



COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Fone: Estrelado 13.361.387-2
Era Piauí - Comarca de Energia Elétrica - Série B-3
Regime especial da imprensa autorizada pela SECEMA/CE/PI

Para contato com a
Eletrobras, informe
esse NÚMERO

1286786-1

Scanned by Nisha Purohit 01911657

A Tertúlia Social da Energia Elétrica – TSEE foi criada
pela Lei nº 10.433 de 28 de abril de 2002.

CONTRATO	VENCIMENTO	CONSUMO X R\$	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: 64.570-000 - ISAIAS COELHO

ROT: /4.783.32.83. (11) 100

DADOS DA LEITURA	710	DATA DA LEITURA	01/02/2018
	625		
Atual:	1.000	Atual:	15/03/2018
Anterior:	85	Anterior:	09/02 / 1.018
Constante de Multiplicação:	85	Próxima Leitura:	15/03/2018
Consumo Médio:	FCAM	Excedente:	
Consumo Tolerado:	NORMAL	Ajustamento:	

COMBATE AO MOSQUITO DA DENGUE, ZIKA E CHIKUNGUNYA - GOVERNO FEDERAL

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

ABCD 2028 6080 386C 2D9B 9762 1081 7BDFF

2014-2015 学年高二物理月考试卷

6,87 13,74 27,48 3,61 7,22 14,45 3,97
0,00 0,00 0,00

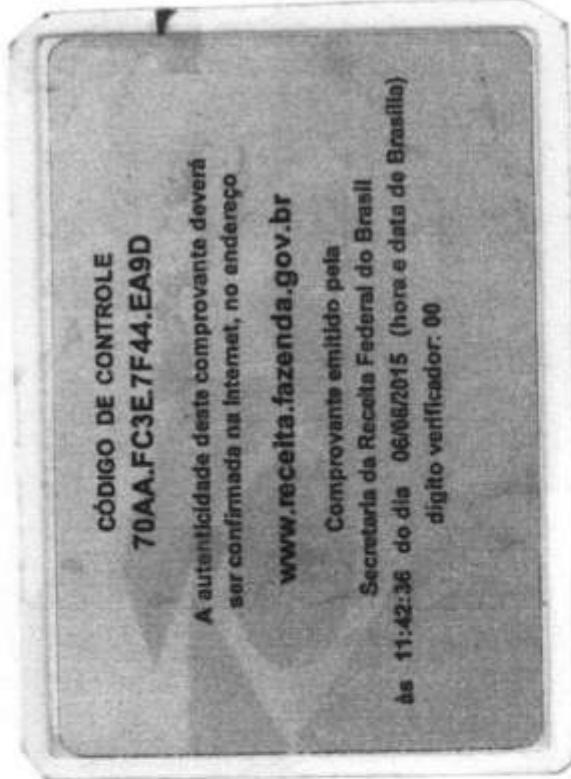
ETMBI-1010 MENDES

12/2017

60,85

07-122-7283-82-82-011887

SEU CÓDIGO TOTAL A PAGAR



[Signature]
MEDIDA CORRETORA DE SEGUROS
Recebido em: 28/10/18

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0448971/18

Vítima: MARCIELA DA SILVA

CPF: 042.886.013-39

CPF de: Próprio

Data do acidente: 11/02/2018

Titular do CPF: MARCIELA DA SILVA

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

MARCIELA DA SILVA

JOSE DE DEUS FREITAS AGUIAR FILHO

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, 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



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, 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.

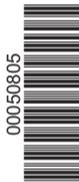
O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

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



**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO
DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12.**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 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.

E 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

MARCIELA DA SILVA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	MARCIELA DA SILVA	CPF titular da conta	042 886 013-39	Profissão	RECUSA
Endereço	LOCALIDADE 1 A 500 DA FORQUILHA	Número	S/N	Complemento	CASA
Bairro	ZONA RURAL	Cidade	ISAIAS COELHO	Estado	PIAUI
Email	(89) 9999-5188				
CEP	69 570-000				
Telefone (DDD)					

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"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
0937	7	0045874	0

(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO
Nome: _____ NRO. _____

AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
_____	_____	_____	_____

(Informar dígito se existir)

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 NORTE 03 de DEZEMBRO de 2018

Local e Data:

x marciela da silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DOCUMENTO ORIGINAL
MEDIDA CORRETTA DE SEGUROS
recebido em 18/12/18





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: 172686.000070/2018-89

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 ISAÍAS COELHO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

ISAÍAS COELHO

Endereço

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

Complemento

Bairro

INFORMAR NO COMPLEMENTO

Ponto de Referência

Data/Hora

11/02/2018 - 12:00

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: ISAÍAS COELHO

Telefone(s): 89-9423-4826

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante
"DOCUMENTO OFICIAL"

MEDIDA CORRETORA DE SEGUROS

Recebido em: 18/11/2018

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca:	Modelo:	Ano:	Placa:	Chassi:	Renavam:	Cor:
1 - HONDA	CG150 FAN ESDI	2014	PIB5572	9C2KC1680ER519737	01295106458	Preta
Condutor:	MARCIELA DA SILVA					
RG:	2858491	Órgão:	SSP UF RG: PI			
End:	LOCALIDADE LAGOA DA FORQUILHA	Número:	S/N	Complemento:	ZONA RURAL	
Cidade:	ISAÍAS COELHO	UF:	PI	Bairro:	INFORMAR NO COMPLEMENTO	
Proprietário:	MARCIELA DA SILVA					
End:	LOC LAGOA DA FORQUILHA	Número:	S/N			
Cidade:	ISAÍAS 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 Isaías 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 Isaías Coelho/PI, em seguida para 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

Marcilia da Silva
MARCIELA DA SILVA - Noticiante
Responsável pela Informação

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

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - 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 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima

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

092 886 013-39

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:

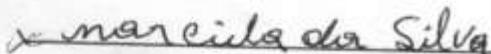
- Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha 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.

CASO DO RUTI 03 de DEZEMBRO de 2018

Local e Data



Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

DALI.001 V001/2017

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Recebido em: 11/12/18

"DOCUMENTO ORIGINAIS"
"MEDIDA CORRETORA DE SEGUROS"
"Assinatura de Marciela da Silva"