

---

**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

---

**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

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: Osil Luiz da Silva

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

5 - Nome completo: Osil Luiz da Silva 6 - RG: 050.133.434-37  
7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 96 10 - Complemento:  
11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 55810-000

15 - E-mail: 16 - Telefone: (81) 97915-3756

DADOS CADASTRAIS

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 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.000,00 ☐ R\$2.001,00 A R\$3.000,00 ☐ ACIMA DE R\$3.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: 0673 4 CONTA: 44.402 2

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

☒ 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do seguro DPVAT, por invalidez permanente decorrente de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa renúncia à avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo  
24 - Grau de Parentesco com a vítima: 25 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

26 - Se a 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 deixou filhos? ☐ Sim ☐ Não  
31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não  
32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte apenas aos beneficiários que se enquadram nesta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcimento e a responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

NÃO ALFABETIZADO

34 - Impressão 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 - 1ª Nome: CPF: Assinatura: 39 - 2ª Nome: CPF: Assinatura:

40 - Local e Data: Carapua, 18/12/2019  
41 - Assinatura da vítima/beneficiário declarante: Osil Luiz da Silva  
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):  
43 - Assinatura da Seguradora:

KOTE SEGUROS  
Erica Araujo

BANCO DO BRASIL S.A.  
15/12/2019 - AUTO-ATENDIMENTO - 13:23:58  
0007373586

EXTRATO CONTA CORRENTE PARA SIMPLES CONFERENCIA

AGENCIA: 0673-4 CONTA: 44.902-2  
CLIENTE: OSIEL LUIZ DA SILVA

HISTORICO	DOCUM.	VALOR
05/10/2019		
Saldo Anterior		9.020



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLICIA DA 045ª CIRCUNSCRIÇÃO - CARPINA - *Carpina*  
DP45ªCIRC DINTER1/11ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº **19E0135004877**

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

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

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE CARPINA, 1, BR-409** - Bairro:  
**BAIRRO NOVO - CARPINA/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência:  
**EM FRENTE A DUDU MOTO**  
Local do Fato: **RODOVIA FEDERAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO 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** Mãe: **MARIA DE LOURDES DA SILVA** Pai: **DJALMA LUIZ DA SILVA** Data de Nascimento: **20/12/1990**  
Naturalidade: **CARPINA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **253849/MEX/PE (RG), 66913343437 (CPF), 95678666496 (CNH)** Estado Civil: **ANOSIADO(A)** Escolaridade: **1º GRAU INCOMPLETO** Profissão: **VIGIA**  
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE CARPINA, 96, RUA PROJETADA 1, TRES MARIAS - CEP: 5 - Bairro: CENTRO - CARPINA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

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

*KOTE SEGUROS  
Erica Araújo  
22/01/2020*

**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/CG 125 FAN KS** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PFO8348** (PERNAMBUCO/CARPINA) Renavam: **332815044** Chassi: **9C2JC4118BR753031**  
Ano Fabricação/Modelo: **2011/2011**

**MOTO 02 (VEICULO)**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 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 MOTOCICLETA DE CARLOS MOURA EM SENTIDO AO CENTRO DA CIDADE DE CARPINA, AO CHEGAR EM FRENTE A DUDU MOTO, A VÍTIMA FEZ UM RETORNO E NÃO VIO A MOTOCICLETA DO ENVOLVIDO VINDO EM SENTIDO CONTRÁRIO, 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 CARPINA. DEPOIS DE A VÍTIMA SER ATENDIDO, O MESMO FOI LIBERADO. NO OUTRO DIA, A VÍTIMA RETORNOU PARA A UNIDADE MISTA DE CARPINA POIS SEU BRAÇO DIREITO AMANHECEU INCHADO. APOS TIRAREM O RAIOS 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**  
(VÍTIMA)

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

*Erica Araujo*  
**KOTE SEGUROS**  
**Erica Araujo**  
**20/11/2020**

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: Osil Luiz da Silva

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

5 - Nome completo: Osil Luiz da Silva  
6 - RG: 050.133.434-37  
7 - Profissão: *meio de*  
8 - Endereço: *rua maria maria da silva*  
9 - Número: 96  
10 - Complemento:  
11 - Bairro: *Três Marias*  
12 - Cidade: *Carapine*  
13 - Estado: *PE*  
14 - CEP: 55810-000  
15 - E-mail: *imovadoassessor@hotmail.com*  
16 - Telefone: (81) 97915-3756

DADOS CADASTRAIS

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 ☐ SEM RENDA  
☐ R\$1,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.001,00 A R\$3.000,00 ☐ R\$3.001,00 A R\$4.000,00 ☐ R\$4.001,00 A R\$5.000,00 ☐ ACIMA

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO  
☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)  
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: *Brasil*  
AGÊNCIA: *0673* *4* CONTA: *44.402* *2*

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

☒ 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.  
Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do seguro DPVAT, por invalidez permanente decorrente de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 38, §1º, declarando que esta autorização não significa renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde de sua conclusão.

**KOTE SEGUROS**  
Erica Araujo

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo  
24 - Grau de Parentesco com a vítima:  
25 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não  
26 - Se a vítima deixou companheiro(a):  
27 - Se a vítima deixou companheiro(a):  
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não  
29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:  
30 - Vítima deixou nascituro(s) (valorar)? ☐ Sim ☐ Não  
31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não  
32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:  
Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte apenas beneficiários que se encontrem nesta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcimento e a responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

34 - Impressão 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 - 1ª Nome: CPF:  
Assinatura de:  
39 - 2ª Nome: CPF:  
Assinatura de:

40 - Local e Data: *Carapine, 18/12/2019*  
*Osil Luiz da Silva*  
41 - Assinatura da vítima/beneficiário declarante

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

BANCO DO BRASIL S.A.  
15/12/2019 - AUTO-ATENDIMENTO - 13:23:58  
0007373586

EXTRATO CONTA CORRENTE PARA SIMPLES CONFERENCIA

AGENCIA: 0673-4 CONTA: 44.902-2  
CLIENTE: OSIEL LUIZ DA SILVA

HISTORICO	DOCUM.	VALOR
05/10/2019		
Saldo Anterior		9.020

## NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA  
DE PERNAMBUCO  
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,  
RECIFE, PERNAMBUCO  
CEP 50050-902  
CNPJ 10.835.932/0001-08  
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02  
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116  
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142  
Ouvidoria 0800 282 5599  
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado  
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos  
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL  
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

## DADOS DO CLIENTE

MARIA DE LOURDES DA SILVA  
CPF: 014.668.704-35

## DATA DE VENCIMENTO

02/01/2020

TOTAL A PAGAR (R\$)

80,55

## DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

13/12/2019

## DATA DA APRESENTAÇÃO

13/12/2019

## NÚMERO DA NOTA FISCAL

088028200

## CONTA CONTRATO

001617156020

Nº DO CLIENTE  
2002671670

## Nº DA INSTALAÇÃO

0000776341

## ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA MOACIR MARIA DA SILVA 96

TRES MARIA/CARPINA  
55810-000 CARPINA PE

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

## CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL  
Monofásico

## RESERVADO AO FISCO

3467.8622.AA71.7644.A48F.621D.7692.35EE

## DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	88,00	0,75727874	66,64
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,66
Acréscimo Bandeira VERMELHA			2,99
Contrib. Ilum. Pública Municipal			4,51
ICMS Subvenção-CDE-NF 0880391239-10/10/19			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
<b>TOTAL DA FATURA</b>			<b>80,55</b>

## INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
70,29	25,00	17,57	70,29	0,44	0,30	70,29	2,02	1,41

## Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo(kWh) 8.58933008

## HISTÓRICO DO CONSUMO

									kWh
Consumo Ativo(kWh)	8.58933008	DEZ 19							88
		NOV 19							255
		OUT 19							227
		SET 19							197
		AGO 19							178
		JUL 19							237
		JUN 19							260
		MAI 19							269
		ABR 19							257
		MAR 19							302
		FEV 19							263
		JAN 19							252
		DEZ 18							261

## 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	27,43
Perdas de Energia	0,01	0,01
<b>TOTAL</b>	<b>70,29</b>	<b>100</b>

## DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
00000003160687923	CAT	11/11/2019	6.576,00	13/12/2019	6.764,00	32	1,00000	0,00	88,00

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

## DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

IRSCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	MÉDIA MENSAL	MÉDIA TRIM.	MÉDIA ANUAL
out/2019					
DIC-Nº de horas sem Energia	CARPINA	0,00	5,31	10,62	21,25
FIC-Nº de vezes sem Energia		0,00	3,30	6,60	13,20
DMC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	2,03	0,00	0,00
DICD-Duração de interrupção em alta crítica					Limite DICD: 12,22
RUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 26,25					
Toda Consumidora pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMC e DICD a qualquer tempo					

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! drogaria 3 de outubro; av dr murilo silva 133 centro / farmacia costa; murilo silva centro. Lista completa em www.celpe.com.br.  
Na data da leitura a 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.  
Pagto, em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês.  
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

## NÍVEIS DE TENSÃO

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

## AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

## DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MES/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO
001617156020	12/2019	80,55	02/01/2020

## TALÃO DE PAGAMENTO

Evite dobrar, perfurar ou rasurar.  
Este canhoto será usado em leitora ótica.

## AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

838000000009 805500110010 617156020109 143360954731



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Osiel Luiz da Silva

RG nº 253840, data de expedição 05/04/17, Órgão MEX 1 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 Nave da Silva</u>
Número	<u>96</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Três Marias</u>
Cidade	<u>Carpina</u>
Estado	<u>PE</u>
CEP	<u>55810-000</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 97915-3756</u>
E-mail	<u>marcelo.amorim@hot-mail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Carpina, 18/12/2019

Assinatura do Declarante: Osiel Luiz da Silva

**BOLETIM DE EMERGÊNCIA**

No. Ocorrência: 0078982

Prontuário: 00043910-0

Nome: OTEL LUIZ DA SILVA

Idade: 38 ANOS, 11 MESES E 16 DIAS

Endereço: RUA: PROJETA DA OI

Dt. Nasc.: 29/12/1980

Sexo: M

Est. Civil:

Cidade: CARPINA/PE

Bairro: TRÊS MARIAS

CEP:

Documento:

CNS:

Nac: BRASIL

Mãe: MARIA DE LOURDES DA SILVA

Sisprenatal:

Tel.:

Profissão:

Pai:

Responsável: O MESMO

**Últimas Ocorrências**

Data	Nº Ocorrência	Motivo do atendimento
14/12/2019 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.	Pulso	Peso	Assinatura

**Sinais / Diagnóstico**

**Tratamento**

1/ Voltar em 1 m  
2/ Deixar em 1 m e  
3/ Remover 90% de

**Exames complementares**

**Impressão diagnóstica**

CID:

**Interno da saída:**

Residência ☐ Internado ☐

**Justificativa:**

**Encaminhado:**

**Removido:**

**Obito:**

às \_\_\_\_\_ h \_\_\_\_\_ m do dia \_\_\_\_\_

**Alta saída:**

**Alta saída:**

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

Recepção: JACIARA AQUINO

<input type="checkbox"/> CURATIVO	ADM MEDICAMENTO: <input type="checkbox"/> BÁSICO <input type="checkbox"/> ESP	TÉCNICO / COREN
<input type="checkbox"/> NEBULIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> RETIRADA DE PONTO	
Consultas / Atendimento Médico:		DR. DAVID OLIVEIRA
<input type="checkbox"/> urgência básica	<input type="checkbox"/> urgência especializada	Médico
<input type="checkbox"/> observação básica	<input type="checkbox"/> observação especializada	HORÁRIO:
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	TÉCNICO / CONSELHO	HORÁRIO

KOTE SEGUROS  
Erica Araújo  
20/11/2020

## BOLETIM DE EMERGÊNCIA

No. Ocorrência: 0078911

PRONTUÁRIO: 123456789

Nome: MARIA DE LOURDES DA SILVA

Idade: 38 ANOS, 11 MESES E 15 DIAS

Endereço: RUA PROJ. OL

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

Cidade: CARPINÁ/SP

Bairro: TRÊS MARIAS

CEP:

Documento:

CNS:

Nac: BRASIL

Mãe: MARIA DE LOURDES DA SILVA

Sisprenatal:

Tel.: 0000-0000

Profissão:

Pai:

Responsável: O MESMO

## 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	P.A.	Pulso	Peso	Assinatura

## Sinais / Diagnóstico

## Tratamento

Faco Reforço de DT

Carla Roberto Ferreira  
Enfermeira  
COREN-SP 473.154

W. J. Ferreira

22/12/2019  
Sendo

## Exames complementares

## Impressão diagnóstica

CID

## Tipo de saída

Exatidão ☐ Internado ☐

## Justificativa:

## Caminhado:

## Procedido:

## Em:

h m do dia

## Data saída:

## Hora saída:

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

Recepcionista: JOSEANE

<input type="checkbox"/> CURATIVO	ADM MEDICAMENTO:	TÉCNICO / COREN
<input type="checkbox"/> NEBULIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> BÁSICO <input type="checkbox"/> ESP <input type="checkbox"/> RETIRADA DE PONTO	
Consultas / Atendimento Médico:		MÉDICO / CRM Márcia Aguiar Médica - 15200
<input type="checkbox"/> urgência básica <input type="checkbox"/> observação básica	<input type="checkbox"/> urgência especializada <input type="checkbox"/> observação especializada	
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	TÉCNICO / CONSELHO	HORÁRIO

KOTE SEGUROS  
Erica Araújo  
20/12/2019



## ATESTADO MÉDICO

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

Osbel Luiz da S. Que

foi atendido (a) neste

serviço no dia: 15/12/19 CID: S525



Necessitando de 15 (Quinze) 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  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM-PE 25727

Médico

KOTE SEGURO  
Erica Araujo  
20/01/2020

Atendimento: 1085827

Data e Hora: 15/12/2019 12:56

Especialidade:

Senha da Classificação:

0063

Paciente: 323074 OSIEL LUIZ DA SILVA

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 29/12/1980

Idade: 38 anos

Convenio: 2

SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: MARIA DE LOURDES DA SILVA

Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA UPA - ORTOPEDISTA

CRM: 693

Endereço: PROGETADA UM

-TRE: -

96

Bairro: BAIRRO NOVO

Cidade/UF: CARPINA

PE

Cep: 55819370

Usuário Atendimento: GLEYCEKSV

RG (Identidade):

Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Fone: 89348877

CRN (Certidão de Registro de Nasc):

Data de Emissão CRN:

**RESUMO DE TRATAMENTO**

Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Temperatura: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Queixa Principal

Dor no antebraço, dor no punho (D)  
Acidente de trânsito (Unidade Vista)  
Abuso de álcool e drogas (D)  
segunda

Exame Físico

Edema no punho (D)  
Dor ao palpato, Mobilização dolorosa

Hipótese Diagnóstico

Fratura distal radi. (D)

Conduta Terapêutica

Re com fratura radi. (D) sem lesão

Prescrição Médica

Fala com dor no antebraço  
to e dor no punho

Abel Correia Lima  
Téc. de Imobilização  
Atig: 8976

Destino: ( ) Encaminhado ao Ambulatório ( ) Residência

Transferido:

Para: Rodrigo Leite Ferreira  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM-PE 25722

Senha:

KOTE SEGURO  
Erica Araújo  
20/12/2019

Carimbo/Médico

Usuário Triagem:

**ALTA MÉDICA**

**ATESTADO**  
( ) SIM ( ) DIAS  
(X) NÃO



1085827

# 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 CARDÍACA: 90.00 BPM  
- P.A. SISTOLICA: 124.00 MMHG  
- P.A. DISTOLICA: 82.00 MMHG

KOTE SEGUROS  
Erica Araujo  
20/01/2020

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

Data Impressão: 15/12/2019 12:53

15 12 19

02



REPÚBLICA FEDERAL DO BRASIL  
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO



VALDILAS TOSTO  
O TERTÓRIO NACIONAL

1421813131

**OSIRIL LUIZ DA SILVA**



END. RESIDENCIAL: C/da VARRIA, 174  
**353840 MMA PE**

CPF: 050.133.474-37 DATA NASCIMEN: 25/12/1980

PLACAO: **DVALMA LUIZ DA SILVA**

MARIA DE LOURDES DA SI  
LVA

PERMANEC: 

REC: 

CAT. HAB: 2.0

CPF: 05013347437

DATA: 06/06/2022

VALID: 24/12/2023

*osiril luiz da Silva*

IDENTIFICACAO PORTUGUESA

VALDILAS TOSTO  
O TERTÓRIO NACIONAL

1421813131

LOCAL: **CARFIMA - PE**



OSIRIL LUIZ DA SILVA  
Garcia Presidente

DATA: 06/06/2022

54279518495  
PER 1421813131

PERNAMBUCO

KOTE SEGUROS  
Erica Araujo  
22/01/2020

# 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

**Valoração 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 Nº3160635332 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

**Valoração 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 Nº3160635332 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

**Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

**Data do acidente:** 14/12/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** OSIEL LUIZ DA SILVA

## 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](http://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

OSIEL LUIZ DA SILVA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

MARIA ERICA ARAUJO COELHO