

Rio de Janeiro, 22 de Novembro de 2017

Aos Cuidados de: **MARIA JOSE SERAFIM GOMES**

Nº Sinistro: **3170612141**

Vitima: **MARIA JOSE SERAFIM GOMES**

Data do Acidente: **03/11/2016**

Cobertura: **INVALIDEZ**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3170612141**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 11988738



Rio de Janeiro, 22 de Novembro de 2017

Aos Cuidados de: **MARIA JOSE SERAFIM GOMES**

Nº Sinistro: **3170612141**

Vitima: **MARIA JOSE SERAFIM GOMES**

Data do Acidente: **03/11/2016**

Cobertura: **INVALIDEZ**

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3170612141**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovação de ato declaratório faltando página

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

**Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias**, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 11991461



Rio de Janeiro, 21 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **MARIA JOSE SERAFIM GOMES**

Nº Sinistro: **3170612141**  
Vitima: **MARIA JOSE SERAFIM GOMES**  
Data do Acidente: **03/11/2016**  
Cobertura: **INVALIDEZ**

**Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização cadastrado sob o sinistro **número 3170612141**.

Tendo em vista que a pendência não foi sanada no período de 180 dias, informamos que o seu pedido de indenização foi negado.

Caso deseje dar continuidade ao seu pedido de indenização, procure o ponto de atendimento onde o seu processo foi aberto para apresentar os documentos complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12836581



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

035 759 954 - 35

Nome completo da vítima

Maria José Serafim Gomes

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo Maria José Serafim Gomes		CPF titular da conta 035 759 954 - 35	Profissão casual
Endereço Rua União da Costa Gondim		Número S/N	Complemento
Bairro Centro	Cidade Duas Estradas	Estado Paraná	CEP 58 265 000
Email		Telefone (DDD)	

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

SINCLUR/PR

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

09 NOV 2017

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

☒ **CONTA POUANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ BRADESCO (237)
 ☐ BANCO DO BRASIL (001)
 ☐ ITAÚ (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA  
NRO.

1033

DV

CONTA  
NRO.

51052

DV

6

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)

BANCO

Nome

AGÊNCIA  
NRO.

DV

CONTA  
NRO.

DV

(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 Lider 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.

Maria José Serafim Gomes, 25 de Outubro de 2017

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



JINCU/PB

09 NOV. 2017



**CERTIDÃO DE REGISTRO DE Ocorrência**

**Nº 01653.01.2017.1.00.420**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01653.01.2017.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:20 horas do dia 13 de setembro de 2017, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Cleodon Ferreira da Silva, Agente de Investigação, matrícula 1372424, ao final assinado, compareceu Maria Jose Sarafim Gomes, CPF nº 035.759.954-35, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero feminino, profissão Agricultora, filho(a) de Maria de Fatima Gomes e Joao Serafim Gomes, natural de Duas Estradas/PB, nascido(a) em 08/08/1973 (44 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Vereador Jader Costa Gondim, complemento casa, bairro Centro, tendo como ponto de referência Cemiterio, na cidade de Duas Estradas/PB, telefone(s) para contato (83) 99198-6608.

**Dados do(s) Fatos:**

Local: Ladeira Que Dá Acesso Ao Cristo, Outros, Duas Estradas/PB, bairro [Indeterminado]; Tipo do Local: zona rural; Data/Hora: 03/11/16 12:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

QUE VINHA DE GARUPA NA MOTOCICLETA HONDA CG ANO 2003, DE COR VERMELHA, DE PLACAS MMS-6743-PB, CHASSI Nº 9C2JC30213R633449, EM NOME DE JOÃO SERAFIM GOMES E CONDUZIDO PELO MESMO QUANDO CAÍRAM DA REFERIDA MOTOCICLETA, SENDO SOCORRIDA PELO SAMU PARA O HOSPITAL DE TRAUMAS SENADOR HUMBERTO LUCENA CONFORME LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. JOSE DE ARIMATEIA BRAGA CRM PB 2329, DATADO DE 30/03/2017.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 13 de setembro de 2017.

  
CLEODON FERREIRA DA SILVA  
Agente de Investigação

  
MARIA JOSE SARAFIM GOMES  
Noticiante

JINCU/PP

09 NOV, 2017

## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



-0004-

DUT

Eu, Maria José Serafim Gomes, portador da carteira de identidade nº 2099404 e inscrito no CPF/ME sob o nº 035759954-35, residente e domiciliado na Rua Unilande Costa Guedes s/n Centro Cidade Dias Estradas Estado Paraíba, 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 estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido 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 a 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 impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Maria José Serafim Gomes

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

1. Pessoa 18 de Setembro de 2017

Local e data

JINCUR/PB

09 NOV. 2017



"0015"

Comprovante de ato notarial

## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Maria José Serafim GomesRG nº 2099404, data de expedição 22/06/94, Órgão SSP/PB

CPF nº 035759954-35 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>Rua Vinícius Lages Costa Gaudin</u>
Número	<u>S/N</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>Duas Estradas - PB</u>
Estado	<u>Paraíba - PB</u>
CEP	<u>58265000</u>
Telefone de Contato	<u>991986608</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Pessoa 18 de Setembro de 2017Assinatura do Declarante: Maria José Serafim Gomes

JINCUR/PB

09 NOV. 2017



JOAO GERAOM GOMES  
RUA VER JARDE COSTA GONDIM, S/N - CENTRO  
DUAS ESTRADAS APD CEP: 52235-000 (AG-221)

ENFASAT: 25/08/2017 Referência: Ago/2017  
Cidade: SUBSIDIO RESIDENCIAL MONOFASICO Br 230, Km 25 - Cid. Recreio - Jato Preto - PB - CEP 52071-430  
Roteiro: 15 - 33 - 340 - 7030 Nº medidor: 00008755502

**Energisa**

ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
CNPJ 09.095.193/000140 - Ins. Est. 13.015.523-0

Rua Paraná, Centro de Referência: 0001.123-97  
Cid. para Gêh. Atendimento: 000039333

Atendimento ao Cliente ENERGISA **0800 083 0196** Acesso: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Ago/ 2017	25/08/2017	26/09/2017	56811527404

UC (Unidade Consumidora): **5/432333-3**

Canal de contato

*[Area for contact details, mostly illegible]*

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data: 25/07/17 Leitura: 3478	Data: 25/08/17 Leitura: 3594		116	31

Demonstrativo				
CC1 - Desconto				
1000 - Consumo em kWh	165,000 0,248760	119,10	119,10	27,77
2001 - Adic. B. Amizade		0,00	0,00	0,00
2002 - Adic. B. Vermelha		0,00	0,00	0,00
2003 - JUROS DE MORA 07/2017		0,00	0,00	0,00
0905 - MULTA 07/2017		0,00	0,00	0,00

CC1 - Desconto				
1000 - Consumo em kWh	165,000 0,248760	119,10	119,10	27,77
2001 - Adic. B. Amizade		0,00	0,00	0,00
2002 - Adic. B. Vermelha		0,00	0,00	0,00
2003 - JUROS DE MORA 07/2017		0,00	0,00	0,00
0905 - MULTA 07/2017		0,00	0,00	0,00

CC1 Código de Classificação do Item TOTAL 129,20 129,20 24,22 129,78 33 587

Média últimos meses (kWh) **VENCIMENTO 01/09/2017** **TOTAL A PAGAR R\$ 129,20**

Histórico de Consumo (kWh)											
Jul17	229	190	165	120	100	100	100	100	100	100	100

RESERVADO AO FISCO 5767.b706.ead2.c3fc.244d.cc11.1f4f.a696

Indicadores de Qualidade			
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	
COMENSAL	7,88	0,00	COMENSAL
DIS TENSÃO	15,32		
DE AQUILA	20,65		
DE MENSAG	3,59	0,00	DE MENSAG
DE TENSÃO	14,00		
DE TENSÃO	4,31	0,00	DE TENSÃO
DE TENSÃO	12,22		

Composição de Consumo		
Descrição/Anexo	Valor (R\$)	%
Serviço de Uso da Energia/PS	30,22	23,35
Consumo de Energia	41,80	32,33
Serviço de Transmissão	2,12	1,64
Consumo de Energia	11,12	8,58
Serviço de Distribuição	43,50	33,70
Serviço de Iluminação	0,00	0,00
Total	129,20	100,00

Valor de R\$ 0,00 (Ref. 9/2017) R\$ 52,19

**ATENÇÃO** Faturas em atraso

**SINCOR/PB**

09 NOV. 2017



# Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, João Serafim Gomes  
 RG nº 477963, data de expedição 18 / 11 / 06.  
 Órgão SSP, portador do CPF nº 568 145 274-05, com  
 domicílio na cidade de Duas Estradas, no Estado de  
PB, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
R. Ver. José Costa Gondim, nº em.  
 complemento —, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
 mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
 vítima Miguel Serafim Gomes, cujo o condutor era

Veículo: motocicleta  
 Modelo: 2016  
 Ano: 2003  
 Placa: MMS 6743  
 Chassi: 9C2JC30213R633449  
 Data do Acidente: 03.11.2016  
 Local e Data: João Gomes, 25/10/2017

JINCUR/PB

09 NOV. 2017

João Serafim Gomes  
 Assinatura do Declarante)

Assinatura do Condutor (X) caso seja um terceiro que não a vítima redamante do sinistro )

CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL E NOTAS  
 Raquelina Vieira de Oliveira  
 Oficial

Aurência Fonseca Vieira Neta  
 Escrevente Compromissada



☒ Autenticidade

Reconheço a Firma João Serafim Gomes

João Serafim Gomes

Em test. da da verdade

Lagoa de Dentro, 10/09/2017

Raquelina Vieira de Oliveira

Raquelina Vieira de Oliveira  
 Selo Digital  
 Consulte autenticidade em:  
[HTTPS://selodigital.tjpb.jus.br](https://selodigital.tjpb.jus.br)

Selo Digital Nº AFU33562-  
 Consulte autenticidade em:  
[HTTPS://selodigital.tjpb.jus.br](https://selodigital.tjpb.jus.br) AUT6



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA  
DIVISÃO MÉDICA



## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	MARIA JOSE SERAFIM GOMES
DATA DE NASCIMENTO	08/08/73
NOME DA MÃE	MARIA DE FATIMA GOMES

JMCOV/PB

### DADOS EXTRAÍDOS

09 NOV, 2017

BOLETIM DE ENTRADA N.º	958.729
DATA DO ATENDIMENTO	03/11/16
HORA DO ATENDIMENTO	15:45
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA
CID 10	S42.0

### AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, consciente e orientada, Glasgow 15, Aparelho cardiovascular sem alterações. Presença de sinais de enfisema subcutâneo. Abdomen sem alterações. Glasgow 15. TC de tórax, se, sinais de fraturas. Apresenta dor e limitação funcional em ombro direito. Presença de fratura de clavícula direita.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

#### TRATAMENTO:

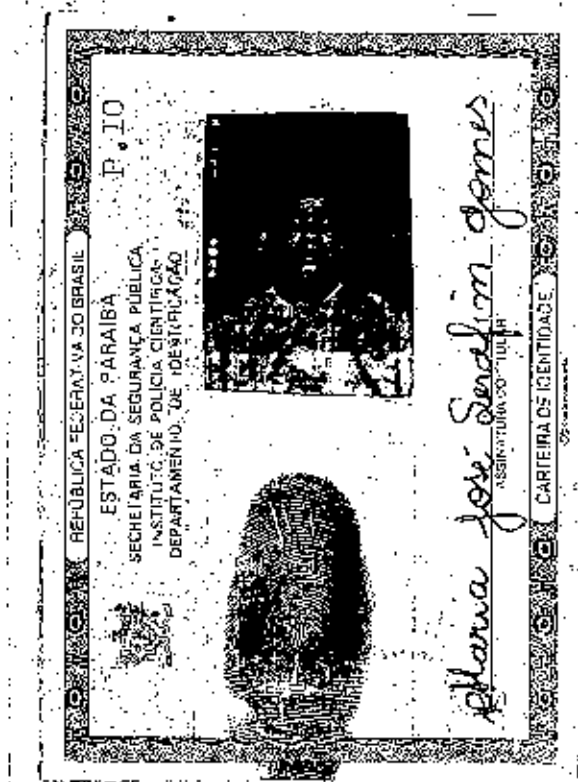
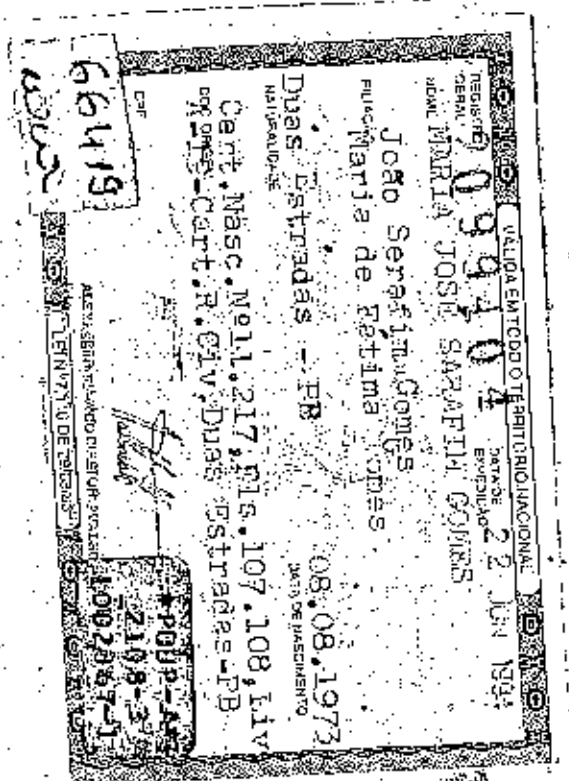
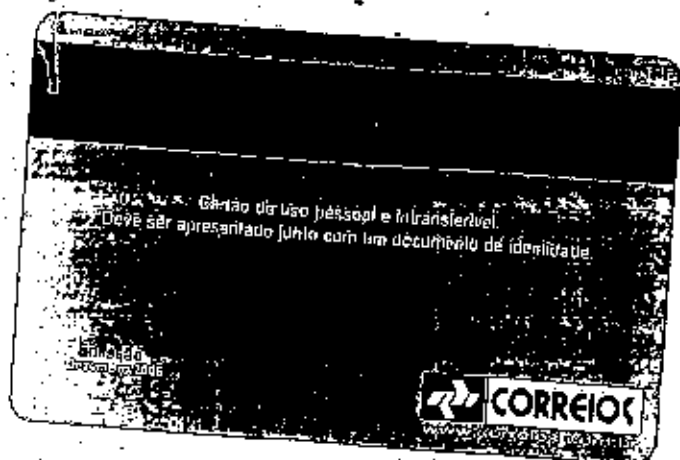
Imobilização com tipoia.

ALTA HOSPITALAR:	04/11/16
DATA DA EMISSÃO:	30/03/17

DR. JOSÉ ALMEIDA BRAGA  
MÉDICO CEMERTEL  
CRM: 2329

Dr. José de Almeida Braga  
CRM: 2329/PB

**ATENÇÃO:** Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO



SINGUPP

69 NOV. 2017



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 012973881885  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD. RENAVAM EXERCÍCIO  
1 00800761901 0070000000 2016

JOAO SERAFIM GOMES

56811527404

PLACA  
MMS6743/PB

PLACANT/UF  
NOVO PB 9C2JC30213R633449

ESPECIE TIPO  
PAS/MOTOCICLE/NAO APPLIC

COMBUSTIVEL  
GASOLINA

MARCA/MODELO  
HONDA/CG 125 TITAN KSE

ANO FAB. ANO MOD.  
2003 2003

CAP/POT/CI  
2 P/124 /CI

CATEGORIA  
PARTIC

COR PREDOMINANTE  
VERMELHA

COTA UNICA VENC. COTA UNICA  
IPVA PAGO EM 23/11/2016

VENC./COTAS  
1º

FAXA IPVA PARCELAMENTO/COTAS  
\*\*\*\*\* 0

2º  
3º

PREMIO TARIFARIO (R\$) ICF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO  
\*\*\*\*\* SEGURO P.A.G.O 04/10/2016

SEM RESERVA DE DOMINIO

DUA3 ESTRADA S/02H DATA  
30/12/2016

PB Nº 012973881885 BILHETE DE SEGURO DPVAT

JOAO SERAFIM GOMES

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

56811527404dpvaisegurodetransito.cnpj=9743/PB  
SAC DPVAT 0800 022 1204

2016 30/12/2016

JOAO SERAFIM GOMES

PLACA

RENAVAM

MARCA/MODELO

ANO FAB. COTA UNICA  
1 56811527404

Nº CHASSI  
MMS6743/PB

00800761901 HONDA/CG 125 TITAN KSE

PREMIO TARIFARIO  
FNS (R\$) 2003 9 GENATRAN (R\$) 9C2JC30213R633449 CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) ICF (R\$) COTA A SERVIDO SEGURO (R\$)

SEGURO DATA DE OUTRACAO

COTA UNICA PARCELADO



SEGURADORA LIDER - DPVAT

CPF 09.249.008/0001-04  
www.seguradoralider.com.br

0800 022 1204

09 NOV. 2017

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
ESTADO DA PARAIBA  
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA - DP - P62  
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

*João Marcolino Gomes*  
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

0029

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 477.963-2 Via DATA DE EXPEDICAO 18-11-2006.

NOME JOAO SERAFIM COMES

Antônio Serafim Comes  
FILIAÇÃO Joséfa Marcolino da Silva

Belém - PB. 10.04.1945  
NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO

Cart. Cas. Nº 2.541; fls. 48-V; 11v. 8-15  
DOC. DÍGEM Cart. de Caiçara - PB.

CPF 568.115.274-04.

José Pessoa - PB *M. Marcolino*  
1. CARIÓTIPO DO SOCORRO DE VITÓRIA DO ALTO

JINCU/PP

09 NOV. 2017

**Energisa**

DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
 Rua da Indústria, 100 - Jd. América - CEP 08011-100  
 São Paulo - SP - Tel: (011) 5081-1000  
 Fax: (011) 5081-1001

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/CNPJ/RANI
Set/2017	26/09/2017	26/10/2017	56541527404

UC (Unidade Consumidora): 5/432333-3

### Canal de contabilitate

AN ADDRESS BY THE PRESIDENT OF THE UNITED STATES OF AMERICA  
TO THE CONGRESS OF THE UNITED STATES  
ON JANUARY 12, 1901

CHNCUR/PP

09 NOV. 2017

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Diário
Data: 25/06/97	Data: 25/06/97			

### Demonstrative

[illegible]

TOTAL		149 87	149 87
TOTAL A PAGAR		149 87	149 87

Média últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	VALOR
03/10/2017	03/10/2017	R\$ 149,87

[illegible]

Agustín

3a51.5e2.1626.a689.97f.6314.6180.3bcb.

Indicadores de Qualidade			Tensão Corrente		Composição do Concreto	
	Limites da ANEL	Acurada	Limite de Tensão (N)		Discriminação	Valor
PRIMEIRA CLASSE	25.000	25.000	25.000	PRIMEIRA CLASSE	25.000	25.000
SEGUNDA CLASSE	20.000	20.000	20.000	SEGUNDA CLASSE	20.000	20.000
TERCEIRA CLASSE	15.000	15.000	15.000	TERCEIRA CLASSE	15.000	15.000
QUARTA CLASSE	10.000	10.000	10.000	QUARTA CLASSE	10.000	10.000
QUINTA CLASSE	5.000	5.000	5.000	QUINTA CLASSE	5.000	5.000
SOMA	75.000	75.000	75.000	SOMA	75.000	75.000
Total			149	Total		

**ATENÇÃO**

### Faturas em atraso

**ATENÇÃO**  
 Rio de Janeiro - Vitorica 22/05/17 Das 08h às 17h - Estacionamento 13 e 14 Nível  
 Exatidão Termino - Vitorica 22/05/17 Das 08h às 17h - Estacionamento 13 e 14 Nível