

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS


 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

SINISTRO

Número do Sinistro: 3150773333

QUALIFICAÇÃO DO EVENTO

Vítima: FELIPE ASLEY TABAIANA

Data do
Acidente: 20/08/2014CPF: 706.556.124-08
Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FELIPE ASLEY TABAIANA

DOCUMENTOS DO SINISTRO

Documento	Status	Motivo	Comentário
Boletim de ocorrência	Entregue		
Certidão de casamento	Dispensado		
Certidão de inexistência de IML	Entregue		
Certidão de nascimento	Dispensado		
Comprovação de ato declaratório	Pendente		
Declaração do Proprietário do Veículo	Dispensado		
Documentação médico-hospitalar	Entregue		
Documentos de identificação	Entregue		
DUT	Entregue		
Laudo do IML - Lesões corporais	Dispensado		
Outros	Entregue		

DOCUMENTOS DAS PESSOAS

Documento	Status	Motivo	Comentário
BENEFICIÁRIO - FELIPE ASLEY TABAIANA			
Alvará judicial	Dispensado		
Autorização de pagamento	Entregue		
Comprovante de residência	Entregue		

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.

Portador da documentação entregue

 Data: 02/09/2015
 Nome: FELIPE ASLEY TABAIANA
 CPF:

Responsável pelo recebimento na seguradora

 Data: 02/09/2015 14:50
 Nome: TATIANA IZABELA CORA FREITAS
 CPF: 129.924.407-60

FELIPE ASLEY TABAIANA

TATIANA IZABELA CORA FREITAS



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
GERÊNCIA EXECUTIVA DE POLÍCIA CIVIL METROPOLITANA
DELEGACIA DE ACIDENTES DE VEÍCULOS DA CAPITAL
Praça Firmino da Silveira, S/N, Varadouro – CEP. 58.010-170 – Fone. (83) 3218-5334



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 2665/2015

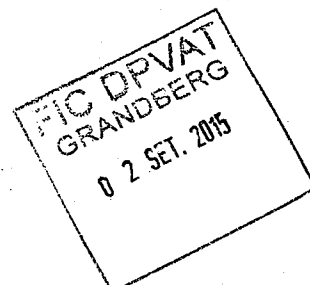
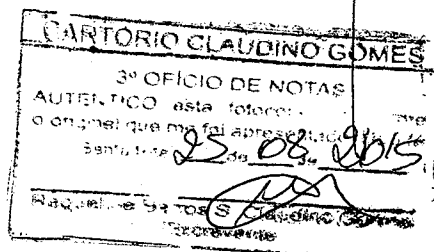
Aos treze dias do mês de agosto do ano de dois mil e quinze, nesta cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba, na Delegacia de Acidentes de Veículos da Capital, sob a responsabilidade do Delegado de Polícia Francisco Deusdedit Leitão Filho, comigo escrivão de seu cargo, ao final assinado, aí por volta das 07:45h, compareceu o (a) Senhor (a): **FELIPE ASLEY TABAIANA**, brasileiro, natural de Santa Rita/PB, solteiro, com 19 anos de idade, Lavador de Carros, Alfabetizado, filho de Severina Maria Tabaiana, RG. 4.255.741-SSP/PB, residente na Rua Dr. Pedrosa, nº 04, centro, Santa Rita/PB, o (a) qual notificou o seguinte: QUE, no dia 20/08/14, por volta das 00:10h, quando se encontrava como carona na motocicleta de marca HONDA/CG 150 FAN ESDI, cor amarela, ano 2012/2013, de placa OGG-5228/PB, chassi nº 9C2KC1680DR302321, de sua propriedade, na ocasião que o condutor desta trafegava pela Rua Nossa Senhora do Rosário, Bairro Popular, na cidade de Santa Rita/PB, após atingir um veículo, perdeu o controle de direção caindo ao solo, e que em decorrência desse fato veio a sofrer ferimentos superficiais, sendo conduzido ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, onde se submeteu a procedimentos médicos. Por este motivo notificou o fato. O referido é verdade, dou fé.

João Pessoa (PB), 13 de agosto de 2015.

Felipe Asley Tabaiana
Notificante

Carlos Antônio Duarte Félix
Escrivão de Polícia Civil
Mat. 135.682-8

Escrivão



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, FELIPE ASLEY TABAÍANA, portador da
carteira de identidade nº 4255747 e inscrito no CPF nº 766 556 124 08,
residente e domiciliado na LOTEAMENTO NILE S/N
CENTRO, Cidade SANTA RITA,
Estado PB, 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
- (X) 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.

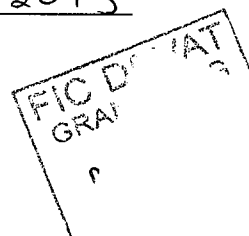
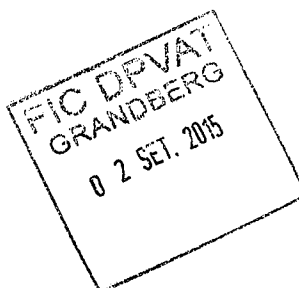
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa
perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao
direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Felipe Asley Tabaiana

Assinatura do declarante
Conforme documento de identificação

JOÃO PESSOA 25. agosto 2015

Local e data





Cruz Vermelha Brasileira

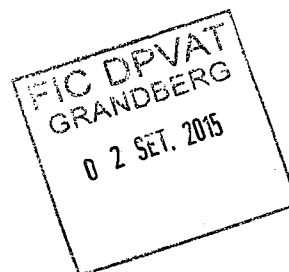
Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

RUA ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM - CNES: 1112234 - Tel.:

Boletim de Atendimento Emergencial: 776335

Identificação do paciente						
ID 775239	Nome FELIPE ASLEY TABAIANA			Sexo Masculino		
Data de nascimento 19/07/1996	Idade 18 anos 10 meses 29 dias	Estado civil SOLTEIRO(A)	Religião EVANGELICA	Prontuário 0		
Mãe SEVERINA MARIA TABAIANA	Pai NAO DECLARADO					
Escolaridade FUNDAMENTAL INCOMPLETO	Responsável (Parentesco) - MAE					
DDD Móvel 83	Fone Móvel 88858473	DDD Fixo	Fone Fixo			
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 4255741	Nº Cns 700008093141906				
Local de procedência SANTA RITA	Tipo MUNICIPIO		UF PB			
Email NAO INFORMADO	Naturalidade SANTA RITA	CBO/R				
Endereço						
CEP 58301190	Município de residência SANTA RITA	UF PB	Logradouro Nossa Senhora do Rosário			
Número 4	Complemento	Bairro Popular				
Admissão						
Data e Hora Prevista 20/08/2014 00:45:15	Número da pulseira 2758572	Convênio SUS				
Especialidade TRAUMATOLOGISTA	Clínica CLINICA TRAUMA E GERAL					
Classificação de risco VERMELHA	Origem do paciente RUA					
Caráter de atendimento URGENCIA	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO				
Indicadores e Transporte						
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Sim	Trauma Sim			
Meio de transporte AMBULANCIA	Quem transportou NAO SE APLICA					
Sinais Vitais						
PA X _____ mmHg	Pulso	Temperatura				
Exames complementares						
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos						
Diagnóstico						CID
Atendido por ANIELLY ARAUJO DOS SANTOS						Tempo 04min 39seg

Imprimir





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	FELIPE ASLEY TABAIANA //
DATA DE NASCIMENTO	19/07/96
NOME DA MÃE	SEVERINA MARIA TABAIANA

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	776.335
PRONTUÁRIO N.º	XXXXXXXXXXXXXXXXXX
DATA DO ATENDIMENTO	20/08/14
HORA DO ATENDIMENTO	00:45
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTO
DIAGNÓSTICO(S)	FERIMENTOS SUPERFICIAIS
CID-10	V29 + T01.8

AVALIAÇÃO INICIAL:

PACIENTE DEU ENTRADA NESTE SERVIÇO, VÍTIMA DE COLISÃO VEÍCULO X MOTO, PROCEDENTE DE SANTA RITA, NEGANDO USO DE CAPACETE (SIC), ENCAMINHADO POR UPA DE CABEDELO. ACIDENTE OCORRIDO ÀS 03 HORAS, L.O.T.E. APRESENTANDO FERIMENTO CORTANTE EM MENTO + DOR E LUXAÇÃO DE QUIRODÁCTILO DIREITO + DOR EM TORNOZELO DIREITO. GLASGOW 15.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX DE MÃO DIREITA
RX DE TORNOZELO

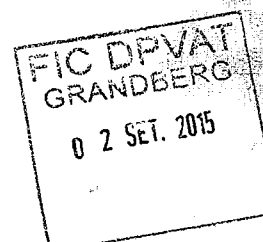
TRATAMENTO:

PACIENTE AVALIADO POR CIR. GERAL + EXAMES RADIOLÓGICOS.

ALTA HOSPITALAR:	20/08/2014
DATA DA EMISSÃO:	29/06/2015


Drª. Joacila Braga Brandão
CRM: 1741/PB

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



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

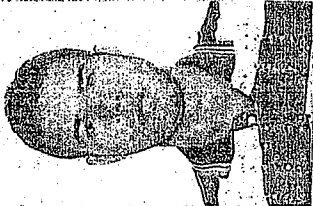
REGISTRO GERAL	4.255.741	DATA DE EXPEDIÇÃO	07/06/2014
NOME	FELIPE ASLEY TABAIANA		
FILIAÇÃO	SEVERINA MARIA TABAIANA		
NATURALIDADE	SANTA RITA-PB	DATA DE NASCIMENTO	19/07/1996
DOC ORIGEM	NASC.N.2598 FLS.100 LIV.A04 CARTORIO SANTA RITA-PB		
CPF	706.556.124-08		

ASSINATURA DO TITULAR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

CARTeira DE IDENTIDADE

Felipe Asley Tabaiana




SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P-124

ESTADO DA PARAÍBA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

FIC DPVAT
GRANDBERG
02 SET. 2015

876602-1232475-20141226

FIC DPVAT
GRANDBERG
02 SET. 2015

15-70773

Nº do Sinistro

Seguro Obrigatório Dpvt - Protocolo de Recepção de Documentos

Nº do Protocolo

INVALIDEZ PERMANENTE**QUALIFICAÇÃO DO EVENTO**

Data do Acidente 20/08/14

Vítima

FELIPE ASLEY TABAÍAMA

CPF 706 556 124 08

Seguradora

QUALIFICAÇÃO DO REQUERENTE

Nome FELIPE ASLEY TABAÍAMA

☐ Vítima ☐ Representante Legal

Endereço para Correspondência LOC. LOTEAMENTO NILE

nº S/N Complemento

Bairro

CENTRO

Cidade SANTA RITA

UF PB

CEP 58919000

Telefone para contato

83 999039999

Preencha com ☒ para documentação entreguePreencha com ☐ para documentação faltante**TIPO DE DOCUMENTO****DOCUMENTOS BÁSICOS**

DUT

- ☒ Registro da Ocorrência expedido pela autoridade policial
- ☒ Identidade / RG ou Certidão de Nascimento ou Certidão de Casamento ou CTPS ou Carteira Nacional de Habilitação da vítima
- ☒ CPF da vítima
- ☒ Comprovante de residência da vítima
- ☒ Autorização de Pagamento / Crédito de Indenização (preencher modelo anexo) - Depósito

Em caso de vítima com até 16 anos, também deverão ser apresentados os documentos pessoais do responsável legal.

DOCUMENTOS DA VÍTIMA

BAM

- ☒ Laudo do Instituto Médico Legal - IML, qualificando a extensão das lesões físicas ou psíquicas da vítima
- ☒ Na falta do laudo do IML, documento da Secretaria de Segurança Pública, informando a inexistência do IML na localidade do evento
- ☐ Termo de Curatela, no caso de alienação mental
- ☐ Alvará Judicial (se for o caso)

REPRESENTANTE LEGAL - se houver

- ☐ Procuração
- ☐ Identidade / RG ou Certidão de Nascimento ou Certidão de Casamento ou CTPS ou Carteira Nacional de Habilitação do procurador
- ☐ CPF
- ☐ Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O processo de avaliação sobre o pagamento da indenização ou reembolso ocorrerá somente após a apresentação de todos os documentos e desde que eles estejam em conformidade com a legislação vigente, quando iniciará o prazo para pagamento da indenização, que é de até 30 dias.
- Se outros documentos forem solicitados, o prazo de 30 dias - previsto para pagamento - será interrompido.

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

Data 25/08/15

Nome Felipe Asley Tabaíama

Identidade 4255741

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA☐ Documentação recebida sem conferência

Data ____ / ____ / ____

Nome _____

Identidade _____



Seguradora Líder • DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, FELIPE ASLEY TABAÍAMA
PORTADOR(A) DO RG Nº 4255.741 EXPEDIDO POR SSDS 180 EM 07/06/2015
CPF 806556124-08 / CNPJ _____, PROFISSÃO _____
E RENDA MENSAL DE R\$ 800,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA FELIPE ASLEY TABAÍAMA, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1914 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 124356-3

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

JOAC PERCH, 25 de Agosto de 2015

LOCAL E DATA

x Felipe Asley Tabaíama

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de **R\$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de **até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente** (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de **até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares**.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

CAIXA ECONOMICA FEDERAL
CAIXA AQUI

COMPROVANTE DE DEPOSITO

24/08/2015 HORA: 15:08:10
DATA EFETIVACAO: 24/08
CONVENIO: 000587869
OPERADOR: 001

AGENCIA: 1914
CONTA: 013.00124356-3
NOME: FELIPE ASLEY TABAIANA

VALOR: 00,00

COD. OPERACAO: 145537571

=====

DISQUE CAIXA - 0800 726
0101 OUVIDO
RIA - 0800 725 7474

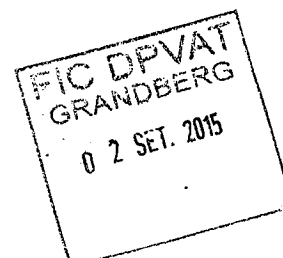
=====

SAC CAIXA: 0800 726 0101 (informações,
reclamações, sugestões e elogios)

Para pessoas com deficiência auditiva ou
de fala: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

caixa.gov.br



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, FELIPE ASLEY TABAÍAN,

RG nº 4255741, data de expedição 07/06/2014,
Órgão SSPPB, CPF nº 706556124-08, 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
segundo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

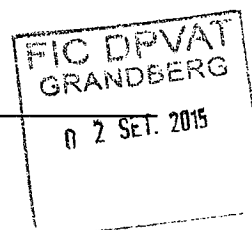
Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	LOTEAMENTO MKL
Número	S/N
Aptº / Complemento	
Bairro	CENTRO
Cidade	SANTA RITA
Estado	PB
CEP	58919000
Telefone de contato	83 99903 9999
E-mail	99639.8400 13222.8577

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: JOÃO PESSOA / PB, 25/08/2015.

Felipe Asley Tabaián

Assinatura do Declarante



Perícia João Pessoa PB

MARIA GORETH TABAIANA DE CARVALHO
LOC LOT NICE, S/N - CENTRO
SANTARITA/PB CEP: 58918000 (AG: 1)

Classe/Subcl: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO
Roteiro: 10 - 9 - 720 - 3030
Nº medidor: 00008595068

Referência: Ago / 2015
Emissão: 18/08/2015

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 26 - Cristo Redentor - João Pessoa/PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.193/0001-40 Insc. Est. 16.016.823-0

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 000.741.544
Código para Débito Automático: 00016519647

Atendimento ao Cliente **ENERGISA 0800 083 0196** Acesse: www.energisa.com.br

d910.53dB.36ca.40B2.9818.a043.f11f.d444.

Conta referente a

CDC (Código do Consumidor): 5/1651964-7

Ago / 2015

Canal de contato

Apresentação

18/08/2015

Data prevista da
próxima leitura

18/09/2015

CPF/ CNPJ/ RANI

42447305400

Cálculo de consumo

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura	
18/07/15	4155	18/08/15	4293	

1

138

33

Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo em kWh	138	0,37958	52,37
Adic. B. Vermelha			7,58

IMPOSTOS E ENCARGOS

PIS	1,09
COFINS	4,99
CONTRIB SERV.ILUM.PÚBLICA	2,10
ICMS (Base de Cálculo R\$ 90,43 Aliquota 27,00%)	24,41

Faturas em atraso

23/07/2015	104,92
25/08/2015	122,09

Histórico de Consumo (kWh)

Juiz/15	150
Jun/15	174
Mai/15	223
Abr/15	188
Mar/15	150
Fev/15	113
Jan/15	183
Dez/14	204
Nov/14	251
Out/14	236
Set/14	278
Ago/14	315

Média dos últimos meses
205 kWh

VENCIMENTO

25/08/2015

TOTAL A PAGAR

R\$ 92,53

Indicadores de Qualidade

2015 - Santa Rita

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	6,00	0,00	NOMINAL
DIC TRIMESTRAL	12,06		
DIC ANUAL	24,12		
FIC MENSAL	3,70	0,00	CONTRATADA
FIC TRIMESTRAL	7,35		LIMITE INFERIOR
FIC ANUAL	14,70		LIMITE SUPERIOR
DMIC	3,54	0,00	
DICRI	12,22		

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. da Energia/PB	23,89	25,80
Compra de Energia	28,98	31,32
Serviço de Transmissão	2,00	2,16
Encargos Setoriais	5,28	5,72
Impostos Diretos e Encargos	32,57	35,20
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	92,53	100,00

Valor do encargo do Uso do Sistema de Distribuição
(Ref. 6/2015) R\$ 37,53

ATENÇÃO

REAVISO: Caso a(s) fatura(s) acima contida(m) em atraso, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 02/09/2015. Conforme Resolução 114/ANEEL, o pagamento após essa data não elimina a possível suspensão do fornecimento, caso o mesmo não seja comunicado, ou as contas/pagas não estejam na unidade consumidora para comprovação. Caso essas faturas estejam pagas, desconsidere essa mensagem. ESTE PRAZO NÃO VALE PARA AS FATURAS JÁ REAVISADAS, para estas a suspensão do fornecimento poderá ocorrer a qualquer momento até o decurso do prazo de 90 (noventa) dias, contado da data de vencimento da fatura vencida e não paga. Fatura sujeita a inclusão em órgãos de proteção ao crédito no caso de inadimplimento - Leitura confirmada.

PARAIBA

Roteiro: 10 - 9 - 720 - 3030
Matrícula: 1651964-2015-08-6

VENCIMENTO

25/08/2015

TOTAL A PAGAR

R\$ 92,53

83690000000-8 92530054000-0 16519642015-3 08600090019-0



FIC DPVAT
GRANDBERG

02 SET. 2015

