

Eletrobras
Distribuição Piauí

Para contato com a
Eletrobras, informe
este NÚMERO

SEU CÓDIGO

1286786-1

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 (Insc. Estadual: 13.501.387-8)
Nota Fiscal / Centro de Energia Elétrica - Série S-1
Regime especial de impressão autorizado pelo SENAR 05/20

Nº da Nota Fiscal: 001911685

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 30 de abril de 2002

CORTA-MES	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
EVEREIRO/2018	21/02/2018	85	41,42

ARCIELA DA SILVA
C LAGOA DA FORQUILHA S/N B-RURAL
PF: 00004288601339
EP: 64.576-000 - ISAIAS COELHO

ROT: 174.783.32.83.011800

DADOS DA LEITURA		DADOS DA LEITURA	
Atual:	710	Atual:	15/03/2018
Anterior:	625	Anterior:	09/02/2018
Constante de Multiplicação:	85	Próxima Leitura:	09/02/2018
Consumo Médio:	85	Emissão:	
Consumo Padrão:	NORMAL	Apresentação:	

CLASS. BA. RENDA	MONO	BA. RENDA	MONO	CONSUMO	30 A R\$	0,251714	7,55
Classes/Subclasses	Uso	Classes/Subclasses	Uso	Classes/Subclasses	Uso	Classes/Subclasses	Uso
IN/17	62	IN/17	62	IN/17	62	IN/17	62
IV/17	95	IV/17	95	IV/17	95	IV/17	95
IT/17	85	IT/17	85	IT/17	85	IT/17	85
ET/17	49	ET/17	49	ET/17	49	ET/17	49
JO/17	55	JO/17	55	JO/17	55	JO/17	55
JL/17	183	JL/17	183	JL/17	183	JL/17	183
JN/17	0	JN/17	0	JN/17	0	JN/17	0
JI/17	0	JI/17	0	JI/17	0	JI/17	0
JR/17	19	JR/17	19	JR/17	19	JR/17	19
RTA	0	RTA	0	RTA	0	RTA	0
TRIBUTOS	0	TRIBUTOS	0	TRIBUTOS	0	TRIBUTOS	0
CONSUMO	30 A R\$	CONSUMO	30 A R\$	CONSUMO	30 A R\$	CONSUMO	30 A R\$
CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	31,07	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	31,07	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	31,07	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	31,07
DIFERENCA DE TARIFA	23,48	DIFERENCA DE TARIFA	23,48	DIFERENCA DE TARIFA	23,48	DIFERENCA DE TARIFA	23,48
SUBVENCAO BAIXA RENDA	0,20	SUBVENCAO BAIXA RENDA	0,20	SUBVENCAO BAIXA RENDA	0,20	SUBVENCAO BAIXA RENDA	0,20
CORRECAO MONETARIA IG 12/17-00	0,76	CORRECAO MONETARIA IG 12/17-00	0,76	CORRECAO MONETARIA IG 12/17-00	0,76	CORRECAO MONETARIA IG 12/17-00	0,76
MULTA POR ATRASO 12/17-00	0,41	MULTA POR ATRASO 12/17-00	0,41	MULTA POR ATRASO 12/17-00	0,41	MULTA POR ATRASO 12/17-00	0,41
JUROS DE MORA DE IMPO 12/17-00		JUROS DE MORA DE IMPO 12/17-00		JUROS DE MORA DE IMPO 12/17-00		JUROS DE MORA DE IMPO 12/17-00	

es 2º Ano Valor R\$ 1/2018 29,58

OMBATA O MOSQUITO DA DENGUE, ZIKA E CHIKUNGUNYA. GOVERNO FEDERAL

48CD.7028.6080.386C.2D0B.0762.1C01.7BDF

RESERVA DO PISCO	13,45	62,35
COMPOSICAO DE PRECO - R\$		62,35
Distribuição	4,02	12,47
Energia	4,07	0,49
Transmissão	15,24	2,28
Encargos		
Tributos		
INDICADORES DE CONTINUIDADE		
6,87	13,74	27,48
0,00		
SIMPLICIO MENDES		
12/2017		
10,85		
OT: 174.783.32.83.011800		

MEIDA CORRETORES DE SEGUROS
Recebido em: 18/12/18

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "JOÃO DE DEUS MARTINS"

POCELMAR DIRSIO

marciela da silva

ASSINATURA DO TITULAR

CARTeira DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Recita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
042.886.013-39

Nome
MARCIELA DA SILVA

Nascimento
09/02/1988

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
FISCAL
2.858.491

DATA DE
EXPIRAÇÃO 26/04/06

NOME
MARCIELA DA SILVA

RELACIONADO

ADERCI MARIA DA SILVA
EDICIO SILVINO DA SILVA

NATURALIDADE

ISAIAS COELHO-PI

DATA DE NASCIMENTO
09/02/1988

CERT. NASC: 10000 L 10A F 271

EXP ISAIAS COELHO-PI 24/04/00

ASSINATURA DO DETENTOR

LEI Nº 7.116 DE 26/06/03

CÓDIGO DE CONTROLE
70AA.FC3E.7F44.EA9D

A autenticidade deste comprovante deverá
ser confirmada na Internet, no endereço
www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil

às 11:42:36 do dia 06/08/2015 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

MEDIDA CORRETORA DE SEGUROS

Recebido em: 28/11/18

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADANIAS

DENATRAN

DETAN - PI
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

Nº 013156879885

EXERCÍCIO 2018

NOVA

REABSTABILIZADA

PLACA

CPF / CNPJ

PLACA ANT / UF

ESPECIE TIPO

CHASSI

COMBUSTIVEL

ANEXO

ANEXO

ANEXO

ANEXO

ANEXO

ANEXO

ANEXO

ANEXO

ANEXO

ANEXO

ANEXO

ANEXO

ANEXO

ANEXO

ANEXO

ANEXO

ANEXO

ANEXO

ANEXO

ANEXO

ANEXO

ANEXO

ANEXO

ANEXO

ANEXO

ANEXO

ANEXO

RECEBIMOS DE ADEIDA CORREIA DE SEGUROS
48/12/17

CONTRAN

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)	ICF (R\$)	PRÊMIO TOTAL (R\$)	DATA DE INVALIDAMENTO
000,00	000,00	000,00	07/03/2018
QUANTO DO BILHETE (R\$)	ICF (R\$)	QUANTO DO BILHETE (R\$)	DATA DE QUITACÃO
000,00	000,00	000,00	07/03/2018
QUANTO DO BILHETE (R\$)	ICF (R\$)	QUANTO DO BILHETE (R\$)	DATA DE QUITACÃO
000,00	000,00	000,00	07/03/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CPF 09.546.899/0001-04

PI Nº 013156879885 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

PRÊMIO TARIFÁRIO	PRÊMIO TOTAL	QUANTO DO BILHETE	DATA DE QUITACÃO
000,00	000,00	000,00	07/03/2018
QUANTO DO BILHETE	ICF	QUANTO DO BILHETE	DATA DE QUITACÃO
000,00	000,00	000,00	07/03/2018

NOV/2018

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0448971/18

Vítima: MARCIELA DA SILVA

CPF: 042.886.013-39

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

Data do acidente: 11/02/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARCIELA DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

MARCIELA DA SILVA : 042.886.013-39

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 12/12/2018
Nome: MARCIELA DA SILVA
CPF: 042.886.013-39

MARCIELA DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/12/2018
Nome: JOSE DE DEUS FREITAS AGUIAR FILHO
CPF: 021.355.263-98

JOSE DE DEUS FREITAS AGUIAR FILHO

Rio de Janeiro, 19 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180584536

Vítima: MARCIELA DA SILVA

Data do Acidente: 11/02/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARCIELA DA SILVA

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

Rio de Janeiro, 20 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180584536

Vítima: MARCIELA DA SILVA

Data do Acidente: 11/02/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MARCIELA DA SILVA

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

Documentação médico-hospitalar não enviado(a). não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima 042 886 013-39	Nome completo da vítima MARCELA DA SILVA
---------------------------	--	--

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo MARCELA DA SILVA		CPF titular da conta 042 886 013-39	Profissão RECUSA
Endereço LOCALIDADE LAJOA DA FORQUILHA		Número S/N	Complemento CASA
Bairro ZONA RURAL	Cidade ISAÍAS COELHO	Estado PIAUÍ	CEP 64 570-000
Email		Telefone (DDD) 189 9977-5188	

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00		<input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00		<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00		<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input checked="" type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)				<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)			
AGÊNCIA NRO. 0937 D/V 7 (Informar dígito se existir)		CONTA NRO. 0045874 D/V 0 (Informar dígito se existir)		BANCO Nome _____ NRO. _____		AGÊNCIA NRO. _____ D/V _____	
				CONTA NRO. _____ D/V _____			

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

CANTO DO AURITI 03 de DEZEMBRO de 2018

Local e Data

x marcela da silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Governo do Estado do Piauí
Secretaria de Segurança Pública
Delegacia Geral de Polícia Civil
SisBO - Sistema de Boletim de Ocorrência



830 v. 1.0

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 172686.000072/2018-88

Complementar ao BO Nº: 172686.000070/2018-99

Unidade de Registro:

Resp. pelo Registro: Nivaldo Rodrigues De Sousa

Data/Hora: 28/09/2018 - 09:08

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DP DE ISAIAS COELHO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

ISAIAS COELHO

Endereço

LOCALIDADE LAGOA DA FORQUILHA - ZONA RURAL DE ISAIAS COELHO/PI, Nº:

Complemento

Data/Hora

11/02/2018 - 12:00

Bairro

INFORMAR NO COMPLEMENTO

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: MARCIELA DA SILVA

RG: 2858491 SSP PI

Mãe: ADERCI MARIA DA SILVA

Endereço: LOCALIDADE LAGOA DA FORQUILHA, Nº S/N

Complemento: ZONA RURAL

Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Cidade: ISAIAS COELHO

Telefone(s): 89-9423-4826

Tipo Envolv.: VITIMAS/Noticiante

"DOCUMENTO ORIGINAL"

MEDIDA CORRETORA DE SEGUROS

Recebido em: 18/12/18

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca: Modelo:

1 - HONDA CG150 FAN ESDI

Condutor: MARCIELA DA SILVA

RG: 2858491 Órgão: SSP UF RG: PI

End: LOCALIDADE LAGOA DA FORQUILHA Número: S/N Complemento: ZONA RURAL

Cidade: ISAIAS COELHO UF: PI Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Proprietário: MARCIELA DA SILVA

End: LOC LAGOA DA FORQUILHA Número: S/N

Cidade: ISAIAS COELHO UF: Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

RELATO DA OCORRÊNCIA

Noticiante relata que na data e hora acima mencionada, que conduzindo a motocicleta acima discriminada pela Localidade Lagoa da Forquilha, Zona Rural de Isaias Coelho/PI; QUE ao adentrar em uma curva, foi surpreendida com uma motocicleta que vinha em sentido contrário invadindo a sua mão; QUE não conseguiu desviar da motocicleta colidiu com a mesma de frente; QUE após a colisão foi arremessada para fora da pista e perdeu os sentidos; QUE do impacto sofreu FRATURA MID (TÍBIA + FIBULA) DA PERNA DIREITA; QUE foi socorrida por populares e levada até o Hospital Municipal Joaquim Marques, na cidade de Isaias Coelho/PI, em seguida para a o hospital estadual José de Moura Fé na cidade de Simplicio Mendes/PI; QUE foi transferida para o Hospital Militar do Piauí, em Teresina/PI. Era o que tinha a relatar.///

Nivaldo Rodrigues De Sousa - Mat. 0100293
ESCRIVÃO DE POLÍCIA

MARCIELA DA SILVA - Noticiante
Responsável pela Informação

Luciano Santana dos Santos
DELEGADO DE POLÍCIA
Mat. 318.270 - 3

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos – Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interdita com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

MARCIELA DA SILVA

CPF da Vítima

042 886 013-39

Data do Acidente

11.02.2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

MARCIELA DA SILVA

CPF do Representante legal

042 886 013-39

Email

Telefone (DDD)

189 19977-5188

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

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

CANTO DO BURITI 03 de DEZEMBRO de 2018

Local e Data

Marciele da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DOCUMENTO ORIGINAL
RECEBIDA CORRETORA DE SEGUROS
Recebido em: 11/12/18