

CPF: 755.372.734-20

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

DATA FISCAL	LEIAUTA	LEITURA
04/2018/04/2018	LIVACA	12/12/2018
12/12/2018	Nº DA FICHA	Nº DA INSCRIÇÃO

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA ANTONÍPIO MIGUEL DOS SANTOS, 16

CENTRO
QUIXABÁ/P.E.
56829-000

DATA CONTRATO	MES/ANO
7023333435	12/2018
DATA DE VENCIMENTO	09/01/2019
FATURA PAGA ATÉ	73,26

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

Consumo Horóscopo
Acrescimo Bancos AMARELA

QUANTIDADE	PREÇO UNIT.	VALOR TOTAL
98 (00)000	0,73875054	72,39 0,87

TOTAL DA FATURA

73,26

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR LONINGO	TIPO DA FUNÇÃO CAT	ANTERIOR DATA 02/2018	LEITURA 36.273,00	ATUAL DATA 13/12/2018	LEITURA 36.371,00	Nº DE DIAS 37	CONSTANTE 1.00000	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
DEZ18 95									40,36

HISTÓRICO DE CONSUMO

MÊS/ANO	VALOR (kWh)
DEZ18 95	
NOV18 94	
OUT18 150	
SET18 85	
AGO18 78	
JL18 80	
JUN18 66	
MAR18 74	
ABR18 88	
FEV18 74	
JAN18 88	
DEZ17 83	

INFORMAÇÕES DE IMPROS

BASÉIA DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPORTE
ICMS	25,00	18,31
PIS	0,74	0,57
COFINS	2,64	0,54
Total		73,26

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Contratação de Energia	R\$ 23,13	31,33%
Transmissão	R\$ 1,43	4,00%
Distribuição (Cdesp)	R\$ 16,32	21,87%
Imposta de Energia	R\$ 5,04	6,80%
Impostos Sociais	R\$ 4,12	5,70%
Ihorte	R\$ 21,52	29,37%
Total	R\$ 73,26	100%

TARIFAS APLICADAS

0,52160000

RESUMO DA FICHA
43AB 9F07 0845 0F29 5583 1B68 A IF0 7140

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Peça sua conta mensalmente, no site da Cemig, ou ligue para o atendimento ao cliente, das 7h às 22h, de segunda a sexta-feira, e das 8h às 12h, aos sábados, domingos e feriados. Para mais informações, entre em contato com a Cemig, ou com a sua concessionária local. O consumo é compensado quando o valor da energia consumida é maior que o valor da energia gerada. Pode ser aplicado o "nível 4 (0,05%), juros de 1% diários, de 10,438,02%, e multa de 10% do valor da conta à compensação quando o consumo do mês definido para pagamento for menor que o consumo médio de 12 meses anteriores".

INFORMAÇÕES DE NOS
SISTEMA DE CONTROLE DE ÁREA,
SISTEMA DE MONITORAMENTO E CONTROLE,
SERVIÇOS PRESTADOS E TRABALHOS DE
ENCONTRO DE ÁREA, SISTEMA DE
CONSULTA, SISTEMAS INTEGRADOS DE
GESTÃO DA ÁREA DE ATENDIMENTO
www.cemig.com.br

NÍVEIS DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (%) MÍNIMO	LIMITE DE VARIAÇÃO (%) MÁXIMO
220	-5%	+5%

LOCACÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

CONDICIONAL	VALOR MÍNIMO DE REVISITA	CANTO MÍNIMO	LIMITE MÍNIMO	LIMITE MÁXIMO
AFEGADA SOM INADMISSÍVEL	0,00	6,00	12,00	24,00



ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CNPJ: 35.445.527/0001-04

Rua Padre Maciel, 266 – Centro – Quixaba-PE CEP 56828-000 Fone n.º (87) 3854-8102 – E-mail: ssquix@bol.com.br

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, e a quem interessar, que o Sr.JOSÉ REGINALDO DOS SANTOS, portado do CPF:755.372.734-20, RG:4.184.744 SDS-PE, residente na Rua Placido Pereira Nunes s/n. vitima de acidente automobilístico (Moto), ocorrido no dia 20/05/2018 na Rua Antônio Salvador de Araújo, s/n foi Transferido do local com à Ambulância Placa klt 2310 do Centro Médico Maria Alves dos Santos,localizado na cidade Quixaba-PE. e encaminhado ao Hospital Regional de Afogados da Ingazeira,

Por ser expressão da verdade, firmo-me assinando abaixo,

Quixaba, em 21 de Maio de 2018.

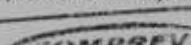

Maria das Graças Miguel
DIRETORA
Mat. 866

CENTRO MÉDICO
MARIA ALVES DOS SANTOS
CNES: 2347652
QUIXABA-PE



Confer. 1.653.020/000-10

HOSPITAL DO TRABALHADOR
LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

 SUS Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde Secretaria de Saúde de Pernambuco					
Identificação do Estabelecimento de Saúde						
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		<i>M. R. E.C</i>		2 - CNES		
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		<i>H. R. E.C</i>		4 - CNES		
Identificação do Paciente						
5 - CARTÃO NACIONAL DA SAÚDE (CNS)		<i>6 - SIS PRENATAL</i>		<i>7 - SENHA/REGULAÇÃO</i>		
8 - NOME DO PACIENTE		<i>Jose Reinoldo dos Santos</i>		<i>9 - DATA DE NASCIMENTO</i>		
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL		<i>11 - SEXO</i>		<i>12 - N° DO PRONTUÁRIO</i>		
11 - NOME DA SOCORRIDA		<i>M. R. E.C.</i>		<i>Masc. <input checked="" type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/></i>		
12 - ENDERECO (RUA, N.º, BAIRRO)		<i>Rua Plácido Pereira Nunes</i>		<i>13 - N° DO TELEFONE DE CONTATO</i>		
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		<i>Chiná - PE</i>		<i>14 - COD. IBGE MUNICÍPIO</i>		
15 - UF		<i>16 - COD. IBGE MUNICÍPIO</i>		<i>17 - UF</i>		
18 - CEP		<i>19 - HISTÓRICO CLÍNICO/ EXAME FÍSICO</i>		JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO		
20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNOSTICADAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)		<i>21 - DIAGNÓSTICO INICIAL</i>		<i>22 - CID 10 PRINCIPAL</i>		
23 - DIAGNÓSTICOS SECUNDÁRIO		<i>24 - CID 10 SECUNDÁRIO</i>		<i>25 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO</i>		
26 - CLÍNICA		<i>27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO</i>		<i>28 - DOCUMENTO</i>		
29 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		<i>30 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE</i>		<i>31 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE</i>		
32 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		<i>33 - DATA DA SOLICITAÇÃO</i>		<i>34 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)</i>		
35 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO		<i>36 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO</i>		<i>37 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO</i>		
38 - CNPJ DA SEGURADORA		<i>39 - N° DO BILHETE</i>		<i>40 - SERIE</i>		
41 - CNPJ DA EMPRESA		<i>42 - CNAE DA EMPRESA</i>		<i>43 - CSOR</i>		
44 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA		<i>45 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO</i>		<i>46 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR</i>		
() EMPREGO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO		<i>47 - DOCUMENTO</i>		<i>48 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADO</i>		
49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		<i>50 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)</i>		<i>51 - N° DA AUTORIZAÇÃO A DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR</i>		
<i>11</i>		<i>11</i>		 COMPREV COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A <i>13 JUN 2018</i>		
PROTOCOLO <small>ZIGRAFICA 021.9632.7820</small>						
AGÊNCIA RECIFE						

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

Fundação de Saúde Amaury de Medeiros - FUSAM

FOLHA DE INTERNACÃO E ALTA HOSPITALAR

Registro N° 87.947

Data 20/05/18

Hora 12:00 h

PACIENTE	Nome: José Reginaldo dos Santos		Categoria: Sua CC
	Sexo: M	Idade: 51 Anos	Estado Civil: DIVORCIADO
Naturalidade: Pernambuco - PE	Cor:	Profissão: Guarda Municipal	
Endereço: Rua Gláucio Pereira Nunes			
Pessoa de Quem Depende: Mº do Socorro dos Santos	Parentesco: mãe		
Endereço:			
Internado por Ordem de _____			
Ass. Médico - CRM		NOTIFICADO	
<input type="checkbox"/> Clínico	<input type="checkbox"/> Cirúrgico	Hora do Atendimento Médico	
Pressão Arterial _____	MX _____	MN. _____	P脉搏 BPM _____
Temperatura _____ °C	<i>Confere 110.562.923/0010-241</i> HOSPITAL DO RECIFE Av. Ademar Soárez Soárez, s/n Bairro da Boa Vista, Al. da Boa Vista		
Queixa Principal _____	<i>2018-06-13</i>		
História da Doença Atual	<i>Doença crônica de 10 anos. Progresso lento e regular. Última clínica em 15/05/2018.</i>		
COMPREV COMPREV VITAE INGENIERIA SIA 13 JUN 2018		<i>CONFIRMO RECEBIMENTO</i> CONFIRMO <i>NOTIFICADO</i>	
PROTOCOLO AGENCIA RECIFE			

17
71
46

Hospital São Vicente

Rua Inocêncio Gomes de Andrade, 603
Centro - Fone: (87) 3831-9150
Serra Talhada - Pernambuco
CNPJ 10.280.543/0001-63

ATESTADO

Nome:

Jose Reginaldo Souza

Atesto para os devidos fins que o (a) citado (a):

- Apresenta ao Exame Clínico, boa saúde física e mental;
- Compareceu para Atendimento Médico, sendo liberado às _____ hr;
- Necessita de 120 dia(s) (Carts - Vane) de afastamento de suas atividades acadêmicas e/ou profissionais;
- Esteve internado neste Hospital no período de 1/1/18 à 1/1/18 e necessita de mais _____ dia (s), para sua reabilitação;

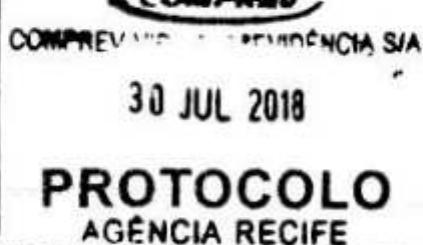
Acompanhou o Paciente: _____
no período de 1/1/18 à 1/1/18 neste Hospital;

CID-10 S420 OP-11-00-142

Serra Talhada-PE, 15 de 06 2018

Atenciosamente:


Médico/CRM



HOSPITAL REGIONAL EMÍLIA CAMARA
AFOGADOS DA INGAZEIRA - PE

GOVERNO DE
Pernambuco

ATESTADO MÉDICO

Atesto que:

José Reginaldo dos Santos

Profissão:

está sob os meus cuidados médicos, devendo portanto:

- Afastar-se do trabalho por 30 (trenta) dias
 Afastar-se das aulas por _____ (_____) dias
 Afastar-se da Educação Física por _____ (_____) dias
 É portador de deficiência física permanente incapacidade para sua atividade
 Encaminhado(a) ao INSS para Perícia Médica / Auxílio Doença*
 Acompanhante do paciente _____

* Os atestados Médicos, são apenas referência para a solicitação de benefício junto ao INSS.

Serão informados diagnósticos, o C.I.D. 10, e o tempo previsto na recuperação.

Fica a critério do Médico Perito, a avaliação e concessão ou não do benefício pretendido, de acordo com as observações que lhe forem pertinentes e legislação em vigor.

Diagnóstico: Froticite no envolto é

Procedimento: Agudo cirúrgico

CID 10: 542.0



20 de 05 de 2018
Dr. Frendicu E. Almeida Jr.
Ortopedista e Traumatologista
CRM PE 11266 - SBO7 15623



ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CNPJ: 35.445.527/0001-04

Rua Padre Maciel, 266 – Centro – Quixaba-PE CEP 56828-000 Fone n.º (87) 3854-8102 – E-mail: ssquix@bol.com.br

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, e a quem interessar, que o Sr.JOSÉ REGINALDO DOS SANTOS, portado do CPF:755.372.734-20, RG:4.184.744 SDS-PE, residente na Rua Placido Pereira Nunes s/n. vitima de acidente automobilístico (Moto), ocorrido no dia 20/05/2018 na Rua Antônio Salvador de Araújo, s/n foi Transferido do local com à Ambulância Placa klt 2310 do Centro Médico Maria Alves dos Santos,localizado na cidade Quixaba-PE. e encaminhado ao Hospital Regional de Afogados da Ingazeira,

Por ser expressão da verdade, firmo-me assinando abaixo,

Quixaba, em 21 de Maio de 2018.

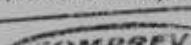

Maria das Graças Miguel
DIRETORA
Mat. 866

CENTRO MÉDICO
MARIA ALVES DOS SANTOS
CNES: 2347652
QUIXABA-PE



Confer. 1.653.020/000-10

HOSPITAL DO TRABALHADOR
LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

 SUS Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde Secretaria de Saúde de Pernambuco					
Identificação do Estabelecimento de Saúde						
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		<i>M. R. E.C</i>		2 - CNES		
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		<i>H. R. E.C</i>		4 - CNES		
Identificação do Paciente						
5 - CARTÃO NACIONAL DA SAÚDE (CNS)		<i>6 - SIS PRENATAL</i>		<i>7 - SENHA/REGULAÇÃO</i>		
8 - NOME DO PACIENTE		<i>Jose Reinoldo dos Santos</i>		<i>9 - DATA DE NASCIMENTO</i>		
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL		<i>11 - SEXO</i>		<i>12 - N° DO PRONTUÁRIO</i>		
11 - NOME DA SOCORRIDA		<i>M. R. E.C.</i>		<i>Masc. <input checked="" type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/></i>		
12 - ENDERECO (RUA, N°, BAIRRO)		<i>Rua Plácido Pereira Nunes</i>		<i>13 - N° DO TELEFONE DE CONTATO</i>		
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		<i>Chiná - PE</i>		<i>14 - COD. IBGE MUNICÍPIO</i>		
15 - UF		<i>16 - COD. IBGE MUNICÍPIO</i>		<i>17 - UF</i>		
18 - CEP		<i>19 - HISTÓRICO CLÍNICO/ EXAME FÍSICO</i>		JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO		
20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNOSTICADAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)		<i>21 - DIAGNÓSTICO INICIAL</i>		<i>22 - CID 10 PRINCIPAL</i>		
23 - DIAGNÓSTICOS SECUNDÁRIO		<i>24 - CID 10 SECUNDÁRIO</i>		<i>25 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO</i>		
26 - CLÍNICA		<i>27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO</i>		<i>28 - DOCUMENTO</i>		
29 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		<i>30 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE</i>		<i>31 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE</i>		
32 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		<i>33 - DATA DA SOLICITAÇÃO</i>		<i>34 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)</i>		
35 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO		<i>36 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO</i>		<i>37 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO</i>		
38 - CNPJ DA SEGURADORA		<i>39 - N° DO BILHETE</i>		<i>40 - SERIE</i>		
41 - CNPJ DA EMPRESA		<i>42 - CNAE DA EMPRESA</i>		<i>43 - CSOR</i>		
44 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA		<i>45 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO</i>		<i>46 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR</i>		
() EMPREGO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO		<i>47 - DOCUMENTO</i>		<i>48 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADO</i>		
49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		<i>50 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)</i>		<i>51 - N° DA AUTORIZAÇÃO A DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR</i>		
<i>11</i>		<i>11</i>		 COMPREV COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A <i>13 JUN 2018</i>		
PROTOCOLO <small>ZIGRAFICA 021.9632.7820</small>						
AGÊNCIA RECIFE						

ENF _____ LEITO

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

Fundação de Saúde Amaury de Medeiros - FUSAM

Registro N° 37.947

Data 20/05/18

Hora 12:00 hs

FOLHA DE INTERNAÇÃO E ALTA HOSPITALAR

PACIENTE	Nome: José Reginaldo dos Santos			Categoria: Sua CC
	Sexo: M	Idade: 51	Cor:	Estado Civil: DIVORCIADO
RESPONSÁVEL	Naturalidade: Pernambuco - PE			Profissão: Guarda Municipal
	Endereço: Rua Raciado Pereira Nunes			
	Pessoa de Quem Depende: Sra do Socorro dos Santos			Parentesco: mãe
	Endereço:			
	Internado por Ordem de _____			NOTIFICADO
	Ass. Médico - CRM			

<input type="checkbox"/> Clínico	<input type="checkbox"/> Cirúrgico	<input type="checkbox"/> Hora do Atendimento Médico		
Pressão Arterial _____	MX _____	MN. _____	P脉 _____	BPM _____
Temperatura _____ °C	Conselho 520/0010-24 HOSPITAL DO TRICENTENÁRIO W. Mário Viana Soárez, S. Francisco da Cunha A. da Matta			
Queixa Principal _____	<i>2018-06-20 10:00</i>			

ATENÇÃO MÉDICA	História da Doença Atual	
	<p>2018-06-20 10:00</p> <p>Sintomas de diarreia</p> <p>Intensidade leve a moderada</p> <p>Clínica aguda</p>	

	COMPREV	CONFIRDO
	COMPREV VITAE E CONFIANÇA S/A	NOTIFICADO
13 JUN 2018		
PROTÓCOLO		
AGÊNCIA RECIFE		

17
31
46



André Quintas

ORTOPÉDIA E TRAUMATOLOGIA

MEDICO ASSOCIADO DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE ORTOPÉDIA

ATESTADO DE LAUDO
(AO N° 45)

José Reginaldo dos Santos

com: 54 anos PT, tabagista
e ex-intendente da lavandaia
Solução tópica de 4%, atrofia
mucosa AD: capaz de aderir
á ferida CID: M75

Sofrimento 03 (três) meses
em evolução com exfoliação
grave

Set/16.

g

Consultas
Fraturas
Osteoporose
Artrite
Artrose
Bursite
Correção Postural
Dor Lombar (coluna)
Tendinite
Artroscopia do Joelho

Consultório: Centro Diagnóstico (Anexo a Casa de Saúde)
Av. Aparício Veras, 411 - Centro - Abogados da Ingazeira - PE - Fone: (87) 3638-1304
Filial: Flores-PE - Fone: (87) 9 9615-1171

Assinatura: ...
CNPJ: 15.372...
... / ...



Hospital São Vicente

Rua Inácio Gomes de Andrade, 603
Centro – Fone: (87) 3833-9150
Serra Talhada – Pernambuco
CNPJ 10.280.543/0001-63

ATESTADO

Nome:

José Reginaldo Soárez

Atesto para os devidos fins que o (a) citado (a):

- Apresenta ao Exame Clínico, boa saúde física e mental;
- Compareceu para Atendimento Médico, sendo liberado às _____ hr;
- Necessita de 120 dia(s) (Sexta - Venho) de afastamento de suas atividades acadêmicas e/ou profissionais;
- Esteve internado neste Hospital no período de 1/1/18 à 1/1/18 e necessita de mais _____ dia (s),
() para sua reabilitação;

Acompanhou o Paciente: _____
no período de 1/1/18 à 1/1/18, neste Hospital;

CID-10 S420 OP 14.06.18

Serra Talhada-PE, 15 de 06 2018

Atenciosamente,

Reginaldo Soárez
Médico/CRM

Hospital São Vicente

Rua Inocêncio Gomes de Andrade, 603
Centro - Fone: (87) 3831-9150
Serra Talhada - Pernambuco
CNPJ 10.280.543/0001-63

ATESTADO

Nome:

Jose Reginaldo Souza

Atesto para os devidos fins que o (a) citado (a):

- Apresenta ao Exame Clínico, boa saúde física e mental;
- Compareceu para Atendimento Médico, sendo liberado às _____ hr;
- Necessita de 120 dia(s) (Carts - Vane) de afastamento de suas atividades acadêmicas e/ou profissionais;
- Esteve internado neste Hospital no período de 1/1/18 à 1/1/18 e necessita de mais _____ dia (s), para sua reabilitação;

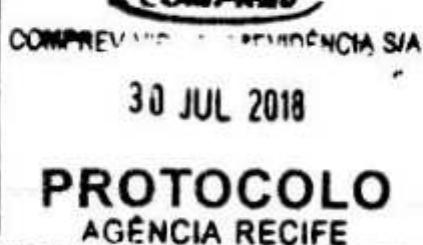
Acompanhou o Paciente: _____
no período de 1/1/18 à 1/1/18 neste Hospital;

CID-10 S420 OP-11-00-142

Serra Talhada-PE, 15 de 06 2018

Atenciosamente:


Médico/CRM



HOSPITAL REGIONAL EMÍLIA CAMARA
AFOGADOS DA INGAZEIRA - PE

GOVERNO DE
Pernambuco

ATESTADO MÉDICO

Atesto que:

José Reginaldo dos Santos

Profissão:

está sob os meus cuidados médicos, devendo portanto:

- Afastar-se do trabalho por 30 (trenta) dias
 Afastar-se das aulas por _____ (_____) dias
 Afastar-se da Educação Física por _____ (_____) dias
 É portador de deficiência física permanente incapacidade para sua atividade
 Encaminhado(a) ao INSS para Perícia Médica / Auxílio Doença*
 Acompanhante do paciente _____

* Os atestados Médicos, são apenas referência para a solicitação de benefício junto ao INSS.

Serão informados diagnósticos, o C.I.D. 10, e o tempo previsto na recuperação.

Fica a critério do Médico Perito, a avaliação e concessão ou não do benefício pretendido, de acordo com as observações que lhe forem pertinentes e legislação em vigor.

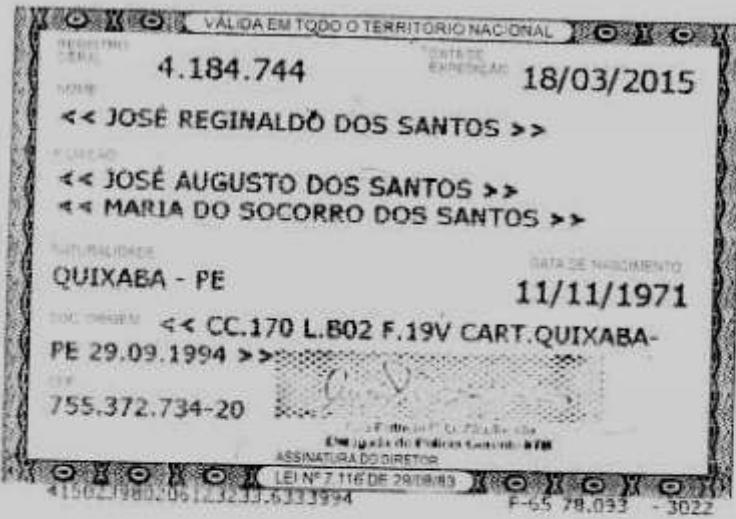
Diagnóstico: Froticite no envolto é

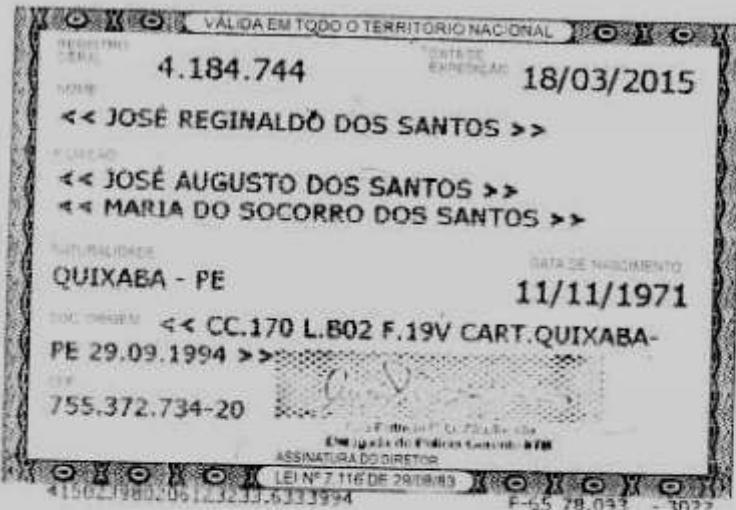
Procedimento: Agudo cirúrgico

CID 10: 542.0



20 de 05 de 2018
~~Dr. Frendicu E. Almeida Jr.~~
~~Ortopedista e Traumatologista~~
~~CRM PE 11.266 - SBO 7.15.623~~





PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0210199/18

Vítima: JOSE REGINALDO DOS SANTOS
CPF: 755.372.734-20

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 20/05/2018

Titular do CPF: JOSE REGINALDO DOS SANTOS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

JOSE REGINALDO DOS SANTOS : 755.372.734-20

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

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: 13/06/2018
Nome: JOSE REGINALDO DOS SANTOS
CPF/CNPJ: 755.372.734-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/06/2018
Nome: EMERSON JOSE ALVES CARNEIRO FILHO
CPF: 120.911.224-83

JOSE REGINALDO DOS SANTOS

EMERSON JOSE ALVES CARNEIRO FILHO



Seguradora Líder • DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA	DATA DO ACIDENTE	CPF DA VÍTIMA
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO	QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR	() VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTEESCO COM A VÍTIMA É
ENDERECO DO PORTADOR	Nº COMPLEMENTO	BAIRRO
CIDADE	UF	CEP
E-MAIL	TELEFONE ()	COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

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 CARTERA 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 (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIIS 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 CARTERA 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 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- MORTE = R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM A 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 COMPROMOVIDAS.
- 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 FORMULARIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSTO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA 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 VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE	RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA
DATA	DATA
IDENTIDADE	IDENTIDADE
ASSINATURA	ASSINATURA

*13 JUL 2018
PROTOCOLO
GENCIA RECEPÇÃO
VÍTIMA SIA*

- () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE ABSÉNCIA DE LAUDO DO IML, QUE CONFIRME 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 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, TAIIS COMO CóPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180569530 **Cidade:** Quixabá **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE REGINALDO DOS SANTOS **Data do acidente:** 20/05/2018 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA
FRATURA DE ARCO COSTAL

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (TORACOSTOMIA, LMC E DRENAGEM DE TUMOR, FLEGMÃO) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações:

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 completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
		Total	6,25 %	R\$ 843,75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180569530 Cidade: Quixabá Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: JOSE REGINALDO DOS SANTOS Data do acidente: 20/05/2018 Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/12/2018

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA
FRATURA DE ARCO COSTAL

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (DRENAGEM DE TÓRAX FECHADA) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: DOCUMENTOS MÉDICOS APRESENTADOS NÃO COMPROVAM PRESENÇA DE SEQUELA PERMANENTE.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: FERNANDA CARDOSO GUERRA FONSECA

CRM: 533427

UF do CRM: RJ

Assinatura:

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Fernanda Cardoso Guerra Fonseca".

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0437663/18

Número do Sinistro: 3180569530

Vítima: JOSE REGINALDO DOS SANTOS

CPF: 755.372.734-20

CPF de: Próprio

Data do acidente: 20/05/2018

Titular do CPF: JOSE REGINALDO DOS SANTOS

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

JOSE REGINALDO DOS SANTOS : 755.372.734-20

Comprovante de residência

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: 13/12/2018
Nome: JOSE REGINALDO DOS SANTOS
CPF: 755.372.734-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/12/2018
Nome: JONATAN BARBOSA DE BARROS
CPF: 703.787.774-32

JOSE REGINALDO DOS SANTOS

JONATAN BARBOSA DE BARROS

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0437663/18

Vítima: JOSE REGINALDO DOS SANTOS

CPF: 755.372.734-20

CPF de: Próprio

Data do acidente: 20/05/2018

Titular do CPF: JOSE REGINALDO DOS SANTOS

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

JOSE REGINALDO DOS SANTOS : 755.372.734-20

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

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: 04/12/2018
Nome: JOSE REGINALDO DOS SANTOS
CPF: 755.372.734-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/12/2018
Nome: JONATAN BARBOSA DE BARROS
CPF: 703.787.774-32

JOSE REGINALDO DOS SANTOS

JONATAN BARBOSA DE BARROS

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 06 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180569530

Vítima: JOSE REGINALDO DOS SANTOS

Data do Acidente: 20/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE REGINALDO DOS SANTOS

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Comprovante de residência não enviado(a). não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 06 de Dezembro de 2018

Aos Cuidados de: **JOSE REGINALDO DOS SANTOS**

Nº Sinistro: **3180569530**

Vítima: **JOSE REGINALDO DOS SANTOS**

Data do Acidente: **20/05/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180569530**.

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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 17 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180569530

Vítima: JOSE REGINALDO DOS SANTOS

Data do Acidente: 20/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JOSE REGINALDO DOS SANTOS

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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 orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

255372734-20

Nome completo da vítima

José Reginaldo dos Santos

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
José Reginaldo dos Santos	755.372.734-20	não Informa
Endereço	Número	Complemento
Antônio Salvador de Araújo	51	Ponta
Bairro	Cidade	Estado
Centro	Quixaba	PE
Email	CEP	
	56828000	
	Teléfono (DDD) (81)	
	9534 0574	

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 |
| <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 | <input type="checkbox"/> 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)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Name

NRO

AGÊNCIA NRO. D/V CONTA NRO. D/V
0570 (Informar dígito se existir) 150976 (Informar dígito se existir) 9

AGÊNCIA NRO. D/V CONTA NRO. D/V
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider 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.

Recife-PE, 13 de Junho

Local e Data



José Reginaldo dos Santos
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Banco Postal

*** Extrato de Conta Poupança ***

Agência : 32301507-AC CARNAUBA
Terminal: 3231501 Ed. Trx 365413
Nro Aut: 102049 Caixa 85067520
Data : 16/05/2018 Hora: 10:20
(Horário de Brasília)

BANCO DO BRASIL S.A.
5/5/201823 000073

EXTRATO DE POUPANÇA PARA SIMPLES CONFERÊNCIA
POUPANÇA DURÍO

RENDIMENTO:

SELIC (taxa) maior que 8,5% A.A. IR+IUS da SELIC
SELIC maior que 5,5% A.A. IR+0,5% A.M.

AGÊNCIA 00/0 - CONTA 15.506-9 VAR 51
TITULAR JOSÉ HERIBALDO DOS SANTOS

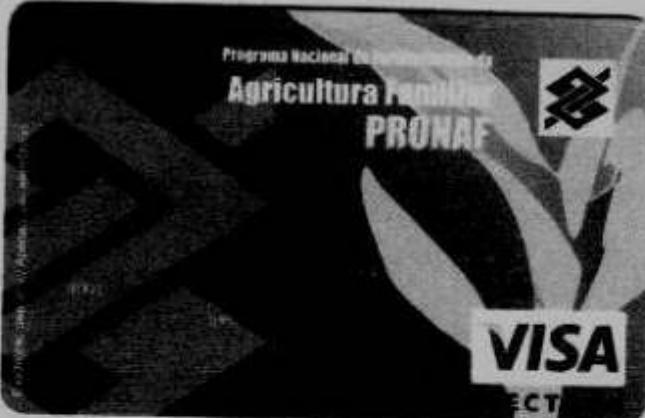
DATA DE BS RESTAURADA	VALOR
Maria 2018	
0905	Caixa ant.
1105	11 TRANSF CRED
	1.065,00C
	S A L D O
	1.065,64C
	VLR. BLOQUEADO
	0,000
	DISPONÍVEL
	1.065,64C

SALDOS POR DIA BASE

11	1.065,00	16	0,28
19	0,36		

Poupança premia clientes BB.

Saiba mais em www.bb.com.br/poupançapremiada





**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 de 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

Name completo da vítima

3180270010

755-372.734-20

Jane The Gunclub was sentenced.

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo <u>José Reginaldo dos Santos</u>		CPF titular da conta <u>755.372.731-20</u>	Profissão
Endereço <u>Rua Antônio Salvador de Araújo</u>		Número <u>23</u>	Complemento <u>Casa A</u>
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Anísio B.R.</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>36828.000</u>
Email		Telefone (DDD) <u>(83) 9 8540 6931</u>	

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

- RECUSO 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 R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 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 NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
0510		15906	9
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

- CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome	NRO.		
<input type="text"/>			
AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
(Informar dígitos se existir)		(Informar dígitos se existir)	

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

Ref. N.º 04 de Julho de 2018

Local e Data

*Jede Region ist des santo

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

PROTÓCOLO AGÊNCIA RECIFE

Banco Postal

*** Extrato de Conta Poupança ***

Agencia: 32301367-AC CARNAIBA
Terminal: 32313601 Id. Trx: 391144
Nro. Aut: 082301 Data: 05/07/2018
Data: 21/06/2018 Hora: 08:23
(Horario de Brasilia)

BANCO DO BRASIL S.A.
5757801323 000041
EXTRATO DE POUPANÇA PARA SIMPLES CONFERENCIA
POUPANÇA DUR

RENDIMENTOS:
SELIC usual menor que 8,5% A A. TR+70% da SELIC
SELIC maior que 8,5% A A. TR+0,5% A M

AGENCIA: 0570-3 CONTA: 15.906-9 VAR: 51
CLIENTE: JOSE REGINALDO DOS SANTOS

DATA	DEBS HISTÓRICOS	VALOR
01/06/2018		
14/06	Saldo ant.	1.062,440

NAO HA LANÇAMENTOS NO PERÍODO

SALDO	1.062,440
VLR. ALUMARO	0,000
DISPONIVEL	1.062,440

SALDOS POR DIA BASE

13	1.062,44
----	----------

Poupança premia clientes BB
Saiba mais em www.bb.com.br/poupancapremiada





**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 de 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

Name completo da vítima

3180270010

755-372.734-20

Jane The Gunclub was sentenced.

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo <u>José Reginaldo dos Santos</u>		CPF titular da conta <u>755.372.731-20</u>	Profissão
Endereço <u>Rua Antônio Salvador de Araújo</u>		Número <u>23</u>	Complemento <u>Casa</u>
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Quixadá</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>36828.000</u>
Email <u>(83) 9 8540 6931</u>			Telefone (DDD)

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

- RECUSO 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 R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 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 NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
0510		15906	9
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

- CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome		NRO.	
AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
(Informar dígitos se existir)		(Informar dígitos se existir)	

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

Ref. N.º 04 de Julho de 2018
Local e Data

Local e Data

* Yede Regional de des sonas

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

PROTÓCOLO AGÊNCIA RECIFE

Banco Postal

*** Extrato de Conta Poupança ***

Agencia: 32301367-AC CARNAIBA
Terminal: 32313601 Id. Trx: 391144
Nro. Aut: 082301 Data: 05/07/2018
Data: 21/06/2018 Hora: 08:23
(Horario de Brasilia)

BANCO DO BRASIL S.A.
5757801323 000041
EXTRATO DE POUPANÇA PARA SIMPLES CONFERENCIA
POUPANÇA DUR

RENDIMENTOS:
SELIC usual menor que 8,5% A A. TR+70% da SELIC
SELIC maior que 8,5% A A. TR+0,5% A M

AGENCIA: 0570-3 CONTA: 15.906-9 VAR: 51
CLIENTE: JOSE REGINALDO DOS SANTOS

DATA	DEBS HISTÓRICOS	VALOR
01/06/2018		
14/06	Saldo ant.	1.062,440

NAO HA LANÇAMENTOS NO PERÍODO

SALDO	1.062,440
VLR. ALUMARO	0,000
DISPONIVEL	1.062,440

SALDOS POR DIA BASE

13	1.062,44
----	----------

Poupança premia clientes BB
Saiba mais em www.bb.com.br/poupancapremiada





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO

DELEGACIA DE POLÍCIA DA 185^a CIRCUINTSRIÇÃO - QUIXABA - DP185^aCIRC DINTER2/21^oDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 18E0275000124

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 05/06/2018 às 15:39

AUTIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo /Consumado que aconteceu no dia 20/5/2018 no período da Tarde

Fato ocorrido na endereço: RUA ANTÔNIO SALVADOR DE ARAUJO, 6681, PRÓXIMA A IGREJA - Saliria - CENTRO - QUIXABA/PERNAMBUCO/BRASIL.
Local do Fato: VIA PÚBLICA

Pessoal(s) envolvida(s) na ocorrência:

OUTROS (AUTOP/AGENTE)
JOSE REGINALDO DOS SANTOS (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvida(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(s) Sr(a): JOSÉ REGINALDO DOS SANTOS

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

JOSÉ REGINALDO DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: Masculino M: Marca do socorro dos SANTOS P: JOSE AUGUSTO DOS SANTOS Data de Nascimento: 11/11/1974 Naturalidade: NÃO INFORMADA / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Padrão: RUA MUNICÍPIO DE QUIXABA, 165, RUA PLACIDO PEREIRA NUNES, PRÓXIMO A CRECHE - CEP: - Bairro: - QUIXABA/PERNAMBUCO/BRASIL

OUTROS - Ramo de Atividade: NÃO INFORMADO

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

Qualificação do(s) objeto(s) envolvida(s)

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): JOSÉ REGINALDO DOS SANTOS, que estava em posse do(a) Sr(a): JOSÉ REGINALDO DOS SANTOS
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 Objeto apreendido: Não
Cor: PRETA , Quantidade: (UNIDADE)

Complemento / Observação

o SENHOR JOSÉ REGINALDO DOS SANTOS RELATA QUE NO DIA DO FATO CONDUZIA SUA MOTOCICLETA HONDA, ANO 2010, MOD 2018, COR PRETA, PLACA PFC9188, CHASSI 6C3KCA182BAR66664, RENAVAN 267842788, VINHA DIREÇÃO LAGO DA CRUZ PARA QUIXABA QUANDO NO INTUITO DE DESVIAR-SE DE UM MOTORESTE QUE VINDA NA DIREÇÃO OPPOSTA EM ALTA VELOCIDADE O SENHOR JOSE COLIDIU SUA MOTO EN UMA ARVORE, OCASÃO EM

AGÊNCIA RECEBE	PROTOCOLO
13 JUN 2018	CONSPREV VILA E REVENGENCIA S/A
COMPREV	

05/06/2018

Boletim de Ocorrência

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

Jose Reginaldo dos Santos

JOSÉ REGINALDO DOS SANTOS
(VITIMA)

B.O. registrado por: **VICENTE TEOTONIO DO NASCIMENTO** - Matrícula: 221126-2

PP 8 2018 000-00000-00000
728 075-71

SERVENTIA REGISTRAL E NOTARIAL DE OLINDA
TÉCNICO: SERVENTIA MARINA PRENOCHI WAGNER
Telefone: (81) 98880-7195

Reconheço a presente Firma por autenticidade de José
Reginaldo dos Santos data: 05/06/2018. DOU PE. Mabelia:
Bythia Ribeiro Piechecki Wenderley. Encaminho: R\$3,39
Trib: R\$0,60 PREC: 0,40 IRR: R\$0,20 TOTAL: R\$ 4,79
Nº: 0159996-00100301802-003546 05/06/2018 15:42:08
Consulte este documento em www.tjpe.jus.br/etributigital



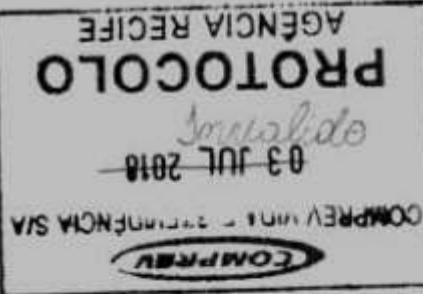
03/07/2018

COMPREV
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

04 JUL 2018

PROTÓCOLO
AGÊNCIA RECIFE

Secretaria de Defesa Social : INFOPOL



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO

DELEGACIA DE POLÍCIA DA 185^a CIRCUNSCRIÇÃO - QUIXABA - DP185^aCIRC DINTER2/21^aDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0275000124**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **05/06/2018** às **15:39**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **20/5/2018** no período da **Tarde**

Fato ocorrido no endereço: **RUA ANTONIO SALVADOR DE ARAUJO, 0001, PRÓXIMO A IGREJA** - Bairro: **CENTRO - QUIXABA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

OUTROS (AUTOR / AGENTE)
JOSE REGINALDO DOS SANTOS (VITIMA)

Vicente Teotonio do Nascimento
Comissário Especial de Polícia
Mat. 221.126-2

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE REGINALDO DOS SANTOS**

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

JOSE REGINALDO DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA DO SOCORRO DOS SANTOS** Pai: **JOSE AUGUSTO DOS SANTOS** Data de Nascimento: **11/11/1971** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **RUA MUNICÍPIO DE QUIXABA, 165, RUA PLACIDO PEREIRA NUNES, PRÓXIMO A CRECHE - CEP: - Bairro: - QUIXABA/PERNAMBUCO/BRASIL**

OUTROS - 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)

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSE REGINALDO DOS SANTOS**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE REGINALDO DOS SANTOS**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE)**

Complemento / Observação

O SENHOR JOSE REGINALDO DOS SANTOS RELATA QUE NO DIA DO FATO CONDUZIA SUA MOTOCICLETA HONDA, ANO 2010, MOD 2010, COR PRETA, PLACA PFC9109, CHASI 9C2KC1620AR058651, RENAVAM 257043780, VINHA DIREÇÃO LAGOA DA CRUZ PARA QUIXABA QUANDO NO INTUITO DE DESVIAR-SE DE UM MOTORISTA QUE VINHA NA DIREÇÃO OPPOSTA EM ALTA VELOCIDADE O SENHOR JOSE COLIDIU SUA MOTO EM UMA ARVORE, OCASIÃO EM QUE SOFREU DIVERSOS FERIMENTOS.

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

José Reginaldo dos Santos
JOSE REGINALDO DOS SANTOS

(VITIMA)

Vicente Teotonio do Nascimento
 Vicente Teotonio do Nascimento
 Comissário Especial de Polícia
 Mat. 221.126-2

B.O. registrado por: **VICENTE TEOTONIO DO NASCIMENTO** - Matricula: **221126-2**

SERVENTIA REGISTRAL E NOTARIAL DE QUIXABA
 Titular: NYTHIA MASIEL PIECHOCKI WANDERLEY
 Telefone: (81) 98880-7395

RECONHEÇO POR SEMELHANÇA A FIRMA DE: JOSÉ REGINALDO
 SANTOS. Dou fé EM TESTE DA VERDADE QUIXABA-PE, 03 de
 julho de 2018. Tabelião Púlico Emolumentos
 R\$-3,39-TSNR R\$-0,80-FERC R\$-0,40-ISS-0,20-Total
 R\$-4,79

Selo: 0159996.SPW03201802.00790 03/07/2018 16:03:42
 Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/seboldigital

129.246.903/0001-39
 Serventia Registral o Notarial
 de Quixaba
 Rua Jose Pereira dos Anjos, 460 Centro
 CEP: 56.620-000 QUIXABA PE



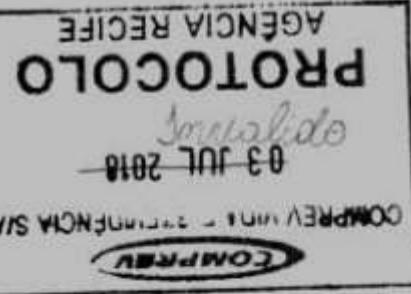
03/07/2018

COMPREV
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

04 JUL 2018

PROTÓCOLO
AGÊNCIA RECIFE

Secretaria de Defesa Social : INFOPOL



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO

DELEGACIA DE POLÍCIA DA 185^a CIRCUNSCRIÇÃO - QUIXABA - DP185^aCIRC DINTER2/21^aDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0275000124**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **05/06/2018** às **15:39**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **20/5/2018** no período da **Tarde**

Fato ocorrido no endereço: **RUA ANTONIO SALVADOR DE ARAUJO, 0001, PRÓXIMO A IGREJA** - Bairro: **CENTRO - QUIXABA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

OUTROS (AUTOR / AGENTE)
JOSE REGINALDO DOS SANTOS (VITIMA)

Vicente Teotonio do Nascimento
Comissário Especial de Polícia
Mat. 221.126-2

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE REGINALDO DOS SANTOS**

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

JOSE REGINALDO DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA DO SOCORRO DOS SANTOS** Pai: **JOSE AUGUSTO DOS SANTOS** Data de Nascimento: **11/11/1971** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **RUA MUNICÍPIO DE QUIXABA, 165, RUA PLACIDO PEREIRA NUNES, PRÓXIMO A CRECHE - CEP: - Bairro: - QUIXABA/PERNAMBUCO/BRASIL**

OUTROS - 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)

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSE REGINALDO DOS SANTOS**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE REGINALDO DOS SANTOS**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE)**

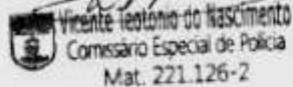
Complemento / Observação

O SENHOR JOSE REGINALDO DOS SANTOS RELATA QUE NO DIA DO FATO CONDUZIA SUA MOTOCICLETA HONDA, ANO 2010, MOD 2010, COR PRETA, PLACA PFC9109, CHASI 9C2KC1620AR058651, RENAVAM 257043780, VINHA DIREÇÃO LAGOA DA CRUZ PARA QUIXABA QUANDO NO INTUITO DE DESVIAR-SE DE UM MOTORISTA QUE VINHA NA DIREÇÃO OPPOSTA EM ALTA VELOCIDADE O SENHOR JOSE COLIDIU SUA MOTO EM UMA ARVORE, OCASIÃO EM QUE SOFREU DIVERSOS FERIMENTOS.

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

José Reginaldo dos Santos
JOSE REGINALDO DOS SANTOS

(VITIMA)



Vicente Teotonio do Nascimento
Comissário Especial de Polícia

Mat. 221.126-2

B.O. registrado por: **VICENTE TEOTONIO DO NASCIMENTO** - Matricula: **221126-2**

SERVENTIA REGISTRAL E NOTARIAL DE QUIXABA

Titular: NYTHIA MASIEL PIECHOCKI WANDERLEY

Telefone: (81) 98880-7395

RECONHEÇO POR SEMELHANÇA A FIRMA DE: JOSÉ REGINALDO
SANTOS. Dou fé EM TESTE DA VERDADE QUIXABA-PE, 03 de
julho de 2018. Tabelião Púlico Emolumentos
R\$-3,39-TSNR R\$-0,80-FERC R\$-0,40-ISS-0,20-Total
R\$-4,79

Selo: 0159996.SPW03201802.00790 03/07/2018 16:03:42

Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/sebdigital

129.246.903/0001-39

Serventia Registral o Notarial

de Quixaba

Rua Jose Pereira dos Anjos, 460 Centro

CEP: 56.620-000 QUIXABA PE



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 interditada 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	CPF da Vítima	Data do Acidente
<i>Joel Reginaldo dos Santos</i>	755.372.734-20	20-05-2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD) (51) <i>9534.0574</i>

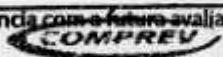
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

- Não há estabelecimento do IML que atende 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.


COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

13 JUN 2018

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

Perje-PE, 13 de Junho de 2018

Local e Data

**Joel Reginaldo dos Santos*

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

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 interditada 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	CPF da Vítima	Data do Acidente
<i>Joel Reginaldo dos Santos</i>	755.372.734-20	20-05-2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD) (51) <i>9534.0574</i>

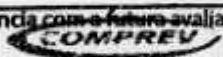
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

- Não há estabelecimento do IML que atende 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.


COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

13 JUN 2018

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

Perje-PE, 13 de Junho de 2018
Local e Data

**Joel Reginaldo dos Santos*

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Acidente: colisão com objeto fixo

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

SUS	Unidade: HOSPITAL TRICENTENÁRIO					Data:	
PACIENTE	Nome: JOSÉ REGINALDO DOS SANTOS					Nº da Ocorrência: 20105/2018	
	Residência: Rua Pracinha Pereira Nunes) (centro/Araxá-PE)					Telefone: (32) 3232-1234	
RESPONSÁVEL	Nome: MÃE: MARIA DO SOCORRO DOS SANTOS					Telefone:	
RESIDÊNCIA		Residência					
CONDição	PROFISSÃO	SEXO	NASCIMENTO	NACIONALIDADE	DOCUMENTO DE IDENTIDADE		
<input type="checkbox"/> SEGURADO <input type="checkbox"/> ESPOSA <input type="checkbox"/> FILHO <input type="checkbox"/> OUTROS	Guarda MUNICIPAL	<input checked="" type="checkbox"/> MASC. <input type="checkbox"/> FEM.	11/11/1971	<input checked="" type="checkbox"/> BRASILEIRO <input type="checkbox"/> ESTRANGEIRO <input type="checkbox"/> UF	NÚMERO: 4584744	ÓRGÃO EMISSOR: SDS-PE	
PACIENTE CHEGOU		AMBULÂNCIA / HORA	PACIENTE / HORA	ATENDIMENTO			
<input type="checkbox"/> ANDANDO <input type="checkbox"/> AMBULÂNCIA	<input type="checkbox"/> DE AUTO <input type="checkbox"/> OUTROS	SAÍDA CHEGADA	CHEGADA SAÍDA 19:42	-	<input type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRABALHO <input type="checkbox"/> CASO POLICIAL		
PRESSÃO ARTERIAL		PULSO	TEMPERATURA	Exames Complementares			
MAX.: 120	MIN.: 90		AXILAR: RENAL	It - 100% 14-05-2018			
<p>1- lesão Provável da Lesão - Queixa Principal - Exame Físico - Síntomas</p> <p>Paciente vítima de acidente de moto há 1 hora.</p> <p>A - Vida aerea patente, sem colar em paanola neg.</p> <p>B - MV diminuido em HTL, com expiração subentânea e arrepiado na costela.</p> <p>C - Hemo-direcionante instável, quadri de crepitantes, abdômen algo firme</p> <p>D - ECG: 15, isquemias, potassio alto.</p> <p>E - Fratura exposta na metade esquerda, escorvada, fibra e fôrme.</p>							
<p>Tratamento</p> <ul style="list-style-type: none"> (01) SF 0,9% 1000ml ev (02) Dipirona 0,1% + AD 100ml (03) Inj 0,9% 500ml + SF 0,9% 1000ml ev (04) Balancas da cirurgia <p>Dr. Rogelio Moraes 04-2018</p>							
<p>Destino Dado ao Paciente</p> <p><input type="checkbox"/> Residência <input type="checkbox"/> Internado</p> <p>Encaminhado</p> <p>Removido</p>				<p>Impressão Diagnóstica</p> <p>Fratura 3º cintura abd HTL + Palpável 10mm x 10mm Fratura clavícula 03 OMV 1x 100ml TURP Guin 20ml 0,9% 100ml</p> <p>Dr. Francisco Gomes CRM/PE: 6740</p>			
<p>Óbito às 10:00:00/010-24 HOSPITAL DO TRICENTENÁRIO Dia Av. Manoel Virgílio Sobrinho, S/N - KM 01 PE 320, CEP: 56.000-000, Araxá-MG</p> <p>Encaminhado ao IML com o original</p>				<p>Licença Concedida</p> <p>Dr. Francisco Gomes CRM/PE: 6740</p> <p>Assinatura / Carimbo - CRM / CRO</p>			

Acidente: colisão com objeto fixo

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

SUS	Unidade: HOSPITAL TRICENTENÁRIO					Data:
PACIENTE	Nome: JOSÉ REGINALDO DOS SANTOS					Nº da Ocorrência: 20105/2018
	Residência: Rua Pracinha Pereira Nunes) (centro/Araxá-PE)					Telefone: (32) 3232-1234
RESPONSÁVEL	Nome: Nôe: Maria do Socorro dos Santos					Telefone:
	Residência:					
CONDição	PROFISSÃO	SEXO	NASCIMENTO	NACIONALIDADE	DOCUMENTO DE IDENTIDADE	
<input type="checkbox"/> SEGURADO <input type="checkbox"/> ESPOSA <input type="checkbox"/> FILHO <input type="checkbox"/> OUTROS	Guarda MUNICIPAL	<input checked="" type="checkbox"/> MASC. <input type="checkbox"/> FEM.	11/11/1971	<input checked="" type="checkbox"/> BRASILEIRO <input type="checkbox"/> ESTRANGEIRO <input type="checkbox"/> UF	NÚMERO: 4584744	ÓRGÃO EMISSOR: SDS-PE
PACIENTE CHEGOU		AMBULÂNCIA / HORA	PACIENTE / HORA	ATENDIMENTO		
<input type="checkbox"/> ANDANDO <input type="checkbox"/> AMBULÂNCIA	<input type="checkbox"/> DE AUTO <input type="checkbox"/> OUTROS	SAÍDA CHEGADA	CHEGADA SAÍDA 19:42	-	<input type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRABALHO <input type="checkbox"/> CASO POLICIAL	
PRESSÃO ARTERIAL		PULSO	TEMPERATURA	Exames Complementares		
MAX.: 120	MIN.: 90		AXILAR: RENAL	It - 100% 14-05-2018		
<p>1- Ima Provável da Lesão - Queixa Principal - Exame Físico - Síntomas</p> <p>Paciente vítima de acidente de moto há 1 hora.</p> <p>A - Vida aerea patente, sem colar em paanola neg.</p> <p>B - MV diminuido em HTL, com expiração subentânea e arrepiado na costela.</p> <p>C - Hemo-dinamicamente instável, quadri de crepitantes, abdômen algo firme</p> <p>D - ECG: 15, isquemias, potassio alto.</p> <p>E - Fratura exposta no molar esquerda, escorrendo líquido e fôrtes.</p>						
<p>Tratamento</p> <ul style="list-style-type: none"> (01) SF 0,9% 1000ml EV (02) Dipirona 0,1g + AD EV (03) Inj 0,9% 500ml EV + SF 0,9% 1000ml EV lento (04) Balanço da cirurgia <p>Dr. Rogelio Moraes 04-2018</p>						
<p>Destino Dado ao Paciente</p> <p><input type="checkbox"/> Residência <input type="checkbox"/> Internado</p> <p>Encaminhado</p> <p>Removido</p> <p style="text-align: center;"><i>CONFIRMADO</i></p>						
<p>Impressão Diagnóstica</p> <p>Fratura 3º molar ad HTL + Palor difuso + Arrepiado + Fratura clavicular 03 OMV 14 AN TURBO 3-2 Quinto dente 05m</p> <p><i>Dr. Francisco Gomes CRM/PE: 6740</i></p>						
<p>Óbito às 10:00:00/010-24</p> <p>HOSPITAL DO TRICENTENÁRIO</p> <p>Av. Manoel Virgílio Sobrinho, 510 - KM 01 PE 320, CEP: 56.000-000 - Araxá-MG - PE</p> <p>Encaminhado ao IML com o original</p> <p><i>José</i></p>						
<p>Licença Concedida</p> <p><i>Dr. Francisco Gomes CRM/PE: 6740</i></p> <p>Assinatura / Carimbo - CRM / CRO</p>						

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, JOSE REGINHO DOS SANTOS

RG nº 4.184.744, data de expedição 11/11/1971 Órgão SDS

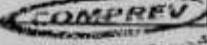
CPF nº 755.372.734-20 emento perante a este instrumento declarar que não posso comprovar de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>ANTÔNIO SALVADOR DE ARAUJO</u>
Número	<u>S/N</u>
Apto / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>CENTRO</u>
Cidade	<u>Quixaba</u>
Estado	<u>PE</u>
CEP	<u>56828-000</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 9534-0574</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data:

Rio - PE 13/funciono/2018

 COMPREV
COMPREV VISA E TECNOLOGIA SIA

13 JUN 2018

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

Assinatura do Declarante:

Jose Reginaldo dos Santos



NOTA FISCAL • FATURA • CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João da Bemba, 111, São José, Recife, Pernambuco - CEP 50035-902
CNPJ 10.835.822/0001-08 | Insc. Est. 0005943-80 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
JOSE REGINALDO DOS SANTOS

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA MARIA DE LOURDES LIMA 23-A

CPF: 755.372.734-20

BAIRRO NOVO JUNKABA

OLIXABA PE

56829-000

CLASSIFICAÇÃO
S1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Mondâncio

CONTAGEM	MESMO
7027357142	05/2018
DATA DE VENCIMENTO	DATA PRÉVIA MÍNIMA LEITURA
21/05/2018	13/06/2018
TOTAL A PAGAR (R\$)	16,49

DETALHAMENTO DA NOTA FISCAL

DETALHAMENTO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	30.000000	0,53544249	16,06
Acréscimo Balanço AMARELA			0,13
Multa por atraso-NF 012884398 - 12/04/18			0,28
Juros por atraso-NF 012884398 - 12/04/18			1,01

TOTAL DA FATURA

16,49

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	DATA	ATUAL	LITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
317211608	CAT	12/04/2018	0:00	14/05/2018	7:00	12	1.00000	1,00	

DETALHAMENTO DE CONSUMO

Mês/Ano	BASE DE CALCULO	%	VALOR DO IMPÔTO	FAZENDA/USO DE TERRENO
MAR18 30	ICMS			CUSTO DE DISPONIBILIZAÇÃO
MAR18 30	PIS	16,19	1,12	0,00
MAR18 30	COFINS	16,19	5,32	0,00
JAN18 30				4140000

INFORMAÇÕES DE TARIFAS

TARIFAS APLICADAS

Mês/Ano	TIPO DE CONSUMO	TARIFA APLICADA
NOV17	SC (CUSTO MÍNIMO)	16,4900
OUT17		
SET17		
AGO17		
SET17		
JUN17		
MAR17		
DEZ17		
NOV17		
OUT17		
SET17		
AGO17		
SET17		
JUN17		
MAR17		

REMESSA DA FICHA

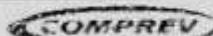
TD27 8272 5985 8797 4EB4 F92F 1C34 DE5D

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

A partir de 29/04/2018, haverá reajuste mensal de 5,47% para o Balcão Tarifário e 6,20% para a Tarifa de Ribeirão Preto e 200m de altura, respeitando o que da ANEEL. Mais informações: www.celpe.com.br e www.aneel.gov.br. Que reajuste se aplica a contabilidade entre 01/01/2018 e 31/12/2018.

ANEEL 4140000. O cliente é responsável quanto ao reajuste da tarifa de consumo de energia elétrica ou do valor da fatura de fornecimento de gás, em razão de multa 2% (dois por cento), acrescida de 10% (dez por cento) de reajuste da tarifa de fornecimento de gás, mais a taxa do ICMS conforme Art. 5º, inciso II, § 2º, do ICMS/PE. O cliente é responsável quanto à desoneração da tarifa de fornecimento de gás, desde que o fornecedor de gás tenha autorização para operar no Estado de Pernambuco.

Não existem débitos de 2017. A menor extensão da fatura é de 60 dias, podendo ser realizada a constatação das faturas de 2017, sempre que necessário, entre 01/01/2018 e 31/12/2018, caso exista débito. Não devendo débitos de pagamento de faturamento de 2017, o cliente deve pagar os débitos existentes que possam ser constatados entre 01/01/2018 e 31/12/2018.



COMPREV/ÁREA DE INDEPENDÊNCIA S/A

13 JUN 2018

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE