

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, 22 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200033626

Vítima: OSIEL LUIZ DA SILVA

Data do Acidente: 14/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), OSIEL LUIZ 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, 04 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200033626

Vítima: OSIEL LUIZ DA SILVA

Data do Acidente: 14/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), OSIEL LUIZ DA SILVA

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

Não foi verificada a existência de sequela permanente prevista na tabela da Lei nº 6.194, de 1974, razão pela qual o dano pessoal não possui cobertura pelo Seguro DPVAT.

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

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:

3 - CPF da vítima:

050.133.434-37

4 - Nome completo da vítima:

Oziel Luiz da Silva

AN SUSPENSO 05/2012

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL)

5 - Nome completo:

Oziel Luiz da Silva

050.133.434-37

Nº Cadastro de Pessoa Física

7 - Profissão:

revisor leg.

8 - Endereço:

rua das manas da silva 96

11 - Bairro:

fazenda das manas

12 - Cidade:

Capivari

13 - Estado:

PE

55810.000

15 - E-mail:

emersonaldoassuncao@hotmail.com

(81) 97915-3756

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAÍS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MINOR ENTRE DA 15 ANOS OU

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, conferir comprovante anexo (ANEXO COPA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

 RECUSO INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.001,00 A R\$4.000,00 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA

21 - DADOS BANCÁRIOS:

 BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Brasil

 Bradesco (237) Itaú (341) Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

AGÊNCIA: 0673 CONTA: 44.402

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

2

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/cobertura 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 reque

 Não há IML que atende 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 dias.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalides permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 38, §1º, declarando que esta autorização não significa que a avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar 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 Outro

objeto de setor

24 - Número de dependentes:

0

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

 Sim Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a):

 Sim

não

28 - Vítima teve filhos?

 Sim Não

29 - Se tinha filhos, informar

Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deu

nascer

nascituro (vítima)?

 Sim Não

31 - Vítima

 Sim Não

32 - Se tinha irmãos, declarar

Vivos:

Falecidos:

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por óbito de um dos beneficiários que se enquadrem na seguinte condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verídica poderá gerar a obrigação de responder criminalmente à responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão
digital da
víma ou
beneficiário
não alfabetizado

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 - 1º Nome:

CPF:

Assinatura do 1º beneficiário

39 - 2º Nome:

CPF:

Assinatura do 2º beneficiário

Colpos, 18/12/2019

Oziel Luiz da Silva

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

ENC 001 11/2019

43 - 1º beneficiário

BANCO DO BRASIL S.A.
16/12/2019 - AUTO-ATENDIMENTO - 13.23.58
0007373586

EXTRATO CONTA CORRENTE PARA SIMPLES REFERENCIA

AGÊNCIA: 0073-4 CONTA: 44.402-2
CLIENTE: OSIEL LUIZ DA SILVA

HISTÓRICO	DOCUM.	VALOR
08/12/2019		
Saldo Anterior		9.820



POLÍCIA CIVIL - PE
BOLETIM DE OCORRÊNCIA

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 045ª CIRCUNSCRIÇÃO - CARPINHA - Carpinha
DP45º CIRC DINTER1/11º DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 19EO135004877

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 18/12/2019 às 12:41

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VITIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)
que aconteceu no dia 14/12/2019 às 20:00

FATO ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE CARPINHA, 1, BR-409** - Bairro:
BAIRRO NOVO - CARPINHA/PERNAMBUCO/BRASIL - Ponto de Referência:
EM FREnte A DU DU MOTO
Local do fato: **RODOVIA FEDERAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NAO TEM (AUTOR / AGENTE)
DESCONHECIDO (OUTRO)
OSIEL LUIZ DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

OSIEL LUIZ DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mae: MARIA DE LOURDES DA SILVA PPI: DJALMA LUIZ DA SILVA Data de Nascimento: 29/12/1990
Naturalidade: CARPINHA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 263848/MEX/PE (RG), 68013343437 (CPF), 65678666498 (CNH) Estado Civil: AMASIADO(A) Escolaridade: 11º GRAU INCOMPLETO Profissao: VIGIA
Endereço Residencial: MUNICIPIO DE CARPINHA, 86, RUA PROJETADA 1, TRES MARIAS - CEP: 8 - Bairro: CENTRO - CARPINHA/PERNAMBUCO/BRASIL

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NAO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

NAO TEM (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NAO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

MOTO 01 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): OSIEL LUIZ DA SILVA, que estava em posse do(a) Sr(a): OSIEL LUIZ DA SILVA
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/CB 125 FAN MS Objeto apreendido: Não
Cor: VERMELHA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: PFD 6548 (PERNAMBUCO/CARPINHA) Renavam: 332818844 Chassi:
9G2JU4110BK753031
Ano Fabricação/Modelo: 2011/2011

MOTO 02 (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/CB 125 Objeto apreendido: Não
Cor: PRETA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DELEGACIA DE POLÍCIA A VÍTIMA INFORMANDO QUE O MESMO ESTAVA CONDUZINDO SUA MOTOGICLETA DE CARLOS MOURA EM SENTIDO AO CENTRO DA CIDADE DE CARPINHA, AO CHEGAR EM FRENTE A DUDU MOTO, A VITIMA FEZ UM RETORNO E NAO VIO A MOTOCICLETA DO ENVOLVIDO VINDO EM SENTIDO CONTRARIO, ENTÃO, A MOTOCICLETA DO ENVOLVIDO DESCONHECIDO BATEU NO LADO DIREITO DA VÍTIMA. O DESCONHECIDO PAROU E PRESTOU SOCORRO A VÍTIMA. O ENVOLVIDO LEVOU A VÍTIMA PARA A UNIDADE MISTA DA CIDADE DE CARPINHA. DEPOIS DE A VÍTIMA SER ATENDIDO, O MESMO FOI LIBERADO. NO OUTRO DIA, A VÍTIMA RETORNOU PARA A UNIDADE MISTA DE CARPINHA POIS SEU BRAÇO DIREITO AMANHECEU INCHADO. APOS TIRAREM O RAIO X, VIRAM QUE A VÍTIMA TINHA FRATURADO O BRAÇO DIREITO. A VÍTIMA FOI TRANSFERIDO PARA A UPA DE SÃO LOURENÇO ONDE FOI CONFIRMADO A FRATURA.

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

x *osiel luiz da silva*

OSIEL LUIZ DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: JOSE NAZARIO DA SILVA JUNIOR - Matrícula: 318782-1

KOTE SEGURU
Erica Araujo
30/01/2020

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:

3 - CPF da vítima:

050.133.434-37

4 - Nome completo da vítima:

Oziel Luiz da Silva

AN SUSPENSO 05/2012

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL)

5 - Nome completo:

Oziel Luiz da Silva

050.133.434-37

5 - Número de identificação

7 - Profissão:

revisor

8 - Endereço:

rua 264, 20000-000

7 - Número de identificação

11 - Bairro:

Tres marias

12 - Cidade:

Carpina

13 - Estado:

PE

55810.000

(81) 97915-3756

15 - E-mail:

emersonaldoassuncao@hotmail.com

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAÍS, TUTOR E CURADOR) PARA VITIMA/BENEFICIÁRIO MINOR ENTRE DA 15 ANOS OU

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, conferir comprovante anexo (ANEXO COPIA)

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

 RECUSO INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.000,00 A R\$4.000,00 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA

21 - DADOS BANCÁRIOS:

 BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

22 - DADOS BANCÁRIOS:

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

 Bradesco (237) Itaú (341) Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)AGÊNCIA: 0673

CONTA: 44.402

2

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 0673

CONTA: 44.402

2

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/cobertura

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 em questão.

23 - Grau de Parentesco com a vítima:

24 - Estado Civil da Vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

27 - Se a vítima deixou companheiro(a):

28 - Vítima teve filhos?

29 - Se tinha filhos, informar

30 - Vítima deixou

31 - Vítima

32 - Se tinha irmãos

33 - Vítima

34 - Imprensa

digital da

vítima ou

beneficiário

não alfabetizado

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 - 1º Nome:

CPF:

Assinatura do 1º nome

39 - 2º Nome:

CPF:

Assinatura do 2º nome

40 - Local e Data:

Assinatura do local e data

41 - Assinatura da vítima/beneficiário declarante

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 -

44 -

45 -

46 -

47 -

48 -

49 -

50 -

51 -

52 -

53 -

54 -

55 -

56 -

57 -

58 -

59 -

60 -

61 -

62 -

63 -

64 -

65 -

66 -

67 -

68 -

69 -

70 -

71 -

72 -

73 -

74 -

75 -

76 -

77 -

78 -

79 -

80 -

81 -

82 -

83 -

84 -

85 -

86 -

87 -

88 -

89 -

90 -

91 -

92 -

93 -

94 -

95 -

96 -

97 -

98 -

99 -

100 -

101 -

102 -

103 -

104 -

105 -

106 -

107 -

108 -

109 -

110 -

111 -

112 -

113 -

114 -

115 -

116 -

117 -

118 -

119 -

120 -

121 -

122 -

123 -

124 -

125 -

126 -

127 -

128 -

129 -

130 -

131 -

132 -

133 -

134 -

135 -

136 -

137 -

138 -

139 -

140 -

141 -

142 -

143 -

144 -

145 -

146 -

147 -

148 -

149 -

150 -

151 -

152 -

153 -

154 -

155 -

156 -

157 -

158 -

159 -

160 -

161 -

162 -

163 -

164 -

165 -

166 -

167 -

168 -

169 -

170 -

171 -

172 -

173 -

174 -

175 -

176 -

177 -

178 -

179 -

180 -

181 -

182 -

183 -

184 -

185 -

186 -

187 -

188 -

189 -

190 -

191 -

192 -

193 -

194 -

195 -

196 -

197 -

198 -

199 -

200 -

201 -

202 -

203 -

204 -

205 -

206 -

207 -

208 -

209 -

210 -

211 -

212 -

213 -

214 -

215 -

216 -

217 -

218 -

219 -

220 -

221 -

222 -

223 -

224 -

225 -

226 -

227 -

228 -

229 -

230 -

231 -

232 -

233 -

234 -

235 -

236 -

237 -

238 -

239 -

240 -

241 -

242 -

243 -

244 -

245 -

246 -

247 -

248 -

249 -

250 -

251 -

252 -

253 -

BANCO DO BRASIL S.A.
16/12/2019 - AUTO-ATENDIMENTO - 13.23.58
0007373586

EXTRATO CONTA CORRENTE PARA SIMPLES REFERENCIA

AGÊNCIA: 0073-4 CONTA: 44.402-2
CLIENTE: OSIEL LUIZ DA SILVA

HISTÓRICO	DOCUM.	VALOR
08/12/2019		
Saldo Anterior		9.820

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 | PRONTIDAO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvintes: 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 MARIA DE LOURDES DA SILVA CPF: 014.668.704-35	DATA DE VENCIMENTO 02/01/2020	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 13/12/2019	CONTA CONTRATO 001617156020
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA MOACIR MARIA DA SILVA 96 TRES MARIA/CARPINA 55810-000 CARPINHA PE	TOTAL A PAGAR (R\$) 80,55	DATA DA APRESENTAÇÃO 13/12/2019	Nº DO CLIENTE 2002671670
CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásico		NÚMERO DA NOTA FISCAL 088028200	
RESERVADO AO FISCO 3467.8622.AA71.7644,A48F,621D.7692.35EE		Nº DA INSTALAÇÃO 0000776341	

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

DESCRÍÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)					
Consumo Ativo(kWh)	88,00	0,75727874	66,64					
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,66					
Acréscimo Bandeira VERMELHA			2,99					
Contrib. Bim. Pública Municipal			4,51					
ICMS Subvenção-CDE-NF 080391239-10/10/19			1,48					
Multa por atraso-NF 084103067 - 11/11/19			4,18					
Juros por atraso-NF 084103067 - 11/11/19			0,06					
Atualização IGPM-NF 084103067 - 11/11/19			0,03					
TOTAL DA FATURA			80,55					
INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS								
ICMS	PIS	COFINS						
BASE DE CALCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CALCULO	%	VALOR DO IMPPOSTO	BASE DE CALCULO	%	VALOR DO IMPPOSTO
70,29	25,00	17,57	70,29	0,44	0,30	70,29	2,02	1,41

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo(kWh)	0,84933008	kWh	
DEZ 19		88	
NOV 19		255	
OUT 19		227	
SET 19		197	
AGO 19		178	
JUL 19		237	
JUN 19		268	
MAI 19		269	
ABR 19		257	
MAR 19		302	
FEV 19		363	
JAN 19		252	
DEZ 18		281	

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO		
R\$	%	
geração de Energia	23,71	33,78
transmissão	2,62	3,73
distribuição (celpe)	15,98	22,62
encargos setoriais	3,73	5,31
tributos	19,28	27,44
perdas de energia	0,01	0,01
TOTAL:	70,29	100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
CAT	11/11/2019 0.676,00	13/12/2019 0.764,00	32	1.00000	0,00	88,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 10/01/2020

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

INTERRUPÇÃO	CONJUNTO	VALOR AFIRADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
out/2019					
DIC-No de horas sem Energia	CARPINA	0,00	3,31	10,62	21,25
FIC-No de vezes sem Energia		0,00	3,00	6,66	13,20
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	3,03	0,00	0,00
DICII-Duração de interrupção em dia crítico				Límite DICII: 12,22	
EUUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 26,25					
Nota Consumidor pode consultar a operação das Indicadoras DIC, FIC, DMIC e DICII e quaisquer outras.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! drogaria 3 de outubro; av dr murió silva 133 centro / farmacia costa:
murió silva centroLista completa em www.celpe.com.br.
Na data da leitura, bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em www.aneel.gov.br.
Cobrança ICMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 39.459/13.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pago, em atraso, gera multa 2% (Res.414/ANEEL), Juros 1% a.m (Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês.
O Cliente é compensado quando há des cumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

NIVEIS DE TENSÃO

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

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MES/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
001617156020	12/2019	80,55	02/01/2020	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

838000000009 805500110010 617156020109 143360954731



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Osiel Luiz da Silveira,

RG nº 2 53 840, data de expedição 05/04/17, Órgão MEX/PE

CPF nº 050.133.434-37, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>R. maria maria da silveira</u>
Número	<u>96</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Três marias</u>
Cidade	<u>Carapina</u>
Estado	<u>PE</u>
CEP	<u>55810-000</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 97915-3756</u>
E-mail	<u>marceloamorim91@mail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data:

Oeiras, 18/12/2019

Assinatura do Declarante:

Osiel Luiz da Silveira

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

Frontuário 00043910-0

Nome: OSTE: LUIZ DA SILVA

Inteiro: RUA: PROJETADA 01

Cidade: CARPINA / PE

Documento:

Mae: MARIA DE LOURDES DA SILVA

Profissão:

Bairro: TRÊS MARIAS

CNS:

Idade: 38 ANOS, 11 MESES E 16 DIAS

Dt. Nasc.: 29/12/1980 Sexo: M Est. Civil:

CEP:

Nac: BRASIL

Tel.:

Sisprenatal:

Pai:

Responsável: O MESMO

Últimas Ocorrências

Data	Nº Ocorrência	Motivo do atendimento
15/12/2019 10:08	0078982	CONSULTA
14/12/2019 21:22	0078911	ACIDENTE DE MOTO

RE-CONSULTA

Urgência () Não Urgência () Emergência () Acidente Trabalho () Acidente Trânsito ()

Horário	P.A.		P脉	Peso	Assinatura

Exelhas / Diagnóstico

Tratamento

1) Voltarem 1m ✓
 2) Decadura 1m e ✓
 3) Penicilina 90ex/dia ✓
 ✓ leva

Exames complementares

Impressão diagnóstica

CID

Itinerário da saída:

Residência Internado

Justificativa:

encaminhado:

removido:

Idade:

s ____ h ____ m do dia ____

data saída:

ora saída:

data da impressão: Domingo, 15 de Dezembro de 2019 às 10:08

<input type="checkbox"/> CURATIVO	ADM MEDICAMENTO:		TÉCNICO / COREN
<input type="checkbox"/> NEBULIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> BÁSICO	<input type="checkbox"/> ESP	

Consultas / Atendimento Médico		MÉDICO / PROFESSISSIONAL Médico	
<input type="checkbox"/> urgência básica			
<input type="checkbox"/> observação básica			
<input type="checkbox"/> urgência especializada		HORÁRIO: KOTE SEGUROS Erica Araujo 20/12/2019	
<input type="checkbox"/> observação especializada			

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	TÉCNICO / CONSELHO	HORÁRIO

Recepção: JACIARA AQUINO

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

No. Ocorrência: 0078911

Pronome: ...
 Nome: ...
 Endereço: R. A. PROF. DR.
 Cidade: CARPINA / RS
 Documento:
 Mãe: MARIA DE LOURDES DA SILVA
 Profissão:

Idade: 38 ANOS, 11 MESES E 15 DIAS
 Dr. Nasco: 29/12/1990 Sexo: M Est. Civil:
 CEP:

Bairro: TREES MARIAS
 CNS:

Sisprenatal:
 Pai:
 Responsável: O MESMO

Nac: BRASIL
 Tel.: 0000-0000

Últimas Ocorrências

Data	Nº Ocorrência	Motivo do atendimento
14/12/2019 21:22	0078911	ACIDENTE DE MOTO

RE-CONSULTA

Urgência () Não Urgência () Emergência () Acidente Trabalho () Acidente Trânsito ()

Horário	PA		P脉	Peso	Assinatura

Sintomas / Diagnóstico

Tratamento

faço reforço de BT

C. Zia Renato Ferreira
 Enfermeira
 COREN 11-473.161

W7 ferro levam

Termos complementares

Impressão diagnóstica

CID

Motivo da saída

Ocorrência Internado

Identificação:

Caminhado:

Movido

h ____ m do dia ____

ta saída

ta saída

Data da impressão: Sábado, 14 de Dezembro de 2019 às 21:22

Recepção: JOSEANE

<input type="checkbox"/> CURATIVO	ADM MEDICAMENTO:		TÉCNICO / COREN
<input type="checkbox"/> NEBULIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> BÁSICO	<input type="checkbox"/> ESP	

Consultas / Atendimento Médico:		TÉCNICO / CRM Número - 1500
<input type="checkbox"/> urgência básica	<input type="checkbox"/> urgência especializada	
<input type="checkbox"/> observação básica	<input type="checkbox"/> observação especializada	HORÁRIO:

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	TÉCNICO / CONSELHO	HORÁRIO

KOTE SEGUR
 Erica Araujo
 2019/12/14



UPA 24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
SÃO LOURENÇO

GESTÃO
IMIP

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o (a) senhor (a)

Ostel Lino da S. Araujo

foi atendido (a) neste

serviço no dia: 15/12/19 CID: S525



Necessitando de 15 dias de afastamento de suas atividades (no trabalho ou escola)



Estando apto para voltar ao trabalho.



Como acompanhante.



Outros: _____

Autorizo a divulgação do CID _____ Assinatura do paciente _____

São Lourenço, 15 de dezembro de 20 19

Rodrigo Leite Ferreira
Ortopedista / Traumatologista
CRM-PE 25127

Médico

KOTE SEGURU
Erica Araujo
20/12/2020

UPA 24 HORAS - SAO LOURENCO

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 15/12/2019 12:49



Nome Paciente: OSIEL LUIZ DA SILVA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 29/12/1980
Sexo: Masculino
Idade: 38
Senha: 0063
Convênio:
Atendimento:
SAME:

: 15/12/2019 12:52 - 15/12/2019 12:53

RODRIGO CESAR DE ALBUQUERQUE GOMES - COREN: 12345 - : ENFERMEIRO(A) -

Prioridade: NÃO URGENTE - VERDE

Cor: VERDE

Queixa Principal: PACIENTE RELATA DOR EM MSD APOS QUEDA DE MOTO ONTEM

Observação: DM-
HAS-
ALERGIA

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - EVENTO (TRAUMA) HÁ MAIS DE 6 H

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos: - FREQUENCIA CARDIACA: 90.00 BPM
- P.A. SISTOLICA: 124.00 MMHG
- P.A. DISTOLICA: 82.00 MMHG

KOTE SEGURANÇA
Erica Araújo
Odeleto

Acolhido(a) por: RODRIGO CESAR DE ALBUQUERQUE GOMES - COREN: 12345 - : ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 15/12/2019 12:53

15 12 19
02



KOTE SEGUROS
Erica Araujo
30/11/2020

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200033626 **Cidade:** Carpina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: OSIEL LUIZ DA SILVA **Data do acidente:** 14/12/2019 **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/01/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO DIREITO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. PÁG 4

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL INTENSO DO PUNHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: VÍTIMA JÁ INDENIZADA EM SINISTRO ANTERIOR N°3160635332 EM NÍVEL INTENSO PARA O PUNHO DIREITO. SINISTRO ATUAL LESIONADO NO MESMO SEGMENTO CORPORAL. SEQUELA JÁ INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau intenso - 0 %	0%	R\$ 0,00
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200033626 **Cidade:** Carpina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: OSIEL LUIZ DA SILVA **Data do acidente:** 14/12/2019 **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/01/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO DIREITO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. PÁG 4

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL INTENSO DO PUNHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: VÍTIMA JÁ INDENIZADA EM SINISTRO ANTERIOR N°3160635332 EM NÍVEL INTENSO PARA O PUNHO DIREITO. SINISTRO ATUAL LESIONADO NO MESMO SEGMENTO CORPORAL. SEQUELA JÁ INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau intenso - 0 %	0%	R\$ 0,00
		Total	0 %	R\$ 0,00

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0028528/20

Vítima: OSIEL LUIZ DA SILVA

CPF: 050.133.434-37

CPF de: Próprio

Data do acidente: 14/12/2019

Titular do CPF: OSIEL LUIZ DA SILVA

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

OSIEL LUIZ DA SILVA : 050.133.434-37

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: 21/01/2020
Nome: OSIEL LUIZ DA SILVA
CPF: 050.133.434-37

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/01/2020
Nome: MARIA ERICA ARAUJO COELHO
CPF: 010.626.514-80

OSIEL LUIZ DA SILVA

MARIA ERICA ARAUJO COELHO