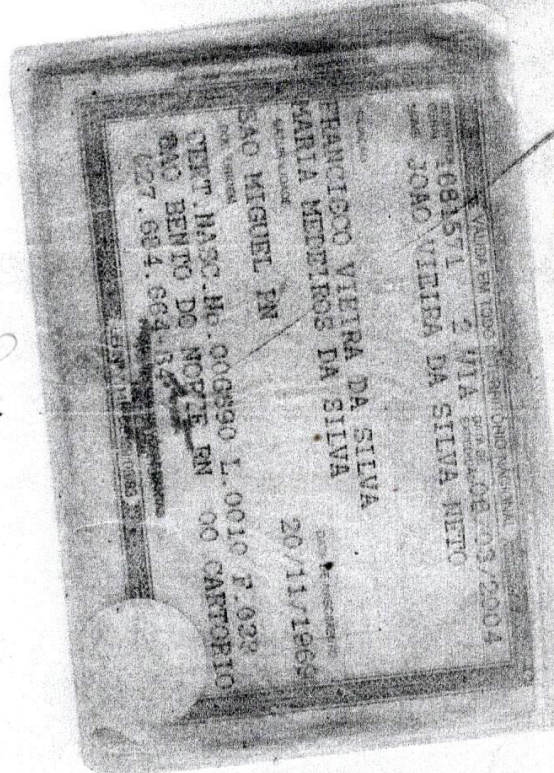


João Vieira da Silva Neto



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: João Vieira da Silva Neto
brasileiro(a), estado civil solteiro, regularmente inscrito no CPF/MF sob o
nº 027.684.664-84 e portador da cédula de identidade
nº 16.81.571, residente e domiciliado(a) na
Logradouro
nº 10 bairro de Centro
CEP 55636-000 na cidade de Recife - Grande / 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 judiciários, 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.

CLÁUSULA DE ONEROSIDADE E DE RETENÇÃO JUDICIAL: Pelo exercício do mandato, compromete-se o outorgante a pagar ao advogado-outorgado, a título de honorários advocatícios, o valor correspondente a 30% (trinta por cento) de todo e qualquer valor econômico-financeiro que constitua acréscimo ao patrimônio jurídico da parte, obtido com o êxito da causa, na esfera administrativa ou judicial. Para tanto, desde já, autoriza a retenção judicial dos honorários ora pactuados. Compromete-se, ainda, a cumprir, além da presente cláusula de onerosidade do mandato, as demais disposições complementares contidas no contrato de honorários advocatícios celebrado em instrumento próprio.

Recife, 23 de 06 de 2020

João Vieira da Silva Neto
Outorgante



Atendimento: 261043

Pedido: 
58832

Data Pedido: 30/09/2016

Controle: 47877

Paciente: 283324 JOAO VIEIRA DA SILVA NETO

Nascimento: 20/11/1969 (46a 10m 11d)

Leito.: 107 005-27

Unid. Intern: 8

ORTOPEDIA

Medico Solicitante: 123456 HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Sexo: MASCULINO

Setor Solicitante: ORTOPEDIA

Setor Executante: RADIOLOGIA

Local: SALA DE EXAME



Convenio: SUS - INTERNACAO

Plano: PLANO UNICO

Motivo: ROTINA

Observações:

Médico Executante: 0 - Não Informado

Accession Number	*Access. N. Hex.	Código	Descrição	Entrega
121069	 1D8ED	1015	RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO ESQUERDO (AP)	30/09/2016
121070	 1D8EE	845	RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO ESQUERDO (PERFIL)	30/09/2016





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DINTER1 - 14ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL - CARUARU

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **16E0045007171**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **29/12/2016** às **16:04**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumados) que aconteceu no dia **17/9/2016** no período da **Noite**

Fato ocorrido no endereço: **ZONA RURAL DE GRAVATA, 01, RODOVIA ESTADUAL SENTIDO CHÃ GRANDE** - Bairro: **ZONA RURAL - GRAVATA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

SEM AUTORIA (AUTOR / AGENTE)
JOÃO VIEIRA DA SILVA NETO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): JOÃO VIEIRA DA SILVA NETO

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

JOÃO VIEIRA DA SILVA NETO (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA MEDEIROS DA SILVA**
Pai: **FRANCISCO VIEIRA DA SILVA** Data de Nascimento: **20/11/1969** Naturalidade: **SAO MIGUEL / RIO GRANDE DO NORTE / BRASIL** Documentos: **1081571/SSP/RN (RG), 02768466484 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **PEDREIRO(A)**
Endereço Residencial: **RUA SAO JOSE, 10 - CEP: 0 - Bairro: MANOEL SIMOES BARBOSA - CHA GRANDE/PERNAMBUCO/BRASIL**

SEM AUTORIA - 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), que estava em posse do(a) Sr(a): **JOÃO VIEIRA DA SILVA NETO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **BRANCA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PCB8108** (PERNAMBUCO/RIBEIRAO) Renavam: **1095275574** Chassi: **9C2KD0810GR449875**
Ano Fabricação/Modelo: **2016/2016** Combustível: **ALCO/GASOL**
Descrição: **NXR 160 BROS ESDD / PROPRIETARIO: KEILA MARIA DA SILVA**

Complemento / Observação



O SENHOR JOSE VIEIRA DA SILVA NETO, NOTICIA QUE NA DATA E HORÁRIO ACIMA DESCRITOS, ELE NA CONDIÇÃO DE VITIMA ESTAVA CONDUZINDO A MOTOCICLETA EM QUESTÃO, QUE NO TRAJETO SAINDO DA CIDADE DE GRAVATA SENTIDO A CIDADE DE CHÂ GRANDE, A VITIMA PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA, AO SE CHOCAR COM OUTRA MOTOCICLETA; CONDUZIDA POR ALGUMES DESCONHECIDO; QUE, AFIRMA A VITIMA TER SIDO UMA COLISÃO DE RASPÃO ENTRE OS QUIDOES DAS MOTOCICLETAS, QUE FEZ COM QUE ELE VITIMA PERDESSE O CONTROLE DE SUA MOTOCICLETA, O QUE O FEZ CAIR AS MARGENS DA RODOVIA; E QUE O CONDUTOR DESCONHECIDO NÃO CHEGOU A CAIR, SE EVADINDO DO LOCAL APÓS O ACIDENTE SEM PRESTAR SOCORRO A VITIMA, O QUAL FOI SOCORRIDO POR POPULARES E QUE FOI LEVADO PARA O HOSPITAL GERAL ALFREDO ALVES DE LIMA, ONDE FOI ATENDIDO COMO CONSTA ATENDIMENTO DE Nº 56.171. NADA MAIS DIGNO DE REGISTRO.

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

João Vieira da Silva Neto
JOÃO VIEIRA DA SILVA NETO
(VITIMA)

B.O. registrado por: *Cicero Abilio de Almeida* - Matrícula: 1581678



29/12/2016 16:03





HOSPITAL GERAL ALFREDO ALVES DE LIMA
PREFEITURA MUNICIPAL DE CHÃ GRANDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Atendimento em: 17/09/2016 21:30

Atendimento N.: 56.171

ID_PAC PAC_243928	29.921	Cartão SUS: 0	Nome do Paciente: JOAO VIEIRRA DA SILVA NETO		
Dt. Nascimento: 20/11/1969	Idade: 47 anos	Sexo: FEMININO	Raça/Cor: PARDO	Tel. Contato: () -	Tel. Contato: () -
Nome do País: MARIA MEDEIRO DA SILVA			Observações 0		
Endereço: RUA DA RODOVIARIA 0 CHÃ GRANDE PE					

ANTROPOMETRIA

PESO:	Kg	ALTURA:	m	MASSA:
-------	----	---------	---	--------

SINAIS VITAIS / GLICEMIA

P.A.:	mmHg	TEMPERATURA:	°C	GLICEMIA:	mg/dl
FREQ.CARD.:	bpm	SAT. O2.:	%	<input type="checkbox"/> Jejum	<input type="checkbox"/> Pós-Prandial
FREQ.RESP.:	mpm	HGT:			

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

ALERGIAS? ☐ QUAIS?

SINTOMAS RELATADOS PELO PACIENTE: *Paciente refere dor no antebraço
E após colocar-se com o braço na 1/2 h.*

EXAMES FÍSICOS

DIAGNOSTICO

EXAMES COMPLEMENTARES

o Rx do antebraço E.

TRATAMENTO

*@ Voltarem para IM 21:30
@ Insb. local*

Data do Atendimento: ____/____/____ Hora: ____:

Assessor de Saúde
Ten Médico CRM 15755
IDT D-3087894-7/MC

Médico / CRM / Carimbo

Av. 20 de Dezembro - Chã Grande - PE





Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE WALDEMIRO FERREIRA

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HRA

2 - CNES

2427419

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Faro Uemir de Silva Neto

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

283324

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

41040101361081507613

8 - DATA DE NASCIMENTO

20/11/1969

9 - SEXO

Masc. ☒

Fem. ☐

10 - RAÇA/COR

11 - NOME DA MÃE

M. M. M. da Silva

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

R. Roberto de Aguiar, 10 Centro

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Chã Grande

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

PE 55630000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Transtorno de ansiedade generalizada
de intensidade moderada a grave.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Necessidade de medicação

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Exame físico e psicológico

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Transtorno de ansiedade

24 - CID 10 PRINCIPAL

F00.0

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

F41.1

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Internamento

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

030810019

29 - CLÍNICA

OUT

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

() JANS

() JCPF

31 - DOCUMENTO

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

011224316958

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Dr. Roberto de Aguiar

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

19/09/16

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

42 - CNPJ EMPRESA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

48 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

() JANS () JCPF

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

261610734440-0



FICHA DE AVALIAÇÃO PRÉ ANESTÉSICA

■ IDENTIFICAÇÃO PACIENTE

Nome: JOAS VIANA DA SILVA NETO Sexo: ☒ M ☐ F Idade: 46s Cor: PE
Endereço: CAXAMARUF UF: PE
Telefone: Profissão: PEDANEIRO
Cirurgia Proposta: FRATURA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO ESO.
Cirurgião: Dr. Diogo Hospital: Data: 07/10/16

■ ANTECEDENTES PESSOAIS/ FAMILIARES:

Cirurgias/Anestesias Anteriores: NAS
Intercorrências:
Hemotransusão: NEGA
Antecedentes Familiares:
☒ Tabagismo Cigarros/Dia: 100 34 anos Tempo:
☒ Etilismo Quantidade: SOCIAL Tempo:
☐ Uso de Tóxicos
Alergias: NAS

■ INTERROGATÓRIO SINTOMATOLÓGICO:

(Marcar os sintomas/sinais positivos e detalhar abaixo)

SISTEMA CARDIOVASCULAR	<input type="checkbox"/> HAS	<input type="checkbox"/> Palpitação	<input type="checkbox"/> Edema MMII	<input type="checkbox"/> Dor precordial	<input type="checkbox"/> Marcapasso	<input type="checkbox"/> Varizes
SISTEMA RESPIRATÓRIO	<input type="checkbox"/> Dispnéia	<input type="checkbox"/> Tosse	<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Cianose	<input type="checkbox"/> Hemoptise	<input type="checkbox"/> Apnéia sono
SISTEMA DIGESTIVO	<input type="checkbox"/> Dor epigástrica	<input type="checkbox"/> Gastrite	<input type="checkbox"/> Refluxo	<input type="checkbox"/> Hepatite	<input type="checkbox"/> Cirrose	
SISTEMA UROGENITAL	<input type="checkbox"/> Disúria	<input type="checkbox"/> Poliúria	<input type="checkbox"/> Dor lombar	<input type="checkbox"/> DUM (Mulher)		
SISTEMA ENDÓCRINO	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Doenças da tireóide				
SISTEMA HEMATOLOGICO	<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Sangramentos	<input type="checkbox"/> Transfusão sanguínea			
SISTEMA IMUNOLÓGICO	<input type="checkbox"/> Alergias	<input type="checkbox"/> Herpes				
SISTEMA LOCOMOTOR	<input type="checkbox"/> Fraq. muscular	<input type="checkbox"/> Dor articular	<input type="checkbox"/> Patol. coluna	<input type="checkbox"/> Déficit de locomoção		
SISTEMA NEUROLÓGICO	<input type="checkbox"/> Convulsão	<input type="checkbox"/> Desmaio	<input type="checkbox"/> Cefaléia	<input type="checkbox"/> Parestesias		

OBS: NEGA
Medicamentos em Uso: omeprazol, dipirona, Mefenamic

■ EXAME FÍSICO

Estado físico: EG: 3 Peso: 60Ks Altura: 1,56 PA: FC:
Avaliação via aérea: Mallampati: I Mobilidade pescoço: BOA Dentes: Limitação ATM: NAS
Distância esterno/mento: <12,5cm ☐ >12,5cm ☐ Coluna vertebral:
SCV:
SR:
Outros: NDN

■ RESULTADOS EXAMES LABORATORIAIS:

HT: 44,5 (%) HB (g%): 15,6 Plaquetas (mm3): 227000 TP: AE: INR:
Ionograma (K): Na: Ca: HCO3: Outros:
Glicemia: Uréia: 37 Creatinina: 0,6
RX de Tórax:
ECG:
Risco cirúrgico:
Parecer Cardiológico:
Outros exames:

■ CONDUTA


LIBERADO: SIM ☒ NÃO ☐ Observação:

■ ORIENTAÇÃO:

Jejum: 8 horas para sólidos
Medicação:
Cuidados:
Anestesia Proposta: bloqueio de plexo braquial + sedação
Data consulta: 06/10/16
Assinatura médico/CRM/Carimbo: Médica Rosalva de Brito
CRM-11490



HOSPITAL DE DESTINO: Hospital Regional de Agreste (HRA)
 SENHA DE REGULAÇÃO: 5005413
 MÉDICO REGULADOR: _____
 DATA DA RESERVA: 19/08/2016 HORA DA RESERVA: 10:10h


 Médico assistente
 Carimbo

LAUDO MÉDICO DE TRANSFERÊNCIA

UNIDADE DE ORIGEM: _____

UNIDADE DE DESTINO: _____

NOME DO PACIENTE: Teófilo Rêgo de F. Silva Neto

CPF

IDENTIDADE

DATA NASCIMENTO

SEXO

FEM

MASC

HISTÓRIA CLÍNICA

Paciente com queixa de dor abdominal no quadrante superior direito há 04 dias, associada a náusea e vômito. Não há febre, diarreia ou sangue nas fezes. Evoluiu com desidratação moderada. Foi admitido no Hospital Regional de Agreste para avaliação e tratamento.

CONDUTA INICIAL: _____

EXAMES REALIZADOS: _____

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: _____

OUTROS DIAGNÓSTICOS: _____

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA: _____

Data da transferência: _____



SINISTRO 3170129428 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA JOAO VIEIRA DA SILVA NETO

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO TRAÇÃO

CORRETORA DE SEGUROS LTDA-ME

BENEFICIÁRIO JOAO VIEIRA DA SILVA NETO

CPF/CNPJ: 02768466484

Posição em 23-06-2020 12:00:28

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi negado, conforme carta enviada para o beneficiário.

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta Referência

[Ver Carta](#)

18/07/2017

PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO



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 ALINE SOARES DA SILVA CPF: 115.725.164-10 ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA LO SAO JOSE 10 CENTRO/CHA GRANDE 55636-000 CHA GRANDE PE	DATA DE VENCIMENTO 26/12/2017 TOTAL A PAGAR (R\$) 81,11	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 01/12/2017 DATA DA APRESENTAÇÃO 15/12/2017 NÚMERO DA NOTA FISCAL 000000657	CONTA CONTRATO 007018224709 Nº DO CLIENTE 2013748451 Nº DA INSTALAÇÃO 0005822246
	CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásico RESERVADO AO FISCO 9FA6.043C.CE23.9F9B.99F0.15F5.906A.B467		

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)	90,00	0,68681727	61,81
Acréscimo Bandeira VERMELHA			6,43
Contrib. Ilum. Pública Municipal			3,58
ICMS Subvenção-CDE-NF 000226887-05/09/17			0,78
ICMS Subvenção-CDE-NF 000228420-07/10/17			0,70
Multa por atraso-NF 000228420 - 07/10/17			1,74
Multa por atraso-NF 000268374 - 07/11/17			1,85
Juros por atraso-NF 000268374 - 07/11/17			0,43
Juros por atraso-NF 000228420 - 07/10/17			0,61
Atualização IGPM-NF 000268374 - 07/11/17			0,07
Atualização IGPM-NF 000228420 - 07/10/17			0,11
PRÓ-CRIANÇA-(081)3412-8960 0800 031 8989			3,00
TOTAL DA FATURA			81,11

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS	
ICMS	COFINS
BASE DE CÁLCULO	BASE DE CÁLCULO
%	%
VALOR DO IMPOSTO	VALOR DO IMPOSTO
68,24	25,00
17,06	68,24
0,90	0,61
68,24	4,16
2,83	

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo(kWh)	0,48036000	NOV 17	214
		OUT 17	119
		SET 17	111
		AGO 17	115
		JUL 17	105
		JUN 17	137
		MAI 17	132
		ABR 17	153
		MAR 17	191
		FEV 17	117
		JAN 17	131
		DEZ 16	149
		NOV 16	152

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
R\$	%
Geração de Energia	21,34 31,28
Transmissão	1,78 2,61
Distribuição (Celpe)	14,68 21,51
Encargos Setoriais	5,53 8,10
Tributos	20,50 30,04
Perdas de Energia	4,41 6,46
TOTAL	68,24 100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
000000003132167922	CAT	07/11/2017	4.700,00	30/11/2017	4.790,00	23	1,00000	0,00	90,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 09/12/2017

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
set/2017					
DIC-No.de horas sem Energia	GRAVATA	0,00	5,55	11,10	22,21
FIC-No.de vezes sem Energia		0,00	3,42	6,85	13,70
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	3,20	0,00	0,00
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico					Limite DICRI: 12,22
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 22,29					
Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES		NÍVEIS DE TENSÃO	
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Vermelha. Mais informações em www.aneel.gov.br . Cobrança ICMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 39.459/13. O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento. Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês. O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial. O consumidor pode cancelar a cobrança de serviços de terceiros na fatura a qualquer tempo - Art 7º REN 581/13.		TENSÃO NOMINAL(V) LIMITE DE VARIAÇÃO(V) MÍNIMO MÁXIMO 220 202 231	
		AUTENTICAÇÃO MECÂNICA	

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
007018224709	11/2017	81,11	26/12/2017	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

838000000009 811100110076 018224709103 108725124638



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



DECLARAÇÃO DE POBREZA

EU, João Vieira da Silva Neto,
brasileiro(a), estado civil solteiro,
profissão pedreiro Inscrito no CPF/MF sob o
nº 02768466484, e portador da cédula de
identidade nº 1681571, residente e
domiciliado(a) Boa São José,
nº 10, bairro Centro,
CEP 55636-000 na cidade de
Olinda - Grande, 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, 23 de 06, de 2020.

NOME: João Vieira da Silva Neto

