



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.431, de 26/04/02
NOTA FISCAL - FAIXA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. José da Penha, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-10 | Ins. Est. 000043-90 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

JOSE LUIS MARQUES DE SOUZA
RG 08728000062-MT-PE

CPF: 002 634 984-19

CLASSIFICAÇÃO

B7 COMERCIAL
COMERCIAL

NOTA FISCAL	DATA	LEITURA
0009422396	08/10/2019	15/10/2019
0009422396	15/10/2019	15/10/2019
0009422396	15/10/2019	18/10/2019

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA AGOSTINHO NUNES MAGALHÃES 58

NSA DA PENHA/SERRA TALHADA
SERRA TALHADA-PE
56903-510

NOTA FISCAL	MÊS	DATA DE VENCIMENTO	DATA DE PAGAMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
4009422396	10/2019	22/10/2019	14/11/2019	265,50

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Aluguel de Bandeira AMARELA	771.000,0000	0,81069952	219,09
Aluguel de Bandeira VERMELHA			2,71
Comb. Juru: Pública Municipal			8,72
ICMS Subvenção CIDE NF 07/039440 14/09/19			28,03
Multa de atraso NF 07/039440 14/09/19			1,45
Aluguel de atração NF 07/039440 14/09/19			3,27
			1,63

TOTAL DA Fatura

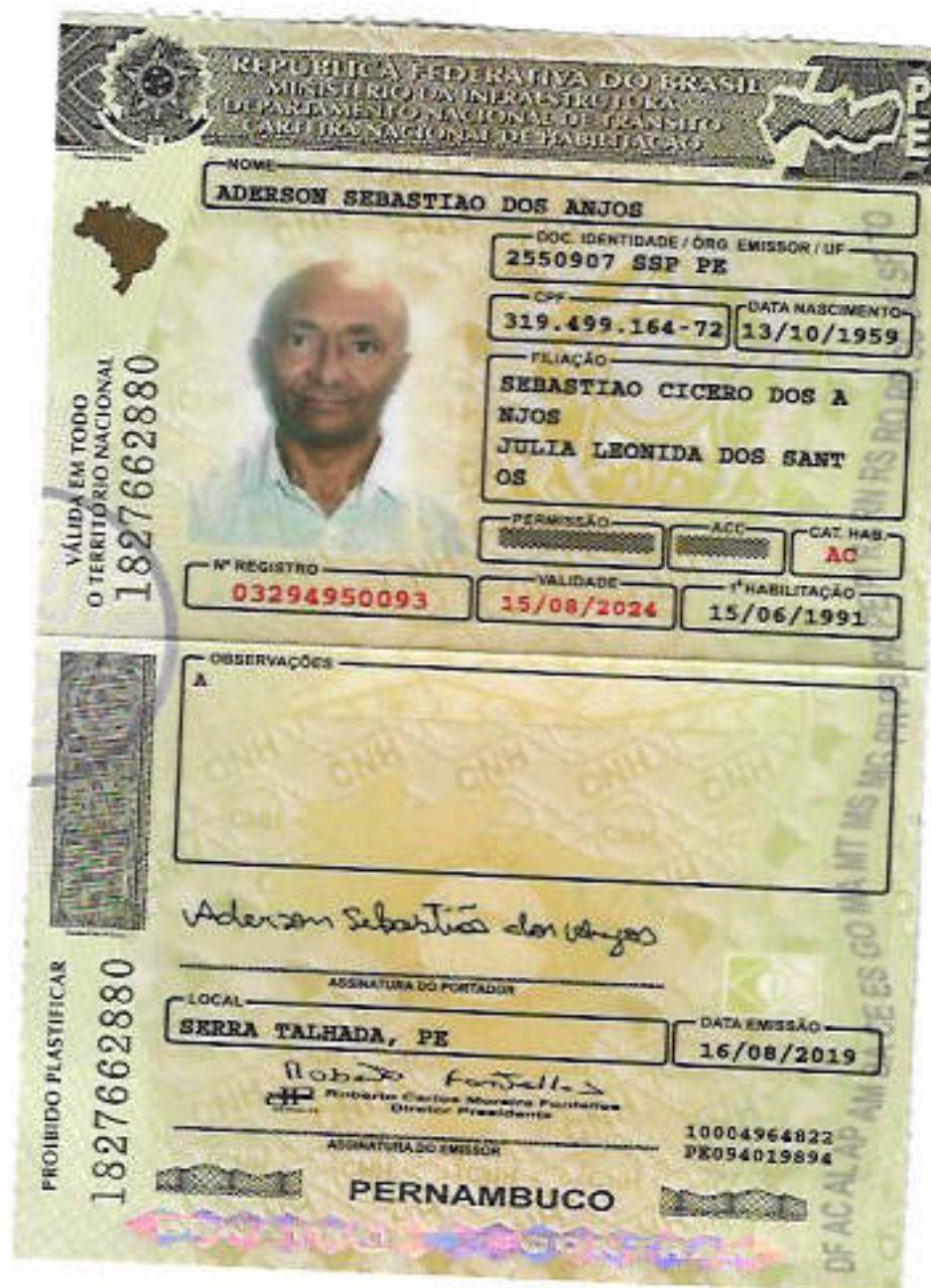
265,50

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DE STA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (R\$)
0009422396	0,41	12/09/2019	23/10/2019	15/10/2019	2436700	-1.00000	219,09

HISTÓRICO DE CONSUMO

Mês/Ano	Consumo
04/19	0,01
05/19	0,01
06/19	0,01
07/19	0,01
08/19	0,01
09/19	0,01
10/19	0,01
11/19	0,01
12/19	0,01
01/20	0,01
02/20	0,01
03/20	0,01
04/20	0,01
05/20	0,01
06/20	0,01
07/20	0,01
08/20	0,01
09/20	0,01
10/20	0,01
11/20	0,01
12/20	0,01
01/21	0,01
02/21	0,01
03/21	0,01
04/21	0,01
05/21	0,01
06/21	0,01
07/21	0,01
08/21	0,01
09/21	0,01
10/21	0,01
11/21	0,01
12/21	0,01
01/22	0,01
02/22	0,01
03/22	0,01
04/22	0,01
05/22	0,01
06/22	0,01
07/22	0,01
08/22	0,01
09/22	0,01
10/22	0,01
11/22	0,01
12/22	0,01
01/23	0,01
02/23	0,01
03/23	0,01
04/23	0,01
05/23	0,01
06/23	0,01
07/23	0,01
08/23	0,01
09/23	0,01
10/23	0,01
11/23	0,01
12/23	0,01
01/24	0,01
02/24	0,01
03/24	0,01
04/24	0,01
05/24	0,01
06/24	0,01
07/24	0,01
08/24	0,01
09/24	0,01
10/24	0,01
11/24	0,01
12/24	0,01
01/25	0,01
02/25	0,01
03/25	0,01
04/25	0,01
05/25	0,01
06/25	0,01
07/25	0,01
08/25	0,01
09/25	0,01
10/25	0,01
11/25	0,01
12/25	0,01
01/26	0,01
02/26	0,01
03/26	0,01
04/26	0,01
05/26	0,01
06/26	0,01
07/26	0,01
08/26	0,01
09/26	0,01
10/26	0,01
11/26	0,01
12/26	0,01
01/27	0,01
02/27	0,01
03/27	0,01
04/27	0,01
05/27	0,01
06/27	0,01
07/27	0,01
08/27	0,01
09/27	0,01
10/27	0,01
11/27	0,01
12/27	0,01
01/28	0,01
02/28	0,01
03/28	0,01
04/28	0,01
05/28	0,01
06/28	0,01
07/28	0,01
08/28	0,01
09/28	0,01
10/28	0,01
11/28	0,01
12/28	0,01
01/29	0,01
02/29	0,01
03/29	0,01
04/29	0,01
05/29	0,01
06/29	0,01
07/29	0,01
08/29	0,01
09/29	0,01
10/29	0,01
11/29	0,01
12/29	0,01
01/30	0,01
02/30	0,01
03/30	0,01
04/30	0,01
05/30	0,01
06/30	0,01
07/30	0,01
08/30	0,01
09/30	0,01
10/30	0,01
11/30	0,01
12/30	0,01
01/31	0,01
02/31	0,01
03/31	0,01
04/31	0,01
05/31	0,01
06/31	0,01
07/31	0,01
08/31	0,01
09/31	0,01
10/31	0,01
11/31	0,01
12/31	0,01
01/32	0,01
02/32	0,01
03/32	0,01
04/32	0,01
05/32	0,01
06/32	0,01
07/32	0,01
08/32	0,01
09/32	0,01
10/32	0,01
11/32	0,01
12/32	0,01
01/33	0,01
02/33	0,01
03/33	0,01
04/33	0,01
05/33	0,01
06/33	0,01
07/33	0,01
08/33	0,01
09/33	0,01
10/33	0,01
11/33	0,01
12/33	0,01
01/34	0,01
02/34	0,01
03/34	0,01
04/34	0,01
05/34	0,01
06/34	0,01
07/34	0,01
08/34	0,01
09/34	0,01
10/34	0,01
11/34	0,01
12/34	0,01
01/35	0,01
02/35	0,01
03/35	0,01
04/35	0,01
05/35	0,01
06/35	0,01
07/35	0,01
08/35	0,01
09/35	0,01
10/35	0,01
11/35	0,01
12/35	0,01
01/36	0,01
02/36	0,01
03/36	0,01
04/36	0,01
05/36	0,01
06/36	0,01
07/36	0,01
08/36	0,01
09/36	0,01
10/36	0,01
11/36	0,01
12/36	0,01
01/37	0,01
02/37	0



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190700129 **Cidade:** Santa Cruz da Baixa Verde **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ADERSON SEBASTIAO DOS ANJOS **Data do acidente:** 21/11/2018 **Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.

PARECER

Diagnóstico: TRAUMATISMO FACIAL COM FRATURAS DAS PAREDES DO SEIO MAXILAR ESQUERDO. FERIMENTO CORTO-CONTUSO EM FACE.

Descrição do exame físico: AO EXAME APRESENTA ALTERAÇÃO DA OCCLUSÃO COM REFERÊNCIA DE DOR A MASTIGAÇÃO E REDUÇÃO DA ABERTURA DA BOCA COM DÉFICIT MASTIGATÓRIO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR, EVOLUINDO SEM COMPLICAÇÕES.

Sequelas permanentes: Dano cranio facial

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 27/12/2019

Conduta mantida:

Observações: NOTA DO REVISOR: AO EXAME, VÍTIMA RELATA TRAUMATISMO EM OMBRO ESQUERDO COM LIMITAÇÃO DISCRETA DA MOBILIDADE DO OMBRO ESQUERDO, PORÉM NÃO HÁ MENÇÃO NOS DOCUMENTOS MÉDICOS DE LESÃO E/OU TRAUMATISMO EM OMBRO, SENDO ASSIM, NÃO HÁ COMO CORRELACIONAR ESTA SEQUELA COM O ACIDENTE ANALISADO OCORRIDO EM NOVEMBRO DE 2018.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190700129 **Cidade:** Santa Cruz da Baixa Verde **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ADERSON SEBASTIAO DOS ANJOS **Data do acidente:** 21/11/2018 **Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/12/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA DE FACE COM FRATURA DE SEIO MAXILAR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. P 2.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: & @ PAGINA 3.

SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
		Total	0 %	R\$ 0,00

PROCURAÇÃO PARTICULAR

Outorgante: ADERSON SEBASTIÃO DOS ANJOS, brasileiro(a),
estado civil CASADO, Profissão P. MILITAR residente e domiciliada na rua LUIZ
OLAVO DE ANDRADE, nº 01567 Bairro IPSEP, município de
SERRA TALHADA, Estado de (o) PE, cep: 56912-170,
portador(a) do RG nº 25.509.07, SFP-PE e CPF nº 319.499.164-72

Outorgado: JOAQUIM MARQUES DE LIMA NETO, Brasileiro, Solteiro, Autônomo, residente e
domiciliada na Rua Agostinho Nunes de Magalhães N°.58, Nossa Senhora da Penha, Serra
talhada -PE, cep:56903-510, portador(a) do RG nº.8.232.379 SDS-PE e CPF nº.089.205.184-16.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a)
outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer
seguradora integrante do consorcio seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em
acidente de transito o(a) Sr.(a) ADERSON SEBASTIÃO DOS ANJOS
ocorrido em 21 / 11 / 2018, conforme registrado pelo BO anexo ao processo.

Podendo dito (a) procurador (a), representar o (a) outorgante como se o (a) próprio (a) fosse,
podendo requerer o credito de indenização de sinistro DPVAT, para o pagamento de
quitação da indenização de sinistro DPVAT, nomeio e constituo o acima qualificado a quem
confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o COSÓRCIO DO
SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

Serra talhada- PE , 14, de NOVEMBRO 2019

Aderson Sebastião dos Anjos

OUTORGANTE

CPF nº. 319.499.164-72

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE SERRA TALHADA - PE
Titular: REGINALDO ANÍBIO DA SILVA
Telefone: (84) 38211-924

Reconheço a Firma por Autenticidade de ADERSON SEBASTIÃO
DOS ANJOS. Dou Fé. Serra Talhada- PE. Belo Horizonte () da
verdade. (Reginaldo Aníbio da Silva-Titular) Maria
Lúcia de Sousa-Substituta. Emol-R\$ 3,39. TSNR-R\$
0,80. FERC-R\$ 0,40. FERM-R\$ 0,04. FUNSEG-R\$ 0,08.

Selo: 0074872.RND11201901.01061 14/11/2019 11:30:48
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

PROCURAÇÃO PARTICULAR

Outorgante: ADERSON SEBASTIÃO DOS ANJOS, brasileiro(a),
estado civil CASADO, Profissão P. MILITAR residente e domiciliada na rua LUIZ
OLAVO DE ANDRADE, nº 01567 Bairro IPSEP, município de
SERRA TALHADA, Estado de (o) PE, cep: 56912-170,
portador(a) do RG nº 25.509.07, SFP-PE e CPF nº 319.499.164-72

Outorgado: JOAQUIM MARQUES DE LIMA NETO, Brasileiro, Solteiro, Autônomo, residente e
domiciliada na Rua Agostinho Nunes de Magalhães N°.58, Nossa Senhora da Penha, Serra
talhada -PE, cep:56903-510, portador(a) do RG nº.8.232.379 SDS-PE e CPF nº.089.205.184-16.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a)
outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer
seguradora integrante do consorcio seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em
acidente de transito o(a) Sr.(a) ADERSON SEBASTIÃO DOS ANJOS
ocorrido em 21 / 11 / 2018, conforme registrado pelo BO anexo ao processo.

Podendo dito (a) procurador (a), representar o (a) outorgante como se o (a) próprio (a) fosse,
podendo requerer o credito de indenização de sinistro DPVAT, para o pagamento de
quitação da indenização de sinistro DPVAT, nomeio e constituo o acima qualificado a quem
confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o COSÓRCIO DO
SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

Serra talhada- PE , 14, de NOVEMBRO 2019

Aderson Sebastião dos Anjos

OUTORGANTE

CPF nº. 319.499.164-72

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE SERRA TALHADA - PE
Titular: REGINALDO ANÍBIO DA SILVA
Telefone: (84) 38211-924

Reconheço a Firma por Autenticidade de ADERSON SEBASTIÃO
DOS ANJOS. Dou Fé. Serra Talhada- PE. Belo Horizonte () da
verdade. (Reginaldo Aníbio da Silva-Titular) Maria
Lúcia de Sousa-Substituta. Emol-R\$ 3,39. TSNR-R\$
0,80. FERC-R\$ 0,40. FERM-R\$ 0,04. FUNSEG-R\$ 0,08.

Selo: 0074872.RND11201901.01061 14/11/2019 11:30:48
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0451756/19

Vítima: ADERSON SEBASTIAO DOS ANJOS

CPF: 319.499.164-72

CPF de: Próprio

Data do acidente: 21/11/2018

Titular do CPF: ADERSON SEBASTIAO DOS ANJOS

Seguradora: SUHAI SEGURADORA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

JOAQUIM MARQUES DE LIMA NETO : 089.205.184-16

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

ADERSON SEBASTIAO DOS ANJOS : 319.499.164-72

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 13/12/2019
Nome: JOAQUIM MARQUES DE LIMA NETO
CPF: 089.205.184-16

JOAQUIM MARQUES DE LIMA NETO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/12/2019
Nome: JOSEANA MIRANDA LEITE RODRIGUES
CPF: 008.614.524-02

JOSEANA MIRANDA LEITE RODRIGUES

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0404758/19

Vítima: ADERSON SEBASTIAO DOS ANJOS

CPF: 319.499.164-72

CPF de: Próprio

Data do acidente: 21/11/2018

Titular do CPF: ADERSON SEBASTIAO DOS ANJOS

Seguradora: SUHAI SEGURADORA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

JOAQUIM MARQUES DE LIMA NETO : 089.205.184-16

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

ADERSON SEBASTIAO DOS ANJOS : 319.499.164-72

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 19/11/2019
Nome: JOAQUIM MARQUES DE LIMA NETO
CPF: 089.205.184-16

JOAQUIM MARQUES DE LIMA NETO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/11/2019
Nome: JOSEANA MIRANDA LEITE RODRIGUES
CPF: 008.614.524-02

JOSEANA MIRANDA LEITE RODRIGUES

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3190700129**

Nome do(a) Examinado(a): **ADERSON SEBASTIAO DOS ANJOS**

Endereço do(a) Examinado(a):

Rua Luiz Olavo de Andrade, 1567 - Serra Talhada - PE - CEP 56912-170

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**ssp /PE**] **2550907**

Data e local do acidente: [**21/11/2018**] **SANTA CRUZ**

Data e local do exame: [**27/12/2019**] **Serra Talhada** [**PE**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

TRAUMATISMO FACIAL COM FRATURAS DAS PAREDES DO SEIO MAXILAR ESQUERDO. FERIMENTO CORTO-CONTUSO EM FACE.

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

AO EXAME APRESENTA ALTERAÇÃO DA OCCLUSÃO COM REFERÊNCIA DE DOR A MASTIGAÇÃO E REDUÇÃO DA ABERTURA DA BOCA COM DÉFICIT MASTIGATÓRIO.

III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[**X**] Sim [] Não

IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

TRATAMENTO CONSERVADOR, EVOLUINDO SEM COMPLICAÇÕES.

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[**X**] Sim [] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Dano cranio facial

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

"Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser
repetida em ___ dias

"Sem sequela permanente" (Não
existem lesões diretamente decorrentes de
acidente de trânsito que não sejam
suscetíveis de amenização proporcionada
por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam
relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Estruturas crânio faciais

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou
a valoração do dano corporal.

**NOTA DO REVISOR: AO EXAME, VÍTIMA RELATA TRAUMATISMO EM OMBRO ESQUERDO COM LIMITAÇÃO
DISCRETA DA MOBILIDADE DO OMBRO ESQUERDO, PORÉM NÃO HÁ MENÇÃO NOS DOCUMENTOS MÉDICOS DE
LESÃO E/OU TRAUMATISMO EM OMBRO, SENDO ASSIM, NÃO HÁ COMO CORRELACIONAR ESTA SEQUELA COM O
ACIDENTE ANALISADO OCORRIDO EM NOVEMBRO DE 2018.**



Ebenone Antonio da Silva - CRM: 15122 - PE

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, 16 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190700129

Vítima: ADERSON SEBASTIAO DOS ANJOS

Data do Acidente: 21/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOAQUIM MARQUES DE LIMA NETO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ADERSON SEBASTIAO DOS ANJOS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

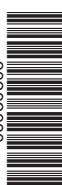
Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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, 23 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190700129

Vítima: ADERSON SEBASTIAO DOS ANJOS

Data do Acidente: 21/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOAQUIM MARQUES DE LIMA NETO

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), ADERSON SEBASTIAO DOS ANJOS

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do 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 informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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, 16 de Janeiro de 2020

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190700129**

Vítima: ADERSON SEBASTIAO DOS ANJOS

Data do Acidente: 21/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOAQUIM MARQUES DE LIMA NETO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ADERSON SEBASTIAO DOS ANJOS

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau residual 10%
% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%
Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Recebedor: ADERSON SEBASTIAO DOS ANJOS

Valor: R\$ 1.350,00

Banco: 237

Agência: 000000586-0

Conta: 00000100009-8

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - NF do sinistro ou ASL: **3 - CPF da vítima:** **313 473 164-72** **4 - Nome completo da vítima:** **ADERSON SEBASTIÃO DOS ANJOS**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2002

5 - Nome completo: **ADERSON SEBASTIÃO DOS ANJOS** **6 - CPF:** **313 473 164-72**
 7 - Profissão: **POLICIAL MILITAR RUA LUIZ OLAVO DA ANDRADÉ** **8 - Endereço:** **10 - Complemento:**
11 - Bairro: **12 - Cidade:** **13 - Estado:** **14 - CEP:**
IPSEP **SERRA TALHADA** **PE** **56912-170**
15 - E-mail: **16 - Tel.(DDD):** **17 - Celular:** **18 - Telefone:**
JOABINHO NETO 769 B CHAIE.COM **071 988467128**

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: **19 - Profissão do Representante Legal:**

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

REUSO INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Atende uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (101)

AGÊNCIA: **0526** **0** CONTA: **10000 9** **8**
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

- Não há IMI que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IMI, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:				
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:				
28 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não teve filhos?	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	30 - Vítima deixou neto(s)/neta(s): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não teve irmãos?	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	33 - Vítima deixou <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não pais/avós vivos?	34 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não teve irmãos?

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não informado:

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: **SERRA TALHADA - PE, 14/10/2011**

aderson sebastião dos anjos

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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

DELEGACIA DE POLÍCIA DA 177ª CIRCUNSCRIÇÃO - SERRA TALHADA - DP177ªCIRC
DINTER2/21ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0267004664**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **07/12/2018** às **10:53**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **21/11/2018** às **05:20**

Fato ocorrido no endereço: **PE 365, LOCALIDADE CARRAPATO - SANTA CRUZ DA BAIXA VERDE/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DA BAIXA VERDE, 1 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DA BAIXA VERDE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NAO SE APLICA (AUTOR \ AGENTE)
ADERSON SEBASTIAO DOS ANJOS (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **ADERSON SEBASTIAO DOS ANJOS**

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

ADERSON SEBASTIAO DOS ANJOS (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **JULIA LEONIDA DOS SANTOS** Pai: **SEBASTIAO CICERO DOS ANJOS** Data de Nascimento: **13/10/1959** Naturalidade: **TRIUNFO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **2550907/SSP/PE (RG), 31949916472 (CPF), 03294950093 (CNH)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **POLICIAL MILITAR** Telefones Fixos: - **8738312833**

Telefones Celulares:

- **87999189734**

Endereço Residencial: **RUA LUIZ OLAVO DE ANDRADE, 1567 - CEP: 0 - Bairro: AABB - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**

NAO SE APLICA - 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): **ADERSON SEBASTIAO DOS ANJOS**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ADERSON SEBASTIAO DOS ANJOS**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR 150 BROS KS** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **01 (UNIDADE)**

Placa: **KJU9691** (PERNAMBUCO/SERRA TALHADA) Renavam: **913239305** Chassi: **9C2KD03107R013047**
Ano Fabricação/Modelo: **2007/2008** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

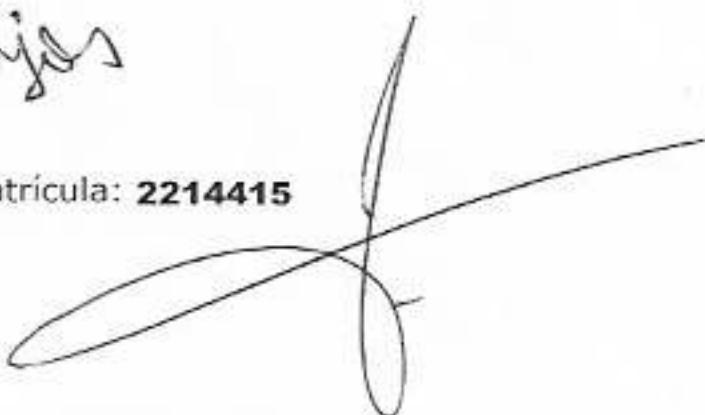
O SR. ADERSON SEBASTIAO DOS ANJOS NOTICIA QUE SOFRERA UM ACIDENTE DE TRANSITO QUANDO SE DESLOCAVA PELA PE 365, CONDUZINDO A MOTOCICLETA DESCrita NESTE BOE., NO SENTIDO SERRA TALHADA/SANTA CRUZ DA BAIXA VERDE. RELATOU A SR. ADERSON QUE PERDEU O CONTROLE DE SEU VEÍCULO AO BATER EM UNIMAL (JUMENTO) QUE ADENTROU REPENTINAMENTE NA VIA, VINDO A CAIR E A SOFRER ALGUMAS LESÕES. TENDO SIDO LOGO EM SEGUIDA SOCORRIDO POR POPULARES QUE O LEVARAM AO HOSPAM, NESTA CIDADE, ONDE FORA ATENDIDO PELO MÉDICO SEVERINO FERRAZ CARVALHO. VINDO HOJE NOTIFICAR O OCORRIDO EM RAZÃO DE REQUERER O SEGURO DPVAT.

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

ADERSON SEBASTIAO DOS ANJOS
(VITIMA)

Aderson Sebastião dos Anjos

B.O. registrado por: **DEODORO FONSECA DE CARVALHO** - Matrícula: **2214415**



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - NF do sinistro ou ASL: **3 - CPF da vítima:** **313 473 164-72** **4 - Nome completo da vítima:** **ADERSON SEBASTIÃO DOS ANJOS**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2002

5 - Nome completo: **ADERSON SEBASTIÃO DOS ANJOS** **6 - CPF:** **313 473 164-72**
 7 - Profissão: **POLICIAL MILITAR RUA LUIZ OLAVO DA ANDRADÉ** **8 - Endereço:** **10 - Complemento:**
11 - Bairro: **12 - Cidade:** **13 - Estado:** **14 - CEP:**
IPSEP **SERRA TALHADA** **PE** **56912-170**
15 - E-mail: **16 - Tel.(DDD):** **17 - Celular:** **18 - Telefone:**
JOABINHO NETO 769 B CHAIE.COM **071 988467128**

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: **19 - Profissão do Representante Legal:**

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

REUSO INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Atende uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (101)

AGÊNCIA: **0526** **0** CONTA: **10000 9** **8**
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

- Não há IMI que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IMI, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou neto(s)/neta(s): Sim Não 31 - Vítima Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou Sim Não pais/avôs vivos?

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário (não obrigatório)

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: **SERRA TALHADA - PE, 14/10/2011**

aderson sebastião dos anjos

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUpanca

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 13/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ADERSON SEBASTIAO DOS ANJOS

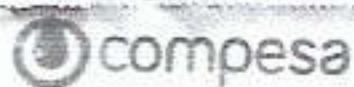
BANCO: 237

AGÊNCIA: 00586-0

CONTA: 000000100009-8

Nr. Autenticação

BRADESCO13012020050000000002370058600000100009135000 PAGO



CNPJ 09.769.035/0001-64
INSC. EST. N° 18.1.001.0014398-2

ATENDIMENTO: RUA MANOEL PEREIRA DA SILVA - NUM. 00882 - NO
SSA SRA DA PENHA SERRA TALHADA PE 56903-490

DADOS DO CLIENTE

ADERSON SEBASTIAO DOS ANJOS
R LUIZ OLAVO DE ANDRADE, N. 01567 - IPSEP SERRA TALHADA PE 569
INSCRIÇÃO: 139.836.111.0012.720 GRUPO: S DEB. AUTOMATICO: 107580470

SITUAÇÃO ÁGUA CORTADO	SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL	RESIDENCIAL	QUANTIDADE DE ECONOMIAS COMERCIAL	INDUSTRIAL	PÚBLICA
HIDÔMETRO A16N206036	DATA LEIT. ANTERIOR 27/09/2019	1			

AQUA:

LEIT ANT: 34 CONSUMO: 1
LEIT ATU: TAXA MININA
LEIT FAT: 44

HISTÓRICO DE CONSUMO
REFERÊNCIA CONSUMO

09/2019	00	03/2019	00	07/2019	01	06/2019	01	05/2019	03	04/2019	01	NUMERO DE ANOSTRAS			
												EXIG. PORT. NS 2.914/11	ANALISES REALIZ.	ATENDEN- TE A LEGIS	
												TURBIDEZ	70	70	70
												COR APARENTE	70	70	69
												CLORO RESIDUAL	70	70	68
												COLIF. TOTAIS	70	70	70
												E. COLI	70	70	70
												MEDIA:	01	Qualidade de Água: www.compesa.com.br	

OBS.: (1)COLIFORMES TOTAIS AUSENCIA 95% DAS ANOSTRAS EXAMINADAS
(2)OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO
RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA
(3)OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES
ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

DESCRICAÇÃO DOS SERVIÇOS
ÁGUA
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

TARIFA CORTADO DEC. 18.251/94 10/2019 13,22
CREDITOS ANTERIORES 05/2019 2,47

Pago em 08/10/2019

Por email