



18/08/2021

Número: **0800268-50.2020.8.15.0091**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única de Taperoá**

Última distribuição : **10/04/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
G. D. S. F. (AUTOR)		MARCELO DANTAS LOPES (ADVOGADO)	
FRANCINETE FEITOSA (REPRESENTANTE)		MARCELO DANTAS LOPES (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
47299 761	18/08/2021 14:41	2744290_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 06 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190351932

Vítima: GINALDO DA SILVA FEITOSA

Data do Acidente: 14/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANCINETE FEITOSA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14418081



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0181995/19

Vítima: GINALDO DA SILVA FEITOSA

CPF: 132.593.864-59

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 14/11/2018

Titular do CPF: GINALDO DA SILVA
FEITOSA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

FRANCINETE FEITOSA : 084.882.344-30

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

Outros



ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

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

FRANCINETE FEITOSA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

JULIANA MARQUES RODRIGUES



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0181995/19

Vítima: GINALDO DA SILVA FEITOSA

CPF: 132.593.864-59

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 14/11/2018

Titular do CPF: GINALDO DA SILVA
FEITOSA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

FRANCINETE FEITOSA : 084.882.344-30

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

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

FRANCINETE FEITOSA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

JULIANA MARQUES RODRIGUES



Declaração do proprietário do veículo



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, _____,

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

Órgão _____, portador do CPF nº _____, com

domicílio na cidade de _____, no Estado de

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

_____, nº _____,

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima _____, cujo o condutor era

_____.

Veículo:

Modelo:

Ano:

Placa:

Chassi:

Data do Acidente:

Local e Data: _____

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

Assinatura do Declarante

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



IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA GINALDO DA SILVA FERREIRA
 DATA DO ACIDENTE 14/11/18 CPF DA VÍTIMA 332593864-59
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☐ VÍTIMA ☒ REPRESENTANTE LEGAL, CUIDO PARANTESCO COM A VÍTIMA E Geníroes (mãe)
 ENDEREÇO DO PORTADOR Rua Senador Rui Generoso
 Nº 124 COMPLEMENTO Casa BAIRRO São José
 CIDADE Capangá UF RS CEP 58680-000
 E-MAIL marcelo@luzia.com.br TELEFONE (81) 99640-4448

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

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

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 15/05/19IDENTIDADE 3382455ASSINATURA Francimely Furtado

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 15/05/19NOME Constantino Wanderley DantasASSINATURA Constantino Wanderley Dantas



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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

M.A.A.: 212105 - Prontuario.: 46055
 Nome: GINALDO DA SILVA FEITOSA Cor: PARDOS
 Nasco.: 05/02/2004 Idade: 14a 8m SEXO: M Estado Civil:
 Profissao:
 Endereco: RUA SENADOR RUI CARNEIRO n°S/N
 Cidade: TAPEROA /PB Cep: 58680000 Bairro.: SAO JOSE
 Telefone: Celular: R.G.:
 Mae: FRANCINETE FEITOSA
 Pai:

CAROS DO ATENDIMENTO

DATA DO ATENDIMENTO: 25/10/2018 Horário: 22:43
 Data: 25/10/2018 Horário: 22:43
 Operador: APARECIDA
 Correlator: 02 - URGENCIA
 Tipo de Serviço: CONSULTA
 Conversão: SUS AMBULATORIO
 N° Cartão do Sus: 701406699956735

4. ENFERMAMENTO DE ENFERMAGEM

TIPO DE CLASSIFICAÇÃO:

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

QUELXA PRINCIPAL

Documentação médico-hospitalar

SAMU

HISTÓRIA REGRESSA

CUADRO CLÍNICO

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

ATENDIMENTO MÉDICO

ANAMNESE E EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

EXEMPLOS REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPO)

RESULTADOS:

MATERIAIS, MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS:

MATERIALS, MEDICATIONS, & SUPPLIES NEEDED	HORA:	ASS TEC:
1 ^o		
2 ^o <i>Alcohol + Dantrolene + Ampicillin</i>	HORA: <i>22:55</i>	ASS TEC: <i>APC</i>
3 ^o <i>+ 23</i>	HORA:	ASS TEC: <i>APC</i>
4 ^o	HORA:	ASS TEC:
5 ^o	HORA:	ASS TEC:

PROCEDIMENTO (DESCRIÇÃO)

DIAGNÓSTICO

CID-10.2

MEDICAÇÃO:		ENCAMINHAMENTO		OUTROS	
☐ PRESCRITA	☐	☐ OBSERVAÇÃO	☐	☐ RESIDÊNCIA	☐ EVASÃO
☐ APLICADA	☐	☐ INTERNAÇÃO	☐	☐ OUTRO HOSPITAL	☐ ALTA MÉDICA
	☐	☐ ÓBITO	☐	☐ OUTROS	

SERVICIOS REALIZADOS: CONJUNTO / PROCEDIMIENTO[illegible]

Dr. Sebastião dos Santos
Clínica Geral

MEDICO: DR. (A)

C N S : 708203626168040 CBO.:06105

ASSINATURA DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

REGISTRO CIVIL

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

NASCIMENTO N.º 6912

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

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

do sexo feminino filh. a
de Fernando Decadato Feitosa,

e de Maria de Fatima Almeida Feitosa.
sendo ambos poternos Decadato Feitosa, D. GO. Manoel Feitosa.
Maria Decadato Feitosa.

e maternos Felias Custodio de Almeida.

Inácia Maria de Almeida.

Foi declarante o Pai
e serviram de testemunhas _____ constantes do termo

OBSERVAÇÕES: Registro lavrado aos 24.11.1981
2ª Via

O referido é verdade e dou fe.
CARIBE

RE Taperoá 01 de outubro de 2004

CER

Maria das Graças Dias de Tolêdo Farias
O Oficial

ROCHA - Rev. 016 - Bl. 50x1



Documentos de identificação



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

132.593.864-59

Nome

GINALDO DA SILVA FEITOSA

Nascimento

05/02/2004

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE

3998.19AA.B233.7B56

A autenticidade deste comprovante deverá

ser confirmada na internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela

Secretaria da Receita Federal do Brasil

em 18/08/2021 às 14:47:07

hora e data de Brasília

digitado verificador: 00

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE
Nº 7179248020
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 2 COD. RENAVAM 840483716 RNTC ***** EXERCÍCIO 2008

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

CPF/CGC 029.518.894-45 PLACA KKF6323

PLACA ANT/UF ***** 9C2KCG105RQ43894

ESP/CTC 2P/149CL

CATEGORIA PARTIC

COD. PR. COM. VATE PRETA

COTA UNICA VENC. COTA UNICA 1º ***** 2º ***** 3º *****

IPVA 2008 QUITADO

FAKALPVA PARCELAMENTO/COTAS *****

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

SEGURO PAGO

OBSERVAÇÕES

AL. FID. BANCO DIENIS

VICENCIA-PE 12/03/08

PE Nº 7179248020 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

CPF/CGC 029.518.894-45 PLACA KKF6323

BILHETE DE SEGURO DPVAT - VIA CONVENIO
PENº 7179248020 EXERCÍCIO 2008 DATA EMISSÃO 12/03/08

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

CPF/CGC 029.518.894-45 PLACA KKF6323

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

ANO FAB. 2004 CULVRE 09 CHASSI 9C2KCG105RQ43894

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

SEGURO PAGO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE
Nº 7179248020
CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

VIA 2 COD. RENAVAM 840483716 RNTC ***** EXERCÍCIO 2008

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

CPF/CGC 029.518.894-45 PLACA KKF6323

PLACA ANT/UF ***** 9C2KCG105RQ43894

ESP/CTC 2P/149CL

CATEGORIA PARTIC

COD. PR. COM. VATE PRETA

COTA UNICA VENC. COTA UNICA 1º ***** 2º ***** 3º *****

IPVA 2008 QUITADO

FAKALPVA PARCELAMENTO/COTAS *****

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

SEGURO PAGO

OBSERVAÇÕES

AL. FID. BANCO DIENIS

VICENCIA-PE 12/03/08



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 07 de Junho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190351932

Vítima: GINALDO DA SILVA FEITOSA

Data do Acidente: 14/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), FRANCINETE FEITOSA

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

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

Declaração do Proprietário do Veículo não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00277/00278 - carta_03 - INVALIDEZ

00050139



Carta nº 14422266



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: <u>Simão da Silva Feitor</u>		DATA: <u>30/10/18</u>		INÍCIO: <u>18:42</u>		FIM: <u>19:10</u>	
QI	LEITE	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO	GOVERNO DA PARAIBA		
CIRURGIA: <u>2º dento de prótese</u>		CIRURGIÃO: <u>Yuri</u>		SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE			
ANESTESIA: <u>Local</u>		ANESTESIA: <u>Yuri</u>		Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes			
INSTRUMENTADORA		DATA		INÍCIO		FIM	
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO		
	Adrenalina amp.	Catet. p/ Oxo.		Catgut cromado Serlix			
	Atropina amp.	Catet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Serlix			
	Diazepam amp.	Compressa Grande		Catgut cromado Serlix			
	Dimora amp.	Compressa Pequena		Catgut Simples			
	Dolantina amp.	Cotonoide		Catgut Simples Serlix			
	Efranc ml	Dreno		Catgut Simples Serlix			
	Fenagant amp.	Dreno Kerr nº		Catgut Simples Serlix			
	Fentanil ml	Dreno Penrose nº		Cera p/ osso			
	Fenoveral ml	Dreno Pezzer nº		Ethibond			
	Ketalar ml	Equipo de Macrogotas		Ethibond			
	Mercapina % ml	Equipo de Macrogotas		Ethibond			
	Nubahin amp.	Equipo de Sangue		Fio de Algodão Serlix			
	Pavulon amp.	Equipo de PVC		Fio de Algodão Serlix			
	Profligmine amp.	Esparradrapo Largo cm		Fio de Algodão Sutupak			
	Protóxido I/m	Furacim ml		Fio de Algodão Sutupak			
	Quelçim ml	Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardiaca			
	Rapien amp.	H ₂ O ml	01	Mononylon			
	Thionembatal ml	Intracath Adulto		Mononylon			
	Tracrium amp.	Intracath Infantil		Prolene Serlix			
Qtd.	MEDICAÇÕES	Lâmina de Bisturi nº 23		Prolene Serlix			
	Água Destilada amp.	Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Serlix			
	Decadron amp.	Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Serlix			
	Dipirona amp.	Luvas 7.0		Vicryl Serlix			
	Flaxidol amp.	Luvas 7.5		Vicryl Serlix			
	Flebocortid amp.	Luvas 8.0		Vicryl Serlix			
	Geranicina amp.	Luvas 8.5					
	Glicose amp.	Oxigenio I/m					
	Glucos de Cálcio amp.	Polifibr					
	Haemacel ml	PVPI Degemante ml					
	Heparina ml	PVPI Tópico ml					
	Kanekion amp.	Sabão Antisséptico					
	Lasix amp.	Saco coletor	01	SG Normotérmico fr 500 ml			
	Medrolinazol	Seringa desc. 10 ml		SG Gelado fr 500 ml			
	Plasil amp.	Seringa desc. 20 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml			
	Prolapina	Seringa desc. 05 ml	01	SG Ringr fr 500 ml			
	Revivan amp.	Sonda		SG fr 500 ml			
	Siluplanon amp.	Sonda Foley	Qtd.				
	Cefalotina 1g	Sonda Nasogástrica					
		Sonda Uretral nº					
		Steridrem ml					
		Torneicina					
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES	Vaselina ml					
	Agulha desc. 25 x 7	Gelcon 18					
	Agulha desc. 28 x 28	Latese					
	Agulha desc. 3 x 4,5						
	Agulha p/ raque nº						
	Alcool de Enfiagem						
	Alcool Iodado ml						
	Ataduras de Crepon						
	Ataduras de Gessada						
	Azul metileno amp.						
	Benzina ml						

EQUIPAMENTOS

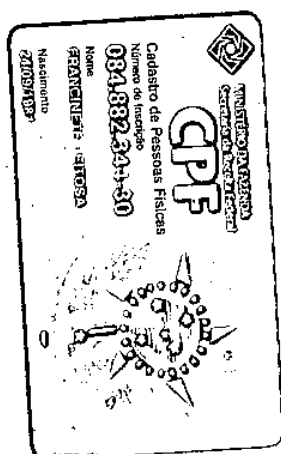
- | | |
|---|--|
| ☒ Oxímetro de Pulso | ☐ Foco Auxiliar |
| ☐ Serra | ☐ Eletrocautêrio |
| ☐ Desfibrilador | ☐ Oxímetro |
| ☐ Foco Frontal | ☐ Cardiomonitor |
| ☐ Fonte de Luz | ☐ Perfurador Elétrico |

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

[Assinatura]

MOD 066







Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 04 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190351932

Vítima: GINALDO DA SILVA FEITOSA

Data do Acidente: 14/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), FRANCINETE FEITOSA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00523/00524 - carta_16 - INVALIDEZ



Carta nº 15188134





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

Autorização de pagamento

É obrigatório Representante Legal para:



Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

132.593.864-59

Nome completo da vítima

GINAUDO DA SILVA FERREIRA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	FRANCINETE FERREIRA	CPF titular da conta	084882344-30	Profissão	AGRICULTORA
Endereço	Rua Severina Rui Carneiro	Número	124	Complemento	Casa
Bairro	São José	Cidade	Taperoá	Estado	PB
E-mail	marziadcladva@gmail.com	CEP	58680-000	Telefone (DDD)	(83) 99640-4248

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

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

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

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO

BRADESCO S/A

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

1563

6

0023447

7

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Taperoá/PB 07 de Maio de 2019
Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

L V001/2017



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/08/2021 14:41:52

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21081814415172500000044919792>

Número do documento: 21081814415172500000044919792

Num. 47299761 - Pág. 15

Boletim de ocorrência



ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
3ª SUPERINTENDENCIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL
15ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE LIVRAMENTO
Rita Pereira de Almeida, s/nº, Centro, Livramento PB. CEP 58.600-000

J.

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA Nº 029/2019



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

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

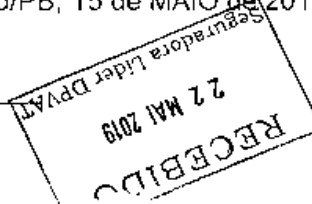
PARA NOTIFICAR QUE: informa a noticiante de que no dia 25/10/2019, por volta das 19h00min, foi até o hospital de Taperoá com um de seus filhos, pois ele estava doente, deixando em casa seu outro filho mais velho, GINALDO DA SILVA FEITOSA, brasileiro, solteiro, estudante, nascido em 05/02/2004, com 15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

Livramento/PB, 15 de MAIO de 2019.

Notificante

Francinete Feitosa
FRANCINETE FEITOSA

Gilliard Guimarães Ferreira
Gilliard Guimarães Ferreira
escrivão





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

Certidão de Nascimento

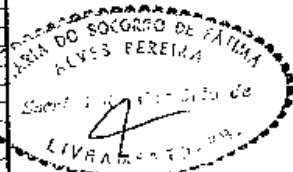
NOME:

Ginaldo da Silva Feltosa

MATRÍCULA

0696820155 2004 1 00008 034 0007605 89

Certidão de nascimento



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

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

NOME DO OFÍCIO
João Pereira Filho

OFICIAL REGISTRADOR
(insira aqui o nome do oficial do cartório)

MUNICÍPIO/UF
Livramento-PB

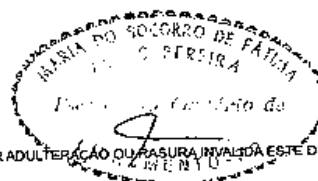
ENDEREÇO
Rua José Américo Almeida S/N Centro Livramento-PB - CEP
58600000 Fone: (83)3477-1045 E-mail:
socorro_cartorio@hotmail.com

forpen

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

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

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



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

Nº 414805 A





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

Declaração de Inexistência de IML



INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

GINALDO DA SILVA FEITOSA

CPF da Vítima

132.593.864-59

Data do Acidente

14/11/18

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

FRANCINETE FEITOSA

CPF do Representante legal

084.882.834-30

Email

marceloadu@gmail.com

Telefone (DDD)

(83) 99640-4118

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinar uma das opções abaixo:

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

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

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

Lapará/PB 07 de Maio de 2019

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

001/2017



Comprovante de residência



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, FRANCINETE FEITOSA

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

CPF nº 084882344-30, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Senador Rui Carneiro</u>
Número	<u>124</u>
Apto / Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>São José</u>
Cidade	<u>Taperoá</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58680000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 99640-4318</u>
E-mail	<u>marceladacosta@gmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Taperoá/PB 07/05/19

Assinatura do Declarante: x Francinete Feitosa





FRANCINETE FEITOSA
RUA SEVERINO ALFARO, S/N - CENTRO
TAPERODA / PB CEP: 58600-000 (AO 55)

Uso: MONOFÁSICO
Código: RES MTC B1 / RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Retro: 6 - 9D - 539 - 1870 Referência: Abr / 2019
Medidor: 00301027594 Emissão: 10/04/2019

Energisa

ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
R-230, Km 25 - Orla de Fátima - João Pessoa / PB - CEP: 58071-690
CNPJ: 08.855.183/0001-40 Ins. Est. 16.015.6234

Nota Fiscal/Doklet: Energia Elétrica 1023.132.874
Código para Dúvidas Automáticas: 0000344322

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/CNPJ/RANI
Abr / 2019	10/04/2019	10/05/2019	084.882.344-30 PIS: Est.

UC (Unidade Consumidora): **5/584685-2**

Canal de contato

Declaração de Quitação Atual de Débitos
Conforme previsto na Lei 12.007 de 28 de julho de 2009,
informamos a quitação dos débitos referentes aos faturamentos regulares de energia elétrica desta unidade consumidora, vencidos no mês de 2019 e nos meses anteriores. Esta declaração substitui, para a comprovação do cumprimento das obrigações da consumidora, as obrigações para a quitação dos débitos de energia elétrica e dos meses anteriores.
Seu contato e os nossos perfis nas redes sociais: Siga e participe no Facebook, Twitter, Instagram, LinkedIn e YouTube para acompanhar as nossas novidades, como dicas de economia e segurança, orientações sobre serviços, informações sobre investimentos, oportunidades de trabalho e muito mais!

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
2/03/19	9818	10/04/19	9872	1	105	28
Demonstrativo						
001 Descrição	Quantidade	Valor	Subtotal	Alto	Consumo	Valor
002 Tabela Tarifária	100	100	100	100	100	100
003 Consumo em kWh	105	105	105	105	105	105
004 CONTRIBUIÇÃO	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
005 JUROS DE MOROSIDADE	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
006 MULTA DE MOROSIDADE	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
007 ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

CPF/Código de Cliente: 084.882.344-30 TOTAL 102,87 102,87 24,45 20,58 3,88 4,52
Tarifa de Transmissão 0,00

VENCIMENTO **TOTAL A PAGAR**
17/04/2019 **R\$ 102,87**

Histórico de Consumo (kWh)

79	84	87	92	102	89	101	111	103	103	91	123
Abx18	Mar18	Jun18	Jul18	Agx18	Set18	Out18	Nov18	Dez18	Jan19	Fev19	Mar19

RESERVADO AO FISCO
5a59.8595.1ede.e7ab.a65f.668e.4553.83fd.

Indicadores de Qualidade			Composição do Consumo	
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Descrição	Valor (R\$)
DESEMPENHO	0,00	NOVINAL	Serviço de Fiel da Energia	21,50
DESEMPENHO	0,00	NOVINAL	Consumo de Energia	59,87
DESEMPENHO	0,00	NOVINAL	Serviço de Transmissão	3,25
DESEMPENHO	0,00	NOVINAL	Energia Distribuída	5,08
DESEMPENHO	0,00	NOVINAL	Impostos e Encargos	42,28
DESEMPENHO	0,00	NOVINAL	Outros Serviços	0,00
DESEMPENHO	0,00	NOVINAL	Total	102,87

Valor de EUSO (R\$ 21/2019) R\$ 26,20

ATENÇÃO **Faturas em atraso**
Atenção: Chegar a vencer o Trabalho

Onde pagar sua conta

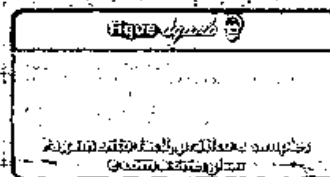
Débito Automático - Banco do Brasil / Bancoob (Sicoob) / Bradesco / Sicredi / Caixa Econômica Federal / Itaú / Santander / Banco Inter

Agentes Credenciados - Banco do Brasil (Correspondentes Bancários - Pagafolha/Banco Postal) / BNB / Bradesco (Correspondentes Bancários) / Bancoob (Sicoob) / Sicredi / Tribranco / Caixa Econômica Federal (Caixa Lotéricas e Caixa Aqui)

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

Energisa facilita para você!

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



Além de ser mais fácil e prática, o boleto bancário oferece mais segurança e tem a mesma validade de qualquer boleto.



Energisa

Glossário

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

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

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

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

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

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

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

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

DICRI: Duração da interrupção individual ocorrida em dia crítico.

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

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

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

EUSD: Encargo de uso do sistema de distribuição.

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

Fique Atento!

- Para atendimento em nossa agência ou através do Call Center, tenha em mãos uma conta de energia elétrica, CPF ou CNPJ.
- Evite a presença do leitor no medidor e assim evita que o seu consumo seja faturado pela média dos últimos doze meses.
- Informações sobre condições gerais de fornecimento, tarifas, produtos, serviços prestados e demais regras e condições para consulta em nossas agências de atendimento ou em www.energisa.com.br.
- Em caso de problemas, você pode aprender quem dar suporte neste endereço: www.energisa.com.br. É possível também solicitar a qualquer tempo, a qualquer hora, a qualquer lugar, a qualquer pessoa, a qualquer coisa.
- Pague em duas vezes, você evita cobrança de multa de 2%, atualização monetária com base na variação do IGP-M, juros de mora de 10% ao mês, custo na faturamento de energia e demais encargos. O pagamento desta conta não quita débitos anteriores.
- Os créditos impressos em nossa CN, após o cancelamento de débitos anteriores, são creditados diretamente em sua conta de energia elétrica, bem como a exportação de energia e unidades excedentes, luz solar e iluminação de ambientes.
- Caso não esteja o pagamento de sua conta de luz até a data do vencimento, uma vez vencida, você estará sujeito à inclusão do seu nome nos órgãos de proteção ao crédito (SPC, SERASA, SCPC), e também estará sujeito ao processo de documentação junto aos órgãos competentes, devendo estar com todos os dados para retificação do protesto.
- Seu CPF foi protestado? Consulte através do site: <http://protestos.energisa.com.br>

Atendimento Energisa 0800 083 0196 (24h)

Atendimento Energisa para deficientes auditivos ou de fala 0800 086 1234

Consulte Energisa 0800 083 0196 (horário comercial) - Necessário ter o número do protocolo de atendimento
 ATRV (Atendimento ao Cliente) - 0800 083 0196 (horário comercial) - Necessário ter o número do protocolo de atendimento
 ATRV (Atendimento ao Cliente) - 0800 083 0196 (horário comercial) - Necessário ter o número do protocolo de atendimento

Use o seu tempo

