

1565 Fiscais/Carta de Energia Elétrica / F000 857 501
Código para Diário Automático: 00004395798

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

Conta referente a **UC (Unidade Consumidora): 5/430620-5**

Canal de contato

Jul / 2016

Apresentação

21/07/2016

Data prevista da próxima leitura:

22/08/2016

CPF/ CNPJ/ RANI

	Anterior		Posterior		Constant	Constant	Stress
	Date	Leftura	Date	Leftura			
22. Est	22/07/18	131.4	21/07/18	107.9	1	107	31

turas em atraso

Demonstrativo

02/2016	77,13	Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
		Consumo em kWh	107	0,41817	44,74
		ICMS			18,08
		PIS			0,74
		COFINS			3,41
		ENCARGOS E SERVIÇOS			
		CONTRIBUIÇÃO LÍQUIDA			5,75
		JUROS DE MORA E STOPS			0,60
		MULTA 05/2016			1,13
		ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 05/2016			0,05

stórico de Consumo (kWh)

Jun16	110
May16	95
Apr16	98
Mar16	102
Feb16	110
Jan16	83
Dec15	164
Nov15	99
Oct15	91
Sep15	94
Aug15	81
Jul15	37

	BASE DE CALCULO	ALÍQUOTA	VALOR R\$
ICMS	66,97	27,00	18,09
PIS	66,97	1,1087	0,74
COFINS	66,97	5,0965	3,41

VENCIMENTO
28/07/2016

TOTAL A PAGAR
R\$ 74,50

100-443617-100

92e1.7050.8b05.b3bc.a8c0.1eef.d146.0b2b.

Indicadores de Qualidade 5/2018 - Guaratuba

Indicadores de Qualidade

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
10 MENSAL	6,30	0,63	100V
1º TRIMESTRAL	12,30		
2º ANUAL	24,30		
3º MENSAL	3,60	1,00	CONTRATADA
4º TRIMESTRAL	7,10		UMA TEMPERA-
5º ANUAL	14,20		UMA TEMPERA-
6º MENSAL	3,63	0,63	
7º ANUAL	12,27		

Discriminacao	Valor (R\$)	%
Servicos de Dist da Energia/FB	10,53	22,19
Correcao de Energia	21,87	29,09
Servicos de Transmissao	1,30	1,74
Encargos Setoriais	5,24	7,03
Impostos Diretos e Encargos	29,78	39,95
Outros Servicos	0,00	0,00
Total	74,60	100,00

제출일: 2016년 5월 21일

ATENÇÃO

[illegible]

ARJANA SEGUROS

05 SET 2016

SANDOVANA DE FATIMA ALVES MONTEIRO
RUA MANOEL SELEIRO, 583 - CORDEIRO
GUARABIRA/PB CEP 58200000 (AG 72)

Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO B-230, Km 25 - Distrito Redentor - João Pessoa/PB - CEP 58071-680
Roteiro 5 - 22 - 45 - 1040 Referência Jul/2016
Módulo 00000773994 Emissão 12/07/2016

ENERGISA PARABÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
CNPJ 09.036.183/0001-40 Insc Est 18.015.823-0
Nota Fiscal de Conta de Energia Elétrica Nº 000345 218
Código para Dúvida Automática: 00000042311

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

Conta referente a

UC (Unidade Consumidora): 5/864281-1

Jul/2016

Canal de contato

Apresentação

12/07/2016

Data prevista da
próxima leitura

11/08/2016

CPF/CNPJ/RANI

98583270482

RSC/ER

Faturas em atraso

12/07/2016 13,22

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura	
09/06/16	19534	12/07/16	19575	

Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo em kWh	41	0,41E-17	7,14
PIS			0,20
			0,93
			0,32
			1,00
			0,27
			1,47
			0,13
			0,27

Histórico de Consumo
(kWh)

Jun/16	21
Mar/16	121
Abr/16	2
Mai/16	105
Fev/16	121
Jan/16	146
Dez/15	132
Nov/15	123
Out/15	172
Set/15	127
Ago/15	128
Jul/15	112

Média dos últimos meses
105 kWh

	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR R\$
ICMS	0,00	0,00	0,00
PIS	18,27	1,1087	0,00
COFINS	18,27	5,0908	0,00

VENCIMENTO

19/07/2016

TOTAL A PAGAR

R\$ 21,73

61d8.6237.b2ea.14b8.5d11.f634.ad1c.d112.

Indicadores de Qualidade 5/2016 - Guarabira

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	6,20	0,00	NOMINAL 220
DIC TRIMESTRAL	12,30		
DIC ANUAL	24,80		
FIC MENSAL	3,00	0,00	CONTRATADA
FIC TRIMESTRAL	7,10		LIMITE INFERIOR 202
FIC ANUAL	14,20		LIMITE SUPERIOR 231
DMC	3,63	0,00	
DICRI	12,22		

Valor do EUSD (Ref 5/2016) R\$: 1,87

ATENÇÃO

REMESSA DE VENCIMENTO Cada(s) fatura(s) acima mencionada(s) deve(m) ser pago(s) até a data de vencimento para não sofrer interrupção de serviço a partir de 27/07/2016. Caso não seja pago, a ANEEL, O pagamento após esta data não é mais possível. A interrupção do fornecimento, caso o mesmo não seja comunicado ou as contas pagas não estejam na unidade consumidora para comprovação. Caso tenha efetuado o pagamento da(s) fatura(s) acima, desconsiderar esta mensagem. Fatura sujeita a inclusão em órgão de proteção no caso de inadimplência. - Leitura confirmada

ARUANA SEGUROS
05 SET 2016

ANEXO II

DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

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 de todas as 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 e documentos requisitados 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 regulamentação dos mercados de seguro, previdência privada não-afiliada ao Sistema de Previdência Social e resseguro.
² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar sanções administrativas, receber denúncias e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Rei-exposto eu MATUZABL LAERTS ALVES MONTAÏRO portador(a) do
RG nº 3279.580, expedido por SSP/PB, em
22.07.08, CPF/CNPJ nº 074.293.754-21

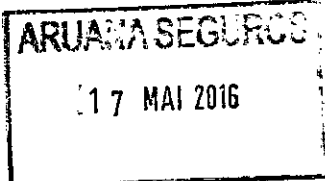
na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário(a) SANDOVANIA
DE FÁTIMA ALVES MONTAÏRO do sinistro de DPVAT de natureza INVALIDEZ
da vítima SANDOVANIA DE F. A. MONTAÏRO, e conforme

determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: DESEMPREGADO Renda Mensal: Nº informado

Documentos comprobatórios: _____

MATUZABL LAERTS ALVES MONTAÏRO
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Joalisson Stênio Monteiro de Sousa,
RG nº 3.813.401, data de expedição 27/11/2009
Órgão SSP-PB, portador do CPF nº 103.059.914-93 com
domicílio na cidade de Guarabira, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Maria Rodrigues Alves, nº 56,
complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Sem documento de Patrimônio M5 cujo o condutor era

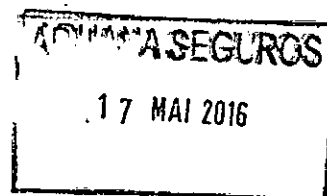
Veículo: CICLO MOTOR
Modelo: TRAX X-JL 50Q-8
Ano: 2013
Placa: QFM-2858-PB
Chassi: 951BXKBA1DB006880
Data do Acidente: 08/03/16
Local e Data: GUARABIRA/PB, 17/03/16.

Joalisson Stênio Monteiro de Sousa
Assinatura do Declarante

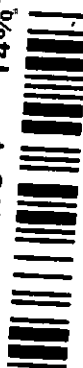
Joalisson Stênio Monteiro de Sousa
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

TOSCANO DE SALES - SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL
WARDIRIA TOSCANO DE SALES - Titular
Av. Dom Pedro II, nº 43 - Centro - Guarabira - PB, CEP: 58200-000 - Fone: (83) 3271-1251

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) firma(s) de: JOALISSON STÊNIO MONTEIRO DE SOUSA
Em test. da verdade. Guarabira-PB 17/03/2016 10:22:24
Romero Fernandes Costa Filho - Estrevento
[2016-002901]EML:R\$ 18,49 FARPEN:R\$ 0,25 FPD:R\$ 1,70 ISS:R\$ 0,42
SELO DIGITAL: ADA29043-SQIE
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tpb.jus.br>



DOCUMENTO 4 "T40"



PRONTO SOCORRO DE FRATURAS DE GUARABIRA

PROSFRAG

GUARABIRA - PARAÍBA

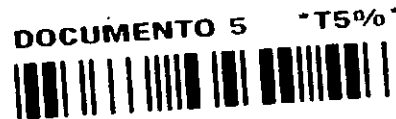
FONE: (83) 3271-1156

- [1] RECEPÇÃO
- [2] CID E SSM
- [3] C/ CORRENTE
- [4] ALTA

PRONTUÁRIO Nº 227/16



Nome: Saudomira de Fátima Soares Monteiro
Sexo: Feminino Naturalidade: Paripatuba
Data de Nascimento: 16/02/75
Endereço: R. Manoel Odeiro 263. Odeiro - Guarabira
Fone: 8754 7429 Documento: RG: 1.824.997
Responsável: M. da Luz Soares Monteiro (Mãe)
Endereço: _____
Fone: CPF: 965 932 704.82



CLÍNICA MÉDICA

Enf. ou Apto. Prto Leito _____
Categoria Particular ☒ 1 ☒ 2 A.I.H. Nº _____
Data da Entrada 12/03/2016 Hora da Entrada 12:20

Loia

Recepcionista

Leir. Semestres

Médico Plantonista

CRM: 1658

ALTA: Motivo - 1 Curado - 2 Melhorado - 3 Inalterado - 4 A pedido - 5 Interna do para Diagnóstica
- 6 Administrativa - 7 Por Disciplina - 8 Evasão - 9 Para complementação do
tratamento em regime ambulatorial.

Emstocles de Almeida Ribeiro
CPF: 059.479.284-34 - EP 1638
ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA

17 MAI 2016

12/03/2016



Roosevelt Honorato

perito funcional

Dr. Roosevelt Honorato da Silva

CREFITO 8794/LTF

Perito Funcional

- I. Segundo o previsto na Lei 11.945/09 favor promover a quantificação da(s) lesão(ões) permanente(s) que não seja(m) mais susceptível(is) a tratamento que sejam geradoras(s) de dano(s) anatômico(s) e/ou funcional(is) definitivo(s), especificando segundo o anexo da Lei 11.945/09, o(s) segmento(s) corporal(is) acometido(s) e ainda segundo o previsto no instrumento legal, firmar a sua graduação.

Com base no exame clínico se pode documentar:

() Total (Dano anatômico ou funcional permanente que comprometa a íntegra do patrimônio físico e/ou mental da vítima).

(X) Parcial (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas parte do patrimônio físico e/ou mental da vítima).

Em se tratando de enquadramento como "parcial" informar se o dano é "completo" ou "incompleto":

(X) Parcial Completo (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa de toda forma global algum segmento corporal da vítima).

() Parcial Incompleto (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas em parte a um (ou mais de um) segmento corporal da vítima).

Segundo o previsto no inciso II, 1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009, correlacionar as graduações percentuais então compatíveis aos danos apurados, respectivamente a cada segmento corporal acometido, apurando de modo global ou setorial:

1ª Lesão:

fratura em MMSE

Marque o percentual: () 10% residual () 25% leve (X) 50% médio () 75% grave

2ª Lesão:

Marque o percentual: () 10% residual () 25% leve () 50% médio () 75% grave

3ª Lesão:

Marque o percentual: () 10% residual () 25% leve () 50% médio () 75% grave

4ª Lesão:

Marque o percentual: () 10% residual () 25% leve () 50% médio () 75% grave

Informações Complementares Apresentadas pelo Perito.

Car. B em 01 de 07 de 16

Dr. Roosevelt Honorato da Silva
Fisioterapeuta LTF
Per. Judicial Assist. Técnico
CREFITO 8794-LTF

Dr. Roosevelt Honorato da Silva

ARUANA SEGUROS
29 AGO 2016

PRONTO SOCORRO DE FRATURAS DE GUARABIRA

PROSFRAG

GUARABIRA - PARAÍBA

FONE: (83) 3271-1156

- [1] RECEPÇÃO
- [2] CID E SSM
- [3] C/ CORRENTE
- [4] ALTA

PRONTUÁRIO Nº 224/16

PROSFRAG



Nome: Dandara Maria de Fátima Soares Monteiro
Sexo: Feminino Naturalidade: Paraíba
Data de Nascimento: 16 / 02 / 45
Endereço: Quilombo do Celso 963. Candeia - Guarabira
Fone: 8154 7427 Documento: RG 1.824 947
Responsável: Graciela Soares Monteiro (Mãe)
Endereço: _____
Fone: CAF 965 932 704.82

CLÍNICA MÉDICA

Inf. ou Apto. Apto Leito _____
Categoria Particular ☒ 1 ☒ 2 A.I.H Nº _____
Data da Entrada 12 / 03 / 2016 Hora da Entrada 12:20

ARUANA SEGUROS
29 AGO 2016

Loes

Recepcionista

Dr. Fereirões

Médico Plantonista

CRM 1058

ALTA; Motivo - 1 Curado - 2 Melhorado - 3 Inalterado - 4 A pedido - 5 Interna do para Diagnóstica
- 6 Administrativa - 7 Por Disciplina - 8 Evasão - 9 Para complementação do
tratamento em regime ambulatorial.

Estados de Almeida Ribeiro

CPF: 050.479.264-24 - 02/04/1959

Perícia Funcional para Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do seguro DPVAT

Nome da vítima:

Sandra Maria de Fátima Alves Monteiro

CPF:

965 932 704-82

Essa perícia foi realizada por um profissional devidamente capacitado e regulamentado de acordo com as resoluções, Nº 41 de 18 de junho de 2009 e Nº 381, de 03 de novembro de 2010.

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Resultado da Avaliação do Perito Examinador

I. Há lesão cuja etiologia (origem causal) seja exclusivamente decorrente de acidente pessoal com veículo automotor de via terrestre?

☒ Sim () Não () Prejudicado

Em caso de assinalar resposta como "não" ou "prejudicado" apresentar justificativas:

II. Com base no quadro clínico atual da vítima, favor registrar:

a) Qual região corporal se encontra acometida. Caso haja mais de uma, informar:

fratura em MM II

b) As alterações (disfunções) presentes no patrimônio físico da vítima, que sejam evolutivas e temporalmente compatíveis com o quadro documentado no primeiro atendimento médico hospitalar, considerando-se as medidas terapêuticas tomadas na fase aguda do trauma.

fratura de Fíbula e tíbia (1) Tratamento conservador

CID:

Y850

III. Há indicação da vítima ainda ter que realizar algum tratamento, incluindo medidas de reabilitação e/ou exames complementares para fins de diagnóstico ou de controle terapêutico?

a) Tratamentos: ☒ Não () Sim.

Em caso afirmativo, descreva as condutas terapêuticas e/ou de reabilitação:

b) Exames complementares: ☒ Não () Sim.

Em caso afirmativo, descreva os exames complementares prescritos e seus prazos:

IV. Com base no exame clínico se pode afirmar que o quadro cursa com:

a) () Disfunções apenas temporárias. Neste caso informar a data de cessação da disfunção ou um prazo médio compatível. Previsto para uma reavaliação.

b) ☒ Dano anatômico e/ou funcional definitivo (seqüelas). Em caso de dano anatômico e/ou funcional definitivo informar as limitações físicas e irreparáveis e definitivas presentes no patrimônio físico da vítima.

ARUANA SEGUROS
em um prazo
29 AGO 2016

No Exame Clínico, faz-se a apresentação Diminuição de DDM, Reflexos dos MM II, apresentação inxaga na mão esquerda, Rubor e marcha claudicante impossibilitando de realizar suas atividades de vida diária.

ANAMNESE:

Queixa Principal: DOR NA PERNA ESQUERDA

Histórico da Doença Atual: DOR E EDEMA COM DEBILIDADE NA

PERNA; VITIYA DE DOINGESTO DE 400 ML DE

EXAME FISICO:

PA: _____ TPR: _____ PESO: _____ PULSO: _____

Mucosas: _____ Est. Geral: Boa Facies: _____

CRISTAL DE MATERIAL DE SILEX DE TIPO DE CORT

DE FERRAMENTAS CORTICAIS E TIPO DE CORTICOIDES

Diagnóstico Inicial: FRATURA DE PERNA

Procedimento Solicitado: PLAQUEIAÇÃO

Diagnóstico Definitivo: _____ C.I.D. _____

Diagnóstico Secundário: _____ C.I.D. _____

Procedimento Realizado: _____

Observações: _____

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu, o(a) assinado(a), _____ da
autorização aos médicos do PRONTO SOCORRO DE FRATURAS DE GUARABIRA, que o assistirem para
receberem qualquer tratamento médico ou cirúrgico de sua enfermidade e realizarem as intervenções que
forem necessárias ao diagnóstico, bem como se comprometo a submeter-se a todas as disposições gerais
contidas no Regulamento do Hospital.

ARUANA SEGUROS

28 AGO 2016

Somário Leonardo

Ass. do Paciente ou Responsável

Pronto Socorro de Fraturas de Guarabira

Nome: David Augusto de Souza Matrícula: 333 307

Idade: 40 anos Categoria: 1

Sexo: M Profissão: professor

Est. Civil: 3 Naturalidade: Guarabira - PA

Residência: R. Avelar Ribeiro 257 - 113 Data: 18/02/16

Colônia - PA Tel: 86.622.0346

HDA: 703 8012 4545 10378 16/03/17

41A vítima de acidente automobilístico

Diag. Clínico: Fratura de diáfise de fêmur e tibia

Diag. Radiológico: Fratura x da tibia e fêmur

Tratamento: Curativo

Atendimento de Almeida Ribeiro
 CPF: 058.479.284-34 - CRM 1858
 ORTODONTIA E TRAUMATOLOGIA

ARJANA SEGUROS
 29 AGO 2016



DOCUMENTO 6 "T6%"



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	1.824.947 - 2 VIA	DATA DE EXPEDICAO	01/04/2008
NOME	SANDOVANIA DE FATIMA ALVES MONTEIRO		
FILIAÇÃO	MANOEL MONTEIRO MARIA DA LUZ ALVES MONTEIRO		
NATURALIDADE	PIRPIRITUBA-PB		
DATA DE NASCIMENTO	16/02/1975		
DOO	C/ AVERB. N. 5694 F. 9V. D. B. 20		
CARTORIO	GUARABIRA-PB		
CPF	965.932.704-82		
Assinatura do Titular	333/2		
Assinatura do Cartorio	309/2		
Assinatura do Registrante	309/2		

Assinatura do Titular

Assinatura do Cartorio

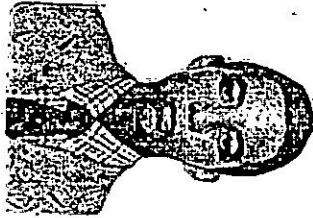
Assinatura do Registrante

Assinatura do Registrante

ARIANA SEGUROS

17 MAI 2016

GOV. DA PARAIBA
SECRETARIA DE SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
P.910



Metuzael Laerte Alves Monteiro

REGISTRO GERAL	3.279.580 - 2 VIA	DATA DE EXPEDIÇÃO	22/07/2008
NOME	METUZAEAL LAERTE ALVES MONTEIRO		
FILIAÇÃO	MANOEL MONTEIRO MARIA DA LUZ ALVES MONTEIRO		
NATURALIDADE	GUARABIRA-PB		
DOC ORIGEM	NASC.N.29136 FLS.254 V LIV.26-A		
CPT	CARTORIO GUARABIRA PB		
ASSINATURA DO DIRETOR		13/07/1987	
LEI Nº 7.116/DE 29/08/83		TO VACINAR BRASIL LIVRE de vírus	



ARQUIVO SEGUROS
17 MAI 2016

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB N.º 012236009439

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

10305991493

JOALISSON STENIO M. DE SOUSA
RUA MANOEL CILINDRO 563 CASA
CORDEIRO
582000005 JARUÍ - PB

10305991493

10305991493

10305991493

10305991493

10305991493

10305991493

10305991493

10305991493

10305991493

10305991493

10305991493



%LL 7 01NEMUCOD

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB N.º 012236009439

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

10305991493

JOALISSON STENIO M. DE SOUSA
RUA MANOEL CILINDRO 563 CASA
CORDEIRO
582000005 JARUÍ - PB

10305991493

10305991493

10305991493

10305991493

10305991493

10305991493

10305991493

10305991493

10305991493

10305991493

10305991493



%LL 7 01NEMUCOD

NA SEGUROS
7 MAI 2016

PB N.º 012236009439 BILHETE DE SEC

JOALISSON STENIO M. DE SOUSA

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPV
PARA MAIS INFORMAÇÕES LIGAR NO VERS
AS CONDIÇÕES DE SEGURO DE COBERTURA
10305991493

10305991493

10305991493

10305991493

10305991493

10305991493

10305991493

10305991493

10305991493

10305991493

10305991493

10305991493

10305991493

10305991493

PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Preencher com letras de forma legível e sem rasuras)

OUTORGANTE:

Nome: Sandovanir de Fátima Alves Monteiro
Nacionalidade: Brasileira
Estado Civil: Divorciado
Identidade: 7.824.947
CPF: 965.932.704-82
Profissão: Agente Comunitário de Saúde
Endereço: Manoel Celso
CEP: 58200-00
Telefone: ()

OUTORGADO:

Nome: Moisés Isacete Alves Monteiro
Nacionalidade: Brasileiro
Estado Civil: Casado
Identidade: 3279580
CPF: 074.293.754-27
Profissão: Fiscal de Trânsito
Endereço: Artur Pontes da Silva
CEP: 58200-00
Telefone: ()

Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo subestabelecer e praticar enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização do SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT para a vítima: SANDOVANIA DE FÁTIMA ALVES MONTEIRO

Guarabira/PB, 28/03/16

Local e data



Sandovanir de Fátima Alves Monteiro

Assinatura do OUTORGANTE

(Reconhecer firma por autenticidade/verdadeiro)



CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
CARTÓRIO FÁTIMA PAULINO

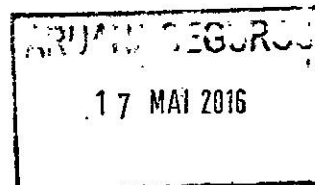
Reconheço por AUTENTICIDADE a(s) firma(s) de:

SANDOVANIA DE FÁTIMA ALVES MONTEIRO

conforme autógrafo arquivado neste ofício. Em test^o da verdade.

GUARABIRA - PB
Em 28/03/2016

Wilson de Freitas Santos
Tabelião Substituto



Emitido selo digital de acordo com a lei nº 10.132/13, sob o nº

ADC 39249-2WYH1



Rio de Janeiro, 03 de Setembro de 2016

Carta nº: 9640672

A/C: SANDOVANIA DE FATIMA ALVES MONTEIRO

Sinistro: 3160309873 ASL-0883730/16
Vitima: SANDOVANIA DE FATIMA ALVES MONTEIRO
Data Acidente: 08/03/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: METUZUEL LAERTE ALVES MONTEIRO

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **29/08/2016** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **08/03/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Comprovante de residência faltando página

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na ARUANA SEGUROS S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Rio de Janeiro, 14 de Setembro de 2016

Carta nº: 9697509

A/C: SANDOVANIA DE FATIMA ALVES MONTEIRO

Sinistro: 3160309873 ASL-0883730/16
Vítima: SANDOVANIA DE FATIMA ALVES MONTEIRO
Data Acidente: 08/03/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: METUZAEI LAERTE ALVES MONTEIRO

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

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

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Rio de Janeiro, 13 de Outubro de 2016

Carta nº: 9868025

A/C: SANDOVANIA DE FATIMA ALVES MONTEIRO

Sinistro:	3160309873 ASL-0883730/16
Vitima:	SANDOVANIA DE FATIMA ALVES MONTEIRO
Data Acidente:	08/03/2016
Natureza:	INVALIDEZ
Procurador:	METUZAEI LAERTE ALVES MONTEIRO

Ref.: NEGATIVA TÉCNICA - IRREGULARIDADE

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que face a irregularidade constatada em auditoria realizada, o sinistro acima não será indenizado.

A documentação original permanece em nosso poder para as providências cabíveis.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO ASL 0883730116

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

EU, SANDOVANIA DE FÁTIMA ALVES MONTEIRO
 PORTADOR(A) DO RG Nº 1824947 EXPEDIDO POR SSP-PB EM 01/04/08 E
 CPF 9659321704-8 / CNPJ 0000000000-000000-00, PROFISSÃO ASG
 E RENDA MENSAL DE R\$ 840,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA SANDOVANIA DE FÁTIMA A. MONTEIRO, REQUERENDO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

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

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos podem aparecer termos: - SALÁRIO, FUNCIONAL, INSS, BOLSA FAMÍLIA, BOLSA ESCOLA, PREVIDÊNCIA SOCIAL ou AGRICULTURA FAMILIAR.
- Conta Empresarial – conta pessoal cadastrada em um CNPJ – nos documentos podem aparecer termos: CNPJ, ME, MEI, EPP, COMER ou LTDA normalmente ao final do nome do titular.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL e/ou com limite de movimentação financeira mensal;
- Qualquer conta da CEF se não for apresentado algum documento do banco indicando que não existem quaisquer impedimentos para fins de depósito de indenização de DPVAT;
 - Para este banco (CEF), a conta corrente pode ser identificada com cópia simples rasurada de folha de cheque como comprovante de dados bancários do titular.
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta;
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Conta não pertencente à vítima/beneficiário.

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

Os meios possíveis para identificar/verificar a documentação recebida na fase de regulação do sinistro DPVAT é responsabilidade do agente regulador (seguradora ou reguladora).

Os bancos BRADESCO, ITAÚ e SANTANDER disponibilizam, em consulta simples no site, informações sobre a titularidade da conta, se conta empresa e/ou salário ou ainda inexistência da mesma.

Os bancos BRADESCO e ITAÚ têm acordo junto à Seguradora Líder-DPVAT para abertura de conta POUPANÇA para fins de DPVAT sem ônus para o requerente. Carta de abertura disponível no endereço eletrônico: www.dpvatsegurodotransito.com.br

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

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

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

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0042 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 000 44961-0

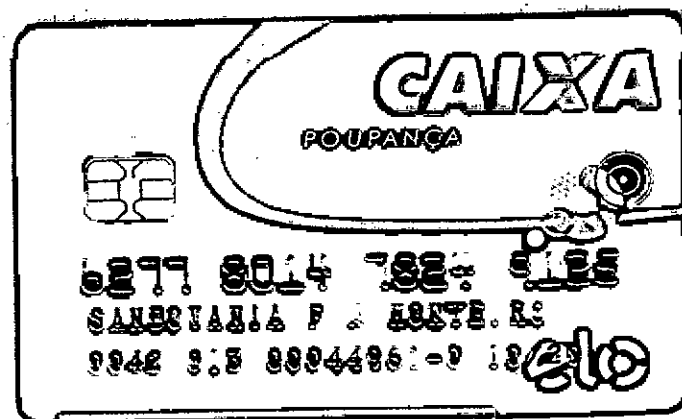
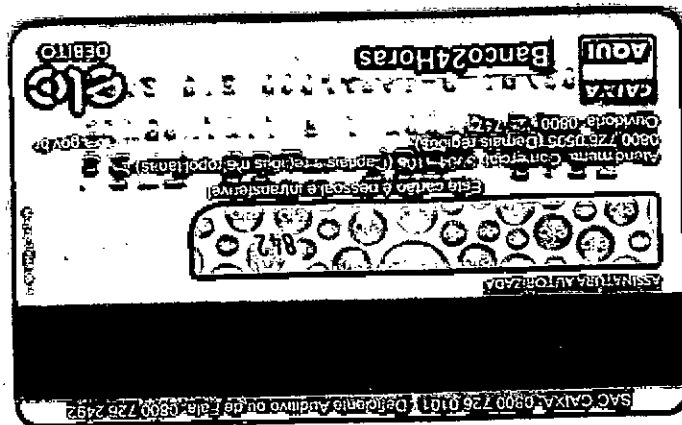
DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Guarabira/PB, 30 de 03 de 16, Sandovania de Fatima Alves Monteiro
 LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

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



ARUAIA SEGURCS
17 MAI 2016

SANDOVANIA DE FATIMA ALVES MONTEIRO
RUA MANOEL SELEIRO, 563 - CORDEIRO
GUARABIRA/PB CEP: 58200000 (AQ. 22)

Energisa

ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
B-230, Km 25 - Costa Rica - João Pessoa/PB - CEP 58071-680
CNPJ 08.056.183/0001-40 - Ins. Est. 18.015.823-0

Classe/Subject: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO
Roteiro: 5-22-45-1040 Referência: Mar / 2018
Nº medidor: 00000773894 Emissão: 10/03/2018

Nota Fiscal / Conta de Energia Básica Nº 000.344.714
Código para Débito Automático: 00088842811

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 053 0196 Acesso: www.energisa.com.br

Conta referente a: **DC (Unidade Consumidora): 5/864281-1**

Mar / 2018

Apresentação: **14 MAR. 2018**

Data prevista da próxima leitura: **10/03/2018**

08/04/2018

CASA LOTÉRICA
TREVO DA SORTE
Guarabira, PB

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data: 10/02/18 Letra: 18286	Data: 10/03/18 Letra: 18390	1	106	28

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo em kWh	106	0,41817	43,80
Adc. B. Vertrinha			2,04
Adc. B. Amarela			0,66
ICMS			18,78
PIS			0,77
COFINS			3,53
LAVAMENTOS E SERVIÇOS			
CONTRIBUIÇÃO ILUM. PÚBLICA			5,15
JUROS DE MORA 01/2018			1,58
JUROS DE MORA 12/2015			1,74
MULTA 01/2018			2,08
MULTA 12/2015			1,90
ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 01/2018			1,84
ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 12/2015			1,29

BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR R\$
ICMS	69,57	27,00
PIS	69,57	1,1100
COFINS	69,57	5,0800

VENCIMENTO 17/03/2016

TOTAL A PAGAR R\$ 86,78

Média dos últimos meses: 124 kWh

RESERVAÇÃO AO P.I.C.S. 716b.5538.392a.d77c.1874.3d5f.1603.c2c0.

Indicadores de Qualidade 1/2016 - Guarabira	Limite da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DC MENSAL	8,20	0,07	NOMINAL
DC TRIMESTRAL	12,30		
DC ANUAL	24,60		
FC MENSAL	3,60	1,00	CONTRATADA
FC TRIMESTRAL	7,10		LIMITE INFERIOR
FC ANUAL	14,20		LIMITE SUPERIOR
DMC	3,63	0,07	
ODCR	12,22		

Observação	Valor (R\$)	%
Serviço de Dist. da Energisa/PB	18,80	18,35
Compra de Energia	23,34	27,23
Serviço de Transmissão	1,30	1,52
Encargos Setoriais	5,25	6,12
Impostos Diretos e Encargos	38,14	42,14
Outros Serviços	3,13	3,65
Total	86,78	100,00

Valor do EUSD (Ref. 1/2016) R\$ 32,42

ATENÇÃO

REAVISO DE VENCIMENTO: Caso a(s) fatura(s) acima relacionada(s) permaneça(m) em atraso, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 25/03/2018. Conforme Resolução 414 da ANEEL, o pagamento, após essa data, não elimina a possibilidade de devida suspensão do fornecimento, caso o mesmo não seja comunicado ou as contas pagas não estejam na unidade consumidora para comprová-lo. Caso já tenha efetuado o pagamento da(s) fatura(s) acima, desconsiderar essa mensagem. Fatura sujeita à inclusão em órgãos de proteção ao crédito no caso de inadimplência.

ARUANA SEGUROS

17 MAI 2016



CAIXA Loterias

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

SAC: 0800 725 0101
OUVIDORIA: 0800 725 7474
OUVIDORIA: 0800 725 7474
224-865633771-6

11/AGO/2016 HORA: DF 10:49:11

OT: 13.18260-5 TERM: 007966
LOCALIDADE: CAMPINA GRANDE
S. VINCULADA: 09411 CONTROLE: 410164043

DEPÓSITO EM DINHEIRO
0042 013 00044961-0

SANDOVANIA DE FATIMA A MONTEIRO

VALOR 5,00

ESTE RECIBO É VÁLIDO COMO
COMPROVANTE DE DEPÓSITO

224-865633771-6

VIA

CAIXA Loterias

ARUANA SEGUROS
29 AGO 2016



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Livro nº 001/2016

Ocorrência nº. 121/2016

Aos VINTE E OITO dias de MARÇO de DOIS MIL E DEZESSEIS, nesta cidade de GUARABIRA/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **LEONARDO GONÇALVES MACIEL PINHO**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrevã(o) do seu cargo, aí, por volta 14h:10 min, **compareceu a PESSOA a seguir qualificada:**

JOALISSON STENIO MONTEIRO DE SOUSA, Identidade nº 3.813.401-SSP-PB, CPF nº 103.059.914-93, nacionalidade brasileira, estado civil: solteiro, profissão: costureiro, filho(a) de Josivaldo Vicente de Sousa e de Sandovania de Fátima Monteiro de Sousa, natural de Guarabira/PB, nascido(a) em 29/08/1992, 23 anos de idade), do sexo masculino, residente e domiciliado(a) no(a) rua Manoel Celeiro, 463, Cordeiro, tendo como ponto de referência: , na cidade de GUARABIRA-PB, fone(s) para contato: tel. 9-9105-4599.

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme segue:

- 1) **Natureza do fato:** ACIDENTE DE TRANSITO;
- 2) **data do fato:** 08/03/2016;
- 3) **Horário do fato:** 11h:30min APROXIMADAMENTE;
- 4) **Local do fato:** RUA SÃO MANOEL - GUARABIRA.

DOCUMENTO 1 *T1%*



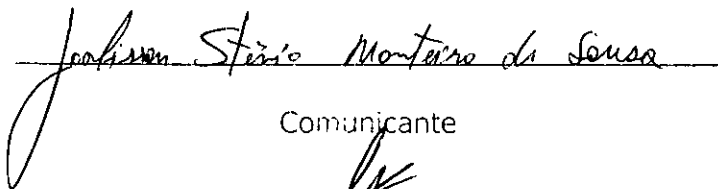
5) Breve resumo do fato:

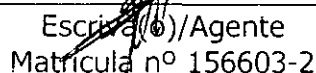
Afirma o noticiante que no dia e hora acima citados, sofreu um acidente de transito quando seguia conduzindo o ciclomotor TRAXX/JL50Q-8, ANO/MODELO: 2013/2013, PLACA: QFM-2858-PB, CHASSI: 951BXKBA1DB006880, COR VERMELHA, RENAVAM: 0107331534-4, em nome do noticiante, não possuidor de CNH (não exigida pela legislação); QUE na ocasião seguia levando na carona a sua genitora SANDOVANIA DE FÁTIMA ALVES MONTEIRO, brasileira, divorciada, natural de Pirpirituba-PB, nascida em 16/02/1975, 41 anos, RG: 1.824.947-SSP-PB, CPF: 965.932.704-82, filha de Manoel Monteiro e de Maria da Luz Alves Monteiro, trafegando pela rua São Manoel, vindo do centro da cidade sentido bairro, quando um veículo que estava estacionado na rua o seu condutor abriu a porta sem verificar tendo o noticiante colidido na porta do veículo vindo a cair juntamente com sua genitora e ambos sofreram lesões; QUE foram socorridos por populares sendo levados para o Pronto Socorro de Fraturas de Guarabira conforme ficha de atendimento apresentada, tendo a sua genitora sido submetida a tratamento cirurgico; QUE são testemunhas do fato: Roberta Mauricio da Silva, RG: 2586214-SSP-PB e Daiana Silva de Oliveira, RG: 4.282.096-SSP-PB, ambas residente na rua José Luiz de Souza, 273, Alto da boa Vista, Guarabira.

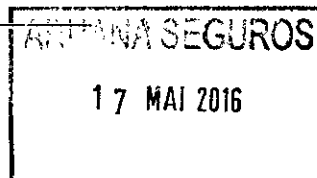
OBSERVAÇÕES DA UNIDADE POLICIAL:

não consta.

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrevã(o) que digitei.


Comunicante


Escrivão(a)/Agente
Matrícula nº 156603-2





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, SANDOVANIA DE PÁTIMA ALVES MONTEIRO portador da carteira de identidade nº 1 824 947 e inscrito no CPF/MF sob o nº 965.932.704-82, residente e domiciliado na RUA MANOEL SELOIRO, 563, CENTRO, Cidade GUARABIRA, Estado PB, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

() Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

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

() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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

Sandovania de Pátima Alves Monteiro

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Guarabira/PB, 30/03/16

Local e data

ARUANA SEGUROS

17 MAI 2016

Pronto Socorro de Fraturas de Guarabira

Planes Montevideo

Nome: <i>Zandováara de Freitas</i>	Matrícula: <i>333 309</i>
Idade: <i>49ans</i>	Categoria: <i>203</i>
Sexo: <i>F</i>	Profissão: <i>A.C.S.</i>
Est. Civil: <i>3</i>	Naturalidade: <i>Peruinituba</i>
Residência: <i>N. Manoel Celso 554 B</i>	Data: <i>08/03/80</i>
<i>Cordão da B3</i>	Tel: <i>8662 0846</i>
H.D.A. <i>701.8042 8545 0378</i>	<i>76 / 824 947 74</i>

Pet vítima de acidente automobilístico

DOCUMENTO 2 *T20%*

Diag. Clínico: *Fratura de diáfise de fêmur e fíbula*

Diag. Radiológico: *Raio x de fêmur e fíbula*

Tratamento: *Ortopédico*

Remissões de Almeida Ribeiro
 CPT: 059.479.294/34 - CRM 1658
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

ARTIANA SEGUROS

17 MAI 2016

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, SANDOVÂNIA DA FÁTIMA ALVES MONTEIRO,

RG nº 1824947, data de expedição 01/04/08, Órgão SSP/PB,

CPF nº 965.932.704-82, 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:

DOCUMENTO 2 *T2%*

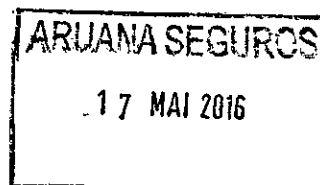


Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA MANOEL SEIXO, 563</u>
Número	<u>563</u>
Apto / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>CENTRO</u>
Cidade	<u>GUARABIRA</u>
Estado	<u>PB</u>
CEP	<u>58200-000</u>
Telefone de Contato	
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Guarabira/PB, 30/03/16

Assinatura do Declarante: Sandovânia de Fátima Alves Monteiro





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, MOTUZAR LAETE ALVES MONTEIRORG nº 3279.580, data de expedição 22/07/08, Órgão SSP-PB

CPF nº 074.293.754-21, 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 ARTUR PONTES DA SILVA</u>
Número	<u>287</u>
Apto / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>SÃO JOSÉ</u>
Cidade	<u>GUARABIRA</u>
Estado	<u>PB</u>
CEP	<u>58200-000</u>
Telefone de Contato	
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Guarabira/PB, 30/03/16

Assinatura do Declarante:

ARIANA SEGUROS

17 MAI 2016

ENERGISA S.A. - Cnpj: 07.000.733/0001-40
 Rua Sete de Setembro, 151 - São José
 - Maricá - RJ - CEP: 21071-900

ENERGISA S.A. - Cnpj: 07.000.733/0001-40
 Rua Sete de Setembro, 151 - São José
 - Maricá - RJ - CEP: 21071-900

ENERGISA S.A. - Cnpj: 07.000.733/0001-40
 Rua Sete de Setembro, 151 - São José
 - Maricá - RJ - CEP: 21071-900

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

Conta referente a UC (Unidade Consumidora): 5/430620-5
 Canal de contato

Mar / 2016

Apresentação

21/03/2016

Data prevista da próxima leitura

19/04/2016

CPF/ CNPJ/ RANI
 87800131-43
 Insc. Est.

Faturas em atraso:

02/03/16 55,57

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
18/02/16	1720	21/03/16	1752	1	32	

Demonstrativo

Descrição		Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo em kWh		107	1,41617	44,74
Adic. B. Vermelha				1,02
Adic. B. Amarela				1,02
ICMS				18,92
PIS				0,77
COFINS				2,55
CONTRIBUIÇÃO ILUM. P. B. E SERVIÇOS				0,75
MULTA 01/2016				0,25
ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 01/2016				1,28
				0,92

Histórico de Consumo (kWh)

Fev/16	110
Jan/16	82
Dez/15	164

SEGUROS
 17 MAI 2016