

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA**DADOS DO SINISTRO**

| | | |
|--|--|--|
| Número: 2013165376 | Cidade: Caucaia | Natureza: Invalidez |
| Vítima: ERILSON ALVES LEITAO | Data do acidente: 03/11/2012 | Emissor do parecer: Carlos Antonio Correa de Carvalho |
| Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A | Prestadora: CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços | CRM do médico: 52575957 |
| | | |

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO E LUXAÇÃO DO COTOVELO ESQUERDO.

Descrição do exame médico pericial: MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO ASSIMÉTRICO, COM LIMITAÇÃO RESIDUAL DOS MOVIMENTOS DO COTOVELO A ESQUERDA. MEMBRO INFERIOR ESQUERDO ASSIMÉTRICO, COM LIMITAÇÃO DA FLEXO / EXTENSÃO DO TORNOZELO A ESQUERDA.

Resultados terapêuticos:

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO COTOVELO ESQUERDO. APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 15/04/2013

Conduta mantida:

Observações:

Valor pleiteado: 6.750,00

Médico avaliador: FLAVIO EDUARDO HADDAD

UF do CRM do médico:

DANOS

| Dano | % | Dimensão | Graduação |
|--|----------|-----------------|------------------|
| Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos | 25 | 1 | 25 |
| Perda completa da mobilidade de um tornozelo | 25 | 1 | 50 |

Valor avaliado: 2.531,25

Laudo de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes

Informações do Acidente

Sinistro: **2013165376**
Vítima: **ERILSON ALVES LEITAO**
Local: **CE-CAUCAIA**
Data do Acidente: **11/3/2012**

Avaliação do Medico Perito Legista

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

- a) SIM b) NÃO c) PREJ.

Só prosseguir em caso de resposta afirmativa

II. Descrever o quadro clínico atual informando:

a) Qual (quais) região (regiões) corporal (is) encontra (m) – se acometida (s);

COTOVELO ESQUERDO E TORNOZELO ESQUERDO.

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 TORNOZELO ESQUERDO COM TRATAMENTO CONSERVADOR.
LUXAÇÃO DO COTOVELO ESQUERDO COM TRATAMENTO CONSERVADOR.**

III. Há indicação de algum tratamento (em curso, prescrito, a ser prescrito), incluindo medidas de reabilitação?

- a) SIM b) NÃO

Se SIM descreva a(s) medida(s) terapêutica(s) indicada(s):

IV. Segundo o exame médico legal, pode-se afirmar que o quadro clínico cursa com:

- a) Disfunções apenas temporárias
b) Dano anatômico e/ou funcional definitivo(seqüelas)

Em caso de dano anatômico e/ou funcional definitivo informar as limitações físicas irreparáveis e definitivas presentes no patrimônio físico da vítima.

**MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO ASSIMÉTRICO, COM LIMITAÇÃO RESIDUAL DOS MOVIMENTOS DO COTOVELO A ESQUERDA.
MEMBRO INFERIOR ESQUERDO ASSIMÉTRICO, COM LIMITAÇÃO DA FLEXO / EXTENSÃO DO TORNOZELO A ESQUERDA.**

V. Em virtude da evolução da lesão e/ou de tratamento, faz-se necessário exame complementar?

- a) SIM, em que prazo:
b) NÃO

Em caso de enquadramento na opção “a” do item IV ou de resposta afirmativa ao item V, favor NÃO preencher os demais campos abaixo assinalados.

VI. Segundo o previsto na Lei 11.945 de 4 de junho de 2009 favor promover a quantificação da(s) lesão (ões) permanente(s) que não seja(m) mais suscetível(is) a tratamento como sendo geradora(s) de dano(s) anatômico(s) e/ou funcional(is) definitivo(s), especificando, segundo o anexo constante à Lei 11.945/09, o(s) segmento(s) corporal(is) acometido(s) e ainda segundo o previsto no instrumento legal, firmar a sua graduação:

Segmento corporal acometido:

- a) Total (Dano anatômico ou funcional permanente que comprometa a integra do patrimônio físico e/ou mental da vítima).
- b) Parcial (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas parte do patrimônio físico e/ou mental da vítima). Em se tratando de dano parcial informar se o dano é:
- b.1) Parcial Completo (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa de forma global algum segmento corporal da vítima)
- b.2) Parcial Incompleto (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas em parte a um (ou mais de um) segmento corporal da vítima)

b.2.1) Informar o grau da incapacidade definitiva da vítima, segundo o previsto na alínea II, 1º do art. 3º da Lei 6.194/74 com redação introduzida pelo artigo 31 da Lei 11.945/2009, correlacionando o percentual ao seu respectivo dano, em cada segmento corporal acometido

Segmento Anatômico

1ª Lesão

COTOVELO ESQUERDO.

Marque o percentual

10% 25% 50% 75%

2ª Lesão

TORNOZELO ESQUERDO.

Marque o percentual

10% 25% 50% 75%

3ª Lesão

Marque o percentual

10% 25% 50% 75%

4ª Lesão

Marque o percentual

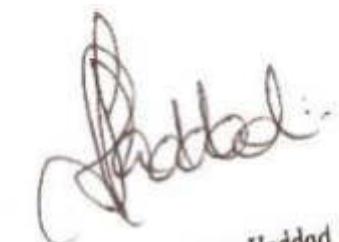
10% 25% 50% 75%

Observação: Havendo mais de quatro seqüelas permanentes a serem quantificadas, especifique a respectiva graduação de acordo com os critérios ao lado representados:

Local e data de realização do exame médico legal:

Médico Perito:

Médico Revisor: FLAVIO EDUARDO HADDAD CRM: 52575957



Dr. Flávio Eduardo Paro Haddad
Médico
CRM 10570

Assinatura do médico revisor - CRM

Informações Complementares

25/04/2013

- BANCO DO BRASIL -

9:04:57

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTOS: TED - OUTRA TITULARIDADE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIO

AGÊNCIA: 1769-8

CONTA: 00.000.611.000-2

=====

DATA DA TRANSFERÊNCIA: 18/04/2013

NÚMERO DO DOCUMENTO: 123456789012

VALOR TOTAL: 2.531,25

***** TRANSFERIDO PARA :

CLIENTE: ERILSON ALVES LEITAO

BANCO : 104 - Banco 104

AGÊNCIA : 092-6

CONTA : 000001206733

=====

Nr. Autenticação: 9.50E.B55.8EF.569.C70



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO
HOSPITAL DISTRITAL DR. EVANDRO AYRES DE MOURA
Rua Cândido Maia, 294 Ant^a Beira Fortaleza Ceará 34883218



DOCUMENTAÇÃO MEDICO HOSPITALAR

1004031



IDENTIFICAÇÃO DO (A) EMITENTE

| | | | |
|-------------------------------|--------------------|-----|-----------|
| Nome Completo: | <i>J. M. M. M.</i> | | |
| CRM: | <i>2618</i> | UF: | <i>CE</i> |
| Endereço completo e telefone: | <i>Cidade</i> | | |
| Cidade: | <i>Fortaleza</i> | UF: | <i>CE</i> |

1^a Via- Retenção na Farmácia ou Drogaria
2^a Via- Orientação ao (a) Paciente

O MEDICO DEPOIS DE Fazer
TODAS AS INSTRUÇÕES DE URGÊNCIA DA FARMÁCIA

Paciente:

Endereço:

Prescrição:

Data: *1/1/13*

IDENTIFICAÇÃO DO (A) EMITENTE

| | | | |
|-------------------------------|-----|--|--|
| Nome Completo: | | | |
| CRM: | UF: | | |
| Endereço completo e telefone: | | | |
| Cidade | UF: | | |

1^a Via- Retenção na Farmácia ou Drogaria
2^a Via- Orientação ao (a) Paciente

RECEBIDO EM:

21 MAR 2013

Carimbo do (a) Médico



INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA
"24 horas de proteção à vida"



Fortaleza

RECEITUÁRIO

Nome: _____ BE/Prontuário: _____

Enilson Oliveira

Biphasicid. 150 1x160
1cp 1x160

Se por

| |
|--------------|
| RECEBIDO EM: |
| 21-3-2013 |

Raphael Teófilo
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC 11.348

Data: 21/11/13

Assinatura e Carimbo do Médico

PROCURE O IJF SOMENTE NOS CASOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
Rua Barão de Rio Branco, 1816 - Centro. CEP 60.025-061. Fone: 255-5000

SOLICITAÇÃO DE EXAME RADIOLÓGICO

2007



Nome: R M L A L U A

Nº AIH/RAE:

Paciente Externo? Sim Não

Idade:

Sexo: Masc Fem

Motivo da Solicitação:

Solicito: Raio-x de Braço AP/L Antebraço AP/L

Cotovelo AP/L MBO AP/P Punho AP/P

Bacila AP Coxas AP/L Ombro AP/P

Joelho AP/P Pés AP/L

Vértebra Tórax Lombar

Pernas AP/P

Assinatura e Carimbo do Solicitante:

*Caraguatatuba
C.R.B. Residenciais
11/04/2007*

Data: 21/11/17

Hora: 10:00 h

Durantes

Laudo:

CENTRO DE IMAGEM

SISTEMA FORTA DO AP

Início: 14:10

hs

SPA

RECEBIDO EM:

11 MAR 2013

Assinatura e Carimbo do Médico Emisor do Laudo:

Data: 11/11/17

Hora: 10:00 h

As películas radiológicas foram entregues ao paciente?

Sim (recomendável) Não

CRF

Centro de Reabilitação Funcional Ceará

Erielson Alves Corrêa

Ortopedia

Traumatologia

Fisioterapia

Claudio Múcio

Paciente ortopesta de 20 anos de idade com dor no joelho direito, fenda saída da meniscos no cóccix esquerdo e fratura do genóvel esquerdo.

C.I.D.: S 50.0, S 51.0, S 82.8

Foi submetido à tratamento com limpeza do cóccix. Abordagem e evasão por planos. Tratamento continuado de genóvel com imobilização estanca.

Ficou com cicatrizes no cóccix e desconforto aos movimentos com desconforto superior esquerdo; edema clônico das artérias medias com dor; dor crônica claudicante na articulação corrente goniás dos membros comprometida preferencialmente.

RECEBIDO EM:

21 MAR 2013

Eco. Marilônio Salmito de Almeida
Ortopedia, Traumatologia
CRM: 4471

M. Salmito de Almeida

26/02/2013

Rua Monsenhor Bruno, 1777 - Aldeota
Fone: (85) 3244-5597 / (85) 3244-3585



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que na data de 04 / 11 / 2012
o paciente ERILSON ALVES LEITÃO
deu entrada no Hospital Distrital Evandro Ayres de Moura - HDEAM,
para tratar de assuntos referentes a saúde, na especialidade de
TRAUMATOLOGIA, como consta em nossos registros, no entanto
sua ficha de atendimento / prontuário, não foi localizado.

O setor SAME fica disponível para qualquer esclarecimento sobre
o caso.

Agradeço a compreensão desde já.

Fortaleza, 14 de Fevereiro de 2013

RECEBIDO EM:

21 MAR 2013

Atenciosamente;

Mc do Sono no Gouw

37.835.044/0003-8

Hospital Distrital Dr. Evandro
Ayres de Moura

Rua Cândido Maia, 294
Antônio Bezerra CEP 50.356-640

1004037

DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO



RECEBIDO EM:

21 MAR 2013



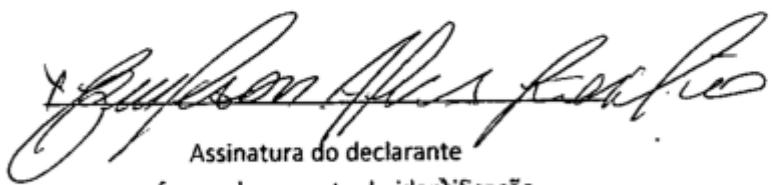


Eu, Erielson Alves Leitão, portador da carteira de identidade nº 94012007241 e inscrito no CPF/MF sob o nº 796.263.273-91 residente e domiciliado na rua Acapulco, 365 - Guaxéru, Cidade Caxias, Estado CE, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico 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.



Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

RECEBIDO EM:

11 MAR 2013

Fortaleza, 07/03/2013

Local e data

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO/CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DE SINISTRO

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

1004039

Nº DO SINISTRO _____



DORA)

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do/a beneficiário/a 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 Erilson Alves LeitãoPORTADOR / A DO RG Nº 94012027241

EXPEDIDO POR SSP CE EMB 105,99 CPF / CNPJ

Nº 796263273-91 PROFISSÃO _____

E RENDA MENSAL DE R\$ _____

NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO / A DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO OU REEMBOLSO DO SEGUROOBRIGATÓRIO DPVAT DA VÍTIMA Erilson Alves LeitãoAUTORIZO A SEGURADORA Lançamento

A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM A FORMA ABAIXO INDICADA:

Dados bancários incompletos ou incorretos impedem os bancos de liberarem o pagamento. Verifique cuidadosamente seus dados antes de preencher os campos e evite rasuras.

 CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)

Nº BANCO _____ Nº AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) _____

Nº CONTA CORRENTE _____

 CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO BRADESCO

Nº BANCO 237 Nº AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) _____

Nº CONTA POUPANÇA _____

 CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL

Nº BANCO 001 Nº AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) _____

Nº CONTA POUPANÇA _____

RECEBIDO EM:

21 MAR 2013

 CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO ITAÚ

Nº BANCO 341 Nº AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) _____

Nº CONTA POUPANÇA _____

 CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERALNº BANCO 104 Nº AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) 0926 - 013Nº CONTA POUPANÇA 120673-3

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

LOCAL FortalezaDATA 07/03/13ASSINATURA DO/A BENEFICIÁRIO/A Erilson Alves Leitão

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 6194/74) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares (valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados – SUSEP).

- Para acompanhar o andamento do pedido da indenização, acesse www.dpvat.com.br ou ligue (21) 4009-1709, de segunda a sexta-feira, de 8h às 18h.

- A Circular Susep nº 380/08, 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.



AUTO-ATENDIMENTO - BEZERRA DE MENEZES
DATA: 07/03/2013 HORA: 14:56:22
TERMINAL: 09261015 CONTROLE: 092610150153

AGÊNCIA: 0926 - BEZERRA DE MENEZES
CONTA : 013.00.120.673-3
CLIENTE: ERILSON ALVES LEITAO

EXTRATO PARA SIMPLES CONFERÊNCIA

SALDOS POR DATA LÍMITE
DEPÓSITOS REALIZADOS ATÉ 03/05/2012
DATA

| DATA | VALOR |
|-------|-------|
| 01/03 | 0,84 |

MOVIMENTAÇÃO

| DATA | NR. DOC. | HISTÓRICO | VALOR |
|------|----------|-----------|-------|
|------|----------|-----------|-------|

| | |
|----------------|-------|
| SALDO ANTERIOR | 0,84C |
|----------------|-------|

Março

| | | | |
|-------|--------|------------|-------|
| 01/03 | 000000 | REM BASICA | 0,00C |
|-------|--------|------------|-------|

RESUMO EM 06/03
SALDO

0,84C

RESUMO DO DIA
SALDO BLOQUEADO
SALDO DISPONIVEL 0,00
SALDO TOTAL 0,84C
0,84C

RECEBIDO EM:

21 MAR 2013

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-726 0101
Ouvintoria da CAIXA: 0800-726 7474
www.caixa.gov.br

CONHEÇA A NOVA TABELA DE TARIFAS NO SITE
CAIXA.GOV.BR/VOCÊ



**SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL.
DELEGACIA DO 18. DISTRITO POLICIAL**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 118 - 5789 / 2012

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTES - OUTROS**

Data / Hora da Comunicação: **13/11/2012 16:44:07**

Data / Hora da Ocorrência : **03/11/2012 23:00:00**

Endereço da Ocorrência: **R SACY COM RUA MORELIA**

JUREMA CAUCAIA /CE

Ponto de Referência: **PRÓXIMO A MADEIREIRA JUREMA**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **ERILSON ALVES LEITAO**

Nascimento : **08/05/1978**

RG: **94012027241** Órgão Emissor: **SSP** UF: **CE** - CPF:

Filiação: **MANOEL MACEDO LEITAO**

MARIA DAS GRAÇAS ALVES LEITAO

Endereço: **R 1036 85**

CONJUNTO CEARA

FORTALEZA CE BRASIL

BOLETIM DE OCORRENCIA

1004026



21 MAR 2013

Telefone: **85274828**

Histórico

A declarante compareceu a esta Delegacia, para informar que na data, local e hora supracitados, seu companheiro ERILSON ALVES LEITAO, estava pilotando a motocicleta HONDA/CG FAN KS, ANO 2011, DE COR PRETA, PLACA OCF-6856/CAUCAIA-CE, CHASSI 9C2JC4110BR818039, RENAVAM 346549299, licenciada em nome de Antonia Brandão Teixeira, quando outra motocicleta que estava fugindo de uma blitz, colidiu com o veículo em que seu companheiro estava; Que na ocasião o piloto da moto causadora da colisão, se veadiu do local sem prestar socorro à vítima; Que Erlison foi socorrido por familiares ao Hospital Distrital Dr. Evandro Ayres de Moura-Frotinha, no bairro Antonio Bezerra em Fortaleza/CE, sendo constatado uma fratura no tornozelo esquerdo, lesões na perna direita, nos braços, o qual aguarda em casa, por um leito para fazer uma cirurgia

no

IJF.

E

nada

mais

disse.

Noticiante(s)

Nome : **MARIA ERLAN BRANDÃO TEIXEIRA**

Endereço : **R 1036 85**

Bairro : **CONJUNTO CEARA**

Município/UF : **FORTALEZA CE BRASIL** Telefone: **85274828**

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 18. DISTRITO POLICIAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: _____

MATRÍCULA: 60851

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: *Maria Erlan B. Teixeira*

VISTO DO DELEGADO(A): _____

Bot. 115º Ofício Ceará

Delegado de Polícia Civil

Mat. 12.184

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Erilson Alves Leitão, declaro
RG nº 9402027241 e CPF nº 796.263.273-91, resido na Rua
que. Arapulco, 365 Bairro Guaixeru, do município de Caucaia,
CEP nº 61600-000.

Declaro também que não possuo comprovante de endereço e que a presente declaração atende a Circular DPVAT-SIN 043/2005 de 08 de Agosto de 2005.

(85) 3251-1385

(85) 8774-9995

Fortaleza/CE, 07, 03, 2013

RECEBIDO EM:

21 MAR 2013

Atenciosamente,

Erilson Alves Leitão
Assinatura do Declarante

Nº DO CLIENTE

1706121-0

Para aplicar seu desconto, utilize o nº acima
senão use o nº em contato com o.

coelce

Rua Padre Vilhena, 130 - CEP 66135-040 - Foz do Iguaçu - PR
CNPJ 07.007.251/0001-79 - CGF 06.102.840-3
A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela
Lei nº 10.458, de 26 de abril de 2002

CONTAS DE ENERGIA ELÉTRICA (GRUPO B) SÉRIE B-1000

288810737

Rota 14 22005 01 095800 - 9 Data de Emissão 18/01/2013
 Nome EPITACIO PEREIRA TEIXEIRA
 End. Postal RUA ACAPULCO 00365
 GUAJERU - CAUCAIA - 61600000
 Medidor 8445587 Posto 00000 0000
 Classe RESIDENCIAL MONOFASICO BAIXA RENDA Fator de Potência 0,00
 ING / CPF / CNPJ 877996003-06 CGF
 Nome do Responsável

DETALHAMENTO DE CONSUMO (kWh)

| Mês de Referência | Data da Apresentação | Prévia Pós. Leitura | Conjunto | JUREMA |
|-------------------|----------------------|---------------------|----------|----------|
| Jan/2013 | 18/01/2013 | 20/02/2013 | Mês | Nov/2012 |
| | | | | OM 23,73 |

| ITEMS | | | Padrão Individual | | | | | |
|---|----------|------------------|-------------------|-----------|-------|--------|-----------|-------|
| Base de Cálculo (R\$) | Alíquota | Valor do Imposto | Mensal | Trimestre | Anual | Mensal | Trimestre | Anual |
| 125,65 | 27,0% | 33,92 | DIC | 5,31 | 8,00 | 8,00 | 8,00 | 8,00 |
| VALORES REFERENTES AO CONSUMO | | | | | | | | |
| 2309.EBIE.0660.8044.B454.EVA7.8000.0446 | | | FIC | 3,30 | 8,00 | 8,00 | 8,00 | 8,00 |
| | | | DMIC | 3,03 | | 8,00 | | |

INFORMAÇÕES SOBRE FATURAMENTO DO CONSUMO

| Lit. Atual | Lit. Anterior | Consumo (kWh) | Cens. Ind. | Cens. Fis. | Ter. (R\$/kWh) | Valor (R\$) | |
|------------|---------------|---------------|------------|------------|----------------|-------------|-------|
| 16450 | 16213 | 1.00 | 245 | 0,00 | 70 | 0,17950 | 5,38 |
| | | | | | 70 | 0,17772 | 21,54 |
| | | | | | 120 | 0,46158 | 55,38 |
| | | | | | 25 | 0,51206 | 12,60 |

| | | | | |
|----------|----------|----------|-----|-------|
| 18/01/13 | 18/12/12 | 31/12/09 | 245 | 95,13 |
|----------|----------|----------|-----|-------|

| | |
|-------------------------------|-------------------------------|
| VALORES REFERENTES AO CONSUMO | VALORES REFERENTES AO CONSUMO |
|-------------------------------|-------------------------------|

| | |
|--|-------|
| VALOR CONSUMO DO MES | 95,13 |
| ICHMS COMPLEMENTAR BAIXA RENDA-CONV CONFAZ 079 | 8,24 |
| MULTA HORATORIA REF 12/2012 | 1,40 |
| JUROS DO MES | 0,71 |
| ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL | 31,47 |
| PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA | 1,33— |
| TITULO DE CAPITALIZACAO BOA ACAO BOA SORTE | 2,99 |

RECEBIDO EM:

21 MAR 2013

| | | | |
|------------|------------|---------------------|--------|
| VENCIMENTO | 01/02/2013 | TOTAL A PAGAR (R\$) | 141,27 |
|------------|------------|---------------------|--------|

| COMPONENTES DO VALOR TOTAL DE CONSUMO | | Histórico de pagamentos anteriores | | | | | |
|---------------------------------------|--------|------------------------------------|-----|-----|-----|-----|-----|
| Energia | 40,43 | | | | | | |
| Transmissão | 2,19 | | | | | | |
| Distribuição | 18,41 | | | | | | |
| Encargos Setoriais | 4,28 | | | | | | |
| Tributos (IHS PIS-COFINS) | 39,39 | | | | | | |
| TOTAL | 141,27 | 141 | 245 | 175 | 179 | 147 | 102 |
| | | 110 | 108 | 135 | 131 | 120 | 101 |
| | | 140 | | | | | |

importante CONTAS EM ATRASO

AVISO DE VENCIMENTO:

Informamos existir débito vencido sem acréscimos legais ate esta data, no valor de R\$ 91,50. Conforme art. 172 do Res. Anel 414/10, poderá ser suspenso o fornecimento de energia elétrica após decorridos 15 dias do envio deste comunicado. Caso o débito tenha sido pago, favor desconsiderar este aviso. Apes 2 ciclos completos de faturamento, seu fornecimento será encerrado e relações contratuais.

DEBITOS ANTERIORES

| | |
|---------|-----------|
| Mes/Ano | Valor R\$ |
| 12/2012 | 91,50 |

Consta desta fatura R\$ 5,47 referente a PIS e COFINS.
 100% PIS e 50% COFINS - FIMEL + IPIIS R\$ 10.637,82 + 10.032,82

Nº do Cliente: 1706121-0 Referência: Jan/2013
 Data de Emissão: 18/01/2013 Total A Pagar (R\$): 141,27
 Nº da Nota Fiscal: 288810737 Nº de Controle: 0001706121 00456 39612 73

83670000001-8 41270031000-3 00017061210-5 04563981273-9

