



Número: **0000045-71.2020.8.17.3520**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Triunfo**

Última distribuição : **03/02/2020**

Valor da causa: **R\$ 2.483,65**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
SANDERSON DA COSTA QUEIROZ (AUTOR)		HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
67997105	15/09/2020 16:34	ANEXO 1	Outros (Documento)



FIXO

TELEMAR NORTE LESTE S/A
CNPJ: 33.000.118/0014-93 - INSC. ESTADUAL: 181.001.0019146-4
RUA JOAQUIM FELIPE, 108 - RECIFE - PE CEP: 50040-305
MATRIZ CNPJ: 33.000.118/0001-75

PÁG. 1/5



CTC RECIFE PE PL5
HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO
PCA QUINZE DE NOVENBRO, 124
CENTRO
50870-000 TRIUNFO PE



7213512820 09457 00000001628 30 040919

Referência

AGOSTO /2019

Telefone

(87) 3846-1036

Vencimento

15/09/2019

Total a pagar

R\$ 108,14

Resumo da sua fatura



OI FIXO

R\$ 69,20

OI FIXO

PACOTE DE MINUTOS FIXO-FIXO LOCAL
PACOTE DE MINUTOS FIXO-NOVEL LOCAL
PACOTE DE MINUTOS LONGA DISTANCIA CRI 31
SERVICOS DIGITAIS



EXCEDENTES, OUTROS SERVICOS E TAXAS

R\$ 38,94

LIGACOES FIXO-FIXO
LIGACOES FIXO-NOVEL
SERVICOS OUTRAS PRESTADORAS E DE TERCEIROS
OUTROS VALORES

17,54
14,00
1,92
5,48

Desde 06 de Novembro de 2016 foi incluído o número 9 à frente dos celulares dos DDDs 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54 e 55 passando ao formato: (DDD)9xxxx-xxxx. Mais informações em oi.com.br/9digito.

CODIGO MINHA OI
091201460307

www.oi.com.br/MinhaOI

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



TELEMAR NORTE LESTE S/A
CNPJ: 33.000.118/0014-93 - INSC. ESTADUAL:
181.001.0019146-4
RUA JOAQUIM FELIPE, 108 - RECIFE - RECIFE: 50040-305
MATRIZ CNPJ: 33.000.118/0001-75

HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO
TELEFONE/CONTRATO: 3846-1036 CJ 0 SU 3
CONTA 08/2019 LOCAL 4852 DV 1

CODIGO MINHA OI
091201460307

www.oi.com.br/MinhaOI

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

84660000001-8 08140024030-5 32049520354-8 61036031908-7



FATURA N.: 1200113357503
VENCIMENTO: 15/09/2019
VALOR A PAGAR R\$ 108,14

CODIGO PARA DÉBITO AUTOMÁTICO: 091201460307



HOSPITAL SÃO VICENTE
R IN CÍCIO GOMES ANDRADA SERRA TALHADA - PE
CNPJ 07.80543000163 Fone: (87) 3831.9150

Emissão: 07/07/2019 08:32:55

Página: 2 de 2

Detalhamento da conta				Admissão: 06/07/2019 11:07			
Atendimento: HSV - 00018607 Conta: 00019448 Tipo da Conta: INTERNAMENTO							
Pronome: 00140392 SANDERSON DA COSTA QUEIROZ							
0004	7	AGULHA DE RAQUI 25G X 3. 1/2	0,00 0,00 0,00	1,00	37,22	37,22	
0008	2	AVENTAL DESCARTAVEL C/ MANGA	0,00 0,00 0,00	1,00	8,38	8,38	
0004	3	CLOREXIDINA 2% 1000ML	0,00 0,00 0,00	200,00	0,04	8,00	
0004	3	CLOREXIDINA 0,5% SOLUÇÃO ALCOOLIC	0,00 0,00 0,00	200,00	0,04	8,00	
0004	3	CAMPO OPERATORIO 50*45 - CREMER	0,00 0,00 0,00	10,00	2,42	24,20	
0004	3	ESPARADRATO - 10*4,5M - CREMER	0,00 0,00 0,00	60,00	0,07	4,20	
0004	3	GORRO C/ MASCUL. DESC.	0,00 0,00 0,00	7,00	0,42	2,94	
0006	3	JELCO N°24 - B BROWN	0,00 0,00 0,00	1,00	18,72	18,72	
0006	3	LÂMINA BISTURI N°24	0,00 0,00 0,00	1,00	4,20	4,20	
0006	3	LUVA PROCEDIMENTO MÉDIA - TAM : M	0,00 0,00 0,00	5,00	1,60	8,00	
0006	3	LUVA CIRURGICA 7.5	0,00 0,00 0,00	3,00	3,96	11,88	
0006	3	LUVA CIRURGICA 8.0	0,00 0,00 0,00	2,00	3,96	7,92	
0006	3	MASCARA DESC. C/AMARRAS	0,00 0,00 0,00	6,00	0,96	5,76	
0006	3	MONONYLON C/AG 2-0 30MM - 1215T - N	0,00 0,00 0,00	1,00	25,37	25,37	
0006	3	PROPÉS - SAPATILHAS DESCARTÁVEIS	0,00 0,00 0,00	7,00	0,58	4,06	
0006	3	PVPI TOPICO - RIOQUIMICA	0,00 0,00 0,00	8,00	0,04	0,32	
0006	3	PULSEIRA IDENTIFICAÇÃO ADULTA	0,00 0,00 0,00	1,00	0,60	0,60	
0006	3	SERINGA DESC. C/AG. 1 ML	0,00 0,00 0,00	1,00	3,08	3,08	
0006	3	SERINGA DESC. C/AG. 5 ML - LUER LOCK	0,00 0,00 0,00	1,00	2,82	2,82	
0006	3	SERINGA DESC. C/AG. 20 ML - LUER LOCK	0,00 0,00 0,00	2,00	6,17	12,34	
0006	3	SERINGA DESC. C/AG. 10 ML - LUER LOCK	0,00 0,00 0,00	1,00	2,39	2,39	
0006	3	TRANSORIX - DISPOSITIVO TRANSFERENCIAL	0,00 0,00 0,00	1,00	1,44	1,44	
0006	3	SACO HOSPITALAR 100L	0,00 0,00 0,00	2,00	0,60	1,20	
0006	3	SACO HOSPITALAR 50L	0,00 0,00 0,00	2,00	0,36	0,72	
0006	3	ESCOVA DE ASSEPSIA C/ PVPI	0,00 0,00 0,00	3,00	1,68	5,04	
0006	3	FIXADOR ESTÉRIL IV FIX 5CMX7,4CM - 3I	0,00 0,00 0,00	1,00	1,87	1,87	
0006	3	AGULHA DESCARTAVEL 25*8	0,00 0,00 0,00	1,00	0,42	0,42	
0006	3	EQUIPO MACRO GOTAS C/ INJETOR LATEX	0,00 0,00 0,00	1,00	19,78	19,78	
0006	3	JELCO N°24	0,00 0,00 0,00	1,00	17,98	17,98	
0006	3	SERINGA DESC. C/AG. 3 ML - LUER SLIP	0,00 0,00 0,00	2,00	1,87	3,74	
0006	3	SERINGA DESC. C/AG. 10 ML - LUER SLIP	0,00 0,00 0,00	11,00	2,39	26,29	
0006	3	SERINGA DESC. C/AG. 20 ML - LUER SLIP	0,00 0,00 0,00	1,00	6,17	6,17	
0006	3	AGULHA DESCARTAVEL 25*8	0,00 0,00 0,00	1,00	0,42	0,42	
0006	3	EQUIPO MACRO GOTAS - B BROWN	0,00 0,00 0,00	1,00	22,82	22,82	
0006	3	JELCO N°24	0,00 0,00 0,00	1,00	17,98	17,98	
0006	3	SERINGA DESC. C/AG. 10 ML - LUER SLIP	0,00 0,00 0,00	11,00	2,39	26,29	
0006	3	SERINGA DESC. C/AG. 3 ML - LUER SLIP	0,00 0,00 0,00	2,00	1,87	3,74	
0006	3	ATADURA CREPE 10CM X 1,80M	0,00 0,00 0,00	2,00	8,39	16,78	
				Total de MATERIAL HOSPITALAR :		377,74	
Gr	Produtos DIARIAS			1,00	60,00	60,00	
00	DIARIA COM PANHANTE EM APARTAMENTO			0,00 0,00 0,00	1,00	180,00	
00	DIARIA APARTAMENTO DE LUXO - POSTO			0,00 0,00 0,00	1,00	180,00	
				Total de DIARIAS :		240,00	
				Total do dia 06/07/2019 :		1.532,18	
				TOTAL DA CONTA:		1.532,18	



www.najasolucoes.com.br

4,42,0,0

HOSPITAL SÃO VICENTE
R INOCÊNCIO GOMES ANDRADA SERRA TALHADA - PE
CNPJ: 13.80543000163 Fone: (87) 3831.9150

Emissão: 07/07/2019 08:32:00
Página: 1 de 2

Detalhamento da conta

Atendimento: HSV - 00018607 Conta: 00019448 Tipo da Conta: INTERNAMENTO
Prontuário: 00140392 SANDERSON DA COSTA QUEIROZ

Admissão: 06/07/2019 11:07

Endereço do paciente: TARVESSA ARAUJO JORGE, 60
CENTRO - Cep: 56.870-000 TRIUNFO / PE

Convênio: 1 PARTICULAR

Guia Médica:

Tipo de atendimento: INTERNAMENTO

Matrícula: Validade da carteira: / /
Médico: ANTONIO RODRIGUES DE FF CRM: 7351

CPF: 05655200325

CONTA AINDA NÃO FECHADA

Data da Internação: 06/07/2019 Data da Alta: / /

Permanência: 001 dia(s)

Leito: 404 / 1 APARTAMENTO 2 LEITOS

Diagnóstico da Alta:

Código	Nome do Produto	Qtde. CH	VI. CH	VI. Filme	Unid.	Qtde.	VI. Unit.	VI. Total
Dia: 06/07/2019								
Grupo de Produto:	MATERIAIS GERAIS							
000401	COMPRESSA DE GAZE 7,5 X 7,5 PCT/500	0,00	0,00	0,00		11,00	2,02	22,22
	Total de MATERIAIS GERAIS :							22,22
Grupo de Produto:	MEDICAMENTO							
000402	ARAMIN 10 MG/ML 1 ML	0,00	0,00	0,00		1,00	6,94	6,94
000403	DIMORF 0,2 MG/ML 1 ML	0,00	0,00	0,00		1,00	6,60	6,60
000404	DIPIRONA 1G 2ML	0,00	0,00	0,00		5,00	2,81	14,05
000405	DIPIRONA 1G 2ML	0,00	0,00	0,00		1,00	6,57	6,57
000406	DORMONID 5MG 5 ML	0,00	0,00	0,00		2,00	1,69	3,38
000407	FENTANIL - CRISTALIA 0,05 MG/ML 10 ML	0,00	0,00	0,00		1,00	14,86	14,86
000408	NEOCAINA PESADA 0,5% 4 ML	0,00	0,00	0,00		3,00	7,92	23,76
000409	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML	0,00	0,00	0,00		2,00	9,78	19,56
000410	SORO RINGER LACTATO 500ML	0,00	0,00	0,00		5,00	0,90	4,50
000411	XYLESTESIN 2% S/V 20 ML	0,00	0,00	0,00		1,00	0,99	0,99
000412	AGUA DESTILADA 10 ML	0,00	0,00	0,00		3,00	13,52	40,56
000413	PLAMET 5 MG/ML 2ML - BROMOPRIDA AM	0,00	0,00	0,00		3,00	2,81	8,43
000414	DIPIRONA 1G 2ML	0,00	0,00	0,00		2,00	6,60	13,20
000415	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 250ML	0,00	0,00	0,00		11,00	0,99	10,89
000416	AGUA DESTILADA 10 ML	0,00	0,00	0,00		2,00	1,04	2,08
000417	GLICOSE 50% 10 ML	0,00	0,00	0,00		5,00	14,04	70,20
000418	KEFLIN 1 G - CEFALOTINA SODICA PO IN.	0,00	0,00	0,00		2,00	9,15	18,30
000419	SORO GLICOSADO 5% 500ML	0,00	0,00	0,00		3,00	6,60	19,80
000420	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 250ML	0,00	0,00	0,00		3,00	13,52	40,56
000421	PLAMET 5 MG/ML 2ML - BROMOPRIDA AM	0,00	0,00	0,00		4,00	21,84	87,36
000422	TRAMAL 50 MG/ML 2ML	0,00	0,00	0,00		0,20	8,16	1,63
000423	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100ML	0,00	0,00	0,00				
	Total de MEDICAMENTO :							414,22
Grupo de Produto:	TAXA							
000424	TAXA CIRURGIA ATE 3 HORAS	0,00	0,00	0,00		1,00	190,00	190,00
000425	TAXA INTENSIFICADOR DE IMAGEM - BLC	0,00	0,00	0,00		1,00	180,00	180,00
000426	TAXA OXÍMETRO DE PULSO - SALA DE CII	0,00	0,00	0,00		1,00	45,00	45,00
000427	TAXA SERVIÇO 10%	0,00	0,00	0,00		1,00	18,00	18,00
000428	TAXA MONITOR DE SALA DE CIRURGIA	0,00	0,00	0,00		1,00	45,00	45,00
	Total de TAXA :							478,00
Grupo de Produto:	MATERIAL HOSPITALAR							
000429	ALCOOL ETILICO 70% 1L	0,00	0,00	0,00	ML	76,00	0,06	4,56
000430	ALGODÃO BOLA	0,00	0,00	0,00		1,00	0,10	0,10

www.najasolucoes.com.br

Imagem - 4.42.0.0

FARMACIA SANTA CLARA
 CNPJ: 10.502.824/0001-13 J.A. COMERCIO DE
 MEDICAMENTOS LTDA ME
 RUA ENOQUE IGNACIO DE OLIVEIRA, 1090 NOSSA
 SENHORA DA PEN - SERRA TALHADA - PE 55912-450 Fone:
 (87)3831-2086 I.E.: 0373406-48

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL DO CONSUMIDOR ELETRÔNICA

#	Cod	Descrição	Qtd	Un	VI Unit.	VI Total
001	12274	RIFOCINA				
	1	UND X 30,44				30,44
002	35777	SOLUÇÃO FISIOLÓGICA SORTIMAX				
	1	UND X 3,99				3,99
003	18763	PROFLAM 100MG				
	1	UND X 54,56				54,56
004	27359	ESPARADRAPO CREMER 2,5X4,5CM				
	2	UND X 6,99				13,98
005	32917	LIVERAX				
	1	UND X 102,00				102,00
006	16142	ATADURA NEVE				
	2	UND X 2,49				4,98
007	35384	COMPRESSA DE GAZE AMERIKA				
	8	UND X 0,80				6,40

QTD. TOTAL DE ITENS 007
 VALOR TOTAL R\$ 216,35
 FORMA DE PAGAMENTO Valor Pago
 Cartão de Débito Visa 216,35

Consulte pela Chave de Acesso em
[nfce.ssfaz.pe.gov.br/nfce/consulta](https://nfc.ssfaz.pe.gov.br/nfce/consulta)
 2619 0710 5028 2400 0113 0500 1000 0602 6410 1804 4577
 CONSUMIDOR NÃO IDENTIFICADO
 NFC-e nº 000000264 Série 001 07/07/2019 09:08:08
 Protocolo de Autorização: 326190467098139
 Data de Autorização 07/07/2019 09:08:10



Vendedor: JUCILENE Venda: 1804457

Tributos Totais Incidentes (Lei Federal 12.741/12): R\$ 57,07
 Digifarma - Sistema Integrado para Farmácias



SERRA TALHADA, 07 DE JULHO 2019

RECIBO

R\$ 7.798,40

RECEBI Do Sr SANDERSON DA COSTA QUEIROZ O VALOR DE R\$ 7.798,40
REFERENTE SERVIÇOS HOSPITALARES PRESTADOS.


10.280.543/0001-63
R. Serrador, 100 - Serra Talhada - PE
CEP: 55040-000 - Serra Talhada - PE
Fone: (71) 3504-1151 - Serra Talhada - PE
E-mail: sanderson@queiroz.com.br



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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Heitor da Mota de Azevedo inscrito (a) no CPF sob o Nº 041542609 / 56 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Sonderon do Costa Vazquez inscrito (a) no CPF sob o Nº 110221664 / 83 do sinistro de DPVAT cobertura DAMS da Vítima Sonderon do Costa Vazquez, inscrito (a) no CPF sob o Nº 110221664 / 83 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Rua 15 de novembro</u>		Número <u>124</u>	Complemento
Bairro <u>Centro</u>	Cidade	Estado <u>PE</u>	CEP <u>56830-000</u>
Email <u>hmc.educacao@gmail.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>(81) 3846-1036</u>	Telefone celular (DDD)

Tramóia PE, 04 de outubro de 2019
Local e Data

[Assinatura]
Assinatura do Declarante

DLRL.001 V001/2017





PREFEITURA MUNICIPAL DE TRIUNFO
Fundo Municipal de Saúde
UNIDADE MISTA DE TRIUNFO FELINTO WANDERLEY
BOLETIM DE EMERGÊNCIA

16 mar

Data e Hora: 06.07.19 19:03		Nº. Ocorrência
Nome: Alexandre Alves Oliveira Junior		Data Nascimento: 08/07-2002
Profissão: Estudante	Sexo: M	Doc. Ident.:
End.: Rua Simbionista		
Responsável: Se mesmo		
End/Fone: 7799112-8341		SUS 706 9081 4478 6934
Tipo de Atendimento: Acidente de Trânsito <input type="checkbox"/> Acidente de Trabalho <input type="checkbox"/>		
Agressão <input type="checkbox"/> Consulta <input checked="" type="checkbox"/>		
Pressão Arterial: 120x80	Pulso:	Temperatura:
Histórico e Exame Físico: Paciente vítima de acidente auto no bitúico há 18 horas, apresentou do dor costal esquerda.		
Tratamento: - TEUOXICAM - 0,8g, EV, 800s. 19:35 - DEXAMETASONA - 0,8g, EV, 800s. 19:35 Dr. Alexandre Lima CRM-PB 27469		
Impressão Diagnóstica: Dor Costal A/E.		
Destino do Paciente Removido para Hospital	Residência <input type="checkbox"/>	Internado <input type="checkbox"/> Transferido <input type="checkbox"/>
Óbito às horas do dia		
Médico - Carimbo e CRM:		





PREFEITURA MUNICIPAL DE TRIUNFO
Fundo Municipal de Saúde
UNIDADE MISTA DE TRIUNFO FELINTO WANDERLEY
BOLETIM DE EMERGÊNCIA

27 anos.

Data e Hora: 06/07/19 08:40	Nº. Ocorrência
Nome: Simpliciano da Costa Bastos	Data Nascimento: 25/07/91
Profissão:	Sexo: M Doc. Ident.: 1246798 505/PA
End.: R. L. Leal, J. J. - PE	
Responsável: L. Leal	
End/Fone: Tel: 99454-1979	702804111257368 / 605
Tipo de Atendimento: Acidente de Trânsito <input checked="" type="checkbox"/> Acidente de Trabalho <input type="checkbox"/>	
Agressão <input type="checkbox"/> Consulta <input type="checkbox"/>	

Pressão Arterial:	Pulso:	Temperatura:
-------------------	--------	--------------

Histórico e Exame Físico:

Acidente de trânsito
com Ferimentos
superficiais
na cabeça (E) e na mão direita

Tratamento:

- 1) Sutura e curativo
- 2) Dor
- 3) Antibiótico (A) + Dor + (A) E
- 4) Volante (A) M

Impressão Diagnóstica:

Destino do Paciente
Removido para Hospital

Residência ☐

Internado ☐

Transferido ☒

Óbito às

horas do dia

Médico - Carimbo e CRM:





Dr. Antônio Rodrigues de Freitas

CRM 7351

ORTOPEDISTA - TRAUMATOLOGISTA

Para: *Anderson da Costa*

la uso inf.

algie 150

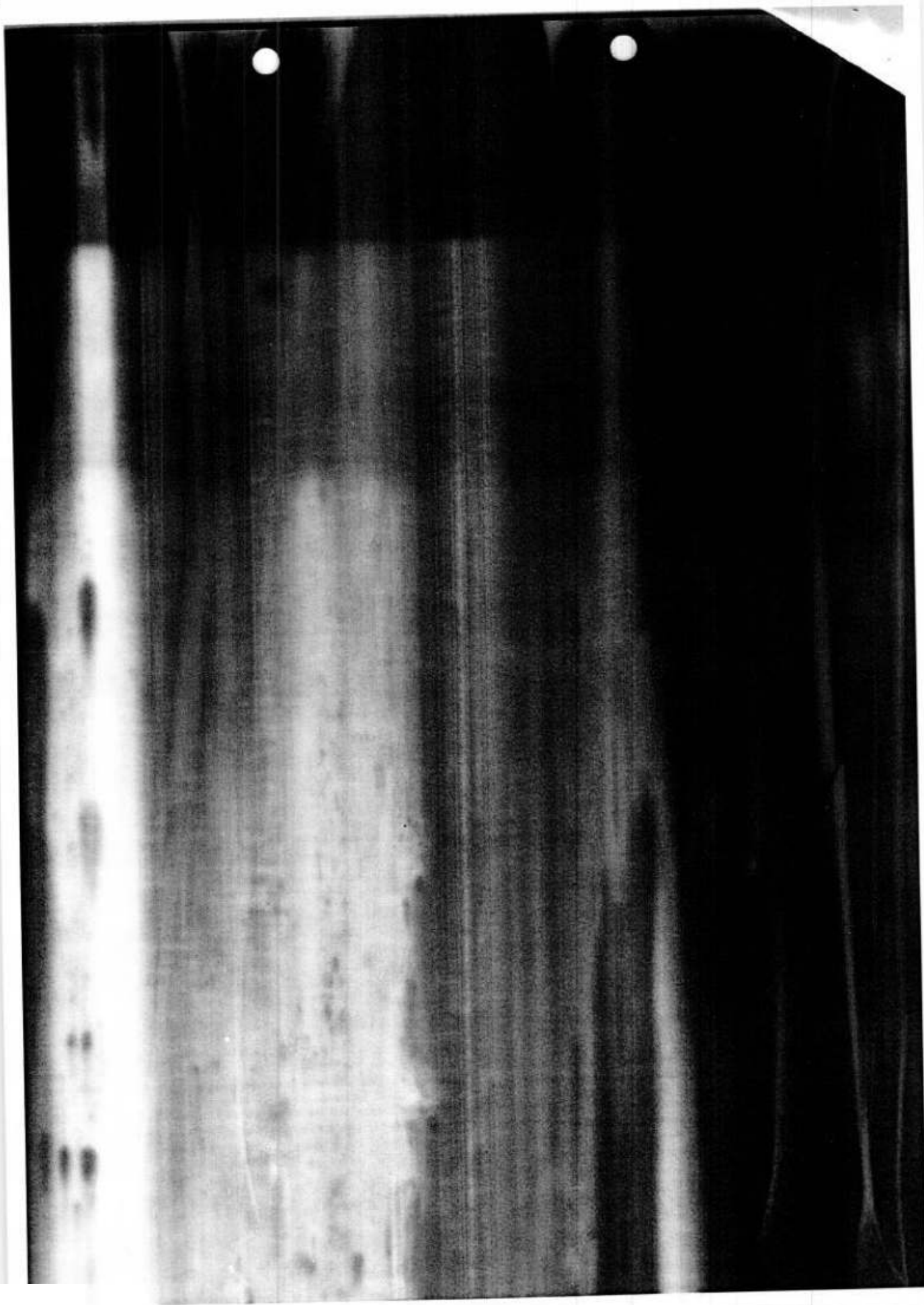
*vacar as presc. após
confi da Mueletta (atual)*

ST 16/07/19

Antônio Rodrigues
CRM 7351
CPF 056552003-25

Consultório:
Rua Inocêncio Gomes de Andrada, 640 - Centro - Fone: (87) 3831 - 5609
CEP: 56.912 - 440 - Serra Talhada - Pernambuco







Hospital São Vicente

Rua Inocência Gomes de Andrade, 603
Centro - Telefone: (87) 3831-1847
Serra Talhada - Pernambuco
CNPJ 10.280.543/0001-63

ORÇAMENTO
Equipe ortopedia 3500
fixação 1200
ANEST. 4000
HOSPITAL



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME

SANDERSON DA COSTA QUEIROZ

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
7246798 SDS PE

CPF

100.221.664-83

DATA NASCIMENTO

25/07/1991

FILIAÇÃO

SANDOVAL ALVES DE QUEI
ROZ
ROSINEIDE DA COSTA QUE
IROZ

PERMISSÃO



ACC



CAT. HAB.

AB

Nº REGISTRO

06357638510

VALIDADE

25/06/2023

1ª HABILITAÇÃO

04/05/2015

OBSERVAÇÕES

A

Sander son da Costa Queiroz

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL

SERRA TALHADA, PE

DATA EMISSÃO

26/06/2018

Charles Andrews Souza Ribeiro

Charles Andrews Souza Ribeiro
Diretor Presidente

ASSINATURA DO EMISSOR

18089674098

PE086606573

PERNAMBUCO

Scanned by CamScanner



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

DETRAN - PE Nº 013433507006
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VA 1 538687789 R.N.T.R.C. 2017

SANDERSON DA COSTA QUEIROZ

TRIUNFO-PE

CPF / CNPJ 100.221.664-83 PLACA PGF8334

PLACA ANT / UF ***** / PE CHASSI 9BGKS48L0DG300017

PAS / AUTOMOVEL ESPECIE TIPO COMBUSTIVEL ALCO / GASOL

CHEVROLET / ONIX 1.4MT LT ANO FAB 2013 ANO MOD 2013

5P / 106CV / 1400CL CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE BRANCA

IPVA 2017 QUITADO VENC. COTA ÚNICA 1ª *****

FAVIA 1 PARCELAMENTO / COTAC 2ª *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 10F (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

SEM RESERVA OBSERVAÇÕES

Assinado eletronicamente por: **Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior** 13/07

CONTINUAÇÃO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PE Nº 013433507006 BILHETE DE SEGURO DPVAT
SANDERSON DA COSTA QUEIROZ

CASA TRIUNFO-PE

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2017 DATA EMISSÃO 13/05/17

VA 1 100.221.664-83 PLACA PGF8334

RENAVAM 538687789 MARCA MODELO CHEVROLET / ONIX 1.4MT LT

ANO FAB 2013 COTAC 01 CHASSI 9BGKS48L0DG300017

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) DEVALUAT. R\$ CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

SEGURO PACO COTA ÚNICA PARCELADO

Assinado eletronicamente por: **Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior**



PARECER DE DAMS



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190621892

Data do acidente: 06/07/2019

Vítima: SANDERSON DA COSTA QUEIROZ

Atendimento: HOSPITAL

Cidade: Triunfo

UF: PE

Análise: Primeira Análise

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data: 07/11/2019 14:53:24

DADOS DO PARECER

Diagnóstico: FRAT DO ANTEBRACO FRAT MULT DO ANTEBRACO -

Internação: Não

Tratamento: CONSERVADOR CLINICO

Tratamento Odontológico: Não

Grupo	Código	Descrição	Pleiteado	Avaliado
Farmácias			216,35	216,35
Total da Análise Atual			216,35	216,35

Indicadores: Valores avaliados conforme parâmetros objetivos de aferição e praticados no âmbito do sistema de saúde**Observações:** A DESPESA NO VALOR DE R\$ 7.798,40, NÃO FOI AVALIADA, VISTO QUE FALTA A RELAÇÃO COMPLETA DAS DESPESAS APRESENTADAS
/// FALTA RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE ESPECIFICANDO O PROCEDIMENTO MÉDICO E CIRURGICO REALIZADO E OU FICHA DO CENTRO CIRÚRGICO COM ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO ANESTESISTA.

Informações administrativas	Pleito anterior	Avaliação anterior	Pago anterior	Pleito atual	Avaliação atual	Valor à pagar
Beneficiário: SANDERSON DA COSTA QUEIROZ Relacionamento: Vítima	0,00	0,00	0,00	216,35	216,35	216,35
Total da Análise Atual	0,00	0,00	0,00	216,35	216,35	216,35

TOTAL PLEITEADO: 216,35 **TOTAL AVALIADO:** 216,35 **TOTAL PAGO + À PAGAR:** 216,35

INFORMAÇÕES ANÁLISE MÉDICA



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: SANDERSON DA COSTA QUEIROZ, brasileiro, solteiro, analista de sistemas, portador da Cédula de Identidade nº 7246798 SDS/PE, inscrito no CPF/MF sob o nº 100.221.664-83, residente e domiciliado no Sítio Pará, Zona Rural, Triunfo/PE, CEP: 56.870-000.

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

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

Triunfo/PE, 05 de agosto de 2019.


(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0386819/19

Vítima: SANDERSON DA COSTA QUEIROZ

CPF: 100.221.664-83

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 06/07/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: SANDERSON DA COSTA QUEIROZ

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovantes de despesas médicas
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO : 041.542.024-56

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

SANDERSON DA COSTA QUEIROZ : 100.221.664-83

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.

O reembolso de despesas médico-hospitalares é de até R\$2.700,00. Esse valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados – SUSEP.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 05/11/2019
Nome: HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO
CPF: 041.542.024-56

HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/11/2019
Nome: JONATAN BARBOSA DE BARROS
CPF: 703.787.774-32

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, 05 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190621892

Vítima: SANDERSON DA COSTA QUEIROZ

Data do Acidente: 06/07/2019

Cobertura: DAMS

Procurador: HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), SANDERSON DA COSTA QUEIROZ

Informamos que o seu pedido de reembolso de DAMS foi cadastrado.

Para cobertura de Despesas Médicas e Suplementares (DAMS) o valor do reembolso é de até R\$2.700,00 (dois mil e setecentos reais). Todas as despesas precisam ser comprovadas através de notas fiscais e recibos originais.

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.

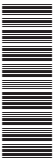
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00023/00024 - carta_01 - DAMS

00030012



Carta nº 15059605





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, 15 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190621892

Vítima: SANDERSON DA COSTA QUEIROZ

Data do Acidente: 06/07/2019

Cobertura: DAMS

Procurador: HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), SANDERSON DA COSTA QUEIROZ

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

Recebedor: SANDERSON DA COSTA QUEIROZ

Valor: R\$ 216,35

Banco: 001

Agência: 000002739-1

Conta: 0000022101-5

Tipo: CONTA CORRENTE

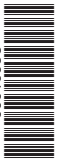
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01915/01916 - carta_12 - DAMS

00010958





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 10022166483 4 - Nome completo da vítima: SANDERSON DA COSTA QUEIROZ

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: SANDERSON DA COSTA QUEIROZ 6 - CPF: 10022166483
7 - Profissão: ANALISTA DE SISTEMAS 8 - Endereço: SÍTIO PARA 9 - Número: 10 - Complemento:
11 - Bairro: ZONA RURAL 12 - Cidade: TRIUNFO 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55.830-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 87138461036

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:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO 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. Assinale uma opção): ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Brasil
AGÊNCIA: 27391 CONTA: 22101 5

Autorizo a Seguradora Líder 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 IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (nº Civil) ☐ Divorçado ☐ 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 teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (a) (nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder 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 - Imagem do requerente: 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido
38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 11/09/2020, 15 de outubro de 2019.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

1 V002/2019



Extrato de Conta Corrente

Nome: SANDERSON COSTA QUEIROZ

Agência: 2739-1 Conta: 22101-5

Movimentos			Valor
D	01/10	Saldo anterior	0,00 (+)
D	01/10	Transferência recebida	2.620,00 (+)
D	01/10	04005 2739 24297-7 ARMANDO RODRIG	2.620,00 (+)
Resumo			
J		Saldo	1.199,05 (+)
J		Saldo	3.819,05 (+)
S			0,00
Ju			02/09/2019
Data	Debito de		0,00
IOF			02/09/2019
Data	Debito de		
Aplicação			
Apli	05/10/2019	Saldo	1.199,05
POU	05/10/2019	Saldo	1.199,05
Total			
* Sal			
Suje			



Boletim de Ocorrência

file:///C:/Users/POLICIA CIVIL/infopol/xml/BO...



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 181ª CIRCUNSCRIÇÃO - TRIUNFO -
DP181ªCIRC DINTER2/21ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0271000243**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **05/08/2019** às **11:42**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia **6/7/2019** às **02:00**

Fato ocorrido no endereço: **RUA MUNICIPIO DE TRIUNFO, 1, PE 358 -**
Bairro: **CENTRO - TRIUNFO/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

A PRÓPRIA VÍTIMA (AUTOR / AGENTE)
SANDERSON DA COSTA QUEIROZ (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(s)
Sr(a): **SANDERSON DA COSTA QUEIROZ**



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

SANDERSON DA COSTA QUEIROZ (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: ROSINEIDE DA COSTA QUEIROZ Pai: SANDOVAL ALVES DE QUEIROZ Data de Nascimento: 25/7/1991 Naturalidade: TRINDADE / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 7246798/SDS/PE (RG), 10022106483 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 3ª. GRAU COMPLETO Profissão: ANALISTA DE SISTEMAS Endereço Residencial: RUA MUNICIPIO DE TRIUNFO, , SÍTIO PARÁ ZONA RURAL - CEP: 54000-000 - Bairro: CENTRO - TRIUNFO/PERNAMBUCO/BRASIL

A PRÓPRIA VÍTIMA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: ROSINEIDE DA COSTA QUEIROZ Pai: SANDOVAL ALVES DE QUEIROZ Data de Nascimento: 25/7/1991 Naturalidade: TRIUNFO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 7246798/SDS/PE (RG), 10022106483 (CPF), 00357638510 (CNH) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 3ª. GRAU COMPLETO Profissão: ANALISTA DE SISTEMAS Endereço Residencial: RUA MUNICIPIO DE TRIUNFO, , SÍTIO PARÁ ZONA RURAL - CEP: 54000-000 - Bairro: CENTRO - TRIUNFO/PERNAMBUCO/BRASIL

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

VEÍCULO (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): SANDERSON DA COSTA QUEIROZ,



Boletim de Ocorrência

file:///C:/Users/POLICIA CIVIL/.infopol/xml/BO...

que estava em posse do(a) Sr(a): **SANDERSON DA COSTA QUEIROZ**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/GM/ONIX** Objeto apreendido: **NÃO**
Cor: **BRANCA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PGF8334** (PERNAMBUCO/TRIUNFO) Renavam: **538687789** Chassi: **9B0K948L00G300017**
Ano Fabricação/Modelo: **2013/2013** Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DELEGACIA DE POLICIA A PESSOA DE SANDERSON DA COSTA QUEIROZ NOTICADO QUE SOFREU ACIDENTE DE TRANSITO NA DATA ACIMA CITADA QUANDO TRAFEGAVA EM SEU VEICULO ONIX NA PE 368 RETORNANDO DA CIDADE DE CARNAIBA, QUANDO AO CRUZAR COM UMA MOTOCICLETA QUE ESTAVA COM OS FAROIS ALTOS PERDEU O CONTROLE DO VEICULO VINDO A COLIDIR COM UMA PILASTRA DE UMA GARAGEM. SANDERSON FOI SOCORRIDO PELA PESSOA DE LUCAS MANGUEIRA DINIZ QUE O RETIROU DO VEICULO E SOCORREU O MESMO PARA O HOSPITAL LOCAL, ONDE FOI TRANSFERIDO PARA A HOSPITAL SÃO VICENTE NA CIDADE DE SERRA TALHADA COM A PERNA FRATURADA E VARIAS ESCORIAÇÕES NO BRAÇO ESQUERDO, CONFORME LAUDO MEDICO EM ANEXO. SEM MAIS A AGRESCENTAR ENGERRO O PRESENTE BOLETIM DE OCORRENCIA.

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

Sander son da Costa Queiroz
SANDERSON DA COSTA QUEIROZ
(VITIMA)

A PROPRIA VITIMA
(AUTOR \ AGENTE)

B.O. registrado por: **PATRICIA KAYLA RABELO TORRES** Matrícula: **256200-9**



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA:	11/11/2019
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	216,35
--------------	--------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SANDERSON DA COSTA QUEIROZ

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02739-1

CONTA: 000000022101-5

Nr. da Autenticação F8D3A7E8F13882EC



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 SANDOVAL ALVES DE QUEIROZ CPF: 052.652.248-82	DATA DE VENCIMENTO 25/09/2019 TOTAL A PAGAR (R\$) 0,00	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 18/09/2019 DATA DA APRESENTAÇÃO 18/09/2019 NÚMERO DA NOTA FISCAL 078051768	CONTA CONTRATO 000898434028 Nº DO CLIENTE 2000578632 Nº DA INSTALAÇÃO 0003934453
	ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA SI PARA 110 TRIUNFO - RURAL/TRIUNFO RURAL 56870-000 TRIUNFO PE		
CLASSIFICAÇÃO B2 RURAL - AGROPECUÁRIA RURAL Trifásico			
RESERVADO AO FISCO CB47.C8F9.4533.479C.69D2.CC72.6011.7D46			

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)	205,00	0,43729967	89,64
Acréscimo Bandeira VERMELHA			8,58
Contribuição CERTR - (087) 3846-1382			5,00
TOTAL DA FATURA			103,22

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS							
ICMS		PIS		COFINS			
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%
0,00		0,00	98,22	0,81	0,79	98,22	3,72
							3,65

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo(kWh)	0,41749000	SET 19	205
		AGO 19	236
		JUL 19	234
		JUN 19	220
		MAY 19	251
		ABR 19	220
		MAR 19	250
		FEV 19	220
		JAN 19	232
		DEZ 18	238
		NOV 18	256
		OUT 18	276
		SET 18	211

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
RS	%
Geração de Energia	45,50 46,73
Transmissão	4,80 4,88
Distribuição (Celpe)	27,92 28,43
Encargos Setoriais	6,39 6,38
Tributos	4,44 4,43
Perdas de Energia	8,90 8,96
TOTAL	98,22 100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
00000003161449570	CAT	20/08/2019	5.721,00	18/09/2019	5.926,00	29	1,00000	0,00	205,00
00000003161449570	CRT	20/08/2019	5.564,00	18/09/2019	5.826,00	29	1,00000	0,00	142,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 25/10/2019

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	MÉDIA MENSAL	MÉDIA TRIM.	MÉDIA ANUAL
Jul/2019					
DIC-No.de horas sem Energia		3,12	16,73	21,48	42,92
FIC-No.de vezes sem Energia		3,00	7,87	19,34	30,89
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		2,51	5,78	0,00	0,00
DICR-Duração de interrupção em dia crítico				Limita DICR: 16,80	
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 48,48					
Toda Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICR a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES Pague no ponto mais perto de você: sg correios santa cruz da vitor: rua padre cicero centro / nova modas: rua padre cicero 180 centro lista completa em www.celpe.com.br ATUALIZE SEUS DADOS ATÉ 30/11/19 PARA NÃO PERDER O BENEFÍCIO TARIFÁRIO DA CLASSE RURAL. DÚVIDAS DISQUE 116 Na data da leitura a bandeira em vigor é a Vermelha. Mais informações em www.aneel.gov.br . 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 Isenção do ICMS conforme Art.9, XLVIII, do RICMS-PE. Desconto Incondicional pela Aplicação da Tarifa B2 RURAL = R\$ 28,31. 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.	NÍVEL DE TENSÃO <table border="1"> <tr> <th>TENSÃO NOMINAL(V)</th><th colspan="2">LÍMITE DE VARIAÇÃO(V)</th></tr> <tr> <th></th><th>MÍNIMO</th><th>MÁXIMO</th></tr> <tr> <td>220</td><td>202</td><td>231</td></tr> <tr> <td>380</td><td>350</td><td>399</td></tr> </table> AUTENTICAÇÃO MECÂNICA	TENSÃO NOMINAL(V)	LÍMITE DE VARIAÇÃO(V)			MÍNIMO	MÁXIMO	220	202	231	380	350	399
TENSÃO NOMINAL(V)	LÍMITE DE VARIAÇÃO(V)												
	MÍNIMO	MÁXIMO											
220	202	231											
380	350	399											

CONTA CONTRATO 000898434028	MÊS/ANO 09/2019	TOTAL A PAGAR(R\$) 0,00	VENCIMENTO 25/09/2019	TALÃO DE PAGAMENTO Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.
---------------------------------------	---------------------------	-----------------------------------	---------------------------------	--

FATURA PAGA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

