
Rio de Janeiro, 06 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190351932

Vítima: GINALDO DA SILVA FEITOSA

Data do Acidente: 14/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANCINETE FEITOSA

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

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0181995/19

Vítima: GINALDO DA SILVA FEITOSA

CPF: 132.593.864-59

CPF de: Próprio

Data do acidente: 14/11/2018

Titular do CPF: GINALDO DA SILVA
FEITOSA

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Certidão de nascimento
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

FRANCINETE FEITOSA : 084.882.344-30

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

Outros



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: 29/05/2019
Nome: FRANCINETE FEITOSA
CPF: 084.882.344-30

FRANCINETE FEITOSA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/05/2019
Nome: JULIANA MARQUES RODRIGUES
CPF: 149.018.967-09

JULIANA MARQUES RODRIGUES

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0181995/19

Vítima: GINALDO DA SILVA FEITOSA

CPF: 132.593.864-59

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 14/11/2018

Titular do CPF: GINALDO DA SILVA
FEITOSA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Certidão de nascimento
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

FRANCINETE FEITOSA : 084.882.344-30

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

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: 29/05/2019
Nome: FRANCINETE FEITOSA
CPF: 084.882.344-30

FRANCINETE FEITOSA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/05/2019
Nome: JULIANA MARQUES RODRIGUES
CPF: 149.018.967-09

JULIANA MARQUES RODRIGUES



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, _____,

RG nº _____, data de expedição ____/____/____,

Órgão _____, portador do CPF nº _____, com

domicílio na cidade de _____, no Estado de

_____, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

_____, nº _____,

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 _____, cujo o condutor era

_____.

Veículo:

Modelo:

Ano:

Placa:

Chassi:

Data do Acidente:

Local e Data: _____

*Proprietário encontra-se em
local seguro e não sabido.*

Assinatura do Declarante

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



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA GINALDO da SILVA FEITOSA
 DATA DO ACIDENTE 14/11/18 CPF DA VÍTIMA 132593864-59
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA (X) REPRESENTANTE LEGAL, CUIR PARANTESCO COM A VÍTIMA E Genitoria (mãe)
 ENDEREÇO DO PORTADOR Rua Senador Rui Generoso
 Nº 124 COMPLEMENTO CASA BAIRRO São José
 CIDADE Tapeoba UF PR CEP 58680000
 E-MAIL marceloolapua@gmail.com TELEFONE (81) 99640-4418

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- (X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 (X) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 (X) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 (X) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
 (X) SOLICITIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 (X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 (X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- (X) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 (X) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 (X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
 () NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO REQUISITÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
 - COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
 - PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 027 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 15/05/19
 IDENTIDADE 3382455
 ASSINATURA Francineide Freitas

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 15/05/19
 NOME Constantino Wanderley Dantas
 ASSINATURA Agente de Correios
 Matr: 8.418.390-7

HOSPITAL GERAL DE TAPERÓIA
FONE: (83) 3463-2298
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

M.A.A.: 212105 - Prontuario.: 46055
Nome: **GINALDO DA SILVA FEITOSA** Cor: PARDO
Nasci.: 05/02/2004 Idade: 14a 8m SEXO: M Estado Civil:
Profissão: n°S/N
Endereço: RUA SENADOR RUI CARNEIRO
Cidade: **TAPERÓIA** /PB Cep: 58680000 Bairro.: SAO JOSE
Telefone: Celular: R.G.:
Mãe: **FRANCINETE FEITOSA**
Pai:

DADOS DO ATENDIMENTO

Data: 25/10/2018 Horário: 22:43 Operador: APARECIDA
Carater.: 02 - URGÊNCIA Tipo de Serviço: CONSULTA
Convenio: SUS AMBULATORIO N° Cartão do Sus: 701406699956735

ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM

TIPO DE CLASSIFICAÇÃO:

SINAIS VITAIS PA= X mmHg T= PESO= KG
FC bpm PR: ipm SPO2= TAX °C GLICEMIA mg/dl
DUM / / DPP / / ESCALA COMDA DE GLASGOW

QUEIXA PRINCIPAL

Documentação médico - hospitalar

SAMU

HISTÓRIA REGRESSA



QUADRO CLÍNICO

ALERGIAS () NAO () SIM QUAL? ASS. E CARIMBO

ATENDIMENTO MÉDICO

ANAMNESE E EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPO)

RESULTADOS:

MATERIAIS, MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS:

1ª HORA: ASS TEC:
2ª HORA: 22:55 ASS TEC:
3ª HORA: ASS TEC:
4ª HORA: ASS TEC:
5ª HORA: ASS TEC:

PROCEDIMENTO (DESCRIÇÃO)

DIAGNÓSTICO

MEDICAÇÃO: ENCAMINHAMENTO CID-10.:
() PRESCRITA () OBSERVAÇÃO () RESIDÊNCIA () EVASÃO
() APLICADA () INTERNAÇÃO () OUTRO HOSPITAL () ALTA MÉDICA
() ÓBITO () OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO

1 - 050106006A
2 -
3 -

Dr. Sebastião dos Santos
Clínica geral

MÉDICO: DR. (A)

C.N.S.: 708203626168040 CBO.: 06105

ASSINATURA DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

Estado d a Paraíba 03.337.599/0001-061
Município (ou Comarca) d a Taperna
Cartório d e Taperoá

REGISTRO CIVIL

Maria das Graças Dias de Tolêdo Farias.
Oficial do Registro Civil

NASCIMENTO N.º 6912

Certifico que às fls. 192v do livro n.º A/8 do Registro de Nascimento foi
feito hoje o nascimento de = FRANCINETE FEITOSA =

Nascido ao s 24 de setembro de 1981 às 13 horas e minutos.
em Taperoá- Paraíba.

do sexo feminino ru a
de Fernando Decadato Feitosa.
e de Maria de Fatima Almeida Feitosa.
sendo avós paternos- Decadato Feitosa, Olga- Manoel Feitosa.
Maria Decadato Feitosa.

e maternos Elias Custodio de Almeida.
Inácia Maria de Almeida.

Foi declarante o Pai
e serviram de testemunhas constantas do termo

OBSERVAÇÕES: Registro lavrado aos 24.11.1981
2ª Via

03.337.599/0001-061

O referido é verdade e dou fé.
CARIMBO

RE Taperoá 01 de outubro de 2004
CEP 58200-000

Maria das Graças Dias de Tolêdo Farias
O Oficial

Documentos de Identificação



MINISTÉRIO DA FAZENDA



Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

132.593.864-59

Nome

GINALDO DA SILVA FEITOSA

Nascimento

05/02/2004

COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE

3998.19A.B233.7856

A autenticidade deste comprovante deverá
ser confirmada na Internet, no endereço
www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela

Secretaria da Receita Federal do Brasil

as 14:47:07 do dia 18/05/2015 (hora e data de Brasília)

digito verificador: 00

Documentos de Identificação



CPF 382435 **VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL** **09/07 NOV 2005**

PROSTITUIÇÃO
CEREBEL
Nome: FRANCINETE FEITOSA

FILIAÇÃO
Fernando Debdato Feitosa
Maria de Estima Almeida Feitosa

Localidade
Taperoá-PB

Cert. Nasc. 6912.Fls.192.Liv.A/8 **24.09.1981**
DATA DE NASCIMENTO

Cart. de Taperoá-PB

CPF

Assinatura do Diretor
Ch. M. Monteiro

Localidade
Taperoá - PB

Assinatura do Diretor
Ch. M. Monteiro

Localidade
Taperoá - PB

Localidade
Taperoá - PB

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria de Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas
Número de Inscrição
084882341-30

Nome
FRANCINETE FEITOSA

Nascimento
24/09/1981

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 7179248020

VIA 2 COD. RENAVAM 840483716 RNTRO 2005

NOME/ENDEREÇO
 ROSENILDO PEREIRA DA SILVA
 RUA JOSE FRANCISCO DE MELO 49
 CASA-POV ANGELICAS
 VICENCIA-PE 55850-000

CPF/CGC 029.518.894-45 PLACA KKF6323

PLACA ANT/UF 9C2K08105R043894

CAP/POT/CIL 2P/149CL CATEGORIA PARTIC COR PRETOMINANTE PRETA

COTA UNICA VENC. COTA UNICA 1º 2º 3º

IPVA 2008 QUITADO

FAIXA IPVA 1 PARCELAMENTO/COTAS

PREMIO TARIFARIO (R\$) IOF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

SEGURO PAGO

OBSERVAÇÕES

AL. FID. BANCO DIBENS

VICENCIA-PE 12/03/08

SEGURO OBRIGATORIO DE TERCEIROS
 AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PRESSÃO
 TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PE Nº 7179248020 BILHETE DE SEGURO DPVAT

NOME/ENDEREÇO
 ROSENILDO PEREIRA DA SILVA
 RUA JOSE FRANCISCO DE MELO 49
 CASA-POV ANGELICAS
 VICENCIA-PE 55850-000

CPF/CGC 029.518.894-45 PLACA KKF6323

BILHETE DE SEGURO DPVAT - VIA CONVENIO

PENº 7179248020 EXERCICIO 2008 DATA EMISSAO 12/03/08

NOME/ENDEREÇO
 ROSENILDO PEREIRA DA SILVA
 RUA JOSE FRANCISCO DE MELO 49
 CASA-POV ANGELICAS
 VICENCIA-PE 55850-000

CPF/CGC 029.518.894-45 PLACA KKF6323

COD. RENAVAM 840483716 MARCA/MODELO HONDA/CG 150 TITAN KS

ANO FAB. 2004 CILINDROS 09 CHASSI 9C2K08105R043894

PREMIO TARIFARIO (R\$) IOF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$)

SEGURO PAGO

DUT



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE
CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

Nº 7179248020
 8017610/152

VIA 2 COD. RENAVAM 840483716 RNTRO 2005

NOME/ENDEREÇO
 ROSENILDO PEREIRA DA SILVA
 RUA JOSE FRANCISCO DE MELO 49
 CASA-POV ANGELICAS
 VICENCIA-PE 55850-000

CPF/CGC 029.518.894-45 PLACA KKF6323

PLACA ANT/UF 9C2K08105R043894

CAP/POT/CIL 2P/149CL CATEGORIA PARTIC COR PRETOMINANTE PRETA

COTA UNICA VENC. COTA UNICA 1º 2º 3º

IPVA 2008 QUITADO

FAIXA IPVA 1 PARCELAMENTO/COTAS

PREMIO TARIFARIO (R\$) IOF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

SEGURO PAGO

OBSERVAÇÕES

AL. FID. BANCO DIBENS

VICENCIA-PE 12/03/08

Rio de Janeiro, 07 de Junho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190351932

Vítima: GINALDO DA SILVA FEITOSA

Data do Acidente: 14/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), FRANCINETE FEITOSA

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

Boletim de ocorrência incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

Declaração do Proprietário do Veículo 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



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: <u>Guilherme da Silva Ferreira</u>		LEITE: <u>Soldo 05</u>		CONVENIO: <u>SUS</u>	IDADE: <u>14</u>	REGISTRO: <u>1761232</u>	GOVERNO DA PARAIBA
CIRURGIA: <u>2º dedo da perna</u>		CIRURGIÃO: <u>Yuri</u>		ANESTESIA: <u>Yuri</u>		SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE	
ANESTESIA: <u>Local</u>		INSTRUMENTADORA: <u>Yuri</u>		DATA: <u>30/10/18</u>		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES	
INICIO: <u>15:42</u>		FIM: <u>19:10</u>					

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.	Catet. p/ Oxo.		Catgut cromado Serlix	
	Atropina amp.	Catet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Serlix	
	Diazepam amp.	Compressa Grande		Catgut cromado Serlix	
	Dimore amp.	Compressa Pequena		Catgut Simples	
	Dolantina amp.	Colonoide		Catgut Simples Serlix	
	Efranc ml	Dreno		Catgut Simples Serlix	
	Fenagum amp.	Dreno Kerr nº		Catgut Simples Serlix	
	Fentanil ml	Dreno Penrose nº		Cera p/ osso	
	Hevra ml	Dreno Pezzer nº		Ethibond	
	Ketalar ml	Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Mercaina % ml	Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Nubahin amp.	Equipo de Sangue		Fio de Algodão Serlix	
	Pavulon amp.	Equipo de PVC		Fio de Algodão Serlix	
	Profligmine amp.	Esparadrapo Larco cm		Fio de Algodão Sutupak	
	Protóxido I/m	Furacim ml		Fio de Algodão Sutupak	
	Quelicin ml	Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardiaca	
	Rapifen amp.	H.O. ml	01	Mononylon	
	Thionembatal ml	Intracath Adulto		Mononylon	
	Tracrium amp.	Intracath Infantil		Prolene Serlix	
Qtd.	MEDICAÇÕES	Lâmina de Bisturi nº 23		Prolene Serlix	
	Agua Destilada amp.	Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Serlix	
	Decadron amp.	Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Serlix	
	Dipirona amp.	Luvas 7.0		Vicryl Serlix	
	Flaxidol amp.	Luvas 7.5		Vicryl Serlix	
	Flebocortid amp.	Luvas 8.0		Vicryl Serlix	
	Geranicina amp.	Luvas 8.5			
	Glicose amp.	Oxigenio I/m			
	Glucon de Cálcio amp.	Poliflix			
	Haemacel ml	PVPI Degemante ml			
	Heparema ml	PVPI Tópico ml			
	Kanakion amp.	Sabão Antisséptico			
	Lasix amp.	Saco coletor	01	SG Normotérmico fr 500 ml	
	Medrotilnazol.	Seringa desc. 10 ml		SG Gelado fr 500 ml	
	Plasil amp.	Seringa desc. 20 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml	
	Prolamina	Seringa desc. 05 ml	01	SG Ringr fr 500 ml	
	Revivan amp.	Sondas		SG fr 500 ml	
	Suipfanon amp.	Sonda folley	Qtd.		
	Cefakolina ig	Sonda Nasogátrica			
		Sonda Uretral nº			
		Sterydrem ml			
		Torneirinha			
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES	Vaselina ml			
	Agulha desc. 25 x 7	Gelcon 18			
	Agulha desc. 28 x 28	Latese			
	Agulha desc. 3 x 4,5				
	Agulha p/ raque nº				
01	Alcool de Enfiagem				
	Alcool Iodado ml				
02	Ataduras de Crepon				
	Ataduras de Gessada				
	Azul metileno amp.				
	Benzina ml				

SOROS	
Qtd.	
01	SG Normotérmico fr 500 ml
	SG Gelado fr 500 ml
	SG Hipertérmico fr 500 ml
	SG Ringr fr 500 ml
	SG fr 500 ml

ORTESE E PRÓTESE	
Qtd.	

EQUIPAMENTOS	
☒	Oxímetro de Pulso
☐	Serra
☐	Desfibrilador
☒	Foco Frontal
☐	Fonte de Luz
☐	Foco Auxiliar
☐	Eletrocautêrio
☐	Oxicapnógrafo
☒	Cardiomonitor
☐	Perfurador Elétrico

CIRCULANTE RESPONSÁVEL: [Assinatura]


MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

CPF
 Cadastro de Pessoas Físicas
 Número de Inscrição
084.882.344-30

Nome
FRANCINEIDE CAIUSA

Nascimento
24/09/1937



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
 INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
 DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

D.I.P. 139




Francinete Feitosa
ASS. E ASSIN. DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Rio de Janeiro, 04 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190351932

Vítima: GINALDO DA SILVA FEITOSA

Data do Acidente: 14/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), FRANCINETE FEITOSA

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento de oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

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.

Autorização de pagamento

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 132.593.864-59	Nome completo da vítima GINAULO DA SILVA FERREIRA
---------------------------	--	---

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo FRANCINETE FERREIRA	CPF titular da conta 084.882.344-30	Profissão AGRICULTORA
Endereço Rua Salvador Rui Carneiro	Número 124	Complemento Casa
Bairro São José	Cidade Taperoá	Estado PB
CEP 58680-000		Telefone (DDD) (83) 99640-4247
Email marceladadva@gmail.com		

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

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

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

BANCO Nome	NRO.
BRADESCO S/A	
AGÊNCIA NRO.	CONTA NRO.
1563	002447
D/V	D/V
6	7
(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.

Taperoá/PB 07 de Maio de 2019
Local e Data

x Francinete Ferreira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
3ª SUPERINTENDENCIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL
15ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE LIVRAMENTO

Rita Pereira de Almeida, s/nº, Centro, Livramento PB. CEP 58.690-000

J.

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA Nº 029/2019



Aos (15) quinze dias do mês de MAIO do ano de dois mil e dezenove, por volta de 10h00min, nesta cidade de Livramento/PB, na Delegacia de Polícia, presente o Del. Pol. Ariosvaldo Adelino de Melo, Delegado de Polícia Civil, comigo escrivão nomeado ao final assinado, após verificar o livro de ocorrência policial de nº 003, a ocorrência de nº 029/2019, às folhas 50-V, foi verificado que compareceu:

FRANCINETE FEITOSA – CPF 084.882.344-30, RG nº 3382455 SSP/PB, brasileira, solteira, Agricultora, com Ensino Fundamental incompleto, natural de Taperoá/PB, filha de Fernando Deodato Feitosa e de Maria de Fátima Almeida Feitosa, com 37 anos de idade, nascida em 24/09/1981, residente na Rua Senador Rui Carneiro, 124, São José, Taperoá/PB, tel: (83) 98793-7057.

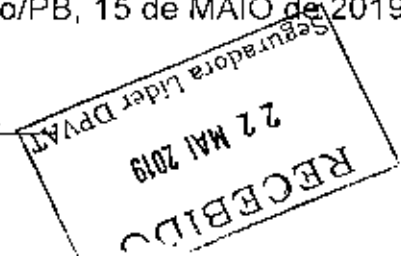
PARA NOTIFICAR QUE: informa a noticiante de que no dia 25/10/2019, por volta das 19h00min, foi até o hospital de Taperoá com um de seus filhos, pois ele estava doente, deixando em casa seu outro filho mais velho, GINALDO DA SILVA FEITOSA, brasileiro, solteiro, estudante, nascido em 05/02/2004, com 15 anos de idade, filho dela declarante e de Genildo Ferreira Silva, CPF 132.593.864-59, residindo com a declarante; QUE, quando ainda estava no hospital, por volta das 22h30min, chegou uma ambulância do SAMU socorrendo seu filho acima qualificado, pois ele havia sofrido um acidente de moto aqui na cidade de Livramento/PB, causando muita surpresa a noticiante; QUE, a noticiante havia deixado a motocicleta HONDA/CG 150 TITAN KS, ANO/MOD 2004/2005, PRETA, PLACA KKF 6323/PE, chassi 9C2KC08105R043894, RENAVAL 840483716, guardada dentro de casa e com a chave escondida; QUE, provavelmente seu filho encontrou a chave e saiu junto com outro colega e vieram até Livramento/PB; QUE, soube de que ele colidiu com um carro, e nessa colisão o menor sofreu uma fratura no pé esquerdo, perdendo um dedo do mesmo pé, sendo encaminhado para o Hospital de Trauma de Campina Grande/PB, onde passou por cirurgia; QUE, a moto era de sua propriedade, mas a mesma teve que se desfazer para pagamento dos danos causados pelo acidente provocado por seu filho GINALDO DA SILVA FEITOSA. Ciente das sanções previstas no artigo 299 do CPB, assume inteira responsabilidade.

Livramento/PB, 15 de MAIO de 2019.

Notificante

Francinete Feitosa
FRANCINETE FEITOSA

Gilliard Guimarães Ferreira
escrivão





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

Certidão de Nascimento

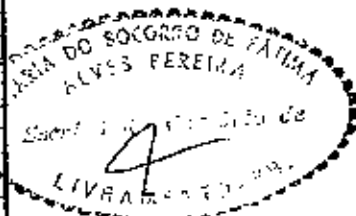
NOME:

Ginaldo da Silva Feitosa

MATRÍCULA

0696820155 2004 1 00008 034 0007605 89

Certidão de nascimento



DATA DE NASCIMENTO(POR EXTENSO) cinco de fevereiro de dois mil e quatro		DIA 05	MÊS 02	ANO 2004
HORA DE NASCIMENTO 20:00	MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO Campina Grande-PB			
MUNICÍPIO DE REGISTRO/UF LIVRAMENTO-PB	LOCAL DE NASCIMENTO Hospital CLIPSI-Campina Grande-PB - Campina Grande-PB		SEXO masculino	
FILIAÇÃO Genildo Ferreira Silva e Francinete Feitosa				
AVÓS PATERNO(S): Luiz Severino da Silva e Maria Anunciada Ferreira da Silva ; MATRNO(S): Fernando Deodato Feitosa e Maria de Fatima Almeida Feitosa.				
GÊMEOS NÃO	NOME E MATRÍCULA DO(S) GÊMEO(S) NÃO POSSUI			
DATA DO REGISTRO (POR EXTENSO) dezoito de fevereiro de dois mil e quatro (18/02/2004).		DNV (DEC. NASC. VIVO) NADA CONSTA		

OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES

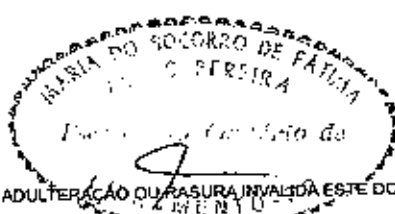
2ª VIA. Obs: Registro lavrado em 18/02/2004, no livro A-00008, Nº 7605, folha 34. Esta conforme com o original dou fé

NOME DO OFÍCIO João Pereira Filho
OFICIAL REGISTRADOR (digite aqui o nome do oficial do cartório)
MUNICÍPIO/UF Livramento-PB
ENDEREÇO Rua: José Américo Almeida S/N Centro Livramento-PB - CEP 58690000 Fone: (83)3477-1045 E-mail: socorro_cartorio@hotmail.com

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.
Livramento-PB, 19 de março de 2015.

Maria do Socorro de Fátima Alves Pereira
Maria do Socorro de Fátima Alves Pereira
Oficial do Registro Civil

Selo Digital: **AAZ13866-TH4S**
Consulte a autenticidade em: <https://selodigital.pb.jus.br>



forpen

VÁLIDO EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL. QUALQUER ADULTERAÇÃO OU FALSIFICAÇÃO INVALIDA ESTE DOCUMENTO

Nº. 414805 A

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)

Declaração de Inexistência de IML



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

GINALDO da SILVA FEITOSA

CPF da Vítima

132.593.864-59

Data do Acidente

14/11/18

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

FRANCINETE FEITOSA

CPF do Representante legal

084.882.334-30

E-mail

marceloaduad@gmail.com

Telefone (DDD)

(83) 99640-4118

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.

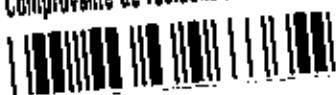
Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto 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 previa concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Leptão/PB 07 de Maio de 2019
Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, FRANCINETE FEITOSA

RG nº 3382455, data de expedição 02/11/05, Órgão SSP/PB,

CPF nº 084882344-30, 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 Senador Rui Carneiro</u>
Número	<u>124</u>
Apto / Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>São José</u>
Cidade	<u>Taperoá</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58680000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 39640-4318</u>
E-mail	<u>marceladuas@gmail.com</u>

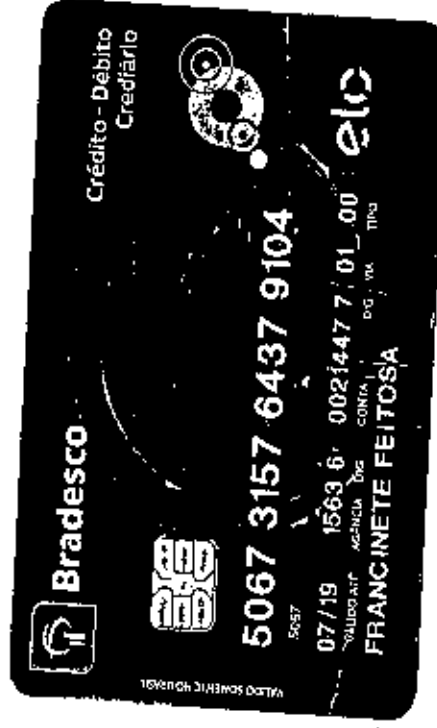
Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data:

Taperoá/PB 07/05/19

Assinatura do Declarante:

x Francinete Feitosa



FRANCINETE FEITOSA
RUA SEVERINO ALFARO, S/N - CENTRO
TAPERIA / PE CEP: 55000-000 (AO ES)

Uso: MONOFÁSICO
Código: RES MTC B1 / RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Roteiro: 8 - 80 - 636 - 1830 Referência: Abr/2019
Medidor: 00001027594 Emissão: 10/04/2019

energisa

ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
R. 230, Km 26 - Distrito Industrial - Jandaia do Sul - PR - CEP: 86071-690
CNPJ: 08.085.123/0001-40 Ins. Est. 16.015.622-0

Nota Fiscal / Contrato: Energia Elétrica Nº023.132.874
Cód. para DTA Automática: 0000884822

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

Conta referente à	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANT
Abr/ 2019	10/04/2019	10/05/2019	084.882.344-30 ins. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/584885-2

Canal de contato

Declaração de Quitação Aquisição Débitos
Conforme previsto na Lei 12.007 de 28 de julho de 2009,
informamos a quitação dos débitos referentes aos letu-
ramentos regulares de energia elétrica desta unidade
consumidora vencidos no mês de 2019 e nos anos ante-
riores. Esta declaração substitui, para a comprovação do
pagamento dos débitos da consumidora, as opor-
tunidades de assinatura mencionadas nos débitos do ano
e dos anos anteriores.
Já conhece os nossos perfis nas redes sociais? Siga e fique no
Facebook, Twitter, Instagram, LinkedIn e YouTube para
acompanhar as nossas novidades, como dicas de economia e
segurança, orientações sobre serviços, informações sobre
investimentos, oportunidades de trabalho e muito mais!

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Letura	Data	Letura	
2/03/19	9818	10/04/19	9872	28

Demonstrativo									
CC	Descrição	Quantidade	Valor	Base Calc	Aliq	Imposto	Base Calc	Por(R\$)	Por(%)
		Unidade	(R\$)	(R\$)	(%)	(R\$)	(R\$)	(R\$)	(%)
0071	Consumo em kWh	105,00	102,87	60,00	90,00	27	24,41	20,00	0,89
	LANÇAMENTOS E CORRIGIDOS								
0027	CORREÇÃO FISCAL		0,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0024	JUROS DE VENCIMENTO		0,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0005	MULTA 03/2019		2,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0005	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 03/2019		0,48	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00

CC: Código de Contas e Tarifas de Referência TOTAL 102,87 0,00 24,41 20,00 0,89 4,52
Tarifa e Tributos 0,00 0,00

Valor a pagar (R\$) **VENCIMENTO** **TOTAL A PAGAR**
ES 17/04/2019 R\$ 102,87

Histórico de Consumo (kWh)

79	84	89	92	102	89	101	111	103	100	91	120
Abr/18	May/18	Jun/18	Jul/18	Agv/18	Set/18	Out/18	Nov/18	Dez/18	Jan/19	Fev/19	Mar/19

RESERVADO AO FISCO
5a59.8595.1ede.e7ab.a65f.868e.4553.83fd.

Indicadores de Qualidade				Composição do Consumo		
Limites da ANEEL		Apurado	Limite de Tensão (V)	Descrição	Valor (R\$)	%
DISCONTINUIDADE	6,27	0,00	NOVINAL	220	21,50	20,90
DISCONTINUIDADE TRIMESTRAL	12,54				89,87	29,81
DISCONTINUIDADE ANUAL	25,08				2,25	2,25
PERDA DE ENERGIA	3,35	0,00	CONTINUA	220	5,08	4,95
PERDA DE ENERGIA TRIMESTRAL	8,72				47,26	41,09
PERDA DE ENERGIA ANUAL	13,45	0,00	INFERIOR	220	0,00	0,00
DMC	8,11					
DMC	12,22					
				Total	102,67	100,00

Valor do EUGB (R\$ 27.700,00) R\$ 26,20

ATENÇÃO
Abril Verde: Chegada de créditos de Trabalho

Parcelas em atraso

Onde pagar sua conta

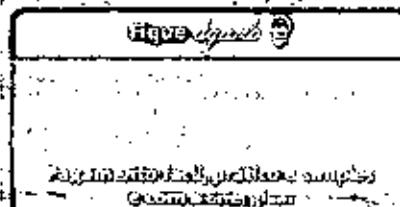
Débito Automático - Banco do Brasil / Bancoob (Sicoob) / Bradesco / Sicredi / Caixa Econômica Federal / Itaú / Santander / Banco Inter

Agentes Credenciados - Banco do Brasil (Correspondentes Bancários - Pagafolha/Banco Postal) / BNB / Bradesco (Correspondentes Bancários) / Bancoob (Sicoob) / Sicredi / Tribranco / Caixa Econômica Federal (Cartas Leônicas e Cartão eletrônico)

Autoatendimento e Internet - Banco do Brasil / Bradesco / Bancoob (Sicoob) / BNB / Caixa Econômica Federal / Itaú / Santander / Sicredi / Banco Inter

Energisa facilita para você!

A sua conta de energia elétrica. Agora, ela é boleto bancário. Assim é melhor para você, que pode pagar o boleto em qualquer banco, caixa lotérica e internet.



Além de ser mais fácil e prática, o boleto bancário oferece mais segurança e tem a vantagem de não ter prazo de validade.



Energisa

Glossário

Compra de Energia: parcela destinada ao pagamento dos geradores que vendem energia elétrica para a concessionária.

Serviço de Distribuição: parcela destinada a investimentos e custos operacionais nas redes de distribuição.

Serviço de Transmissão: parcela destinada ao pagamento do transporte de energia das usinas até as subestações.

Encargos Setoriais: parcela destinada ao pagamento das obrigações compulsórias do setor elétrico estabelecidas por lei, arrecadada pela Energisa e transferida para a Eletrobrás.

Impostos Diretos e Encargos: parcela destinada ao pagamento dos impostos estaduais (ICMS) e federais (PIS/PASEP e COFINS).

DIC: número de horas que o cliente ficou sem energia.

FC: número de vezes que o cliente ficou sem energia.

DMUC: Duração, em horas, da maior interrupção de energia no período.

DICI: Duração da interrupção individual ocorrida em dia crítico.

Custo de disponibilidade: valor mínimo faturável, estabelecido pela ANEEL, para as unidades consumidoras atendidas em baixa tensão.

TUSD: valor monetário unitário determinado pela ANEEL, em R\$/kWh, utilizado para efetuar o faturamento mensal de usuários do sistema de distribuição de energia elétrica pelo uso do sistema.

TE: valor monetário unitário determinado pela ANEEL, em R\$/kWh, utilizado para efetuar o faturamento mensal referente ao consumo de energia.

EUSD: Encargo de uso do sistema de distribuição.

Informações sobre esta NOTA FISCAL / CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA são estarão disponíveis para consulta em nosso sistema 24 horas após a data de apresentação informada no anverso.

Fique Atento!

- Para atendimento em nossa agência ou através do Call Center, tenha em mãos uma conta de energia elétrica, CPF ou CNPJ.
- Encolhe o prazo do leilão para o medidor e assim evita que o seu consumo seja faturado pela média dos últimos doze meses.
- Informações sobre condições gerais do fornecimento, tarifas, produtos, serviços prestados e outras informações disponíveis para consulta em nossos sites ou pelo atendimento ao cliente em www.energisa.com.br.
- Para informações individuais a respeito de problemas com o produto neste unidade consumidora, procure o distribuidor responsável. É direito do consumidor solicitar, a qualquer tempo, a reparação ou substituição do equipamento.
- Pagando em duas vezes, você evita cobrança de multa de 2% (atualização monetária com base na variação do IGP-M, juros de mora de 1% ao mês, sobre os valores em atraso) e danos financeiros. O pagamento desta conta não quita débitos anteriores.
- Os dados impressos no verso da conta, do até o momento desde que não existe o contato direto com plásticos, solventes e produtos químicos, bem como a exposição ao calor e umidade excessiva, luz solar e fumaça de lâmpadas fluorescentes.
- Caso não esteja a par do prazo de sua conta de luz até a data de vencimento, uma vez vencida, você estará sujeito à inclusão de seu nome nos âmbitos de proteção ao crédito (SPC, SERASA, SCPC), e também estará sujeito ao protesto do documento junto aos órgãos competentes, devendo entrar com todos os custos para retirada do protesto.
- Seu CPF foi protestado? Consulte através do site: <http://pesquisaprotesto.com.br>

Atendimento Energisa 0800 083 0196 (24h)

Atendimento Energisa para deficientes auditivos ou de fala 0800 086 1234

Central de Atendimento 0800 083 0196 (horário comercial) - Necessário ter o número do protocolo de atendimento
NRE (Agência Reguladora do Estado de Rondônia) - 0800 333 0167 (horário comercial de segunda a sexta e sábado)
NRE (Agência Reguladora do Estado de Mato Grosso) - 0800 333 0167 (horário comercial de segunda a sexta e sábado)

Use o seu tempo