

Rio de Janeiro, 02 de Setembro de 2015

Carta n°: 7735432

A/C: FELIPE ASLEY TABAIANA

Sinistro: 3150773333
Vitima: FELIPE ASLEY TABAIANA
Data Acidente: 20/08/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **02/09/2015** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **20/08/2014**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Comprovação de ato declaratório

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 MBM SEGURADORA 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, 29 de Fevereiro de 2016

Carta nº 8761874

a/c: **FELIPE ASLEY TABAIANA**

Sinistro: 3150773333
Vitima: FELIPE ASLEY TABAIANA
Data Acidente: 20/08/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização DPVAT, nem qualquer manifestação no sentido de que estivessem sendo tomadas providências para sua obtenção.

Tendo em vista que a(s) pendência(s) indicadas não foi(ram) sanada(s), e não houve qualquer nova manifestação sua nesse processo de sinistro por um período superior a 180 dias, informamos que a análise do seu pedido de indenização DPVAT foi finalizada com a recusa da indenização por falta de comprovação documental da cobertura para o sinistro.

A documentação original permanecerá arquivada, podendo ser retirada pelo senhor(a), ou por procurador devidamente constituído para este fim, conforme instruções contidas em nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Em caso de dúvida, favor acessar nosso site ou entrar em contato conosco gratuitamente por meio do SAC 0800 022 12 04.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

SINISTRO

Número do Sinistro: 3150773333

QUALIFICAÇÃO DO EVENTO

Vítima: FELIPE ASLEY TABAIANA

Data do
Acidente: 20/08/2014

CPF: 706.556.124-08

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FELIPE ASLEY TABAIANA

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS DO SINISTRO

Documento	Status	Motivo	Comentário
Bulletim de ocorrência	Entregue		
Certidão de casamento	Dispensado		
Certidão de inexistência de IML	Entregue		
Certidão de nascimento	Dispensado		
Comprovação de ato declaratório	Pendente		
Declaração do Proprietário do Veículo	Dispensado		
Documentação médico-hospitalar	Entregue		
Documentos de identificação	Entregue		
DUT	Entregue		
Laudo do IML - Lesões corporais	Dispensado		
Outros	Entregue		

DOCUMENTOS DAS PESSOAS

Documento	Status	Motivo	Comentário
BENEFICIÁRIO - FELIPE ASLEY TABAIANA			
Alvará judicial	Dispensado		
Autorização de pagamento	Entregue		
Comprovante de residência	Entregue		

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da Indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de Indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- A Indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Responsável pelo recebimento na seguradora

 Data: 02/09/2015
 Nome: FELIPE ASLEY TABAIANA
 CPF:

 Data: 02/09/2015 14:50
 Nome: TATIANA IZABELA CORA FREITAS
 CPF: 129.924.107-60

FELIPE ASLEY TABAIANA

TATIANA IZABELA CORA FREITAS



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
GERÊNCIA EXECUTIVA DE POLÍCIA CIVIL METROPOLITANA
DELEGACIA DE ACIDENTES DE VEÍCULOS DA CAPITAL
Praça Firmino da Silveira, S/N, Varadouro - CEP: 58.010-120 - Fone: (83) 3.218-5334



BOLETO DE CORRÉNCIA POLICIAL N° 2663/2015

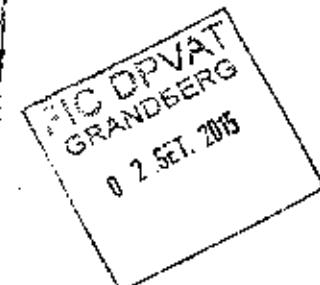
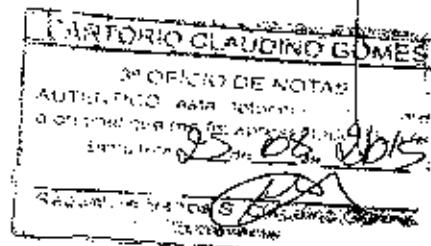
Aos treze dias do mês de agosto do ano de dois mil e quinze, nesta cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba, na Delegacia de Acidentes de Veículos da Capital, sob a responsabilidade do Delegado de Polícia Francisco Deusdedit Leitão Filho, comigo escrivão de seu cargo, ao final assinado, aí por volta das 07:45h, compareceu o (a) Senhor (a): FELIPE ASLEY TABAIANA, brasileiro, natural de Santa Rita/PB, solteiro, com 19 anos de idade, Lavador de Carros, Alfabetizado, filho de Severina Maria Tabaiana, RG. 4.255.741-SSP/PB, residente na Rua Dr. Pedrosa, nº 04, centro, Santa Rita/PB, o (a) qual notificou o seguinte: QUE, no dia 20/08/14, por volta das 00:10h, quando se encontrava como carona na motocicleta de marca HONDA/CG 150 FAN ESDI, cor amarela, ano 2012/2013, de placa OGG-5228/PB, chassi nº 9C2KC1680DR302321; de sua propriedade, na ocasião que o condutor desta trafegava pela Rua Nossa Senhora do Rosário, Bairro Popular, na cidade de Santa Rita/PB, após atingir um veículo, perdeu o controle de direção caindo ao solo, e que em decorrência desse fato veio a sofrer ferimentos superficiais, sendo conduzido ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, onde se submeteu a procedimentos médicos. Por este motivo notificou o fato. O referido é verdade, dou fé.

João Pessoa (PB), 13 de agosto de 2015.

Felipe Asley Tabaiana
Notificante

Carlos Antônio Duarte Félix
Escrivão de Polícia Civil
Mat. 135.882-3

Escrivão



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, FELIPE ASLEY TABAJARA, portador da carteira de identidade nº 4255741 e inscrito no CPF nº 766.556.124-08, residente e domiciliado na LOTERMENTO MILÉSIMO S/N
CENTRO, Cidade SANTO RIT, Estado SP, 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:

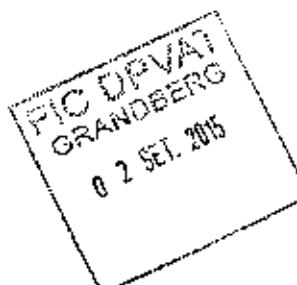
- () Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

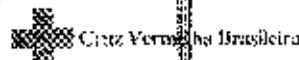
Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de Indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto 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.

Felipe Adel Polivio
Assinatura do declarante
Conforme documento de identificação

JOÃO PESSOA 25. agosto 2015
Local e data





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

RUA ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM - CNE: 1112234 - Tel:

Boletim de Atendimento Emergencial: 776335

Identificação do paciente

<input checked="" type="checkbox"/>	Nome PELIPÉ ASLEY TABAIANA	Sexo Masculino	
Data de nascimento 19/07/1998	Idade 18 anos 10 meses 29 dias	Estado civil SOLTEIRO(A)	Religião EVANGELICA
Não SEVERINA MARIA TABAIANA			Prontuário 0
Escolaridade FUNDAMENTAL INCOMPLETO			Pai NAO DECLARADO
DDD Móvel 83	Fone Móvel 88858473	DDD Fixo	Fone Fixo
tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 4255741	Nº Cns 700000093141906	
Local de procedência SANTA RITA		Tipo MUNICÍPIO	UF PB
Email NAO INFORMADO	Naturalidade SANTA RITA	CBO/R	

Endereço

CEP 58301190	Município de residência SANTA RITA	UF PB	Logrado Noa Senhora do Rosário
Número 4	Complemento		Bairro Popular

Admissão

Data e Hora Prevista 20/08/2014 00:45:16	Número da pulseira 2758572	Convênio SUS
Especialidade TRAUMATOLÓGISTA		Clinica CLÍNICA TRAUMA E GERAL
Classificação de risco VERMELHA		Origem do paciente RUA
Caráter de atendimento URGÊNCIA	Motivo de atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veia de ambulância Sim	Trauma Sim
Meio de transporte AMBULANÇA		Quem transportou NAO SE APlica	

Sinais Vitais

PA X mmHg	P脉	Temperatura
--------------	----	-------------

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
-----------	-----------	----------	-------	-----------	--------	--------------------

Dados clínicos

Diagnóstico	CID
Atendido por ANIELLY ARAUJO DOS SANTOS	Tempo 04min 39seg

Imprimir



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA

LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	ELIPE ASLEY TABAIANA
DATA DE NASCIMENTO	19/07/96
NOME DA MÃE	SEVERINA MARIA TABAIANA

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.	776-385
PRONTUÁRIO N.	XXXXXXXXXXXXXX
DATA DO ATENDIMENTO	20/08/14
HORÁRIO DE ATENDIMENTO	0045
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTO
DIAGNÓSTICO(S)	FERIMENTOS SUPERFICIAIS
CID-10	M29.4 T01.8

AVALIAÇÃO INICIAL:

PACIENTE DEU ENTRADA NESTE SERVIÇO, VITIMA DE COLISÃO VÉHICULO X MOTO, PROCEDENTE DE SANTARITA, NEGANDO USO DE CAPACETE (SIC), ENCAMINHADO POR UPA DE CABEDELO, ACIDENTE OCORRIDO AOS HORAS: 10:00, APRESENTANDO FERIMENTO CORTANTE EM MENTO + DOR E LUXAÇÃO DE CIRODACTILO DIREITO + DOR EM TORNOCZELO DIREITO. GLASGOW 15.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX DE MÃO DIREITA
RX DE TORNOCZELO

TRATAMENTO:

PACIENTE AVALIADO POR CRÍT. GERAL + EXAMES RADIOLÓGICOS.

ALTA HOSPITALAR	20/08/2014
DATA DA EMISSÃO	29/08/2015

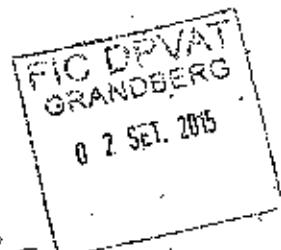
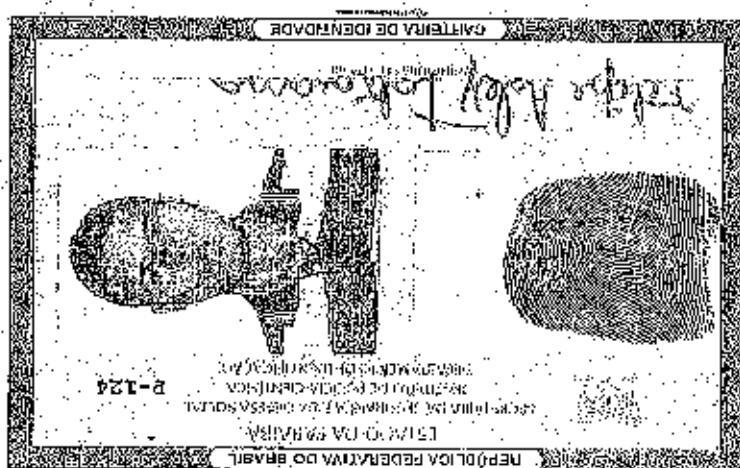
Dr. Joacifa Braga Brandão

CRM: 1741/PB

ATENÇÃO: Este documento descreve a comprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	4.255.741
DATA DE EXPEDIÇÃO 07/06/2014	
NOME FELIPE ASLEY TABATANA	
FILIAÇÃO	
SEVERINA MARIA TABATANA	
NATURALIDADE	DATA DE NASCIMENTO
SANTA RITA-PB	19/07/1996
DOC ORIGEM	
NASC:N.2598 FLS.100 LIV.A04	
CARTÓRIO SANTA RITA-PB	
076.556.124-02	
LEI N° 7.118 DE 29/06/1983	





15-7073

Nº do Sinistro

Nº do Protocolo

QUALIFICAÇÃO DO EVENTO

Data do Acidente 20/08/14 | Vítima

CPF 706 556 124 08

FELIPE ASLEY TABAIAMA

Seguradora

QUALIFICAÇÃO DO REQUERENTE

Nome FELIPE ASLEY TABAIAMA

 Vítima Representante Legal

Endereço para Correspondência LOC. LOTEAMENTO NICE

nº S/N Complemento

Bairro

CENTRO

Cidade SANTA RITA

UF PB

CEP 58919000 Telefone para contato

83 999039999

Preencha com para documentação entreguePreencha com para documentação faltante

TIPO DE DOCUMENTO

DOCUMENTOS BÁSICOS

DUT

 Registro da Ocorrência expedido pela autoridade policial Identidade / RG ou Certidão de Nascimento ou Certidão de Casamento ou CTPS ou Carteira Nacional de Habilitação da vítima CPF da vítima Comprovante de residência da vítima Autorização de Pagamento / Crédito de Indenização (preencher modelo anexo)

Depósito

Em caso de vítima com até 16 anos, também deverão ser apresentados os documentos pessoais do responsável legal

DOCUMENTOS DA VÍTIMA

BAM

 Laudo do Instituto Médico Legal (IML) qualificando a extensão das lesões físicas ou psíquicas da vítima Na falta do laudo do IML, documento da Secretaria de Segurança Pública, informando a inexistência do IML na localidade do evento Termo de Curatela, no caso de alienação mental Alvará Judicial (se for o caso)

REPRESENTANTE LEGAL - se houver

 Procuração Identidade / RG ou Certidão de Nascimento ou Certidão de Casamento ou CTPS ou Carteira Nacional de Habilitação do procurador CPF Comprovante de residência

ATENÇÃO

O processo de avaliação sobre o pagamento da indenização ou reembolso ocorrerá somente após a apresentação de todos os documentos e desde que eles estejam em conformidade com a legislação vigente, quando iniciará o prazo para pagamento da indenização, que é de até 30 dias.

Se outros documentos forem solicitados, o prazo de 30 dias - previsto para pagamento - será interrompido.

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

Data 25/08/15

Nome Felipe Asley Tabaiama

Identidade 42 557 741

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

 Documentação recebida sem conferência

Data ____ / ____ / ____

Nome _____

Identidade _____



Seguradora Lider - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

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, FELIPE ASLEY TABAIAMAPORTADOR(A) DO RG Nº 4.255.741 EXPEDIDO POR SSPS IPB EM 07/06/2014CPF 406.655.610-903 / CNPJ 00000000-0000-00, PROFISSÃO —

E RENDA MENSAL DE R\$ 800,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA. FELIPE ASLEY TABAIAMA AUTORIZO 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 aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Fuctional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- 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;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

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.

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) 1014 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 124356-3

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

São Paulo, 25 de Novembro de 2015

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 médica-hospitalares.

- Para acompanhar o processo de análise do pedido de Indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
CAIXA AQUI!

COMPROVANTE DE DEPÓSITO

24/08/2015 HORA: 15:08:10
DATA EFETIVACAO: 24/08
CONVENIO: 000587869
OPERADOR: 001

AGENCIA: 1914
CONTA: 013.00124356-3
NOME: FELIPE ASLEY TABAIANA

VALOR: ~~0000~~

COD.OPERACAO: 145537571

DISQUE CAIXA - 0800 726
0101 OUVIDO
RIA - 0800 725 7474

SAC CAIXA: 0800 726 0101 (informações,
reclamações, sugestões e elogios)

Para pessoas com deficiência auditiva ou
de fala: 0800 726 2452

Ouvidoria: 0800 725 7474

caixa.gov.br



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, PHELIPE ASLEY TABAI AMARAL,

RG nº 42 557 41, data de expedição 07/06/2014,
Órgão SSP PB, CPF nº 306 556 124-08, venho perante a este
instrumento declarar que não posso comprovar 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>LOTEAMENTO NCL</u>
Número	<u>S/N</u>
Aptº / Complemento	
Bairro	<u>CENTRO</u>
Cidade	<u>SANTA RITA</u>
Estado	<u>PB</u>
CEP	<u>58 919 000</u>
Telefone de contato	<u>83 99903 9999</u>
E-mail	<u>99639.8400 13222.8577</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: JOÃO PESSOA /PB, 25/08/2015.

Felipe Asley Tabai Amorim

Assinatura do Declarante

FIC DPVAT
GRANDEIRO

02 SET 2015

Perícias João Pessoa /PB

MARIA GORETH TABAJANA DE CARVALHO
LOC. LOT N 02, S/N - CENTRO
SANTA RITA/PB CEP: 59319000 (AG: 1)

CEP: 58.900-000 RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO
Ruelas: 10 - B - 720 - 3030 Referência Ago/2015
Nº medida: 000000000000 Endereço: 16000-000

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA
B-260, Km 25 - Cidade Recife/PE - 50180-71600
CNPJ: 00.000.150/0001-40 - Fone/Fax: 16316.0230
Nº da Ficha/Caráter de Energia Elétrica N°000.741.54
Código para Online Automação: 603601047

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

0810.5338282ca 4002.9818 2042.11.0444

Conta referente a

CDC (Código do Consumidor): 15/1651984-7

Ago / 2015

Canal de contato

Apresentação

18/08/2015

Data prevista da
próxima leitura:

18/09/2015

CPF/CNPJ/RANI

42447385400

Cálculo de consumo

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
----------	-------	-----------	---------	------

1307/5	4155	1608/15	4283	1
				138
				38

Facturas em aberto

2010/2015 144,02

2010/2015 122,09

Demolidor/adv.

Descrição	Quantidade	Preço	Valor(R\$)
-----------	------------	-------	------------

Consumo em kWh	138	0,37350	52,87
Adic. B Vermeia			7,56

IMPOSTOS E ENCARGOS

PIB			1,08
-----	--	--	------

COFINS			4,80
--------	--	--	------

CONTRIB SERVIÇO PÚBLICA			2,10
-------------------------	--	--	------

ICMS (Base de Cálculo R\$ 61,43 Alíquota 27,00%)			16,41
--	--	--	-------

Histórico de Consumo
(kWh)

Jul/15	159
Jun/15	174
Maio/15	233
Abr/15	199
Mar/15	150
Fev/15	113
Jun/15	188
Dez/14	204
Nov/14	261
Out/14	256
Sep/14	276
Ago/14	316

VENCIMENTO

25/08/2015

TOTAL A PAGAR

R\$ 92,53

Média dos últimos meses
370 kWh

Indicadores de Qualidade

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DISMENSA	6,00	0,00
DIS TRIMESTRAL	2,11	NO/NUL
DIS ANUAL	24,12	220
DIS ANUAL	5,70	0,00
DIS TRIMESTRAL	7,35	CONTRATADA
DIS ANUAL	4,70	LIMITE INFERIOR
DISMENSA	5,54	231
DISC	12,22	LIMITE SUPERIOR

Descrição	Valor (R\$)	%
Excedente Dif de Energia/100%	29,08	26,80
Consumo Energia	78,98	31,32
Excedente - Alimentação	2,00	2,18
Excedente Sistemas	6,28	6,72
Imposta Sobre Circulação Outros Serviços	32,67	35,20
Total	0,00	0,00

Valor de excedente à Unidade Sistema de Distribuição:
(R\$ 1.872,00) R\$ 37,53

ATENÇÃO:

Este documento é de propriedade da Energisa Sist. de Distribuição S.A. - EDS. Cabe ao cliente a responsabilidade de informar a sua residência para que a EDS possa efetuar a leitura e/ou a instalação de medidor. A EDS não é responsável por avarias ou danos que possam ocorrer no sistema de distribuição de energia elétrica. ESTE FRAZÃO NÃO VALE PARA AFAFETAR A PAGAMENTO DA FONTE DE ENERGIA. O cliente poderá não receber a fatura correspondente, caso o prazo de 90 (noventa) dias corridos da data de vencimento da fatura, seja devido a fatores de força maior, faltas de energia, falta de instalação em tempo de prazo ou não pagamento.

EDS DPVAT
GRANDEBRAZ
02 SET. 2015

VENCIMENTO

25/08/2015

TOTAL A PAGAR

R\$ 92,53

Residro: 10 - B - 720 - 3030
Matr. 1651964-2015-08-6

83690000000-8 02530054000-0 16519642015-3 08000090019-0



