

**CAGEPA**COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87PARA CONTAR COM A CAGEPA,
INFORME ESTE NÚMERO

MATRÍCULA

70520860

REFERÊNCIA

FEV/2018

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

IZA MONIA DINIZ N SILVA

RUA GENARIO S. GOMES, 464 - LOT. VIEIROPOLIS SAO
BENTO PB 58865- 000

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Público	
15.006.395.0085.000.000	000	1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
V42N238506	06/12/2012	EXT LACRILHADO	POTENCIAL			

ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (H3)	NUM DE DIAS	PROXIMA LEITURA
1589	1621	32	30	20/03/2018
HIST. DE CONS./ANOR. LEIT. QUALID. DA AGUA-DECRETO 2.914/2011-MS.				
JAN/2018	43	6	PARAMETROS EXIG.	ANALIS. CONFORMES
DEZ/2017	48	0	TURBIDEZ 37	37 37
NOV/2017	44	0	CLORO 37	37 37
OUT/2017	18	0	COL.TERMOT 0	0 0
SET/2017	21	0	COR 10	24 24
AGO/2017	30	0	COL.TOTAIS 37	37 37
MEDIA(M)	34	DADOS REFERENTES A: DEZ/2017		

DATA DA IMPRESSÃO: 21/02/2018

HORA DA IMPRESSÃO: 12:13:25

DESCRICAÇÃO

CONSUMO TOTAL(R\$)

ÁGUA

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

ATE 10 M3 - 36,84 POR UNIDADE

10 M3 36,84

11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,75 POR M3

10 M3 47,50

21 M3 A 30 M3 - R\$ 6,27 POR M3

10 M3 62,70

31 M3 A 99999999 M3 - R\$ 8,51 POR M3

2 M3 17,02

ESGOTO

ACRESCIMO(S) MES(ES) ANT. 12/2017

6,00

JUROS DE MORA 12/2017

0,50

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 15,18 PIS E CONFINS. LEI 12.741/12

VENCIMENTO:

05/03/2018

Total a Pagar:

R\$ 170,56



CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

21 MAR. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

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 IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu IZA MÔNICA DINIZ NOBREGA DA SILVA inscrito (a) no CPF 062.385.924 / 70 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Francisca Monteiro Clementino inscrito (a) no CPF sob o Nº 070.111.094 / 55 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidz da Vítima Francisca Monteiro Clementino inscrito (a) no CPF sob o Nº 070.111.094 / 55, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar


Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.
Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>RUA GENARIO S. GOMES</u>		Número <u>464</u>	Complemento
Bairro <u>LOT. VIEIROPOLIS</u>	Cidade <u>São Bento</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58865-000</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>83-99802.1881</u>

SÃO BENTO, 01 de MARÇO
Local e Data

IZA MÔNICA DINIZ NOBREGA DA SILVA
Assinatura do Declarante

COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA
de SÃO BENTO
22 MAR. 2018
PROTOCOLO
SOLICITAÇÃO PESSOA

<div></div> <div>PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO BENTO - PB SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL</div>		<div>CNPES: 2613549 CNPJ: 09.089.709/0001-18 Ficha Número: 69516</div> <div>NOME: HOSPITAL MARIA PAULINO LUCIO</div> <div>ENDEREÇO: FLORENCIO CANDIDO RAMALHO, 388 CENTRO CEP 58.865-000</div> <div>CIDADE: SÃO BENTO ESTADO: PARAIBA UF: 25</div>	
<div>Atendimento: ACIDENTE DE MOTO</div> <div>Paciente: FRANCISCA MONTEIRO CLEMENTINO</div> <div>Mae: MARIA DAS GRAÇAS MONTEIRO</div> <div>Nascimento: 28/11/1969 Idade: 47 Cor: PARDA Sexo: F</div> <div>Profissao: AGRICULTOR(A)</div> <div>Endereco: ANA PAULINA DA SILVA</div> <div>Bairro: LOTEAMENTO PORTAL</div> <div>Cidade: SÃO BENTO - PB - 58865-000 - 2513901</div> <div>CNS: 700-5045-4493-1258 Identidade: 003.046.487</div> <div>CPF: Reg. Nasc.: Recepcionista: CYELHO</div> <div>Data / Hora: 13/08/2017 10:11:17 9575</div>		<div>MOTIVO DO ATENDIMENTO E DESCRIÇÃO DO EXAME <i>de fratura simples da espinha cervical C6, com deslocamento e lesão da medula espinhal.</i></div> <div>DIAGNÓSTICO <i>Acidente de moto</i></div> <div><i>Fratura T12 de espinha</i></div> <div>Cid. _____</div>	
<div>NATUREZA DA CONSULTA</div> <div><input type="checkbox"/> Consulta simples</div> <div><input checked="" type="checkbox"/> Consulta com medicamento</div> <div><input type="checkbox"/> Consulta com observação</div> <div><input type="checkbox"/> Consulta ortopédica</div>		<div>TIPO DE ATENDIMENTO</div> <div><input type="checkbox"/> Urgência/Emergência (com Proc.)</div> <div><input type="checkbox"/> Primeira consulta</div> <div><input type="checkbox"/> Consulta Subsequente</div> <div><input type="checkbox"/> Urg/Emerg. c/ referencia p/ outra unidade</div> <div><input type="checkbox"/> Consulta c/ referencia p/ outra unidade</div>	
<div>CARACTERIZAÇÃO DO ATENDIMENTO</div> <div>NATUREZA DA CONSULTA</div> <div><input type="checkbox"/> Consulta simples</div> <div><input checked="" type="checkbox"/> Consulta com medicamento</div> <div><input type="checkbox"/> Consulta com observação</div> <div><input type="checkbox"/> Consulta ortopédica</div>		<div>ENCAMINHAMENTO</div> <div><input type="checkbox"/> P/ Observação</div> <div><input type="checkbox"/> P/ Residência</div> <div><input type="checkbox"/> P/ Amb. SUS</div> <div><input checked="" type="checkbox"/> P/ outro Hospital</div> <div><input type="checkbox"/> Internação</div> <div><input type="checkbox"/> Óbito</div> <div><input type="checkbox"/> Outros</div>	
<div>MEDICAÇÃO</div> <div><input type="checkbox"/> Prescrita</div> <div><input type="checkbox"/> Aplicada</div>		<div>ENCAMINHAMENTO</div> <div><input type="checkbox"/> P/ Observação</div> <div><input type="checkbox"/> P/ Residência</div> <div><input type="checkbox"/> P/ Amb. SUS</div> <div><input checked="" type="checkbox"/> P/ outro Hospital</div> <div><input type="checkbox"/> Internação</div> <div><input type="checkbox"/> Óbito</div> <div><input type="checkbox"/> Outros</div>	

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 interditada 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

Francisca Monteiro Clementino

CPF da Vítima

070.111.094-55

Data do Acidente

13/08/2017

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.

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

22 MAR. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

SÃO BENTO, 01 de MARÇO de 2018

Local e Data

Francisca Monteiro Clementino

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

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 interditada 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

Francisca Monteiro Clementino

CPF da Vítima

070.111.094-55

Data do Acidente

13/08/2017

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.

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

22 MAR. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA


SÃO BENTO, 01 de MARÇO de 2018

Local e Data

Francisca Monteiro Clementino

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

<div></div> <div>PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO BENTO - PB SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL</div>		<div>CNPES: 2613549 CNPJ: 09.089.709/0001-18 Ficha Número: 69516</div> <div>NOME: HOSPITAL MARIA PAULINO LUCIO</div> <div>ENDEREÇO: FLORENCIO CANDIDO RAMALHO, 388 CENTRO CEP 58.865-000</div> <div>CIDADE: SAO BENTO ESTADO: PARAIBA UF: 25</div>	
<div>Atendimento: ACIDENTE DE MOTO</div> <div>Paciente: FRANCISCA MONTEIRO CLEMENTINO</div> <div>Mae: MARIA DAS GRAÇAS MONTEIRO</div> <div>Nascimento: 28/11/1969 Idade: 47 Cor: PARDA Sexo: F</div> <div>Profissao: AGRICULTOR(A)</div> <div>Endereco: ANA PAULINA DA SILVA</div> <div>Bairro: LOTEAMENTO PORTAL</div> <div>Cidade: SAO BENTO - PB - 58865-000 - 2513901</div> <div>CNS: 700-5045-4493-1258 Identidade: 003.046.487</div> <div>CPF: Reg. Nasc.: Recepcionista: CYELHO 9575</div> <div>Data / Hora: 13/08/2017 10:11:17</div>		<div>MOTIVO DO ATENDIMENTO E DESCRIÇÃO DO EXAME <i>de fratura simples da espinha cervical C6, com deslocamento e lesão da medula espinhal.</i></div> <div>DIAGNÓSTICO <i>Acidente de moto</i></div> <div><i>Fratura T12 de espinha</i></div> <div>Cid. _____</div>	
<div>NATUREZA DA CONSULTA</div> <div><input type="checkbox"/> Consulta simples</div> <div><input checked="" type="checkbox"/> Consulta com medicamento</div> <div><input type="checkbox"/> Consulta com observação</div> <div><input type="checkbox"/> Consulta ortopédica</div>		<div>TIPO DE ATENDIMENTO</div> <div><input type="checkbox"/> Urgência/Emergência (com Proc.)</div> <div><input type="checkbox"/> Primeira consulta</div> <div><input type="checkbox"/> Consulta Subsequente</div> <div><input type="checkbox"/> Urg/Emerg. c/ referencia p/ outra unidade</div> <div><input type="checkbox"/> Consulta c/ referencia p/ outra unidade</div>	
<div>CARACTERIZAÇÃO DO ATENDIMENTO</div> <div>NATUREZA DA CONSULTA</div> <div><input type="checkbox"/> Consulta simples</div> <div><input checked="" type="checkbox"/> Consulta com medicamento</div> <div><input type="checkbox"/> Consulta com observação</div> <div><input type="checkbox"/> Consulta ortopédica</div>		<div>ENCAMINHAMENTO</div> <div><input type="checkbox"/> P/ Observação</div> <div><input type="checkbox"/> P/ Residência</div> <div><input type="checkbox"/> P/ Amb. SUS</div> <div><input checked="" type="checkbox"/> P/ outro Hospital</div> <div><input type="checkbox"/> Internação</div> <div><input type="checkbox"/> Óbito</div> <div><input type="checkbox"/> Outros</div>	
<div>MEDICAÇÃO</div> <div><input type="checkbox"/> Prescrita</div> <div><input type="checkbox"/> Aplicada</div>		<div>ENCAMINHAMENTO</div> <div><input type="checkbox"/> P/ Observação</div> <div><input type="checkbox"/> P/ Residência</div> <div><input type="checkbox"/> P/ Amb. SUS</div> <div><input checked="" type="checkbox"/> P/ outro Hospital</div> <div><input type="checkbox"/> Internação</div> <div><input type="checkbox"/> Óbito</div> <div><input type="checkbox"/> Outros</div>	

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3180136994
Nome do(a) Examinado(a): Francisca Monteiro Clementino
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Ana Paulino da Silva, 602
Lot Portal Sao Bento PB CEP: 58865-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSPDS / PE] 003046487
Data local do acidente: [13/08/2017]
Data local do exame: [11/04/2018] Patos [PB]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

FRATURA DO PLANALTO TIBIAL ESQUERDO

- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Tratamento: PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 13/08/2017 COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL ESQUERDO. O MESMO FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO NO DIA 24/08/2017 ONDE FOI REALIZADA FIXAÇÃO INTERNA COM PLACA EM L 4.5 MM MAIS PARAFUSOS, RECEBEU ALTA HOSPITALAR APÓS UM PERÍODO DE 2 DIAS, FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E REALIZOU 30 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.

Complicações: PACIENTE APRESENTA DOR E CLAUDICAÇÃO DURANTE A DEAMBULAÇÃO, ALEM DE EDEMA EM TORNOZELO E PÉ ESQUERDO (1+/4+).

Data da Alta: 26/08/2017

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

APRESENTA DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO JOELHO ESQUERDO EM 45°, DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO EM 15°, DÉFICIT DE FORÇA EXTENSORA GRAU II, AUMENTO DE VOLUME ARTICULAR EM JOELHO ESQUERDO (2+/4+), DOR E CLAUDICAÇÃO DURANTE A DEAMBULAÇÃO, EDEMA EM TORNOZELO E PÉ ESQUERDO (1+/4+).

- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

(X) Sim () Não

- V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

(X) Sim () Não

- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO JOELHO ESQUERDO EM 45°

DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO EM 15°

DÉFICIT DE FORÇA EXTENSORA GRAU II

AUMENTO DE VOLUME ARTICULAR EM JOELHO ESQUERDO (2+/4+).

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

() "Sem seqüela permanente"

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

JOELHO - Lado Esquerdo

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio (X) 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

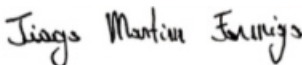
Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a) Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com Nome e CRM


Dr. Tiago Martins Formiga
Ortopedia e Traumatologia
8085 CRM-PB / 24411 CRM-PE
TEOT 14830



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 1193/2017

Natureza da ocorrência: **ACIDENTE DE TRANSITO**

Data do fato: **13/08/17** hora: **XXXXX**

Notificante: **FRANCISCA MONTEIRO CLEMENTINO**, alcunha "**FRANCISCA**",
Nacionalidade: brasileira, solteira, agricultora, naturalidade:
Catolé do Rocha/PB, nascido em 28/11/1969, documento: RG nº
003.046.487 SSPDS/RN, CPF nº 070.111.094-55, filho(a) de Manoel
Clementino Neto e de Maria das Graças Monteiro, endereço: Rua Ana
Apulina da Silva, nº 948, Loteamento Portal, São Bento/PB,
referência: por trás do cemiterio Campo da Paz, telefone para
contato 83-99826 8066.

Sob a responsabilidade do(a) Bel(a): **Homero Perazzo Filho**

Vítima: , alcunha " ", Nacionalidade: ,
naturalidade: , idade: **, nascido em
/ / , cor/raça: ***, Estado Civil: **,
Profissão: , Escolaridade: **, documento: ,
filiação: e de , endereço: Rua , referência:
. Tel/Cel:() ;

HISTORICO DO FATO

O(a) notificante, após cientificado(a) das penalidades cominadas
ao Art. 299 do CPB, declarou o SEGUINTE: QUE O NOTICIANTE INFORMA
QUE NA DATA ACIMA MENCIONADA A MESMO ESTAVA GUIANDO UMA
MOTOCICLETA MODELO HONDA CG 160 FAN ESDI, PLACA OGF 6753/PBFAB/MOD
2016/2016, COR VERMELHA, CHASSI 9C2KC2200GR040539, RENAVAL
0108158895-8, REGISTRADA EM NOME DE FRANCINEIDE DOS SANTOS
SILVESTRE, QUANDO NAS IMEDIAÇÕES DA CASA DE FESTA FORROZÃO SÃO
BENTO/PB A MOTOCICLETA DO NOTICIANTE FOI ATINGIDA POR OUTRA
MOTOCICLETA NÃO IDENTIFICADA; QUE O NOTICIANTE FOI SOCORRIDA POR
POPULARES PARA O HOSPITAL DE SÃO BENTO/PB; QUE O NOTICIANTE INDICA
COMO TESTEMUNHAS DO ACIDENTE AS PESSOAS DE NOME FLAVIA MONTEIRO
CLEMENTINO E AURORA MARIA DA CONCEIÇÃO NETA. Nada mais a
consignar.

São Bento, 30 de Novembro de 2017. Às 16:00 horas.

Francisca Monteiro Clementino

☒ Notificante

☐ Testemunha Arrogada

Assinatura do Policial responsável pelo registro

Matrícula: 168.620-8



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

070.111.094-55

Nome completo da vítima

Francisca Monteiro Clementino

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Francisca Monteiro Clementino		CPF titular da conta 070.111.094-55	Profissão Rececionista
Endereço RUA ANA PAULINO DA SILVA		Número 602	Complemento
Bairro LOT. PORTAL	Cidade SÃO BENTO	Estado PB	CEP 58865-000
Email		Telefone (DDD)	

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

- ☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☒ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

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

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA
NRO.

4937

D/V

CONTA
NRO.

9933

D/V

1

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

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

BANCO
Nome

NRO

AGÊNCIA
NRO.

D/V

CONTA
NRO.

D/V

(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.

SÃO BENTO-PI de MARÇO de 2018

Local e Data

Francisca Monteiro Clementino

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

SAC CAIXA: 0800 726 0101 / Deficiente Auditivo ou de Fala: 0800 726 2492

Assinatura autorizada. Inválido sem assinatura. Authorized signature. Not valid unless signed.



Este cartão é pessoal e intransferível.

Atendimento Comercial: 3004 1105 (Capitais e regiões metropolitanas)
0800 726 0505 (Demais regiões)
Ouvidoria: 0800 725 7474

caixa.gov.br

Maestro

Cirrus

CAIXA

AQUI

Banco24Horas

CAIXA

POUPANÇA



603689 0010 66151 0347

FRANCISCA M CLEMENTINO

VALID
THRU

10/24

4917 013 00009933-1
16200597309

MasterCard

débito



Rio de Janeiro, 25 de Abril de 2018

Carta nº: 12708996

A/C: FRANCISCA MONTEIRO CLEMENTINO

Nº Sinistro: 3180136994
Vítima: FRANCISCA MONTEIRO CLEMENTINO
Data do Acidente: 13/08/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: IZA MONIA DINIZ NOBREGA DA SILVA

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: FRANCISCA MONTEIRO CLEMENTINO

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 104

Agência: 000004917

Conta: 000009933-1

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 =	R\$	2.531,25
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 06 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: FRANCISCA MONTEIRO CLEMENTINO

Sinistro: 3180136994

Vítima: FRANCISCA MONTEIRO CLEMENTINO

Data do Acidente: 13/08/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: IZA MONIA DINIZ NOBREGA DA SILVA

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180136994** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

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

Rio de Janeiro, 28 de Março de 2018

Aos Cuidados de: FRANCISCA MONTEIRO CLEMENTINO

Nº Sinistro: 3180136994

Vítima: FRANCISCA MONTEIRO CLEMENTINO

Data do Acidente: 13/08/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: IZA MONIA DINIZ NOBREGA DA SILVA

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180136994**.

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** 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 12580354



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 17/04/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCA MONTEIRO CLEMENTINO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04917

CONTA: 000000009933-1

Nr. da Autenticação 873620CDBC11A4C3

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: FRANCISCA MONTEIRO CLEMENTINO
NACIONALIDADE: BRASILEIRA ESTADO CIVIL: SOLTEIRA
PROFISSÃO: AGRICULTORA Nº DO RG: 003.046.497
ORGÃO EMISSOR: SESPDS/RN DATA DE EMISSÃO: 24/04/2008
Nº CPF: 070.111.094-55 ENDEREÇO: RUA ANA PAULINO
DA SILVA NR 602 - LOT PORTAL - SÃO BENTO/PB

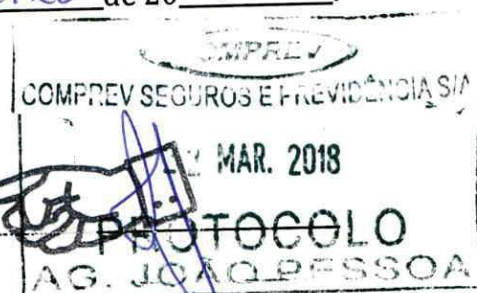
OUTORGADO: _____
NACIONALIDADE: BRASILEIRA ESTADO CIVIL: CASADA
PROFISSÃO: ADVOGADA Nº DO RG: 15689
ORGÃO EMISSOR: OAB-PB DATA DE EMISSÃO: 13/10/2010
Nº CPF: 062.385.924-70 ENDEREÇO: RUA GENARIO S.
GOMES 464 - LOT VIEIROPOLIS - SÃO BENTO/PB

PODERES:

Para requerer o Seguro DPVAT da vítima/beneficiário FRANCISCA MONTEIRO CLEMENTINO, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer Seguradora que pertence ao Consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) dar entrada no processo, em nome do mesmo, bem como, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, solicitar informações, tendo também poderes específicos para assinar autorização de pagamento e aviso de sinistro, em nome da vítima ou beneficiário do Seguro DPVAT.

SÃO BENTO/PB, 02 de FEVEREIRO de 20 18.

Francisca Monteiro Clementino
Assinatura



OBS: Reconhecimento a firma da assinatura, por autenticidade, autêntica ou verdadeira.

Serviço Notarial e Registral
MILTON LÚCIO DA SILVA
Titular: MARTON LÚCIO DA SILVA SANTOS
Rua Lúcio da Silva, Nº 224 - Centro - CEP: 58.865-000
São Bento - PB - Fone: (83) 3444-2533 - 3444-1312

Reconheço (POR AUTENTICIDADE) a firma de:
FRANCISCA MONTEIRO CLEMENTINO. CONFERIDO
(02/02/2018). DOU FÉ. São Bento-Paraíba,

MARTON LÚCIO DA SILVA SANTOS
Selo Digital de fiscalização Tipo Normal B-AGD47549-NOP2
Confira os dados do ato em: <https://selodigital.tpb.jus.br>
EMOLUM. R\$: 9,10 FAREN R\$: 0,28 FÉPJ R\$: 2,27



de Santa Catarina, Único Registro Imóveis e Notas
Milton Lúcio da Silva Santos
Tabelião Público de Notas, Títulos e Documentos
Registro de Imóveis e pessoas jurídicas
São Bento-PB Fone: 83-3444 2533

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180136994 **Cidade:** São Bento **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCA MONTEIRO CLEMENTINO **Data do acidente:** 13/08/2017 **Seguradora:** ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO PLANALTO TIBIAL ESQUERDO

Descrição do exame médico pericial: APRESENTA DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO JOELHO ESQUERDO EM 45°, DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO EM 15°, DÉFICIT DE FORÇA EXTENSORA GRAU II, AUMENTO DE VOLUME ARTICULAR EM JOELHO ESQUERDO (2+/4+), DOR E CLAUDICAÇÃO DURANTE A DEAMBULAÇÃO, EDEMA EM TORNOZELO E PÉ ESQUERDO (1+/4+).

Resultados terapêuticos: PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 13/08/2017 COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL ESQUERDO. O MESMO FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO NO DIA 24/08/2017 ONDE FOI REALIZADA FIXAÇÃO INTERNA COM PLACA EM L 4.5 MM MAIS PARAFUSOS, RECEBEU ALTA HOSPITALAR APÓS UM PERÍODO DE 2 DIAS, FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E REALIZOU 30 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.
PACIENTE EVOLUIU COM LIMITAÇÃO DE FORMA GRAVE EM JOELHO ESQUERDO
COMPLICAÇÕES: PACIENTE APRESENTA DOR E CLAUDICAÇÃO DURANTE A DEAMBULAÇÃO, ALEM DE EDEMA EM TORNOZELO E PÉ ESQUERDO (1+/4+).

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL GRAVE DO JOELHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 11/04/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Tiago Martins Formiga

CRM do médico: 8085

UF do CRM do médico: PB

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 joelho	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: GALDINO LEONARDO

CRM do médico: 17727

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180136994 **Cidade:** São Bento **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCA MONTEIRO CLEMENTINO **Data do acidente:** 13/08/2017 **Seguradora:** ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/04/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: Fratura de tíbia esquerda.

Resultados terapêuticos: Não há como definir, prever ou quantificar com acuracidade a existência de limitação funcional permanente e insusceptível a terapêutica, a partir da documentação fornecida.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: Encaminhando à Perícia Médica para melhor esclarecimento das sequelas definitivas que tenham persistido após o término do tratamento.

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

PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: LUIS FELIPE FRANKLIN FORNELOS

CRM do médico: 52877859

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL
CONSELHO SECCIONAL DA PARAIBA
IDENTIDADE DE ADVOGADO

INSCRIÇÃO:
15689

NOME
IZA MONIA DINIZ NOBREGA DA SILVA

FILIAÇÃO
GERALDO BONIFACIO DA NOBREGA
MARIA GORETTE DINIZ DA NOBREGA

NATURALIDADE
SÃO BENTO-PB

DATA DE NASCIMENTO
28/01/1986

RG
2295241 - SSP-RN

CPF
062.385.924-70

DOADOR DE ÓRGÃOS E TECIDOS
NÃO DECLARADO

VIA
01

EXPIROU EM
13/10/2010

Odôn Bezerra Cavalcanti Sobrinho
ODÔN BEZERRA CAVALCANTI SOBRINHO
PRESIDENTE

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
22 MAR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

ASSINATURA DO PORTADOR

USO OBRIGATORIO. PARA TODOS OS FINS LEGAIS
(Art. 13 da Lei nº 8.966/94)

IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS

TEM FE PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 094447460

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, FRANCINEIDE DOS SANTOS SILVESTRE,
RG nº 2112885, data de expedição 27/07/1994,
Órgão SSPI PB, portador do CPF nº 060.148.594-70,
com Domicílio na cidade de SÃO BENTO, no Estado
de PB, onde residio na (Rua/Avenida/Estrada) R. ANA PAULINA DASIL-
VA. nº SINº, 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
_____ FRANCISCA MONTEIRO CLEMENTINO, cujo o condutor
era FRANCISCA MONTEIRO CLEMENTINO.

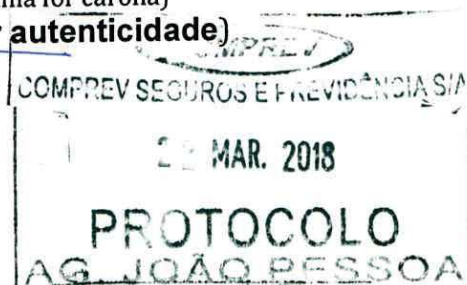
Veículo.....: HONDA CG 160 FAN ESDI
Ano.....: 2016
Modelo.....: 2016
Placa.....: OGF 6753/PB
Chassi.....: 9C2KC2200GR040539
Data do acidente.: 13/08/2017

Local e data: SÃO BENTO/PB - 02/02/2018

X Francineide dos Santos Silvestre
Assinatura do Declarante Proprietário
(Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)



X Francisca Monteiro Clementino
Assinatura do CONDUTOR (quando a vítima for carona)
(Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)



MILTON LÚCIO DA SILVA

SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL
 Titular: MARTON LÚCIO DA SILVA SANTOS
 Rua Lúcio da Silva, Nº 224 - Centro - CEP. 58.865-000
 São Bento - PB - Fone: (83) 3444-2533 - 3444-1312

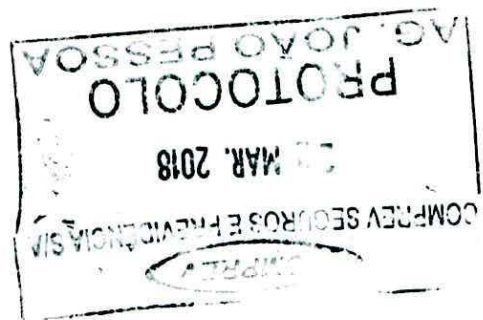
Reconheço (POR AUTENTICIDADE) a firma de:
 FRANCINEIDE DOS SANTOS SILVESTRE, CONFERIDO
 () DOU FÉ. São Bento-Paraíba,
 02/02/2018. *Saionara Cavalcante*

SAIONARA CAVALCANTE
 Selo Digital de fiscalização Tipo Normal B-AGD47507-WVYA
 Confira os dados do ato em <https://selodigital.tjpb.jus.br>
 EMOLUM. R\$: 9,10 FARPEN R\$: 0,28 FEPJ R\$: 2,27

Saionara Cavalcante
 Escrevente
 Cartório Milton Lúcio



São Bento Cartório Único Registro Imobiliário e Notas
 Marton Lúcio da Silva Santos
 Tabelião Público de Notas, Títulos e Documentos
 Oficial de protestos e outras
 Registro de Imóveis e pessoas jurídicas
 São Bento-PB Fone: 83-3444 2533



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

INSTITUTO TECNICO CIENTIFICO DE POLICIA

COORDENADORIA DE IDENTIFICACAO

POLEGAR DIREITO

ASSINATURA DO TITULAR

Francisca Monteiro Clementino

CARTeira DE IDENTIDADE

COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A

COMPREV

22 MAR. 2018

PROTOCOLO

AG. JOAO PESSOA

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL

003.046.487

DATA DE EXPEDICAO 24/04/2008

FILIAÇÃO

FRANCISCA MONTEIRO CLEMENTINO

NOME

MANOEL CLEMENTINO NETO

NATURALIDADE

MARIA DAS GRAÇAS MONTEIRO

DATA DE NASCIMENTO

28/11/1969

DOC ORIGEM

CERT. DE NASCIMENTO L-A-5

F-56 RG-4224

CATOLE DO ROCHA PB

SÃO BENTO PB-UNICO CARTORIO

CPF 070.111.094-53

1a. VIA

ASSINATURA DO TITULAR

LEINER FERREIRA 20/04/2008

FRANCISCA MONTEIRO CLEMENTINO
RUA ANA PAULINA DA SILVA, 602 - LOT FORTAL
SAO BENTO / PB CEP: 58865000 (AG. 237)

Emissão: 21/12/2017 Referência: Dez / 2017
Classe/Subcl: RESIDENCIAL / BAIXA RENDA MONOFÁSICO
Roteiro: 13 - 237 - 145 - 3420 Nº medidor: 00008865665

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 13.035.163/0001-40 Insc. Est. 16.015.823-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 001.008.241
Cód. para Dab. Automático: 00011403730

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

Conta referente a Apresentação Data prevista da próxima leitura CPF/ CNPJ/ RANI
Dez / 2017 21/12/2017 22/01/2018 7011109455
Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/1140373-0

Canal de contato

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 28 de abril de 2002.
Diversão com segurança é o que as crianças devem aprender.
Nunca empine pipas perto dos fios da rede elétrica e não as retire caso fiquem pregadas na rede. Evite de usar fios metálicos para empinar pipas. Com segurança, não se brinca.

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
23/11/17	649	21/12/17	772	1	123	28
Demonstrativo						
CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc.	Alíq.	ICMS(R\$)
0801	Consumo até 30kVh-BR	30,000	0,247580	7,42	2"	2,00
0801	Consumo - 31 a 100kVh-BR	70,000	0,424410	29,70	2"	8,03
0801	Consumo - 101 a 220kVh-BR	23,000	0,636800	14,64	2"	3,95
0801	Adic. B Vermelha			3,72	2"	1,00
0810	Subsídio			39,84	2"	10,70
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS						
0807	CONTRIB. ILUM. PÚBLICA			14,86	0,00	0,00
0804	JUROS DE MORA 09/2017			1,41	0,00	0,00
0805	MULTA 09/2017			1,84	0,00	0,00
0805	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 09/2017			0,67	0,00	0,00
0908	Devolução Subsídio			-27,14	0,00	0,00

CCI Código de Classificação do Item TOTAL 86,86 95,12 25,68 95,12 0,76 3,54

Média últimos meses (kWh) 135
VENCIMENTO 26/01/2018
TOTAL A PAGAR R\$ 86,86

Histórico de Consumo (kWh)											
173	185	187	154	190	84	120	97	11	112	140	108
Nov/17	Out/17	Set/17	Ago/17	Jul/17	Jun/17	Mai/17	Abr/17	Mar/17	Fev/17	Jan/17	Dez/16

RESERVADO AO RISCO
4fd4.df64.90a6.5d86.f0c1.2a81.64bt.04eb.

Indicadores de Qualidade				10/2017 - São Bento		
Limites da ANEEL		Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação		
DIC MENSAL	11,82	0,00	NOMINAL 220	Serviços de Dist. da Energia/PB	12,71	15,79
DIC TRIMESTRAL	23,64			Compra de Energia	18,38	21,16
DIC ANUAL	3,42	0,00	CONTRATADA	Serviço de transmissão	2,11	2,43
FIC MENSAL	6,95			Encargos Sazonais	3,80	4,37
FIC TRIMESTRAL	13,70		LIMITE INFERIOR 202	Impostos O retos e Encargos	48,66	56,25
FIC ANUAL	3,48	0,00	LIMITE SUPERIOR 231	Outros Serviços	0,00	0,00
DMIC	12,22			Total	86,86	100,00
DICRI				Valor do EVU D (Ref. 10/2017) R\$ 28,27		

ATENÇÃO
- REAVISO DE VENCIMENTO: Caso a(s) fatura(s) acima relacionada(s) permaneça(m) em atraso, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 05/01/2018. Conforme Resolução 414 da ANEEL. O pagamento após essa data não elimina a possibilidade da devolução da suspensão do fornecimento, caso o mesmo não seja comunicado ou as contas pagas não estejam na unidade consumidora para comprovação. Caso já tenha efetuado o pagamento da(s) fatura(s) acima, desconsiderar essa mensagem.
Fatura sujeita a inclusão em órgãos de proteção ao crédito no caso de inadimplência.
- Sua unidade foi faturada como Baixa Renda, tendo um desconto de R\$ 27,14.

Faturas em atraso
Out/17 115,71

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
22 MAR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

ENERGISA PARAIBA
Roteiro: 13 - 237 - 145 - 3420
Matrícula: 1140373-2017-12-7

VENCIMENTO 26/01/2018
TOTAL A PAGAR R\$ 86,86

8361000000-6 86860054000-9 11403732017-2 12700237019-6