
Rio de Janeiro, 13 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180583110

Vítima: ALDECI IZIDORO DA SILVA

Data do Acidente: 03/10/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ALDECI IZIDORO DA SILVA

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

Declaração de Inexistência de IML não enviado(a). não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 13 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180583110

Vítima: ALDECI IZIDORO DA SILVA

Data do Acidente: 03/10/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ALDECI IZIDORO 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, 25 de Março de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180583110

Vítima: ALDECI IZIDORO DA SILVA

Data do Acidente: 03/10/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ALDECI IZIDORO DA SILVA

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

Documentação médico-hospitalar

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 25 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180583110

Vítima: ALDECI IZIDORO DA SILVA

Data do Acidente: 03/10/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), ALDECI IZIDORO DA SILVA

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

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta 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

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

| | | |
|---------------------------|--|---|
| Número do Sinistro ou ASL | CPF da Vítima 617.567.334-49 | Nome completo da vítima ALDECI IZIDORO DA SILVA |
|---------------------------|--|---|

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

| | | | |
|---|-------------------------|---|--------------------------------|
| Nome completo ALDECI IZIDORO DA SILVA | | CPF titular da conta 617.567.334-49 | Profissão AGRICULTOR |
| Endereço FAZENDA SACO DO ROMÃO | | Número 490 | Complemento FAZENDA |
| Bairro ZONA RURAL | Cidade FLORES | Estado PE | CEP 56850-000 |
| Email macedomaia1@yahoo.com.br | | Telefone (DDD) (81) 3831.6718 | |

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 | | <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 | | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 | | <input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00 | |
| <input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input checked="" type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104) | | | | <input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos) | | | |
| AGÊNCIA NRO. 1060 D/V <input checked="" type="checkbox"/> | | CONTA NRO. 11155 D/V 4 | | BANCO Nome _____ NRO. _____ | | AGÊNCIA NRO. _____ D/V _____ | |
| (Informar dígito se existir) | | (Informar dígito se existir) | | (Informar dígito se existir) | | (Informar dígito se existir) | |

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

FLORES/PE, 03 de SETEMBRO de 2018
Local e Data

Aldeci Izidoro da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

| |
|---|
|  COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A 12 DEZ 2018 PROTOCOLO AGÊNCIA RECIFE |
|---|

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 179ª CIRCUNSCRIÇÃO - FLORES - DP179ªCIRC
DINTER2/21ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 17E0269000574


Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **19/12/2017** às **11:02**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **19/12/2017** no período da **Tarde**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE FLORES, 1, PE337, PROXIMO AO ANTIGO MATADOURO** - Bairro: **CENTRO - FLORES/PERNAMBUCO/BRASIL**
 Tipo de Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

SEM AUTORIA (AUTOR / AGENTE)
ALDECI IZIDORO DA SILVA (VITIMA)

 **Akson Leite**
 Agente
 Matr. 221.100-9

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **ALDECI IZIDORO DA SILVA**

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

ALDECI IZIDORO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **CARMELITA MARIA DA SILVA**
 IZIDORO Pai: **JOSE IZIDORO SOBRINHO** Data de Nascimento: **25/12/1967** Naturalidade: **NÃO INFORMADO** /
PERNAMBUCO / BRASIL
 Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE FLORES, 1, SITIO SACO DO ROMAO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - FLORES/PERNAMBUCO/BRASIL**

SEM AUTORIA - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **ALDECI IZIDORO DA SILVA** que estava em posse do(a) Sr(a): **ALDECI IZIDORO DA SILVA**
 Tipo de Veículo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**
 Identificação: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PEQ5157 (PERNAMBUCO/FLORES)** Renavam: **338794360** Chassi: **9C2KC1650BR536661**
 Ano Fabricação/Modelo: **2011/2011**



Complemento / Observação

NA DATA DE HOJE O SR ALDECI VEM A ESTA DEPOL INFORMAR QUE TRAFEGAVA COM A SUA MOTOCICLETA, SUPRACITADA, NA PE337, PROXIMO AO MATADOURO ANTIGO QUANDO, NA CURVA, PERDEU O CONTROLE E CAIU. FOI SOCORRIDO AO HOSPITAL DE FLORES POR POPULARES. SEM MAIS, ENCERRO ESTE TERMO.

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

Aldeci Izidoro da Silva

ALDECI IZIDORO DA SILVA

(VITIMA)

Akson Leite
 Akson Leite
 Agente
 Mat. 221.100-9

B.O. registrado por: **AKSON NOAN DE QUEIROZ LEITE MAT. 221100-9 - Matrícula: 221100-9**



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima

CPF da Vítima

Data do Acidente

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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

_____, _____ de _____ de _____
Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: **3180583110** CPF da vítima: **617.567.334-49** Nome completo da vítima: **ALDECI IZIDORO DA SILVA**
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012
Nome completo: **ALDECI IZIDORO DA SILVA** CPF: **617.567.334-49**
Profissão: **RECUSA-SE** Endereço: **FZ. SACO DO ROMÃO** Número: **490** Complemento:
Bairro: **FLORES-RURAL** Cidade: **FLORES** Estado: **PE** CEP: **56850-000**
E-mail: Tel.(DDD):

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ 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: _____

AGÊNCIA: **1060** ☒ CONTA: **11155** ☒
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: ☐ ☐ CONTA: ☐ ☐
(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.

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 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.

Local e Data, **Recife-PE, 21/03/2019**

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

COMPREV VINA E PREVIDÊNCIA S/A

21 MAR 2019

2ª Nome: _____

CPF: _____

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORES
Fundo Municipal de Saúde
Unidade Mista Genésio Francisco Xavier
BOLETIM DE EMERGÊNCIA

49 anos

| | | | |
|--|----------------------|---|--|
| Data e Hora: 03-10-2017 14:48 | | Nº. Ocorrência | |
| Nome: Aldeci Izidoro da Silva | | Data Nascimento: 25-12-67 | |
| Profissão: Agricultor | Sexo: M | Doc. Ident.: | |
| Fone.: 998484633 | SUS: A00404955911146 | | |
| End.: Sítio Saco de Romão | | | |
| Responsável: O mesmo | | | |
| Tipo de Atendimento: | | | |
| Acidente de Trânsito <input checked="" type="checkbox"/> | | Acidente de Trabalho <input type="checkbox"/> | |
| Agressão <input type="checkbox"/> | | Consulta <input type="checkbox"/> | |

Pressão Arterial: 120 X 90. HGT: Pulso: Temp.: Peso:

Histórico e Exame Físico:

QUEDA DE moto há + 7 horas,
desmaiado(-); vômito(-); dor na região mmII
e mmII.

Tratamento:

1) DIPLONA 1 ol ampla + ADI EV

2) DEXAMETASONAL 4mg/ 1ol ampla + ADI EV

3) VOLTAREN 1 ol ampla 1 im.

4) SOLICITO RADIOGRAFIA DE TORNZELO DIREITO
E JOELHO.

Impressão Diagnóstica:

ACIDENTE MOTOCICLISTICO

Destino do Paciente

Residência ☐

Internado ☐

Transferido ☐

Removido para Hospital

Óbito às

horas do dia

Médico - Carimbo e CRM:

Dr Ismael Quintino
Médico
CRM-PE 21466





celpe
neoenergia

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, Pernambuco - CEP 50050-902
CNPJ 10.630.932/0001-98 | Ins. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

DOS DO CLIENTE
ALDECI IZIDORO DA SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
FZ SACO DO ROMÃO 490
FLORES - RURAL/FLORES RURAL
FLORES-PE
58850-000

CPF: 611.567.334-74
CLASSIFICAÇÃO

BJ RURAL
AGROPECUARIA RURAL
Mondáscio

CONTA CONTRATO: 7023683819
DATA DE VIGÊNCIA: 10/2017
DATA DE VIGÊNCIA: 21/11/2017

2011/06/17 2015/06/16 1127051

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

| QUANTIDADE | PREÇO (R\$) | VALOR (R\$) | |
|--|-------------|-------------|-------|
| Consumo Ativo (kWh) | 89,0000000 | 0,49101927 | 43,70 |
| Acrescimo Bandeira AMARELA | | | 0,86 |
| Acrescimo Bandeira VERMELHA | | | 2,87 |
| ICMS Subvenção-CDE-NF 002408866 21/08/17 | | | 0,34 |
| Multa por atraso-NF 002386156 - 20/09/17 | | | 0,63 |
| Juros por atraso-NF 002386156 - 20/09/17 | | | 0,27 |
| Atualização IGPM-NF 002386156 - 20/09/17 | | | 0,12 |
| Compensação DMC 09/17 | | | -1,16 |

TOTAL DA FATURA DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL 47,83

| Nº DO REGISTRO | TIPO DA FUNÇÃO | DATA | ANTERIOR | LEITURA | DATA | ATUAL | LEITURA | Nº DE DIAS | CONSUMO | CONSUMO (kWh) |
|----------------|----------------|------------|-----------|-----------|-----------|-------|---------|------------|---------|---------------|
| LTN28 | CAT | 20/09/2017 | 17 344,00 | 2010/2017 | 17 433,00 | 30 | 1,0000 | | 89,00 | 89,00 |

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO

| Mês/Ano | Consumo (kWh) |
|---------|---------------|
| OUT 17 | 89 |
| SET 17 | 82 |
| AGO 17 | 87 |
| JUL 17 | 76 |
| JUN 17 | 88 |
| MAI 17 | 91 |
| ABR 17 | 86 |
| MAR 17 | 88 |
| FEV 17 | 87 |
| JAN 17 | 97 |
| DEZ 16 | 104 |
| NOV 16 | 100 |
| OUT 16 | |

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

| BASE DE CÁLCULO | % | VALOR DO IMPOSTO |
|-----------------|-------|------------------|
| ICMS | 25,00 | 11,86 |
| PIS | 1,17 | 0,35 |
| COFINS | 5,35 | 2,53 |

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

| Descrição | R\$ | % |
|----------------------|--------------|-------------|
| Geração de Energia | 14,07 | 29,54% |
| Transmissão | 1,24 | 2,61% |
| Distribuição (Celpe) | 10,28 | 21,47% |
| Perdas de Energia | 3,08 | 6,51% |
| Encargos Setoriais | 3,87 | 8,10% |
| Tributos | 14,34 | 30,51% |
| TOTAL | 47,83 | 100% |

Consumo Ativo (kWh) 89,0000000

RESERVADO AO FONDO

540F 5FB2 AE3E BCS4 6810 4F03 64E3 8468

INFORMAÇÕES RELEVANTES

As informações aqui contidas são válidas em vigor e não representam qualquer garantia de continuidade ou permanência. A Celpe não se responsabiliza por danos decorrentes do uso ou não de informações aqui contidas. A Celpe não se responsabiliza por danos decorrentes do uso ou não de informações aqui contidas.

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERFERÊNCIAS

| CONSUMO | VALOR ANUAL | LIMITE ANUAL | LIMITE TRIMESTRAL | LIMITE SEMESTRAL |
|---------|-------------|--------------|-------------------|------------------|
| DEC 17 | 10,83 | 10,83 | 27,32 | 54,64 |
| NOV 17 | 1,00 | 1,00 | 7,57 | 15,14 |
| OUT 17 | 10,83 | 10,83 | 27,32 | 54,64 |

NÍVEL DE VARIAÇÃO

| TENSÃO NOMINAL (V) | LIMITE DE VARIAÇÃO (V) | VALOR |
|--------------------|------------------------|-------|
| 220 | 202 | 231 |

COMPROVAÇÃO DE FREQUÊNCIA S/A

12 DEZ 2018

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

Atestamos que em 12 de dezembro de 2018, a Agência Recife de Energia Elétrica, por meio de seu representante legal, recebeu e analisou a documentação apresentada pelo consumidor, de acordo com o disposto no Art. 4º da Lei 12.007/09. Esta declaração não atestamos a veracidade das informações fornecidas pelo consumidor, mas apenas a veracidade das informações fornecidas pelo consumidor.



PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORES
Fundo Municipal de Saúde
Unidade Mista Genésio Francisco Xavier
BOLETIM DE EMERGÊNCIA

49 anos

| | | | |
|--|----------------------|---|--|
| Data e Hora: 03-10-2017 14:48 | | Nº. Ocorrência | |
| Nome: Aldeci Izidoro da Silva | | Data Nascimento: 25-12-67 | |
| Profissão: Agricultor | Sexo: M | Doc. Ident.: | |
| Fone.: 998484638 | SUS: A00404955911146 | | |
| End.: Sítio Saco de Romão | | | |
| Responsável: O mesmo | | | |
| Tipo de Atendimento: | | | |
| Acidente de Trânsito <input checked="" type="checkbox"/> | | Acidente de Trabalho <input type="checkbox"/> | |
| Agressão <input type="checkbox"/> | | Consulta <input type="checkbox"/> | |

Pressão Arterial: 120 X 90. HGT: Pulso: Temp.: Peso:

Histórico e Exame Físico:

QUEDA DE moto há + 7 horas,
desmaiado(-); vômito(-); dor na região mmII
e mmII.

Tratamento:

1) DIPLONA 100 mg + ADI EV

2) DEXAMETASONA 4mg/100 mg + ADI EV

3) VOLTAREN 100 mg + ADI EV

4) SOLICITO RADIOGRAFIA DE TORNZELO DIREITO
E JOELHO.

Impressão Diagnóstica:

ACIDENTE MOTOCICLISTICO

Destino do Paciente

Residência ☐

Internado ☐

Transferido ☐

Removido para Hospital

Óbito às horas do dia

Médico - Carimbo e CRM:

Dr. Ismael Quintino
Médico
CRM-PE 21466





FLORES

PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORES

Fundo Municipal de Saúde

Unidade Mista Genésio Francisco Xavier

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

49 anos

| | |
|-------------------------------|--|
| Data e Hora: 03-10-2017 14:48 | Nº. Ocorrência |
| Nome: Aldeci Izidoro da Silva | Data Nascimento: 25-12-67 |
| Profissão: Açougueiro | Sexo: M |
| Fone.: 998484633 | SUS: A00404955911146 |
| End.: Sítio Jaco do Romão | |
| Responsável: O mesmo | |
| Tipo de Atendimento: | Acidente de Trânsito <input checked="" type="checkbox"/> Acidente de Trabalho <input type="checkbox"/> |
| | Agressão <input type="checkbox"/> Consulta <input type="checkbox"/> |

| | | | | |
|----------------------------|------|--------|--------|-------|
| Pressão Arterial: 120 X 90 | HGT: | Pulso: | Temp.: | Peso: |
|----------------------------|------|--------|--------|-------|

Histórico e Exame Físico:

Acidose de moto há 4 ± 7 horas,
desmaio(-); vômito(-); dor em região umbilical
e abd.;

Tratamento:

1) DIPLONA 100 mg/100 ml ampola + ADI EV
2) DEXAMETASONA (4mg/100 ml ampola + ADI EV
3) VOLTARENE 100 mg/100 ml ampola 1 EV
4) SOLICITO RADIOGRAFIA DE TÓRAX DIREITO
E JOELHO.

COMPREV
COMPRESSÃO / IDA / PREVENÇÃO SIA
23 ABR 2019

Impressão Diagnóstica:

ACIDENTE MOTOCICLISTA

PROTOCOLO
PREVENÇÃO RECIFE

| | | | |
|------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|
| Destino do Paciente | Residência <input type="checkbox"/> | Internado <input type="checkbox"/> | Transferido <input type="checkbox"/> |
| Removido para Hospital | | | |

Óbito às . horas do dia

Médico - Carimbo e CRM:

Dr. Ismael Quintino


REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITAÇÃO
 CADERNETA NACIONAL DE HABITAÇÃO

NOME: **ALDECI IZIDORO DA SILVA**
 DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR / UF: **4090029 SSP PE**
 CPF: **617.567.334-49** DATA NASCIMENTO: **25/12/1967**
 FILIAÇÃO: **JOSE IZIDORO SOBRINHO**
CARMELITA MARIA DA SILVA IZIDORO
 PERMISSÃO: **---** ACC: **---** CAT. HAB: **A3**
 Nº REGISTRO: **04056819570** VALIDADE: **29/03/2023** 1ª HABILITAÇÃO: **13/03/2007**

OBSERVAÇÕES:
 A

ASSINATURA DO PORTADOR: *Aldeci Izidoro da Silva*
 LOCAL: **SERRA TALHADA - PE** DATA EMISSÃO: **30/03/2017**
 ASSINATURA DO EMISSOR: *Chelita Anderson Sousa Khouri* 44454892165
 Diretor Presidente PR078483573
PERNAMBUCO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
 1421710520
 PROIBIDO PLASTIFICAR
 1421710520

COMPREV
 COMPREV ID. RESCISÃO S/A
 12 DEZ 2018
PROTOCOLO
 AGÊNCIA RECIFE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 013153770726
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD. RENAVAM 338794360 R.N.T.R.C. ***** EXERCÍCIO 2017

NOME
ALDECI IZIDORO DA SILVA

FLORES-PE

CPF / CNPJ
617.567.334-49

PLACA
PEQ5157

PLACA ANT / UF
***** / PE

CHASSI
9C2KC1650BR536661

ESPÉCIE TIPO
PAS / MOTOCICLETA

COMBUSTÍVEL
ALCOO/GASOL

MARCA / MODELO
HONDA/CG 150 TITAN ESD

ANO FAB. 2011 ANO MOD. 2011

CAP / POT / CIL
2P/149CL

CATEGORIA
PARTIC

COR PREDOMINANTE
VERMELHA

COTA ÚNICA
IPVA 2017 QUITADO

VENC. COTA ÚNICA

VENC. / COTAS
1ª *****

FAIXA I.P.V.A.
1

PARCELAMENTO / COTAS

2ª *****
3ª *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)
SEGURO PAGO

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA

FLORES

Charles Andrews Sousa Ribeiro
Diretor Presidente DETRAN/PE

DATA
19/02/17

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PE Nº 013153770726 BILHETE DE SEGURO DPVAT
ALDECI IZIDORO DA SILVA

56850-000

CS FLORES-PE

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO
2017

DATA EMISSÃO
19/02/17

VIA
1

CPF / CNPJ
617.567.334-49

PLACA
PEQ5157

RENAVAM
338794360

MARCA / MODELO
HONDA/CG 150 TITAN ESD

ANO FAB.
2011

CAT. TARE.
09

Nº CHASSI
9C2KC1650BR536661

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)

DETRAN (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)
SEGURO PAGO

IOF (R\$)

TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$)

PAGAMENTO

DATA DE QUITAÇÃO

☐ COTA ÚNICA

☐ PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.508/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT.
ELE NÃO É DE PORTE OBRIGATORIO.

COMPREV
COMPRE' ID. 19/12/2018
12 DEZ 2018
PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180583110 **Cidade:** Flores **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALDECI IZIDORO DA SILVA **Data do acidente:** 03/10/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/04/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO MEMBROS INFERIORES E MEMBROS SUPERIORES.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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 |
|-----------------------------|--|--|-----------|-----------------------|
| | | Total | 0 % | R\$ 0,00 |

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0447944/18

Número do Sinistro: 3180583110

Vítima: ALDECI IZIDORO DA SILVA

CPF: 617.567.334-49

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 03/10/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ALDECI IZIDORO DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 23/04/2019
Nome: ALDECI IZIDORO DA SILVA
CPF: 617.567.334-49

ALDECI IZIDORO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/04/2019
Nome: JOAO VITOR PEREIRA DA SILVA
CPF: 117.852.524-45

JOAO VITOR PEREIRA DA SILVA