



02/05/2023

Número: **0800566-21.2023.8.15.0161**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Mista de Cuité**

Última distribuição : **04/04/2023**

Valor da causa: **R\$ 8.606,25**

Assuntos: **DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ANTONIO DA SILVA GOMES (AUTOR)		NILO TRIGUEIRO DANTAS (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
72585439	02/05/2023 11:01	2882813_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos

Num. 72585439 - Pág. 1



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECABWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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 das 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 de profissão e renda, 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 FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu NILO TRIGUEIRO DANTAS

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 047.951.774 / 65, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

ANTONIO DA SILVA GOMES

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 650.633.484 / 00

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima ANTONIO DA SILVA GOMES

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 650.633.484 / 00, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: Rua Roldão Zacarias de Macedo	Número: 145	Complemento:
Bairro: JK	Cidade: Picuí	Estado: PB
E-mail: nilotdantas@hotmail.com	CEP: 58187-000	Tel.(DDD): (83) 99912-5490 / 3371-2274

Local e Data: Picuí/PB, 29 de 10 de 2020

Nilo Trigueiro Dantas

Assinatura do Declarante

BR 001 0001 / 2017



REGISTRO DE CHAMADAS

SAMU - SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA

SAMU 192

[illegible]

ESCALA DE COMA GLASGOW		MENORES DE 5 ANOS		ESCALA	
ADULTOS					
Alto espontaneamente		4			
Com Estímulos Auditivos		3			
Com Estímulos Dolóricos		2			
Não Abre os Olhos		1			
Orientado		5			
Confuso		4			
Palavras Inapropriadas		3			
Sons ou Gestos		2			
Nenhum		1			
Obedece Solicitações		6			
Localizar Dor		5			
Flexão Normal		4			
Flexão Anormal		3			
Estensão a Dor		2			
Nenhum		1			

CONDIÇÕES DO PACIENTE

Principale attività: grafica, design, foto, decorazione
Saviano, bi. pannello come monarca,
falsificare / orecchio, riflettore per met
Rearr. prima PSD e PSD, con mobilità
DE memoria, pannello, con saviano,
bi. pannello, anche PSD. e pannello con
e pannello ad una più alta



HOSPITAL MUNICIPAL DE CUITÉ
FICHA DE ATENDIMENTO
AMBULATORIAL



MATERIAIS USADOS

1. Transfusão de sangue - 14.30h
2. Análise de urina - 20.00h
3. Análise de sangue - 20.00h
4. Leilão Soares de Melo-Domingos Martins
5. Coração PB 917510 (E)
- 6.

UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇOS (UPS)

HOSPITAL MUNICIPAL DE CUITÉ CDE: 234264-2

RUA 15 DE NOVEMBRO, 160 - CENTRO - MUNICÍPIO: CUITÉ

ESTADO: PARAÍBA

UF: PB

RO: 134138

Nº FICHA: 62

HORA: 17:00

UF: PB

PACIENTE

Infante da Silva Gomes

SEXO: M

IDADE: 50

IO: Cuieté

COR: P

DOCUMENTO: 690.699.4840

Endereço: Rua da Liberdade, 50 - Centro - Cuité - PB

O: R. João da Silva

IO: Cuité

TEL: 99708-2257

ESTADO: PB

UF: PB

IBGE MUNICÍPIO: 250510

CNS: 300100403876541

NASCIMENTO: 13.08.1969

DATA DO ATENDIMENTO: 11/12/2019

ANAMNESE E EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

Exame físico: normal

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS)

Exames realizados: Hemograma, Urina, Sangue

RESULTADOS

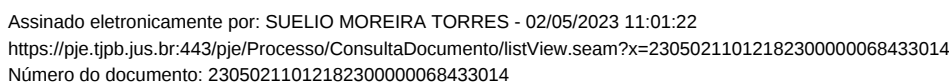
Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 02/05/2023 11:01:22



NOME: Antonio da Silva Gomes IDADE: 50 DATA: 11.12.19

HORA	MEDICAÇÃO	QUEIXAS	ALTA
17:20h		paciente admitido neste setor trazido pelo SSM após sentir uma malbaidade, apresentando exema- mas, o mesmo fez RX imobiliza- ção do membro direito, e busca em observação para o momento do parto e para o hospital Regional de Píqui para melhor avaliar a situação.	Leilam Soares de Melo Domingos Martins Loren: PB 077570-17
20:00h	Diagnóstico III	Paciente desmaiou com dor de barriga, internado no setor de admissão, após avaliação conforme procedimento médico e hospitalar em observação.	Leilam Soares de Melo Domingos Martins Loren: PB 077570-17
		17:14h / 17:20h	

1. What are the main components of a business plan?





ESTADO DA PARAIBA - SECRETARIA DE SAÚDE
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

UNIDADE: 2757710 CGC/CNPJ: 08.778.268.0001/60
NOME: HOSPITAL REGIONAL DE PICUI
RUA FRANCISCO PEREIRA GOMES, 15 - BAIRRO MONTE SANTO
MUNICÍPIO: PICUI ESTADO: PARAIBA UF: 25
NOME: ANTONIO DA SILVA GOMES
Sexo: M
Data de Nascimento: 13/08/1968 Idade: 51 ano(s) mês(es) de idade dia(s) de idade
e: FRANCISCA ROMUALDA DA SILVA GOMES

Profissão: AGRICULTOR Documento: 1438843 Nº:
Endereço: PRACA DO SISAL
Cidade: ITO
Inscrição/CPF/IBGE: CUITE - PB - 58175000 - 250510
Telefone para contato: (96) 6580-0000 /
Data e Hora: 26/12/2019 13:06:51 SSVV

CNS: 700400403876541

SO: PA: TEMP: ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

[Handwritten signature]

Hospital Regional de Picuí
Atestado conferido o original
Assinatura médica
Assinatura de Líder de Equipe
Assinatura de Enfermeiro

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)

RESULTADOS

EXCEPCIONISTA: HRP

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS

1. *[Handwritten: 16:30]*
2. *[Handwritten: 16:30]*
3. *[Handwritten: 16:30]*
4. *[Handwritten: 16:30]*

CARÁTER DO ATENDIMENTO
☐ 01 - ELETIVO
☐ 02 - URGÊNCIA
☐ 03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA
☐ 04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO
☐ 05 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

PROCEDIMENTO - descrição:

[Handwritten: 16:30]

DIAGNÓSTICO:

[Handwritten: 16:30] CID-10:

ENCAMINHAMENTO:

MEDICAÇÃO:
☐ 1. PRESCRITA
☐ 2. APLICADA
☐ OBSERVAÇÃO
☐ OUTRO HOSPITAL
☐ RESIDÊNCIA
☐ ÓBITO
☐ INTERNAÇÃO
☐ OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO:

1 - 0301101072
2 - *[Handwritten: 0301101072]*
3 - *[Handwritten: 0301101072]*

ASS. DO(S) PROFISSIONAL(ES) ASSISTENTES:
[Handwritten: 11.288]

CRM

CBO

CNS

AUDITADO

ASS. DO PACIENTE/ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

OU POLEGAR DIREITO

[Handwritten: 22528]

ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO

ASS. DO REVISOR TÉCNICO

[Handwritten: 11.288]

[Handwritten: 11.288]

REVISOR ADMINISTRATIVO

REVISOR TÉCNICO

CADASTRO: 888373



Prefeitura Municipal de Saúde
Secretaria Municipal de Saúde
Centro de Reabilitação – CER

DECLARAÇÃO

DECLARAÇÃO

Declaro, para os devidos fins, que, o Sr. Antônio de Silveira Gomes, 50a, 1, reside no H. Finisterrê, apresentando dor e limitação funcional do punho e antebraço D, decorrente de fratura do rádio D. O mesmo não apresenta condições de realizar essas atividades ~~trabalhistas~~ como agricultor por tempo indeterminado.

M^{te}. Uilma da F. da Silva
FISIOTERAPEUTA
CREFITO 21337-F - CPF 44.444.444-44

Fisioterapeuta

7
Data: 19/03/2020





SECRETARIA DE ESTADO
DA SAÚDE



SECRETARIA DE SAÚDE
PARAÍBA
Governador João Pessoa



HOSPITAL REGIONAL DE PICUI

Flávia Nogueira Gomes
R. Francisco Pereira Gomes, 15 - Monte Santo
Cep: 58.187-000 - Picuí - Paraíba
Telefone: (83)3371-2554/ 3371-2990.
CNPJ: 03.615.174/0001-85

RECEITUÁRIO MÉDICO

LAUDO MÉDICO

DECLARO PARA OS
DEVIDOS FINS QUE,
ANTONIO DA SILVA
GOMES, APRESENTA
FRATURA DISTAL DO
RÁDIO DIREITO
CONSOLIDADA,
REFERINDO LIMITAÇÃO
FUNCIONAL E DIFICULDADE
PARA SUAS ATIVIDADES
LABORAIS, NECESSITANDO
AVALIAÇÃO DE PERÍCIA
MÉDICA.

CID 552.

Dr. Raiton Marinho da Costa
CRM 3965-PB/13.199-PE
288

Data: / /

Carimbo e assinatura do médico

29.02.20

AO RETORNAR TRAZER ESTA PRESCRIÇÃO





ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que, a pedido do(a) Sr.(a) Infância do Sr. Camilo portador(a) da identidade RG _____, que o(a) mesmo(a) foi atendido(a) por mim no dia de hoje, às _____ horas; submetido(a) a _____, portador da patologia CID-10 S52, devendo permanecer afastado(a) de suas atividades laborativas por um período de 90 NOVENTA dias, a partir desta data.

Picuí-PB, 12/12/19.

Dr. Ralton Marinho da Silva
CRM 3965-RB/3.197.2019
TEOT 1.288

Assinatura e Carimbo do(a) médico

AUTORIZAÇÃO

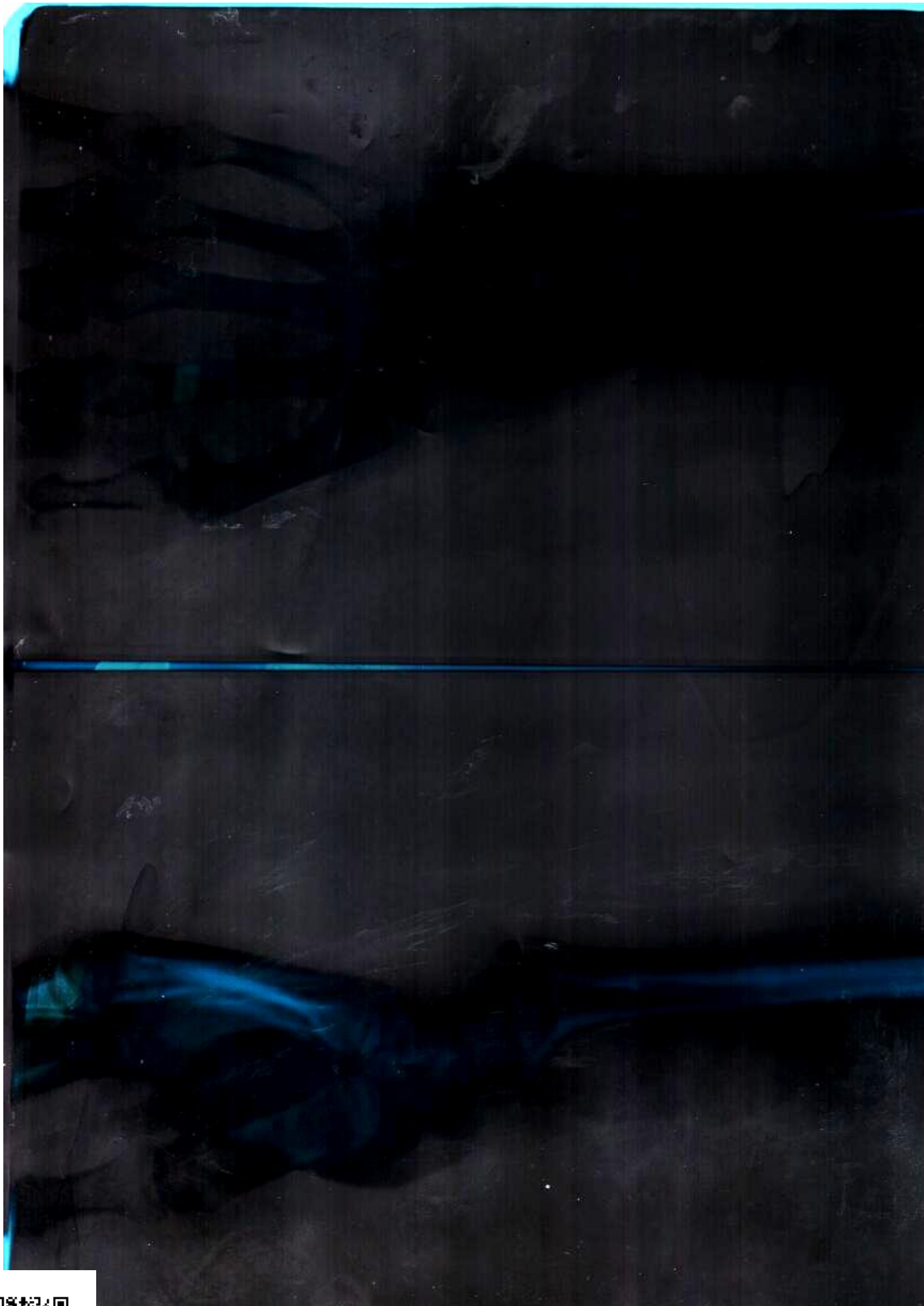
Eu, _____ autorizo o(a) Dr.(a) _____ a registrar o diagnóstico codificado CID-10 ou por extenso neste atestado médico.

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

1ª VIA PACIENTE

2ª VIA ANEXA AO PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO







Ministério da Fazenda
Receita Federal

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF



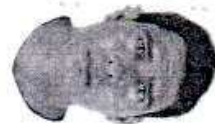
Número
690.699.484-00

Nome
ANTONIO DA SILVA GOMES

Nascimento
13/08/1969

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA V-02
SECRETARIA DA SEGURANCA E DA DEFESA SOCIAL P-234
INSTITUTO DE POLICIA CIENTIFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICACAO

Antonio da Silva Gomes
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 1.438.843 - 2 VIA DATA DE 27/01/2010
GERAL EXPEDICAO

NOME ANTÔNIO DA SILVA GOMES

FILIAÇÃO MANUEL FERNANDES GOMES
FRANCISCA ROMUALDA DA SILVA GOMES

NATURALIDADE CUITÉ-PB DATA DE NASCIMENTO 13/08/1969

DOC. ORIGEM C/ AVERB N.3026 F.14-V L.BAUX-06

CARTÓRIO CUITÉ-PB

CPF 690.699.484-00

JOÃO PESSOA - PB

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.118 DE 29/06/83



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

DETRAN - PB N° 5266317791
PRT - 20031500000507-4

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

VIA - 1 COD. RENAVAM - 190533196 R.T.B. -

NOME/ENDEREÇO
JOSE AGOSTINHO DE OLIVEIRA
R DO CRUZEIRO 80
ONA URBANA
58275000 ITAPOROROCA - PB

CPF/CGC - 26234793487 PLACA - KFF0054/PB

NOME ANTERIOR
SEBASTIAO JOSE GENEIRINO

PLACA ANT./UF - KFF0054 PE CHASSI - 9C2JC1801RRR06206

ESPÉCIE TIPO - PAS/MOTOCICLO/ COMBUSTIVEL - GASOLINA

MARCA/MODELO - HONDA/CG 125 TODAY ANO FAB - 1994 ANO MOD - 1994

CAP/POT/CIL - 2 P/125 /CI CATEGORIA - PARTIC COR PREDOMINANTE - VERMELHA

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA DE DOMINIO

ITAPOROROCA - PB 02/02/2003
6297 AURELIANO D. LEAL 31054

BILHETE DE SEGURO DPVAT

PB N° 5266317791 NOME/ENDEREÇO
JOSE AGOSTINHO DE OLIVEIRA
R DO CRUZEIRO 80
ONA URBANA
58275000 ITAPOROROCA - PB

CPF/CGC - 26234793487 PLACA - KFF0054 /PB

BILHETE DE SEGURO DPVAT - VIA CONVÊNIO

PB N° 5266317791 EXERCÍCIO - 2002 DATA EMISSÃO - 24/02/2002

NOME/ENDEREÇO
JOSE AGOSTINHO DE OLIVEIRA
R DO CRUZEIRO 80
ONA URBANA
58275000 ITAPOROROCA - PB

VIA - 1 CPF/CGC - 26234793487 PLACA - KFF0054 PB

COD. RENAVAM - 190533196 MARCA/MODELO - GAS HONDA/CG 125 TODAY

ANO/FAB - 1994 CALIBRE - 9 CHASSI - 9C2JC1801RRR06206

PREMIO LIQUIDO(R\$) - CUSTO DO BILHETE (R\$) - JOF (R\$) -

***** SEGURO F A G O

TOTAL(R\$) - 5266317791



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200392266 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO DA SILVA GOMES **Data do acidente:** 11/12/2019 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/11/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO PUNHO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁGINAS 01, 03 E 06.

CONFORME RELATÓRIO MÉDICO, PÁGINA 06, DR. RAILTON MARINHO DA COSTA, CRM/PB 3965, 27/02/2020.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75



PROCURAÇÃO

Outorgante: ANTONIO DA SILVA GOMES, brasileiro(a),
DIVORCIADO, AGRICULTOR, portador(a) do RG nº.
1438843 expedido por SSP/PB em 27/01/2010 e do CPF nº.
690.699.494-00, residente na (o)
RUA DO SISAL, 54, JARDIM PARNATO
município de CUITE - PB, CEP 58175-000.

Outorgado: NILO TRIGUEIRO DANTAS, brasileiro, casado, advogado, inscrito a OAB/PB sob nº.
13220 e na OAB/RN sob nº. 834-A, portador do RG nº 2.669.825 SSP/PB 2ª via e CPF nº
047.951.774-65, residente e domiciliado na Rua Roldão Zacarias de Macedo, 145, JK, Picui – PB.
e-mail: nilotdantas@hotmail.com tel.: (83) 3371-2274/ 99912-5490/ 99104-9190/ 98852-4690.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a)
outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer
seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em
acidente de trânsito o(a) Sr.(a) ANTONIO DA SILVA GOMES, ocorrido em
11 / 12 / 2019, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo, referente ao processo
de natureza INVALIDEZ a ser pleiteado.

Podendo o dito procurador, representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo
requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de
Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da
Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que
forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento
do presente mandato.

NOVA FLORESTA PB, 22 de OUTUBRO de 2020.

Antonio da Silva Gomes
outorgante

SERVIÇO NOT. E REGISTRO CIVIL
Rua Prof. Felfêto Florentino, 50
Centro - Tel: (83) 3374-1414
NOVA FLORESTA - PB

Reconheço (s)s, (ma)is e (re)tr, s, por autenticidade
de Antonio da Silva Gomes

AKQ48533 - OXOY

Consulte a autenticidade em: <https://selodigital.tpb.jus.br>

Dou fé. Teste [assinatura] da verdade.
Nova Floresta PB 22 de outubro, 2020

Apliciana da Silva Costa Oliveira
Eliana Clementino Pereira
Escrivente Substituta

SERVIÇO NOT. E REGISTRO CIVIL
Rua Prof. Felfêto Florentino, 50
Centro - Tel: (83) 3374-1414
NOVA FLORESTA - PB

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0311509/20

Vítima: ANTONIO DA SILVA GOMES

CPF: 690.699.484-00

Seguradora: INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

CPF de: Próprio

Data do acidente: 11/12/2019

Titular do CPF: ANTONIO DA SILVA GOMES

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

NILO TRIGUEIRO DANTAS : 047.951.774-65

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

ANTONIO DA SILVA GOMES : 690.699.484-00

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 03/11/2020
Nome: NILO TRIGUEIRO DANTAS
CPF: 047.951.774-65

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/11/2020
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NILO TRIGUEIRO DANTAS

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200392266 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO DA SILVA GOMES **Data do acidente:** 11/12/2019 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/11/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO PUNHO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁGINAS 01, 03 E 06.

CONFORME RELATÓRIO MÉDICO, PÁGINA 06, DR. RAILTON MARINHO DA COSTA, CRM/PB 3965, 27/02/2020.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75





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, 23 de Novembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200392266

Vítima: ANTONIO DA SILVA GOMES

Data do Acidente: 11/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NILO TRIGUEIRO DANTAS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANTONIO DA SILVA GOMES

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos
25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: **ANTONIO DA SILVA GOMES**

Valor: **R\$ 843,75**

Banco: **104**

Agência: **000001668**

Conta: **0000051617-9**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 690699484-00 3 - CPF da vítima: 690699484-00 4 - Nome completo da vítima: ANTONIO DA SILVA GOMES

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

5 - Nome completo: ANTONIO DA SILVA GOMES 6 - CPF: 690699484-00
7 - Profissão: AGRICULTOR 8 - Endereço: RUA DO SINAL 9 - Número: 54 10 - Complemento: C/19
11 - Bairro: JARDIM PLANALTO 12 - Cidade: EUITE 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58975-000
15 - E-mail: nilotdantas@hotmail.com 16 - Tel.(DDD): (83) 3371-2274

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAÍS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAÍS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 1668 CONTA: 51617 9 AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (val nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

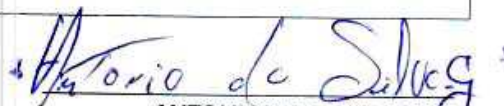
40 - Local e Data, _____

Picui-PA, 25/10/2020
Antonio da Silva Gomes

OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 255/2020

Aos **22 de outubro de 2020**, nesta cidade de **CUITÉ-PB**, Estado da Paraíba e na **Delegacia de Polícia Civil**, sob a responsabilidade da Autoridade Policial, Bel.(a) **RODRIGO MONTEIRO DE OLIVEIRA**, Delegado de Polícia Civil, comigo **ANTONIO MEDEIROS DIAS-EPC matr. 155.109-4**, ao final assinado, ai, por volta das **08:54** horas, compareceu **ANTONIO DA SILVA GOMES**, conhecido(a) por **JOSA**, nacionalidade **BRASILEIRO**, estado civil **UNIÃO ESTÁVEL**, ocupação habitual **AGRICULTOR**, grau de instrução **ENSINO MÉDIO**, com **51** anos de idade, nascido(a) aos **13/08/1969** em **CUITÉ - PB**, filho(a) de **MANUEL FERNANDES GOMES** e **FRANCISCA ROMUALDA DA SILVA GOMES**, portador(a) de Cédula de Identidade Nº **1.438.843**, expedido pela **SSDS/PB** e C.P.F. de Nº **690.699.484-00**, residindo no seguinte endereço **PRAÇA DO SISAL, 54 - JARDIM PLANALTO**, cidade de **CUITÉ - PB**, telefone: () , celular: **(83) 99672-6143**, a(o) qual, *ciente das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro*, Declarou que:

NO DIA 11/12/2019, POR VOLTA DAS 17H00, PILOTAVA A MOTOCICLETA HONDA/CG 125 TODAY, COR VERMELHA, ANO/MODELO 1994, PLACA KFF 0054/PB, CHASSI 9C2JC1801RRR06206, RENAVAM 190533196, LICENCIADA EM NOME DE JOSÉ AGOSTINHO DE OLIVEIRA, PELA BR 104, QUANDO PASSAVA NA ENTRADA DO BAIRRO BELA VISTA ALGUNS CÃES INVADIRAM A PISTA FAZENDO COM QUE O NOTICIANTE COLIDISSE COM ELES; QUE O NOTICIANTE CAIU COM A MOTO, SOFRENDO FRATURAS EM UM DOS BRAÇOS E COSTELAS; QUE, FOI SOCORRIDO PELO SAMU PARA O HOSPITAL DESTA CIDADE E EM SEGUIDA FOI ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL REGIONAL DE PICUI/PB, ONDE FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO. QUE APRESENTA COMO TESTEMUNHAS: 1) MARIA FRANCISCA RIBEIRO SOUSA, RG 1.838.626 SSDS/PB, CPF 992.256.974-49, RESIDENTE NA PRAÇA DO SISAL, 54 - JARDIM PLANALTO - CUITÉ/PB; 2) JOSÉ RONALDO DA SILVA GALDINO, RG 3.304.655 SSP/PB, CPF 071.503.394-84, RESIDENTE NA AV. OSVALDO VENANCIO DOS SANTOS, 39 - JARDIM PLANALTO - CUITÉ/PB. **Nada mais havendo a tratar, depois de lido e achado conforme, vai por mim e pelo(a) noticiante assinada.**


ANTONIO DA SILVA GOMES
Noticiante


ANTONIO MEDEIROS DIAS-EPC matr. 155.109-4
Responsável pelo registro





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 690699484-00 3 - CPF da vítima: 690699484-00 4 - Nome completo da vítima: ANTONIO DA SILVA GOMES

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

5 - Nome completo: ANTONIO DA SILVA GOMES 6 - CPF: 690699484-00
7 - Profissão: AGRICULTOR 8 - Endereço: RUA DO SINAL 9 - Número: 54 10 - Complemento: C/19
11 - Bairro: JARDIM PLANALTO 12 - Cidade: EUITE 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58975-000
15 - E-mail: nilotdantas@hotmail.com 16 - Tel.(DDD): (83) 3371-2274

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAÍS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAÍS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 1668 CONTA: 51617 9 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (val nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, _____

Picui-PA, 25/10/2020
Antonio da Silva Gomes

Case: 00-15031 Document 34-1 Filed 08/01/00 Page 1 of 1
Case: 00-15031 Document 34-1 Filed 08/01/00 Page 1 of 1
Case: 00-15031 Document 34-1 Filed 08/01/00 Page 1 of 1
Case: 00-15031 Document 34-1 Filed 08/01/00 Page 1 of 1



5/243868-7

DECLARE SUA FATURA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZANDO O CÓDIGO: 00002439867

R\$ 52,39



11/11/2020



Out / 2020

61kWh

MEDIA TARA

2000 2001

CC	Descrição	Quant	Tempo Tela (seg)	Valor Base Total (R\$)	Custo CME (R\$)	Av. CME (%)	CMR Base (R\$)	CMR Base (%)	CMR Padrão (%)	CMR Padrão (R\$)	CMR Padrão (R\$)	CMR Padrão (R\$)
0801	CONDOMÍNIO RESIDENCIAL LARANJEIRA 0801 SERVICOS DE MANUTENÇÃO E LIMPEZA	01	0,3988110	48,11	48,11	25	12,00	48,11	0,00	0,00	1,47	0,00
0807	CONDOMÍNIO LIMPURUBA			4,82	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0804	CONDOMÍNIO POR DEZADOR UNICOR 08020			0,95	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2654, 2655, 2656, 2657, 2658, 2659, 2660, 2661, 2662, 2663, 2664, 2665, 2666, 2667, 2668, 2669, 2670, 2671, 2672, 2673, 2674, 2675, 2676, 2677, 2678, 26

764c, 149a, 181e, 663a, 1198.59db, f7f1, 86f7

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

LEITURAS

Anterior	04/09/20	1452
Atual	05/10/20	1498
Consumo		616Wh
Período		32 dia
Constante do medidor		

PRÓXIMA LEITURA
06/11/2020

Descrição	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. de Energia/DP	14,04	25,62
Compania de Energia	14,89	27,83
Serviço de Transmissão	0,66	5,04
Energias Solaras	2,92	5,54
Impostos Diretos e Indiretos	19,44	34,88
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	50,95	100,00

Total 92,14 100,00

INDICADORES DE QUALIDADE

(REFERENCIAL 2000 - Conjunto Cúti)

METAS	MENSAL	APURADO TRIMEST.	ANUAL	LIMITE DE TENSÃO (N)
Mais que o cliente consome energia - DCL	8,56	4,18	11,10	22,21
Mais que o cliente consome energia - AIC	8,56	1,00	8,80	19,20
Duração da maior interrupção de energia no período - DMC	10,22			
Duração da interrupção individual em dia crítico - DICR	10,22			

ATENÇÃO

- Para saber mais, mantenha-se cadastrado no banco de dados atualizado no programa do Governo Federal, Procure o link [Cadastro Único](#) pelo Bolsa Família e Cadastro Único de sua cidade para atualizar. Se faz uso de algum benefício do governo Federal e ainda não tem o desconto em sua conta, procure a Energisa, a sua fatura de energia pode ter desconto de 10 até 85%.

- Para prevenir sua saúde, a Energisa está pronta para atender pelos canais virtuais: site, App Energisa ONE e WhatsApp: (011) 99135-5540.

ENDER: 4444-34 (3176) 01-541057208-54-0123-456-7890 Retexto: jps@passoite.com.br
(CPF: 095.189.0001-45) - Ins. Est. 15.015.527-0-

Está NOTA FISCAL 3 CONTA DE ENERGIA fica disponível para consulta e pagamento a partir de 05/10/2020

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190 00009 03268 926007 02331 338178 9 84360000005239

PAGADOR: MARIA FRANCISCA FERREIRO SOUSA, CPF/CNPJ: 882.255.274-48

PC20594-54-10 PLAN
DATE: 08/02/96 16:00

Nº do Documento	Nº do Documento	Data de Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
328892000 331838	000143868202011	11/11/2020	R\$ 52,39	

09-098-362 | 007 | 40

