
Rio de Janeiro, 06 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200097322

Vítima: WELLINGTON ROSA DA SILVA

Data do Acidente: 21/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), WELLINGTON ROSA 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, 10 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200097322

Vítima: WELLINGTON ROSA DA SILVA

Data do Acidente: 21/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), WELLINGTON ROSA DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o(a) senhor(a) é proprietário(a) do veículo envolvido no acidente e, por não ter efetuado o pagamento do prêmio do Seguro DPVAT até o vencimento, não terá direito à indenização, conforme Resolução CNSP nº 332, de 2015.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 324-551-948-3 3 - CPF da vítima: Wellington Rosa do Silva 4 - Nome completo da vítima: Wellington Rosa do Silva

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

5 - Nome completo: Wellington Rosa do Silva 6 - CPF: 324-551-948-36
7 - Profissão: Técnico 8 - Endereço: Rua Gládiva 9 - Número: 32 10 - Complemento: ES
11 - Bairro: Novo Comarcão 12 - Cidade: Comarcão 13 - Estado: PE 14 - CEP: 554-390
15 - E-mail: (83) 99734011

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)
AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Santander
AGÊNCIA: 4059 CONTA: 010533429
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
- 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.

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 IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder 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 teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai 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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Recife, 03 de março 2020

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
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO

DELEGACIA DE POLÍCIA DA 011ª CIRCUNSCRIÇÃO - AFOGADOS - DP11ªCIRC DIM/4ªDESEC

BOLETIM DE Ocorrência Nº. 19E0101004495

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 13/12/2019 às 15:43

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado) que aconteceu no dia 21/11/2019 às 17:20

Fato ocorrido no endereço: **BR 101, PROXIMO A CEASA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **BARRO DE BARRO (BAIRRO), 01 - Bairro: BARRO - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
WELLINGTON ROSA DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): WELLINGTON ROSA DA SILVA
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO

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

WELLINGTON ROSA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: CLEIDE BARBOSA DA SILVA Pai: MAX ROSA DA SILVA Data de Nascimento: **15/7/1982** Nacionalidade: **SAO LOURENCO DA MATA / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **RUA DOS GLADIOLOS, 12 - CEP: 53000-000 - Bairro: CENTRO - CAMARAGIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Nacionalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

CARRO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): DESCONHECIDO, que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/GM/CRUZE** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRATA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): WELLINGTON ROSA DA SILVA, que estava em posse do(a) Sr(a): WELLINGTON ROSA DA SILVA
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KM4989 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)**
Ano Fabricação/Modelo: **2012/2013**

Complemento / Observação

A VITIMA RELATA QUE ESTAVA NA BR 101 PROXIMO A CEASA SENTIDO RECIFE. QUANDO UM CARRO MUDOU DE FAIXA E BATEU NA MOTO DA VITIMA. LEVANDO A VITIMA A CAIR DA MOTO E SE MACHUCAR. A VITIMA FOI SOCORRIDA PELO BOMBEIRO E LEVADO PARA HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS.

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

X *Wellington Rosa da Silva*
WELLINGTON ROSA DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **RENATO PEREIRA CARVALHO** - Matrícula: **350651-7**

Renato Pereira Carvalho

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 324-551-948-3 3 - CPF da vítima: Wellington Rosa do Silva 4 - Nome completo da vítima: Wellington Rosa do Silva

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

5 - Nome completo: Wellington Rosa do Silva 6 - CPF: 324-551-948-36
7 - Profissão: Técnico 8 - Endereço: Rua Gládiva 9 - Número: 32 10 - Complemento: ES
11 - Bairro: Novo Comarcão 12 - Cidade: Comarcão 13 - Estado: PE 14 - CEP: 554-390
15 - E-mail: (83) 99734011

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)
AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Santander
AGÊNCIA: 4059 CONTA: 010533429
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
- 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.

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 IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder 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 teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai 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 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
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 - 1ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Recife, 03 de março 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO

CERTIDÃO

Certidão nº 2019APH001373 Div. Op.

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr(a). WELLINGTON ROSA DA SILVA, 37 anos, BRASILEIRO(a), CASADO(a), RG nº 7098963 SDSPE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 324.151.948-16, residente à RUA DOS GRADIOS, nº 12, , CENTRO, CAMARAGIBE-PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 21/11/2019, por volta das 17:31 hs, no endereço: RODOVIA BR 101, S/N, BARRO RECIFE-PE, referente a um(a) COLISÃO, envolvendo AUTOMÓVEL CRUZE, PRATA; MOTOCICLETA HONDA CG 150, VERMELHA, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr(ª) WELLINGTON ROSA DA SILVA, inscrito sob o CPF nº 324.151.948-16 e Registro Geral nº 7098963, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) CB 710368-9 GUTEMBERG. Foi transportado(a) para o HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS. Registrado(a) com o prontuário nº 1100415. Ficou aos cuidados do médico XXX, registro XXX. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

Posição em 05/12/2019

A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site <http://www.cbm.pe.gov.br/>, consultar protocolo nº 2019APH001373

Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife/PE - CEP 50050-180

Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 00.358.773/0001-44



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02
NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
 Companhia Energética de Pernambuco
 Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-602
 CNPJ 10.835.932/0001-08 | Ins. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
 IOLANDA SILVEIRA DE CASTRO

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
 RUA GLADIÓLOS 12 CS-

CPF 167 136 644-15

BAIRRO NOVO/CAMARAGIBE
 CAMARAGIBE FE
 54759-390

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
 RESIDENCIAL

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
7002604501	10/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA PRECATORIO/CONTABILIZADO
11/11/2019	16/11/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	
137,31	

Nº DA NOTA FISCAL	SERIE	EMISSÃO
081119811	UNICA	18/10/2019
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
18/10/2019	3001939037	5154305

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	146,0000000	0,81089952	118,36
Acrescimo Bandeira AMARELA			1,56
Acrescimo Bandeira VERMELHA			4,42
Contrib. Rum. Pública Municipal			9,89
ICMS Subvenção-CDE-NF 073558859-15/08/19			0,80
Multa por atraso-NF 073558859-15/08/19			1,96
Juros por atraso-NF 073558859-15/08/19			0,32

TOTAL DA FATURA

137,31

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
301012148	CA1	13-09-2019	11 972,00	16-10-2019	12 118,00	33	1,00000		146,00

HISTÓRICO DE CONSUMO

Mês/ano 1919	Consumo (kWh)
OUT 19	145
SET 19	125
AGO 19	111
JUL 19	127
JUN 19	126
MAI 19	138
ABR 19	131
MAR 19	135
FEV 19	140
JAN 19	131
DEZ 18	153
NOV 18	115
OUT 18	45

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS 124,34	25,00	31,08
PIS 124,34	1,29	1,60
COPINS 124,34	5,95	7,39

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Geração de Energia	39,35	31,55%
Transmissão	4,31	3,47%
Distribuição (Celpe)	26,20	21,07%
Perdas de Energia	8,25	6,54%
Encargos Setoriais	6,16	4,85%
Tributos	40,07	32,22%
Total	124,34	100%

TARIFAS APLICADAS

Consumo Ativo (kWh) 0,54933000

RESERVADO AO RISCO

B49D E4BB 330A 4793 18EE 3DEB 7E42 8CD8

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você: lojas e laticínios - rua emerson pimanteiro no 222 loja b bairro novo do carmelito / supermercado açucos - rua alba cabral de souza 502 dos estaleiros, esta completa em www.celpe.com.br. Na data de leitura e bandeira em vigor e a Amarela. Mais informações em www.aneel.gov.br. Cobrança CMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 38.459/13. O cliente é compensado quando há variação na contabilidade individual ou do nível de tensão de fornecimento. Pagto em atraso para multa 24(R\$14445252,3) Juros 1% (R\$ 43862) e atualização monetária no prox. mês. O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial. Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.

ATENÇÃO! A CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO

EM ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSAM CORTES

Vencido	Direto	Valor	Vencido	Direto	Valor
08/10/19	18/10/19	115,31			

Este comunicado NÃO substitui aviso de débitos anteriores e NÃO contempla débitos em discussão judicial. Caso a suspensão do fornecimento persista por dois ciclos de faturamento, poderá ocorrer o encerramento do contrato, podendo também ocorrer cobrança conforme os critérios definidos no art. 99 REN 414/Anel. Podem ocorrer ações de cobrança, bem como inclusão nos registros de restrições de crédito SPC e SERASA.

As condições gerais de fornecimento estão no ANEL 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

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

CONJUNTO	VALOR APROVADO	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL
CAMARAGIBE	ago/2019			
DIC	0,00	5,16	10,36	20,77
FIC	0,00	3,23	6,47	12,95
DAIC	0,00	2,84	0,00	0,00

Limite DIC: 12,22

EUSD - Valor do Encargo de Uso do Sistema de Distribuição = R\$ 43,58

NÍVEIS DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)
	MÍNIMO MÁXIMO
220	202 231

CONTA CONTRATO MÊS/ANO DATA DE VENCIMENTO TOTAL A PAGAR (R\$)

7002604501 10/2019 11/11/2019 137,31

83840000001-4 37310011007-4 00260450110-9 14276166293-8



INFORMAÇÃO PARA REGISTRO EM RENDIMENTO DE SERVIÇO



Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
Hospital Otávio de Freitas

Nome: WELLINGTON ROSA DA SILVA
Sexo: MASCULINO
Mãe: CLEIDE BARBOSA DA SILVA
Endereço: RUA DOS GRATILHOS, N.º 12 - : BAIRRO: TIMBI - CIDADE: CAMARAGIBE - UF: PE

Idade: 37 Anos 5 Meses 24 Dias
CNS: 708900791886710
Contatos: 81. 85041863 | Celular: 81.

Nasc. 15/07/1982

Dados do Atendimento:

Data/Hora Atend.: 21/11/2019 18:28
Prontuário: 1100415
Nº. Atendimento: 3404016
Serviço: CIRURGIA

Enfermaria/Leito:

Médico:
ARTUR FREIRE SOARES

Admissão

Queixa Principal

DOR EM MÃO E ANTEBRAÇO ESQUERDO HÁ 2H

História Clínica

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO HÁ +- 2H. NEGA TCE/VÔMITOS/DESMAIOS. RELATA DOR EM ANTEBRAÇO E MÃO ESQUERDA.

Exame Físico

PRESENÇA DE FRATURA EXPOSTA DE 5 QDE
ESCORIAÇÃO EM COTOVELO ESQUERDO COM EXPOSIÇÃO ÓSSEA DE ULNA PROXIMAL

Observações

SEM RADIOGRAFIAS

Conduta

SOLICITO RX MÃO ESQUERDA + ANTEBRAÇO + COTOVELO ESQUERDOS

ARTUR FREIRE SOARES - CRM: Nº.26910

Data/Hora: 21/11/2019 - 19:18

Artur Freire Soares
08/01/20
CADASTRADO
SAME/HOF



Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
Hospital Otávio de Freitas

Paciente:
WELLINGTON ROSA DA SILVA

Idade:
37 Anos 4 Meses 7 Dias

Prontuário
1100415

Atendimento: Dt Atend.
3404068 21/11/2019

ENTREVISTA SERVIÇO SOCIAL

SETOR: AREA VERDE ORTOPEDIA-VE-ORT02		DATA: 22/11/2019
NOME: WELLINGTON ROSA DA SILVA		
NOME SOCIAL: -----		
IDADE: 37 Anos 4 Meses 7 Dias	DATA DE NASCIMENTO: 15/07/1982	ESTADO CIVIL: Solteiro
MÃE: CLEIDE BARBOSA DA SILVA		
PAI: MAX ROSA DA SILVA		
ENDEREÇO: RUA DOS GRATILHOS, N.º 12 - : BAIRRO: TIMBI - CIDADE: CAMARAGIBE - UF: PE		
PONTO DE REFERENCIA: MERCADO PÚBLICO		
TELEFONES: 985041863 (CIBELE-COMPANHEIRA)		
ENTREVISTADO(A): CIBELE ALBUQUERQUE DE CASTRO		PARENTESCO: COMPANHEIRA
DOCUMENTOS: POSSUI ☒ NÃO ☐ APRESENTADOS: RG: 7.098.963 SDS/PE		
1º ATENDIMENTO ☒ READMITIDO ☐		PROCEDENCIA: BOMBEIRO
ACOMPANHANTE: SOZINHO		PARENTESCO: -----
TABAGISMO: NÃO ☒ SIM ☐ ABANDONO ☐ DEPENDENCIA ☐		USO DE ALCOOL: NÃO ☐ SIM ☒ ABANDONO ☐ DEPENDENCIA ☐
OUTRAS DROGAS: NÃO ☒ SIM ☐ ABANDONO ☐ DEPENDENCIA ☐		
PESSOA COM DEFICIENCIA: NÃO ☒ SIM ☐ QUAIS: VISUAL ☐ FISICA ☐ AUDITIVA ☐ MENTAL ☐ OUTRAS ☐		
REDE DE APOIO: SUS / SUAS	AMBULATORIO ☐ PSF ☒ NASF ☐ CAPS (AD) ☐ CAPS (TRANSTORNO MENTAL) ☐ CREAS ☐ CRAS ☒ CENTRO POP ☐	
PROFISSÃO: SOLDADOR		ESCOLARIDADE: ENSINO MEDIO
VINCULO EMPREGATÍCIO: SIM ☒ NÃO ☐		OUTROS:
COMPOSIÇÃO FAMILIAR: MORA COM COMPANHEIRA + FILHO		
APOIO FAMILIAR: SIM ☒ NÃO ☐		BENEFICIO: PREVIDENCIARIO ☐ ASSISTENCIAL ☐ NÃO RECEBE ☒

OBSERVAÇÕES / EVOLUÇÃO

PACIENTE ADMITIDO COM FRATURA EXPOSTA NA MÃO + ESCORIAÇÕES NO COTOVELO + EXPOSIÇÃO ÓSSE DA ULNA. ORIENTO ROTINA + ACOMPANHANTE (25/11/2019)

ASSISTENTE SOCIAL: MARIA CECILIA DA SILVA PEREIRA - CRESS: Nº.CRESS6876

Paciente: 1100415 - WELLINGTON ROSA DA SILVA

Idade: 37 Anos 5 Meses 24 Dias

Data de Nascimento: 15/07/1982

Prestador Assistente: ROGERSON TENORIO DE ANDRADE

Conselho / Número Cons.: CRM - null - 13935

Função: MEDICO(A)

RELATÓRIO DE EVOLUÇÃO

Atendimento 3404068

Leito: TRAU 33-01 - POSTO III Admissão: 21/11/2019 01:21

Convênio: SUS - INTERNACAO

Plano: PLANO UNICO

EVOLUÇÃO: 661368 (FECHADO)Responsável: HENRIQUE CEZAR COUTINHO BARSÍ FILHO
- CRM 27794

Data de Referência: 23/11/2019

Data/Hora do Documento: 23/11/2019 06:15

otropeia

paciente vem ao serviço com historia de queda de moto com fratura exposta de antebraço direito (fx exposta da ulna)

feito ontem cirurgia de na emergneciacom lavagem exaustiva com sf0,9%
paciente evolue com parestersia e edema em msd

obs:abordado na emergencia acesso direto na ulna, o que não ustifica a parestesia

cd: solcito troca de tla e reavaliação pela emergencia

HENRIQUE CEZAR COUTINHO BARSÍ
CRM 27794

Paciente: 1100415 - WELLINGTON ROSA DA SILVA

Idade: 37 Anos 5 Meses 24 Dias

Data de Nascimento: 15/07/1982

Prestador Assistente: ROGERSON TENORIO DE ANDRADE

Conselho / Número Cons.: CRM - null - 13935

Função: MEDICO(A)

RELATÓRIO DE EVOLUÇÃO

Atendimento 3404068

Leito: TRAU 33-01 - POSTO III Admissão: 21/11/2019 01:21

Convênio: SUS - INTERNACAO

Plano: PLANO UNICO

EVOLUÇÃO: 663443 (FECHADO)Responsável: JANDERSON PEREIRA DE CARVALHO - CRM
27896 / ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIAData de Referência: 25/11/2019
Data/Hora do Documento: 25/11/2019 13:53

ortopedia

paciente vem ao serviço com historia de queda de moto com fratura exposta
de antebraço direito (fx exposta da ulna)feito ontem cirurgia de na emergneciacom lavagem exaustiva com sf0,9%
paciente evolue com parestesia e edema em msd

obs:abordado na emergencia acesso direto na ulna, o que não ustifica a parestesia

cd: solcito troca de tla e reavaliação pela emergencia

JANDERSON PEREIRA DE CARVALHO
CRM 27896

Paciente: 1100415 - WELLINGTON ROSA DA SILVA

Idade: 37 Anos 5 Meses 24 Dias

Data de Nascimento: 15/07/1982

Prestador Assistente: ROGERSON TENORIO DE ANDRADE

Conselho / Número Cons.: CRM - null - 13935

Função: MEDICO(A)

RELATÓRIO DE EVOLUÇÃO

Atendimento 3404068

Leito: TRAU 33-02 - POSTO III Admissão: 21/11/2019 01:21

Convênio: SUS - INTERNACAO

Plano: PLANO UNICO

EVOLUÇÃO: 665477 (FECHADO)

Responsável: HENRIQUE CEZAR COUTINHO BARSÍ FILHO
- CRM 27794

Data de Referência: 27/11/2019

Data/Hora do Documento: 27/11/2019 15:01

otropeia

paciente vem ao serviço com historia de queda de moto com fratura exposta de antebraço direito (fx exposta da ulna)

feito ontem cirurgia de na emergneciacom lavagem exaustiva com sf0,9%
paciente evolue com parestersia e edema em msd

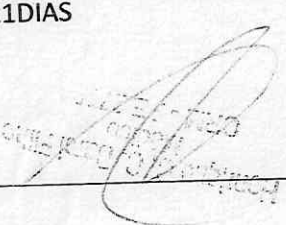
obs:abordado na emergencia acesso direto na ulna, o que não ustifica a parestesia

CD: ALTA

HENRIQUE CEZAR COUTINHO BARSÍ
CRM 27794

RESUMO DE ALTA

NOME : WELLINGTON ROSA DA SILVA		
1100415	ENF:33	Leito: 02

DATA DE ENTRADA: 22/11/2019	DATA DE SAÍDA: 27/11/19
DIAGNÓSTICO DE ENTRADA: FRATURA EXPOSTA DE 5QDE + LESÃO EM COTOVELO ESQUERDO	
DIAGNÓSTICO FINAL: O MESMO	
EVOLUÇÃO/EXAMES (EM ENFERMARIA): PACIENTE INTERNADO COM FRATURA EXPOSTA DE 5QDE + LESÃO EM COTOVELO ESQUERDO, TRATADO NA EMERGENCIA. EVOLUE BEM NO POS OPERATORIO EM ENFERMARIA. COM MELHORA DA LESÃO DE PELE E BOM ASPECTO DA RADIOGRAFIA DE DEDO. SEGUE EM ALTA COM ORIENTAÇÃO DE PRECEPTORIA (DR. HERMES WAGNER) RETORNO AMBULATORIAL E ATBTERAPIA EM CASA	
DEVERÁ COMPARECER AMBULATORIO DE MAO CONTROLE EM: 21DIAS	
 MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM	

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES BURIL

EC-3

IDENTIFICACAO

Wellington Rosa da Silva

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Indústria Gráfica Brasileira Ltda.

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 7.098.963 DATA DE EXPEDIÇÃO 24/05/2019

NOME << WELLINGTON ROSA DA SILVA >>

FILIAÇÃO << MAX ROSA DA SILVA >>
<< CLEIDE BARBOSA DA SILVA >>

NATURALIDADE SÃO LOURENÇO DA MATA - PE DATA DE NASCIMENTO 15/07/1982

DOC ORIGEM << CN.24.373 LA 108 F.109 CART. 1º DIST. SÃO LOURENÇO DA MATA-PE-13.09.1982 >>

CPF 324.151.948-16

Assinatura do Delegado de Polícia

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

Indústria Gráfica Brasileira Ltda.

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS - INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima:	Wellington Rosa da Silva		
Data do Acidente:	CPF da vítima:		
Portador da documentação:			
Qualificação do Portador:	☐ Vítima ☐ Representante Legal, cujo parentesco com a vítima é:		
Endereço do portador:			
Número:	Complemento:	Bairro:	
Cidade:	UF:	CEP:	Telefone: ()
E-mail:			

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE:

- ☒ Formulário de Pedido do Seguro DPVAT
- ☒ Registro de ocorrência expedido pela autoridade policial (cópia simples e legível)
- ☒ Carteira de identidade da vítima ou certidão de nascimento ou certidão de casamento ou carteira de trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação (cópia simples e legível)
- ☒ CPF da vítima (cópia simples e legível)
- ☒ Laudo do IML (cópia simples e legível)
- ☒ Declaração de Ausência de Laudo do IML, presente no Formulário de Pedido do Seguro DPVAT
- ☒ Bóletim de atendimento hospitalar ou ambulatorial (cópia simples e legível)
- ☒ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples e legível)

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE:

- ☐ Carteira de identidade do Representante Legal, se houver, ou certidão de nascimento ou certidão de casamento ou Carteira de Trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação (cópia simples e legível)
 - ☐ CPF do Representante Legal, se houver (cópia simples e legível)
 - ☐ Comprovante de residência em nome do Representante Legal, se houver (cópia simples e legível)
- obs: Representante Legal é quem representa a vítima menor, de 0 a 15 anos. (pais ou tutor)

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS:

- ☐ Formulário de Pedido do Seguro DPVAT
- ☐ Registro de ocorrência expedido pela autoridade policial (cópia simples e legível)
- ☐ Carteira de identidade da vítima ou certidão de nascimento ou certidão de casamento ou carteira de trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação (cópia simples e legível)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples e legível)
- ☐ Relatório do médico assistente, informando as lesões sofridas em decorrência do acidente e o tratamento realizado (cópia simples e legível)
- ☐ Comprovantes (originais e legíveis) das despesas médicas hospitalares quitadas
- ☐ Notas fiscais (originais e legíveis) de farmácia acompanhadas do respectivo receitaário médico (cópia simples e legível)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples e legível)

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS:

- ☐ Carteira de identidade do Representante Legal, se houver, ou certidão de nascimento ou certidão de casamento ou Carteira de Trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação (cópia simples e legível)
 - ☐ CPF do representante legal, se houver (cópia simples e legível)
 - ☐ Comprovante de residência em nome do representante legal, se houver (cópia simples e legível)
- obs: Representante Legal é quem representa a vítima menor, de 0 a 15 anos. (pais ou tutor)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Morte = R\$ 13.500,00

VALORES DE INDENIZAÇÕES: Invalidez Permanente = até R\$ 13.500,00

Despesas Médicas (DAMS) = até R\$ 2.700,00 (Reembolso)

- O prazo para pagamento da indenização é de 30 dias contados a partir da entrega da documentação completa
- Com base na Legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares, como os listados ao lado, nesse formulário
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue para Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

Data:	03/03/20
Nome:	Paulo
Assinatura:	

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0077607/20

Vítima: WELLINGTON ROSA DA SILVA

CPF: 324.151.948-16

Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A

Data do acidente: 21/11/2019

Titular do CPF: WELLINGTON ROSA DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

WELLINGTON ROSA DA SILVA : 324.151.948-16

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: 03/03/2020
Nome: WELLINGTON ROSA DA SILVA
CPF: 324.151.948-16

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/03/2020
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

WELLINGTON ROSA DA SILVA

RAIANNE SILVA BARBOSA