

LUCILENE MARIA DA CONCEICAO SANTOS
RUA TEREZINHA MEDEIROS DE SOUSA, 142 - AGUA FRIA
JOAO PESSOA / PB CEP: 58000000 (AG: 5)

CPF/CNPJ/RANI: 674.155.394-00

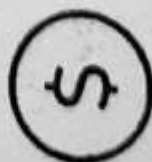
Grupo: CONVENCIONAL BAIXA TENSÃO / Subgrupo: B1
Classe: RES MTC B1 / Subclasse: RESIDENCIAL
Ligacao: MONOFASICO
Roteiro: 11 - 5 - 424 - 3980 Nº Medidor: W5057312453



 UNIDADE CONSUMIDORA (UC)

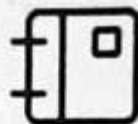
5/786041-4

CADASTRE SUA FATURA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZANDO O CÓDIGO: 00007860414



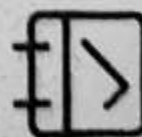
VALOR DA FATURA

R\$ 429,34



VENCIMENTO

25/06/2020



REFERÊNCIA

Jun / 2020



CONSUMO

341kWh

12,18 kWh
MÉDIA DIÁRIA

SITUAÇÃO DE DÉBITOS

FATURAS EM ATRASO

Mai/20

R\$271,96

Abr/20

R\$456,95



Hospital Estadual de
Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



PARAÍBA
Governo do Estado

Documento de Alta

Nome:			Número Prontuário:	
ANKO MARCIO ARANTES ANGELO LACERDA			123198	
Data de Nascimento:	Sexo:	Data de Internação:	Data de Alta:	
01/12/1979	Masculino	18/06/2020 20:48:52	22/06/2020 06:58:11	
Motivo da alta:				
ALTA MEDICA				
Conduta:				
ALTA MEDICA PARA PACIENTE COM FRATURA DE PLATO TIBIAL ESQUERDO. NO 2º DPO DE TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE PLATO TIBIAL ESQUERDO. PACIENTE BEM CLINICAMENTE.				
Resumo da Internação:				
PACIENTE COM HISTÓRIA DE MOTO APRESENTANDO FRATURA DE PLATO TIBIAL LATERAL (SCHATZKER I). SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO HÁ 2 DIAS E EVOLUI ESTAVEL. SEM QUEIXAS NO MOMENTO. PULSO PERIFÉRICO E MOVIMENTO DE MIE PRESENTE.				
Resultado de Exames:				
HB18/06: 18. RX DE CONTROLE REALIZADO.				
Tratamento:				
TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE PLATO TIBIAL ESQUERDO REALIZADO POR EVERTON DAVID.				
Diagnóstico:				
S82.1 - Fratura da extremidade proximal da tibia				
Recomendações:				
ORIENTAÇÕES GERAIS. ANALGESIA. ANTIBIOTICOPROFILAXIA. RETORNO NO CEREST. XARELTO.				

Data: 22/06/2020

Dr. Heisenberg Almeida
MÉDICO
CRM: 12799 - PB

THAYSA DE SOUSA COSTA
CRM: 12799 - PB



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena

Atendimento: 202032849472

Data Nasc: 01/12/1979 - 40 anos

Paciente: ANKO MARCIO ARANTES ANGELO LACERDA

Data Exame: 18/06/2020

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO JOELHO ESQUERDO

Técnica:

Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar, sem a injeção de contraste iodado endovenoso.

Análise:

Estudo dirigido ao trauma.

Fratura do platô lateral da tíbia (tipo 4 de Salter-Harris) associado a comunicação com a articulação do joelho e hemartrose.

O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.

Este laudo foi liberado em 19/06/2020 10:06.



Dr. Phydias L. F. de Carvalho
CRM 6933 - PB



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO



VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1765540866

NOME
ANKO MARCIO ARANTES ANGELO LACERDA



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
2399708 SSP PB

CPF DATA NASCIMENTO
008.664.064-09 01/12/1979

FILIAÇÃO
SEBASTIAO ARANTES
GERALDA LACERDA
ARANTES

PERMISSÃO ACC CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO VALIDADE 1ª HABILITAÇÃO
04392052701 16/10/2023 26/06/2008

OBSERVAÇÕES
EAR;

ANKO MARCIO A. A. LACERDA

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
JOAO PESSOA, PB

DATA EMISSÃO
30/04/2019

Assinatura
Agamenon Vieira da Silva
Diretor de Registro e Carteira

ASSINATURA DO EMISSOR

85159432166
PB038901641

PROIBIDO PLASTIFICAR

1765540866

PARAÍBA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN

LACRE 00455545

DETRAN - PB Nº 014800162048
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD. RENAVAM 0112245759-3 FLN. T.R.C. 00/00000000 EXERCÍCIO 2019

NOME
GIRLEYDE ARAUJO DA SILVA

CPF / CNPJ 01634687450 PLACA QFV7685/PB

PLACA ANT / UF NOVO PB CHASSI 9C2KD0810AR446417

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLE/NAC ALIC COMBUSTÍVEL ALCO/GASOL

MARCA / MODELO HONDA/NXR160 BROS ESDD ANO FAB 2017 ANO MOD 2017

CAP / POT / CIL 2 P/162 /CICLO PARTICIO COR PREDOMINANTE VERMELHA

COTA ÚNICA 000000/00.00000 VENC. COTA ÚNICA 1º

FAIXA I.P.V.A. 0 PARCELAMENTO / COTAS 2º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 0 IOF (R\$) 0 PRÊMIO TOTAL (R\$) 0 DATA DE PAGAMENTO 10/07/2019

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA DE DOMÍNIO DE AVREAR MES
SEM RESERVA DE DOMÍNIO DE AVREAR MES

LOCAL JOAO, PESSOA - PB DATA 10/07/2019

19399



Agendamento de Emissão de Documento de Registro e Licenciamento de Veículo - DETRAN/PB

19399

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN

LACRE 00455545

DETRAN - PB Nº 014800162048
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD. RENAVAM 0112245759-3 FLN. T.R.C. 00/00000000 EXERCÍCIO 2019

NOME
GIRLEYDE ARAUJO DA SILVA

CPF / CNPJ 01634687450 PLACA QFV7685/PB

PLACA ANT / UF NOVO PB CHASSI 9C2KD0810AR446417

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLE/NAC ALIC COMBUSTÍVEL ALCO/GASOL

MARCA / MODELO HONDA/NXR160 BROS ESDD ANO FAB 2017 ANO MOD 2017

CAP / POT / CIL 2 P/162 /CICLO PARTICIO COR PREDOMINANTE VERMELHA

COTA ÚNICA 000000/00.00000 VENC. COTA ÚNICA 1º

FAIXA I.P.V.A. 0 PARCELAMENTO / COTAS 2º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 0 IOF (R\$) 0 PRÊMIO TOTAL (R\$) 0 DATA DE PAGAMENTO 10/07/2019

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA DE DOMÍNIO DE AVREER MES
SEM RESERVA DE DOMÍNIO DE AVREER MES

LOCAL JOAO, PESSOA - PB DATA 10/07/2019

19399 30392

CONTRAN

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN

LACRE 004555545

DETRAN - PB Nº 014800162048
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD. RENAVAM 0112245759-3 R.N.T.R.C. 00/00000000 EXERCÍCIO 2019

NOME
GIRLEYDE ARAUJO DA SILVA

CPF / CNPJ
01634687450

PLACA
QFV7685/PB

PLACA ANT / UF
NOVO PB

CHASSI
9C2KD0810AR446417

ESPECIE TIPO
PAS/MOTOCICLE/NAC AP LIC

COMBUSTÍVEL
ALCO/GASOL

MARCA / MODELO
HONDA/NXR160 BROS ESDD

ANO FAB 2017 ANO MOD 2017

CAP / POT / CIL
2 P/162

CATEGORIA
PARTICIO

COR PREDOMINANTE
VERMELHA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA
000000/00.00000

VENC. / COTAS
1º

FAIXA I.P.V.A.

PARCELAMENTO / COTAS
0

2º
3º *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

SEGURO

PAGO

10/07/2019

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA DE DOMÍNIO DE AVREER MES

SEM RESERVA DE DOMÍNIO DE AVREER MES

LOCAL
JOAO, PESSOA - PB

DATA
10/07/2019

19399



Agendamento de Emissão de Documento de Registro e Licenciamento de Veículo - DETRAN/PB

19392

FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06
Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: 3200245833

Data da solicitação: 06/08/2020
DD/MM/AA

Nome do beneficiário: Arno Márcio Arantes Ângelo Jacunda

CPF do beneficiário: 008.664.064-09

Nome do solicitante: O Mesmo

CPF do solicitante: O Mesmo

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (83) 99833-5088
DDD

Tel. Comercial: ()
DDD

Tel. Residencial: ()
DDD

E-mail:

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

☒ DISCORDO DA NEGATIVA

☐ DISCORDO DO VALOR RECEBIDO

☐ DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

☒ NÃO

☐ SIM, informe qual(is)
documentos estão
sendo entregues:

☐ Novos documentos médicos

☐ Laudo do IML

☐ Boletim de Ocorrência

☐ Notas fiscais complementares

☐ Outros:

(DESCREVER)

NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

João Pessoa, PB 06-08-2020.

Local e Data

Arno Márcio A. A. H. W. S.

Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a rogo)

IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo).

FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06
Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: 3900305148

Nome do beneficiário: Anko Marcio Arantes Angelo Laarda

Data da solicitação: 17/09/2020
DD/MM/AA

Nome do solicitante: O Morno

CPF do beneficiário: 008.664.064-09

CPF do solicitante: O Morno

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (83) 99811-5088
DDD

Tel. Comercial: ()
DDD

Tel. Residencial: ()
DDD

E-mail:

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

☒ DISCORDO DA NEGATIVA

☐ DISCORDO DO VALOR RECEBIDO

☐ DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

☒ NÃO

☐ SIM, informe qual(is) documentos estão sendo entregues:

☐ Novos documentos médicos

☐ Laudo do IML

☐ Boletim de Ocorrência

☐ Notas fiscais complementares

☐ Outros:

(DESCREVER)

NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Unko Solicito uma reanálise do meu processo ao qual não foi colocado como vítima em tratamento, onde eu não me encontro mais em tratamento, estou liberado para fazer minhas atividades.

João Pessoa, PB 17/09/2020
Local e Data

Anko Marcio A.A. V. Carr

Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a rogo)

IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:
O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo).

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200334038 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANKO MARCIO ARANTES ANGELO **Data do acidente:** 18/06/2020 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A
LACERDA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/09/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO PLATÔ TIBIAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA. PÁG 3,11,12

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO JOELHO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0192350/20

Vítima: ANKO MARCIO ARANTES ANGELO LACERI

CPF: 008.664.064-09

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 18/06/2020

Titular do CPF: ANKO MARCIO ARANTES ANGELO LACERDA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

ANKO MARCIO ARANTES ANGELO LACERDA : 008.664.064-09

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 10/07/2020
Nome: ANKO MARCIO ARANTES ANGELO LACERDA
CPF: 008.664.064-09

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/07/2020
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

ANKO MARCIO ARANTES ANGELO LACERDA

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

Rio de Janeiro, 21 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200334038

Vítima: ANKO MARCIO ARANTES ANGELO LACERDA

Data do Acidente: 18/06/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANKO MARCIO ARANTES ANGELO LACERDA

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, contados a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 03 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200334038

Vítima: ANKO MARCIO ARANTES ANGELO LACERDA

Data do Acidente: 18/06/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANKO MARCIO ARANTES ANGELO LACERDA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

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

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: ANKO MARCIO ARANTES ANGELO LACERDA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 341

Agência: 000005579

Conta: 0000029856-2

Tipo: CONTA CORRENTE

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 008.664.064-09 Nome completo da vítima: ANILDO MÁRCIO ALANES ÂNGELO LAURIDA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: ANILDO MÁRCIO ALANES ÂNGELO LAURIDA CPF: 008.664.064-09
Profissão: AUTÔNOMO Endereço: RUA PEREGRINA AGUIAR DOS REIS SOUSA Número: 142 Complemento: CASA
Bairro: RUA FRIA Cidade: JOÃO PESSOA Estado: PB CEP: 58.078-485
E-mail: _____ Tel (DDD): 83/99811-5088

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

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

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: ITAÚ

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 5549 CONTA: 29856 2
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

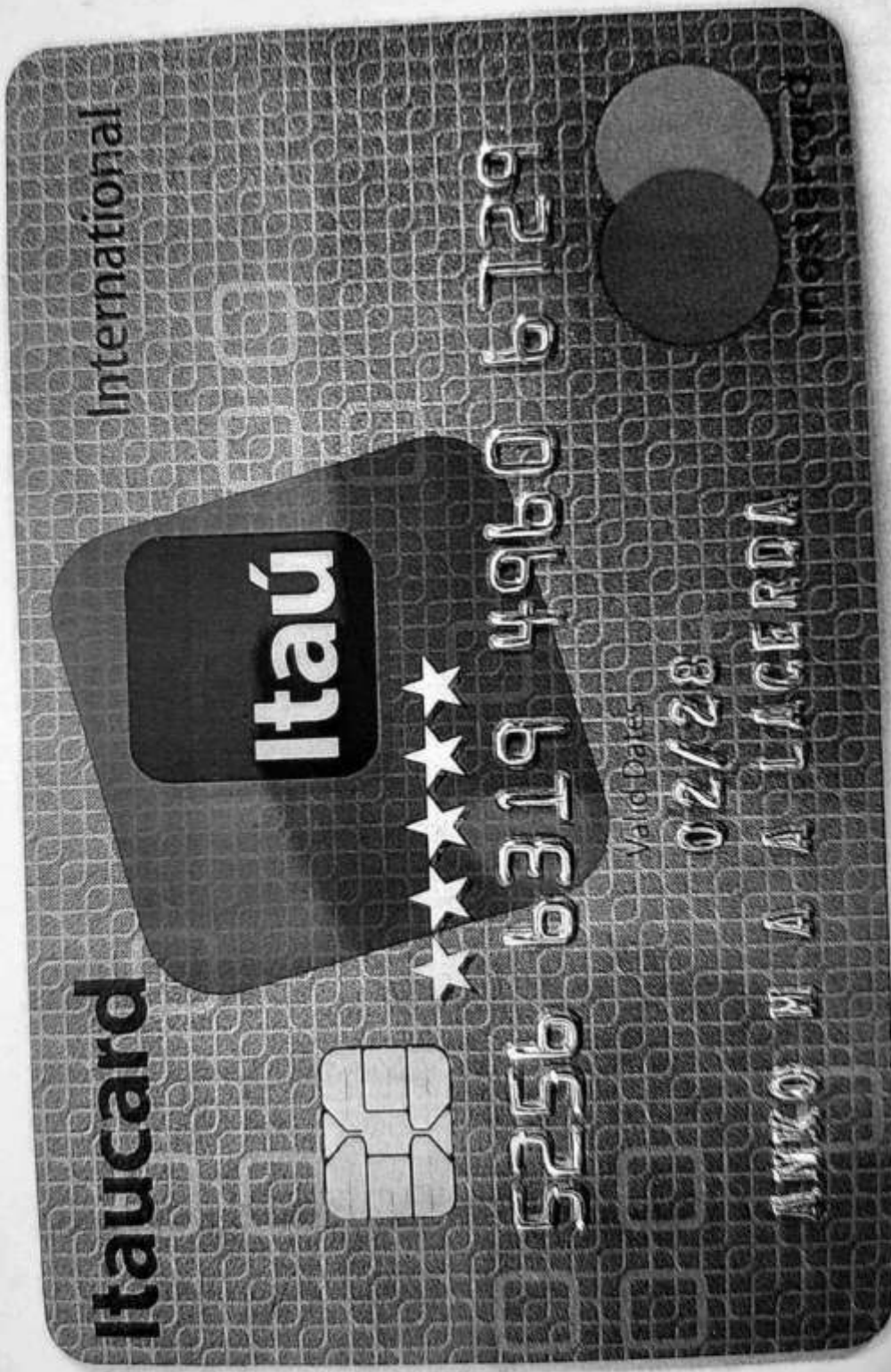
Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
Local e Data: J. PESSOA 08/07/2020
Nome: _____
CPF: _____
(*) Assinatura de quem assina A ROGO
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): ANILDO MÁRCIO A. A. LAURIDA

TESTEMUNHAS
1ª Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____
2ª Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

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



agência conta

5579 29856 2

Authorized signature. Not valid unless signed.

5579 29856 2



maestro.



5579



CERTIDÃO DE REGISTRO DE Ocorrência
Nº 044520.01.2020.0.00.704

A Delegacia Online CERTIFICA a requerimento escrito, via Internet, de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial nº 044520.01.2020.0.00.704 analisado pelo policial civil Bettowen Carvalho de Oliveira, matrícula 1560000 cujo teor passo a transcrever na íntegra: às 17:48 min do dia 09/07/2020, na Delegacia Online, **Anko Márcio Arantes Ângelo Lacerda**, nacionalidade Brasileiro(a), profissão Autônomo, natural de Coremas, nascido(a) em 01/12/1979, idade 40, estado civil Solteiro (a), de cor Branca, filho(a) de Geralda Lacerda Arantes e Sebastião Arantes, CPF 008.664.064-09, residente e domiciliado (a) no(a) Rua Terezinha de Medeiros Dantas Souza, nº 142, complemento Casa, bairro Água Fria, na cidade de João Pessoa/PB. CEP: 58073485, telefone(s) (83) 9 98662-3208, registrou o seguinte:

Dados do(s) Fato(s):

Data/Hora do fato: 18/06/2020 20:00h; Tipificação: **Boletim Emergencial**; Tipo do Local: Via Aberta; Local do Fato: Av. Ruy Carneiro com à Paralela Rua Maria Rosa., Manaíra, João Pessoa/PB.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

O NOTICIANTE, noticiou que sofreu um acidente de moto (MOTO X MOTO), no dia: 18/06/2020 por volta das 20:00 horas, o mesmo relata que estava CONDUZINDO a referida moto HONDA/NXR 160 BROS ESDD, ANO:MOD: 2017/2017, COR: VERMELHA, PLACA: QFV7685/PB, CHASSI: 9C2KD0810HR446417, DE PROPRIEDADE: GIRLEYDE ARAÚJO DA SILVA, CPF: 016.346.874-50. O noticiante relata que estava parado no sinal da Ruy Carneiro com a Maria Rosa, ou seja, sentindo CENTRO X PRAIA, quando ao abrir partiu e foi surpreendido por uma moto, não sabendo informar o nome e nem os dados moto causadora do acidente, ou seja, o terceiro causador atravessou o sinal vermelho e com isso não havendo a possibilidade de desviar e tendo a colisão, por isso perdeu o controle da moto e vindo a cair ao SOLO, pessoas do local correram para prestar socorro e ligaram para o CORPO DE BOMBEIROS, que ao chegarem no local fizeram os primeiros procedimentos e encaminharam imediatamente para o HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA na Capital, dando entrada no mesmo dia, por volta das 20:48:52 horas. Sendo recebido por médicos plantonistas da unidade e após avaliado foi DIAGNOSTICADO: FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TÍBIA, CID - S82.1, sendo necessário ficar internado para fazer procedimentos cirúrgicos e vindo a receber alta médica no dia: 22/06/2020 às 06:58:11 horas, conforme documento de alta assinada por Dr. Heisenberg Almeida, CRM - 6229/PB.

ATENÇÃO: Esse Boletim só é válido com a assinatura do declarante. A veracidade do mesmo pode ser checada no site da Delegacia Online através do código de controle. www.delegaciaonline.pb.gov.br. Tel. (83) 3612-8612 (8h-18). E-mail: delegaciaonline@seds.pb.gov.br.



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

Anko Márcio Arantes Ângelo Lacerda

59B2BCED5B727B63D2C67F1B20C72056

Código de Controle

ATENÇÃO: Esse Boletim só é válido com a assinatura do declarante. A veracidade do mesmo pode ser checada no site da Delegacia Online através do código de controle. www.delegaciaonline.pb.gov.br. Tel. (83) 3612-8612 (8h-18). E-mail: delegaciaonline@seds.pb.gov.br.





CERTIDÃO DE REGISTRO DE Ocorrência
Nº 044520.01.2020.0.00.704

A Delegacia Online CERTIFICA a requerimento escrito, via Internet, de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial nº 044520.01.2020.0.00.704 analisado pelo policial civil Bettowen Carvalho de Oliveira, matrícula 1560000 cujo teor passo a transcrever na íntegra: às 17:48 min do dia 09/07/2020, na Delegacia Online, **Anko Márcio Arantes Ângelo Lacerda**, nacionalidade Brasileiro(a), profissão Autônomo, natural de Coremas, nascido(a) em 01/12/1979, idade 40, estado civil Solteiro (a), de cor Branca, filho(a) de Geralda Lacerda Arantes e Sebastião Arantes, CPF 008.664.064-09, residente e domiciliado (a) no(a) Rua Terezinha de Medeiros Dantas Souza, nº 142, complemento Casa, bairro Água Fria, na cidade de João Pessoa/PB. CEP: 58073485, telefone(s) (83) 9 98662-3208, registrou o seguinte:

Dados do(s) Fato(s):

Data/Hora do fato: 18/06/2020 20:00h; Tipificação: **Boletim Emergencial**; Tipo do Local: Via Aberta; Local do Fato: Av. Ruy Carneiro com à Paralela Rua Maria Rosa., Manaíra, João Pessoa/PB.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

O NOTICIANTE, noticiou que sofreu um acidente de moto (MOTO X MOTO), no dia: 18/06/2020 por volta das 20:00 horas, o mesmo relata que estava CONDUZINDO a referida moto HONDA/NXR 160 BROS ESDD, ANO:MOD: 2017/2017, COR: VERMELHA, PLACA: QFV7685/PB, CHASSI: 9C2KD0810HR446417, DE PROPRIEDADE: GIRLEYDE ARAÚJO DA SILVA, CPF: 016.346.874-50. O noticiante relata que estava parado no sinal da Ruy Carneiro com a Maria Rosa, ou seja, sentindo CENTRO X PRAIA, quando ao abrir partiu e foi surpreendido por uma moto, não sabendo informar o nome e nem os dados moto causadora do acidente, ou seja, o terceiro causador atravessou o sinal vermelho e com isso não havendo a possibilidade de desviar e tendo a colisão, por isso perdeu o controle da moto e vindo a cair ao SOLO, pessoas do local correram para prestar socorro e ligaram para o CORPO DE BOMBEIROS, que ao chegarem no local fizeram os primeiros procedimentos e encaminharam imediatamente para o HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA na Capital, dando entrada no mesmo dia, por volta das 20:48:52 horas. Sendo recebido por médicos plantonistas da unidade e após avaliado foi DIAGNOSTICADO: FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TÍBIA, CID - S82.1, sendo necessário ficar internado para fazer procedimentos cirúrgicos e vindo a receber alta médica no dia: 22/06/2020 às 06:58:11 horas, conforme documento de alta assinada por Dr. Heisenberg Almeida, CRM - 6229/PB.

ATENÇÃO: Esse Boletim só é válido com a assinatura do declarante. A veracidade do mesmo pode ser checada no site da Delegacia Online através do código de controle. www.delegaciaonline.pb.gov.br. Tel. (83) 3612-8612 (8h-18). E-mail: delegaciaonline@seds.pb.gov.br.



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

Anko Márcio Arantes Ângelo Lacerda

59B2BCED5B727B63D2C67F1B20C72056

Código de Controle

ATENÇÃO: Esse Boletim só é válido com a assinatura do declarante. A veracidade do mesmo pode ser checada no site da Delegacia Online através do código de controle. www.delegaciaonline.pb.gov.br. Tel. (83) 3612-8612 (8h-18). E-mail: delegaciaonline@seds.pb.gov.br.





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 044520.01.2020.0.00.704

A Delegacia Online CERTIFICA a requerimento escrito, via Internet, de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial nº 044520.01.2020.0.00.704 analisado pelo policial civil Bettowen Carvalho de Oliveira, matrícula 1560000 cujo teor passo a transcrever na íntegra: às 17:48 min do dia 09/07/2020, na Delegacia Online, **Anko Márcio Arantes Ângelo Lacerda**, nacionalidade Brasileiro(a), profissão Autônomo, natural de Coremas, nascido(a) em 01/12/1979, idade 40, estado civil Solteiro (a), de cor Branca, filho(a) de Geralda Lacerda Arantes e Sebastião Arantes, CPF 008.664.064-09, residente e domiciliado (a) no(a) Rua Terezinha de Medeiros Dantas Souza, nº 142, complemento Casa, bairro Água Fria, na cidade de João Pessoa/PB. CEP: 58073485, telefone(s) (83) 9 98662-3208, registrou o seguinte:

Dados do(s) Fato(s):

Data/Hora do fato: 18/06/2020 20:00h; Tipificação: **Boletim Emergencial**; Tipo do Local: Via Aberta; Local do Fato: Av. Ruy Carneiro com a Paralela Rua Maria Rosa., Manaira, João Pessoa/PB.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

O NOTICIANTE, noticiou que sofreu um acidente de moto (MOTO X MOTO), no dia: 18/06/2020 por volta das 20:00 horas, o mesmo relata que estava CONDUZINDO a referida moto HONDA/NXR 160 BROS ESDD, ANO:MOD: 2017/2017, COR: VERMELHA, PLACA: QFV7685/PB, CHASSI: 9C2KD0810HR446417, DE PROPRIEDADE: GIRLEYDE ARAÚJO DA SILVA, CPF: 016.346.874-50. O noticiante relata que estava parado no sinal da Ruy Carneiro com a Maria Rosa, ou seja, sentindo CENTRO X PRAIA, quando ao abrir partiu e foi surpreendido por uma moto, não sabendo informar o nome e nem os dados moto causadora do acidente, ou seja, o terceiro causador atravessou o sinal vermelho e com isso não havendo a possibilidade de desviar e tendo a colisão, por isso perdeu o controle da moto e vindo a cair ao SOLO, pessoas do local correram para prestar socorro e ligaram para o CORPO DE BOMBEIROS, que ao chegarem no local fizeram os primeiros procedimentos e encaminharam imediatamente para o HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA na Capital, dando entrada no mesmo dia, por volta das 20:48:52 horas. Sendo recebido por médicos plantonistas da unidade e após avaliado foi DIAGNOSTICADO: FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TÍBIA, CID - S82.1, sendo necessário ficar internado para fazer procedimentos cirúrgicos e vindo a receber alta médica no dia: 22/06/2020 às 06:58:11 horas, conforme documento de alta assinada por Dr. Heisenberg Almeida, CRM - 6229/PB.

ATENÇÃO: Esse Boletim só é válido com a assinatura do declarante. A veracidade do mesmo pode ser checada no site da Delegacia Online através do código de controle. www.delegaciaonline.pb.gov.br. Tel. (83) 3612-8612 (8h-18). E-mail: delegaciaonline@seds.pb.gov.br.



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

Anko Márcio Arantes Ângelo Lacerda

59B2BCED5B727B63D2C67F1B20C72056

Código de Controle

ATENÇÃO: Esse Boletim só é válido com a assinatura do declarante. A veracidade do mesmo pode ser checada no site da Delegacia Online através do código de controle. www.delegaciaonline.pb.gov.br. Tel. (83) 3612-8612 (8h-18). E-mail: delegaciaonline@seds.pb.gov.br.



Declaração a Líder DPVAT

Prezados informo que devido o período de pandemia, as delegacias do Estado da Paraíba não estão fazendo Boletim de Ocorrência de forma presencial. Para que não venham a prejudicar as vítimas de quaisquer que seja as ocorrências, foi criado o Bo emergencial conforme print que segue não se trata de Bo online. Tal documento tem a mesma veracidade de um BO feito em uma delegacia física.



Todas as ocorrências registradas passam por análise da delegacia física, e o BO é encaminhado para o e-mail do declarante com protocolo e senha para consultar a veracidade do mesmo. O Bo impresso vem com QR COD e numeração para consultar a veracidade.

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 008.664.064-09 Nome completo da vítima: ANKÓ MÁRCIO ALANTES ÂNGELO LAURIDA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: ANKÓ MÁRCIO ALANTES ÂNGELO LAURIDA CPF: 008.664.064-09
Profissão: AUTÔNOMO Endereço: RUA PEREGRINA AGUIAR DOS REIS SOUSA Número: 142 Complemento: CASA
Bairro: RUA FRIA Cidade: JOÃO PESSOA Estado: PB CEP: 58.078-485
E-mail: _____ Tel (DDD): 83/99811-5088

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

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

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: ITAÚ

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 5549 CONTA: 29856 2
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
Local e Data: J. PESSOA 08/07/2020
Nome: _____
CPF: _____
(*) Assinatura de quem assina A ROGO
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): ANKÓ MÁRCIO A. A. LAURIDA

TESTEMUNHAS
1ª Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____
2ª Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

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

ITAÚ – UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 01/10/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANKO MARCIO ARANTES ANGELO LACERDA

BANCO: 341

AGÊNCIA: 05579

CONTA: 000000029856-2

Autenticação:

334B747DFC8E9FEACB52D2CF405FD327B94CBA2FADBA1A73E01BF7B12C0

LUCILENE MARIA DA CONCEICAO SANTOS
RUA TEREZINHA MEDEIROS DE SOUSA, 142 - AGUA FRIA
JOAO PESSOA / PB CEP: 58000000 (AG: 5)

CPF/CNPJ/RANI: 674.155.394-00

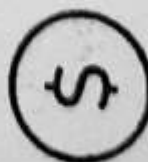
Grupo: CONVENCIONAL BAIXA TENSÃO / Subgrupo: B1
Classe: RES MTC B1 / Subclasse: RESIDENCIAL
Ligacao: MONOFASICO
Roteiro: 11 - 5 - 424 - 3980 Nº Medidor: W5057312453



 UNIDADE CONSUMIDORA (UC)

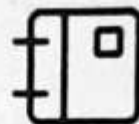
5/786041-4

CADASTRE SUA FATURA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZANDO O CÓDIGO: 00007860414



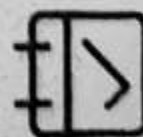
VALOR DA FATURA

R\$ 429,34



VENCIMENTO

25/06/2020



REFERÊNCIA

Jun / 2020



CONSUMO

341kWh

12,18 kWh

MÉDIA DIÁRIA

SITUAÇÃO DE DÉBITOS

FATURAS EM ATRASO

Mai/20

R\$271,96

Abr/20

R\$456,95