



# SINDICATO DOS SERVIDORES PÚBLICOS MUNICIPAIS DE SANTOS

Fundado em 17 de outubro de 1988 - C.G.C.: 57.735.896/0001-74

AESB nº 24000.002343/90

**SINDSERV**

O SINDICATO DOS SERVIDORES PÚBLICOS MUNICIPAIS DE SANTOS-SINDSERV, vem através deste, encaminhar à V.Sa. as documentações referente ao Sinistro, de ( **RAIMUNDA NONATO RIBEIRO** ), falecida em **01/05/2014**, para fins de pagamento **Seguro de vida por morte natural**, conforme abaixo relacionados:

AVISO DE SINISTRO PREENCHIDO E ASSINADO POR **ELZA REGINA NONATO RIBEIRO**

DECLARAÇÃO DE **ELZA REGINA NONATO RIBEIRO**, INFORMANDO O MOTIVO DE NÃO APRESENTAR O

RELATÓRIO MEDIDO SOLICITADO, EM ANEXO UM RELATÓRIO SIMPLES DATADO DE 18/10/2014

XEROX AUTENTICADA DO RG, CPF, CERTIDÃO DE NASCIMENTO DE **RAIMUNDA NONATO RIBEIRO**

XEROX AUTENTICADA DO HOLERITE DE ABRIL/2014 ONDE NO VERSO CONSTA O COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE **RAIMUNDA NONATO RIBEIRO**

XEROX AUTENTICADA DA CERTIDÃO DE ÓBITO DE **RAIMUNDA NONATO RIBEIRO**

DECLARAÇÃO DE HERDEIROS PREENCHIDA E ASSINADA E RECONHECIDO FIRMA PELOS BENEFICIÁRIOS E POR DUAS TESTEMUNAS;

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO, XEROX AUTENTICADA DO RG ONDE CONSTA O CPF, COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA E XEROX SIMPLES DO CARTÃO DO BANCO DE **SUELI REGINA NONATO RIBEIRO**;

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO, XEROX AUTENTICADA DO RG ONDE CONSTA O CPF, COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA E XEROX SIMPLES DO CARTÃO DO BANCO DE **ELZA REGINA NONATO RIBEIRO**;

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO, XEROX AUTENTICADA DO RG ONDE CONSTA O CPF, COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA E XEROX SIMPLES DO CARTÃO DO BANCO DE **CLAUDIO NONATO RIBEIRO**;

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO, XEROX AUTENTICADA DO RG ONDE CONSTA O CPF, COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA E XEROX SIMPLES DO CARTÃO DO BANCO DE **PATRICIA NONATO RIBEIRO**;

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO, XEROX AUTENTICADA DO RG, CPF, COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA E XEROX SIMPLES DO CARTÃO DO BANCO DE **ANA LUCIA NONATO RIBEIRO**;

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO, XEROX AUTENTICADA DO RG, CPF, COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA E XEROX SIMPLES DO CARTÃO DO BANCO DE **VERA LUCIA NONATO RIBEIRO**;

Santos, 11 de novembro de 2014



À  
VERTCON SEGUROS  
A/C – Joice



**American Life Companhia de Seguros**  
 Av. Angélica, 2029 – Santa Cecília – São Paulo – SP – CEP 01227-200  
 Fone: (11) 3258-0022 – Fax: (11) 3231-4446 – CNPJ 67.865.360/0001-27

**AVISO DE SINISTRO  
 VIDA EM GRUPO E/OU ACIDENTES  
 PESSOAIS**

INFORMAÇÕES DO ESTIPULANTE						
ESTIPULANTE/EMPREGADOR <i>Sindicato dos Servidores Públicos Municipais STS</i>					APÓLICE Nº	
SEGURADO <i>Raimunda Nonato Ribeiro</i>			DATA DE NASCIMENTO <i>20/03/41</i>	PROFISSÃO <i>mensageira</i>	ESTADO CIVIL <i>solteira</i>	
SINISTRO DE		CAUSA		DATA ADMISSÃO	ÚLTIMO DIA TRABALHADO	ÚLTIMO SALÁRIO
<input checked="" type="checkbox"/> MORTE		<input checked="" type="checkbox"/> NATURAL		<input type="checkbox"/> INVALIDEZ		<input type="checkbox"/> DOENÇA
<input type="checkbox"/> INVALIDEZ		<input type="checkbox"/> DOENÇA		<input type="checkbox"/> ACIDENTE		<input type="checkbox"/> ACIDENTE
ESTEVE AFASTADO DO TRABALHO NOS ÚLTIMOS 3 ANOS? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO - EM CASO AFIRMATIVO INFORME O PERÍODO E MOTIVO						
De ___/___/___ a ___/___/___		- Motivo : _____				
De ___/___/___ a ___/___/___		- Motivo : _____				
De ___/___/___ a ___/___/___		- Motivo : _____				
De ___/___/___ a ___/___/___		- Motivo : _____				
Estava aposentado? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Desde quando? _____ - Motivo : _____						
BENEFICIÁRIOS						
NOME	GRAU DE PARENTESCO	ENDEREÇO			IDADE	
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div><i>STS, 17/10/2011</i> LOCAL E DATA</div> <div><i>[Assinatura]</i> CARIMBO E ASSINATURA DO ESTIPULANTE/EMPREGADOR</div> </div>						
INFORMAÇÕES DO SEGURADO						
SEGURADO <i>Raimunda Nonato Ribeiro</i>			DATA DE NASCIMENTO <i>20/03/41</i>	PROFISSÃO <i>mensageira</i>	TELEFONE <i>(13) 997536626</i>	
ENDEREÇO <i>Rua Luiz Esteves Cordeiro, 135 - cidade nautica</i>						
CIDADE <i>São Vicente c.f. Ton. SP</i>			UF <i>SP</i>			
DATA DO ACIDENTE <i>02/05/2011</i>	HORA <i>12:05</i>	LOCAL DO ACIDENTE <i>hospital santa ceca</i>				
DESCREVA COMO OCORREU O ACIDENTE, SUAS CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS						
TEVE INTERVENÇÃO POLICIAL? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO QUAL? _____						
PESSOAS QUE PRESENCIARAM O ACIDENTE OU SOCORRERAM O SEGURADO						
NOME			ENDEREÇO			
NOME			ENDEREÇO			
INFORMAÇÕES SOBRE O PRIMEIRO SOCORRO MÉDICO						
DATA 1º SOCORRO	LOCALIDADE		ESTABELECIMENTO			
ENDEREÇO			CIDADE	UF	TELEFONE	
NOME DO MÉDICO			CRM Nº	ENDEREÇO		
INFORME OUTROS SEGUROS DE VIDA / ACIDENTES PESSOAIS EM VIGOR NESTA DATA						
SEGURADORA	APÓLICE Nº	MORTE NATURAL	MORTE ACIDENTAL	INV. PERM. ACIDENTE	INV. PERM. DOENÇA	PROFISSIONAL
Nesta oportunidade, autorizo a American Life Companhia de Seguros, através de sua assessoria médica, a obter de todo e qualquer médico, instituições hospitalares e previdenciárias, que atenderem ao segurado, as informações sobre o seu estado de saúde. Os médicos e/ou instituições informantes ficam liberadas da obrigação de guardar sigilo profissional.						
<i>Santos, 17/10/2011</i> LOCAL E DATA			<i>[Assinatura]</i> ASSINATURA DO SEGURADO E/OU RESPONSÁVEL			

## Declaração

Eu ELZA REGINA NONATO RIBEIRO, portadora do RG 165900222 e CPF 048898878-06, na qualidade de filha, venho através deste, informar que não terei como apresentar o relatório médico solicitado, pois o médico se negou em preenche-lo.

Envio em anexo um relatório simples datado do dia 18/10/2014

Sem mais,

Santos, 07 de novembro de 2014

  
ELZA REGINA NONATO RIBEIRO  
RG 165900222  
CPF 048898878-06



# Irmandade da Santa Casa da Misericórdia de Santos

A primeira Santa Casa fundada no Brasil  
Avenida Dr. Cláudio Luiz da Costa, 50 - Tel: 13 3202-0600 - Fax: 13 3234-9890  
Home Page: [www.scms.org.br](http://www.scms.org.br) Email: [santacasa@scms.com.br](mailto:santacasa@scms.com.br)  
Caixa Postal, 439 - CEP: 11075-900 - Santos - S.P.  
CNPJ: 58.198.524/0001-19

Sua mãe mudou nome de Raimundo para  
neste serviço no dia 24/04/14 e houve  
de diário.

Encontra-se admitida, admitida  
Ao exame apurou-se a presença de  
sangue no urina. Para o IRE  
diarético evidenciado e queda  
do estômago, tendo-se  
condições plúvicas de evolução  
investigada de pronto.  
Requer-se tanto a cura, para  
a mesma no âmbito da  
curativa, e PCR no dia  
01/05/14.

A dispor

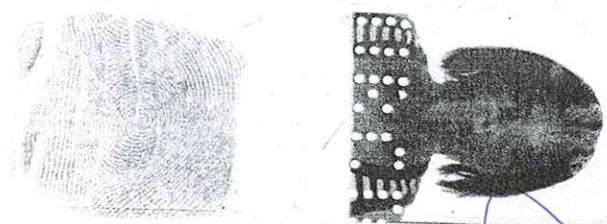
18/10/14  
Dr. Paulo S. Siqueira  
Gastroenterologia  
CRM/SP 149.948

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SÃO PAULO 8900-3

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RICARDO GUMBLETON DAUNT  
MAIOR DE 35 ANOS

PROIBIDO PLASTIFICAR



Raimunda Nonato Ribeiro

ASSINATURA DO TITULAR

B538-061059

THOMAS GREG & SONS

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 13.351.477-8 DATA DE EXPEDIÇÃO 11/MAR/2010

NOME RAIMUNDA NONATO RIBEIRO

FILIAÇÃO ANTONIO NONATO RIBEIRO

E ALZIRA RIBEIRO

NATURALIDADE BELEM -PA DATA DE NASCIMENTO 20/MAR/1944

DCC.ORIGEM SÃO PAULO-SP TATUAPE

CN:LV.A74 /FLS.110 /N.084149

CPF

Q.A.L.L. 155 Delegado Divisionário  
CARLOS ASSUNÇÃO RIBEIRO de Polícia IIRGD.SSPSP

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

THOMAS GREG & SONS

3.0 T...  
Para Cidade...  
AUTENTICAÇÃO  
reprogr...  
confere...

8 MAI 2014

0949AC955872

0949AC955873

José...  
Alexsandro Andrade dos Santos

VÁLIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA



Receita Federal  
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número  
884.413.508-68

Nome  
RAIMUNDA NONATO RIBEIRO

Nascimento  
20/03/1944

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE  
91FF.F6C8.D8B7.C42E

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço

[www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)

Comprovante emitido pela  
Secretaria da Receita Federal do Brasil  
às 17:32:09 do dia 13/08/2013 (hora e data de Brasília)  
dígito verificador: 00

3.0 T...  
Para Cidade...  
AUTENTICAÇÃO  
reprogr...  
confere...

8 MAI 2014

0949AC955872

0949AC955873

José...  
Alexsandro Andrade dos Santos

VÁLIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTIDADE

CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL DO 27.º Subdistrito  
 São Paulo - Capital  
 CONCEIÇÃO AP. FILZ CÉSAR  
 JOÃO DE SANDRE FILZ  
 ELZA CÂNDIDA DE SIQUEIRA  
 ORIEL DE ALMEIDA CÉSAR  
 MARIA NEIDE BERNARDI  
 IRACEMA B. A. GOMES  
 JANE MÁRCIA R. O. GOMES  
 ESCRIVENTES Autorizados  
 FONE: 48-5225



## CERTIDÃO DE NASCIMENTO

CONCEIÇÃO APARECIDA FILZ CÉSAR  
 Oficial do Registro Civil das Pessoas Naturais

JOÃO DE SANDRE FILZ  
 Oficial Maior

Elza Cândida de Siqueira  
 Maria Neide Bernardi  
 Iracema Boccuto de Almeida César

ESCREVENTES  
 AUTORIZADOS

Oriel de Almeida César  
 Jane Márcia Ramos de O. Gomes  
 Euraides Martins Nogueira Matos

Certifico que sob n.º 84.149, às fls. 110Vº do livro A n.º 74 - de registro de nascimentos consta o de RAIMUNDA NONATO RIBEIRO - nascido aos 20 de março de 19 44 às --- horas e --- minutos, em Belém, Estado do Pará -

do sexo feminino -  
 filha de ANTONIO NONATO RIBEIRO -  
 e de dona ALZIRA RIBEIRO -

sendo avós paternos ---  
 e dona ---  
 e maternos ---  
 e dona ---

Foi declarante ---

Observações: Registro feito á vista de mandado Judicial.-

28 MAI 2014



Registro feito em 03 de junho de 1959 -  
 referido é verdade e dou fé.

São Paulo, (27.º Subdistrito), 20 de junho de 19 86.

Sandra.

*[Handwritten Signature]*  
 OFICIAL

FIRMA NO TABELIAO  
**ARMANDO SALES**  
 Rua Felipe de Oliveira, 32

FIRMA - SAO PAULO  
**TABELIAO JOSÉ CYRILLO**  
 R. Barão de Paranapiacaba, 64-84

FIRMA NO TABELIAO UBALDINO  
 Rua da Glória, 96 (Próx. do Forum)

28.º TABELIAO  
 Praça Silvio Romero, 123

*Jane Márcia R. O. Gomes*  
 Escrevente Autorizada



Instituto de Previdência Social dos  
Servidores Públicos Municipais de Santos

ÓRGÃO IPREVSANTOS	CENTRO DE CUSTO 38.00.38.00	REGISTRO 16941.7
----------------------	--------------------------------	---------------------

RAIMUNDA NONATO RIBEIRO	NOME DO SERVIDOR INATIVO
-------------------------	--------------------------

MESSAGEIRO	CARGO	NÍVEL DE REFERÊNCIA C
------------	-------	--------------------------

CAIXA ECONOMICA FEDERAL	LOCAL DE PAGAMENTO / BANCO	CONTA BANCÁRIA 03450010100023
-------------------------	----------------------------	----------------------------------

25/04	DATA DE PAGAMENTO	COMPETÊNCIA ABRIL/2014	SALÁRIO BASE / HORA 1.077,99
-------	-------------------	---------------------------	---------------------------------

DEMONSTRATIVO PROVENTOS/DESCONTOS			
-----------------------------------	--	--	--

COD.	DESCRIÇÃO	HORA / QTDE.	VALOR
001	PROVENTO OU VENCIMENTO DO CARGO	200.00 HS	1.077,99
002	ADICIONAL POR TEMPO DE SERVIÇO	41.00 VI	441,98
282	VANTAGEM PESSOAL		209,18
348	S.S.P.M.S. - MENSALIDADE		56,22
355	DESC. ADTO. SALARIAL		20,96
390	CAPEP-3% ASSISTENCIA MEDICA	3.00 %	431,20
			53,56

CONTRIBUIÇÃO FGTS	PROVENTOS 1.785,37	DESCONTOS 505,72	Líquido 1.279,65
-------------------	-----------------------	---------------------	---------------------

MESSAGEM

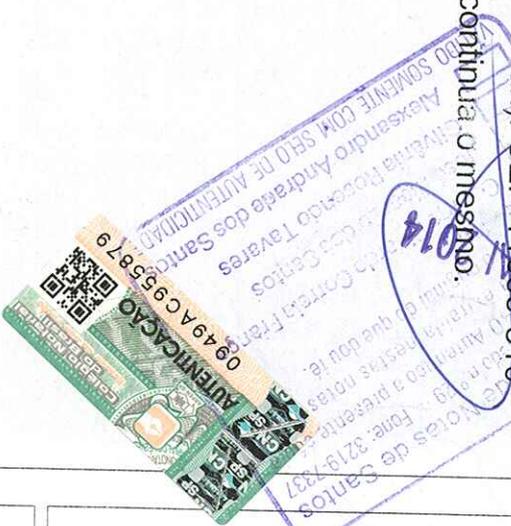
A partir do dia 22 de abril de 2014 (terça-feira)

IPREV SANTOS estará atendendo em novo endereço.

Endereço - Gonzaga, Rua Doutor Assis Cordeira n° 2

(distância ao prédio da Prodesan). CEP 11035-310

O n° do telefone continua o mesmo.





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

### Certidão de Óbito

Nome

RAIMUNDA NONATO RIBEIRO

Matrícula

123018.01.55.2014.4.00242.249.0154370-15

SEXO  COR  ESTADO CIVIL E IDADE

NATURALIDADE  DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO  ELEITOR

FILIAÇÃO E RESIDÊNCIA  
Pai: ANTONIO NONATO RIBEIRO (falecido)  
Mãe: ALZIRA RIBEIRO (falecida)  
End. falecido: RUA LUIS ESTEVES CORDEIRO, 135, CIDADE NAUTICA, SÃO VICENTE, Estado de São Paulo

DATA E HORA DO FALECIMENTO  DIA  MÊS  ANO

LOCAL DO FALECIMENTO

CAUSA DA MORTE

SEPULTAMENTO/CREMAÇÃO  DECLARANTE

NOME E NÚMERO DO DOCUMENTO DO MÉDICO QUE ATESTOU O ÓBITO

OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES  
DEIXOU 06 FILHOS: ELZA, VERA, ANA LUCIA, SUELI, PATRÍCIA, CLAUDIO, MAIORES. A FALECIDA TEVE UM FILHO DE NOME: EDSON, JÁ FALECIDO. DEIXOU BENS. NÃO DEIXOU TESTAMENTO. O CPF DA FALECIDA É DE Nº 884.413.508-68. TÍTULO DE ELEITOR Nº 417213201-24 ZONA 118, SANTOS, SP. CERTIDÃO DE NASCIMENTO Nº 84.149, FLS. 110 LIVRO A-74, 27º SUBDISTRITO, TATUAPÉ, SÃO PAULO, SP.// (Reg. lavrado no Lv. C-242, fls. 249-V, nº 154370, aos 06/05/2014).---.Nada mais me cumpria certificar---.

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.  
Santos, 9 de maio de 2014.

*Derlúcia de Paula Silva*

Derlúcia de Paula Silva - Escrevente

Derlúcia de Paula Silva  
Escrevente Autorizada





## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS HERDEIROS

Nome do Segurado (a) RAIMUNDA NONATO RIBEIRO

Data do óbito 01 / MAIO / 2014

Declaramos, expressamente perante a SEGURADORA AMERICAN LIFE CIA DE SEGUROS que a vítima acima faleceu no estado civil de SOLTEIRA, deixando o total de 06 ( SEIS ) filho (s), não deixando outro (s) herdeiro (s) legal (is) além do (s) abaixo mencionado (s), isentando-a, desde já, de qualquer responsabilização em caso de eventual pedido complementar de indenização do presente Seguro de Vida, por pessoa (s) diversas da (s) abaixo assinalada (s), sujeitando-me (nos) a devolução do valor recebido, caso seja constatada a declaração inverídica.

Declaro (ramos), ainda, que o segurado (a):

(x) não deixou companheira(o)

( ) deixou companheira(o) de nome \_\_\_\_\_

Esta declaração é expressão da verdade, pela qual me (nos) responsabilizo (amos), civil e criminalmente, sob as penas da Lei, em especial no artigo 299 do Código Penal.

Nome do beneficiário	Qualidade de (Grau de Parentesco)	Assinatura
1 Elza Regina Nonato Ribeiro	Filha	x Elza Regina Nonato Ribeiro
2 Vera Lucia Nonato Ribeiro	Filha	x Vera Lucia Nonato Ribeiro
3 Ana Lucia Nonato Ribeiro	Filha	x Ana Lucia N. Ribeiro
4 Sueli Regina Nonato Ribeiro	Filha	x Sueli Regina Nonato Ribeiro
5 Patrícia Nonato Ribeiro	Filha	x Patrícia Nonato Ribeiro
6 Claudio Nonato Alves	Filho	x Claudio Nonato Alves
7		
8		
9		
10		

Observação: Reconhecer firma dos herdeiros acima e das testemunhas abaixo.

Testemunha 1: [Assinatura]

Testemunha 2: [Assinatura]

**Importante:** Este documento é único, devendo ser preenchido por todos os acima qualificados. Todos os campos são de preenchimento obrigatório e, na ausência de qualquer informação, a Seguradora, acima instituída, reserva-se do direito de não aceitar este documento.

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 26.483.666-2 DATA DE EXPEDIÇÃO 22/MAI/2009

NOME SUELI REGINA NONATO RIBEIRO

FILIAÇÃO RAIMUNDA NONATO RIBEIRO

NATURALIDADE SANTOS -SP DATA DE NASCIMENTO 25/MAI/1968

DOC. ORIGEM SANTOS - SP

CN: LV. A441 / FLS. 84V / N. 183158

CPF: 07028239888

ASSINATURA DO TITULAR *Sueli Regina Nonato Ribeiro*

ASSINATURA DO DELEGADO DE POLÍCIA CIVIL *di. F. L. 155*

DECLARADO DIVISIONÁRIO

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SÃO PAULO 8900-3

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RICARDO GIMBLETON DAUNT

PROIBIDO PLASTIFICAR

ASSINATURA DO TITULAR *Sueli Regina Nonato Ribeiro*

CARTEIRA DE IDENTIDADE



AUTENTICAÇÃO

0949A C955867

28 MAI 2014

VALIDO SOMENTE PARA USO EM TERRITÓRIO NACIONAL

Alexandre Augusto de Moraes dos Santos

Delegado de Polícia Civil

**SUELI REGINA NONATO RIBEIRO  
R PROF NELSON ESPINDOLA LOBATO, 270 BL C2 AP 32  
RADIO CLUB  
11088-330 SANTOS/SP**

Nota Fiscal  
Conta de Energia Elétrica  
N° 201404000726371 série C  
Data de Emissão 14/04/2014  
Data de Apresentação: 17/04/2014  
Pág: 01 de 01  
Conta Contrato N° 210018957480

Lote Roteiro de Leitura Nº. Medidor PN  
09 SANBU565-00000370 218196865 700387904



Reservado ao Fisco  
9432.E14A.636A.7F0B.3C1A.EC9D.CB88.489F

35303021

PREZADO(A) CLIENTE

**ATENÇÃO:** As faturas emitidas dessa unidade consumidora, sob sua responsabilidade referente ao ano de 2013, foram quitadas para comprovar o cumprimento de suas obrigações, esta declaração substitui respectivos comprovantes de pagamento.

**DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA**

SUELI REGINA NONATO RIBEIRO  
R PROF NELSON ESPINDOLA LOBATO, 270 BL C2 AP 32  
RADIO CLUB  
11088-330 - SANTOS - /SP

CPF 070.282.398-88

CLASSIFICAÇÃO: B1 Residencial -Bifásico

ICMS	DISCRIMINAÇÃO DA OPERAÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO MÉDIO	VALOR (R\$)
Base de Cálculo R\$	83,96			
Aliquota %	25,00	Venda de Energia (kWh)	213	0,39417840
Valor ICMS R\$	20,99			83,96

ATENDIMENTO CPFL	PN	SEU CÓDIGO	CONTA MÊS	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
0800 0 10 25 70 www.cpf.com.br	700387904	4000318974	ABR/2014	23/05/2014	88,05

HISTÓRICO DE CONSUMO	kWh Dias	DATAS DAS LEITURAS	DESCRIÇÃO DA CONTA	Quantidade	Tarifa/Preço	Valor (R\$)
2014 ABR	213 28	Atual 14/04/2014	Nº901800519189			
MAR	279 31	Anterior 17/03/2014	Consumo Uso Sistema [KWh]-TUSD	213	0,10357000	22,06
FEV	286 30	Nº de dias 28	Consumo Bandeira Verde - TE	213	0,17467000	37,21
JAN	322 33	Próximo Mês 15/05/2014	PIS/PASEP 0,79%			0,67
2013 DEZ	255 29		COFINS 3,61%			3,03
NOV	224 29		ICMS			20,99
OCT	199 30		Juros de Mora JAN/2014			1,15
SET	199 32		Multa por Atraso Ppto JAN/2014			2,50
AGO	182 29		Atualização Monetária JAN/2014			0,44
JUL	213 33		Total CPF			88,05
JUN	220 30					
MAI	188 29					
ABR	198 33					

**COMPOSIÇÃO FORNECIMENTO (R\$)**

Descrição	Valor (R\$)
Energia	36,91
Transmissão	3,20
Distribuição	14,92
Encargos	4,24
Tributos	24,69

**JIPAMENTOS DE MEDIÇÃO**

Nº	Energia	Leitura Atual	Leitura Anterior	Fator Multiplicação	Consumo [KWh]	Taxa Perdas[%]	Tensão Nominal[V]
1196865	Ativa	6804	6591	1,00000	213		220 / 127 V

**INDICADORES DE CONTINUIDADE DE FORNECIMENTO DE ENERGIA**

ÍNDICE	Padrão Mensal	Padrão Trimestral	Padrão Anual	Apurado Mensal	Período Apuração	Valor R\$ EUSD
100	4,35	8,71	17,43	0,20	02/2014	29,82
100	3,05	6,10	12,20	1,00		
100	2,35			0,20		
100	12,22			0,00		

ESTE BANDEIRA TARIFÁRIA (Apenas em caráter informativo)

A partir de 2015 vigorará o sistema de bandeiras tarifárias. A bandeira verde não implicará cobrança adicional. As bandeiras Amarela e Vermelha, quando acionadas, implicam maior custo de geração. No mês de Abril vigorará a bandeira Vermelha, a qual implicará cobrança adicional de R\$ 0,0320/kWh de acréscimo ao valor da Tarifa de Energia - TE, Ilicitude de 0,0320/kWh. Maiores informações em www.aneel.gov.br

**INFORMAÇÕES SOBRE A FATURA**

**AVISO IMPORTANTE**

CONSTA DÉBITO: 1 FATURA  
02/2014 R\$ 106,37

REGULARIZE ATÉ 02/05/2014, PARA EVITAR A SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO.

APÓS A SUSPENSÃO PODERÁ OCORRER A COBRANÇA DO CUSTO DE DISPONIBILIDADE E O ENCERRAMENTO DO CONTRATO APÓS 2 MESES CONF ART 99 E 70-RESOL 414/10. FATURAS VENCIDAS PODEM SER INDICADAS AOS ÓRGÃOS DE PROTEÇÃO AO CRÉDITO. DESCONSIDERAR ESSAS INFORMAÇÕES, CASO TENHA EFETUADO O PAGAMENTO.



Nota Fiscal  
Conta de Energia Elétrica  
N° 201404000726371 série C

Conta Contrato  
210018957480

Total a Pagar (R\$)  
88,05

Data de Vencimento  
23/05/2014

Veja sugestões de locais de pagamento CPFL Total. Confira a lista completa no site [www.cpf.com.br](http://www.cpf.com.br)

AUTO POSTO GOVERNADOR MARIO COVAS	Av Martins Fontes 334 - Sabão
MONARKA	R Carlos Gomes, Loja B, 148 - Campo Grande
GATO QUE RI	Av Dr Epitacio Pessoa 172 Lj 19 - Embare

83660000001 880501103001 431017570026 100189574807

Autenticação Mecânica





**American Life Companhia de Seguros**  
Av. Angélica, 2626, térreo – Consolação – São Paulo – SP – CEP 01228-220  
CNPJ.: 67.865.360/0001-27  
Fone: (11) 3017.0022 – Fax: (11) 3017.0020

## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DE SINISTRO

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

Eu Sueli Regina Norato Ribeiro, portador do RG nº 26.483.666-2, expedido por S.S.P. Santos, na data de 22/05/2009 e inscrito junto ao CPF/CNPJ nº 070.282.398-88, na qualidade de beneficiário (a) do valor referente à indenização do seguro de vida deixado por Raimundo Norato Ribeiro, autorizo a **American Life Companhia de Seguros** a efetuar o respectivo pagamento / crédito, de acordo com a forma abaixo:

### Dados Bancários para Crédito

Nome do Titular da Conta (beneficiário)

Sueli Regina Norato Ribeiro

Número de Banco e Nome

Itaú

Número da Conta e Dígito

/

Número da Agência (sem dígito)

Tipo de Conta

( ) Conta Corrente

() Conta Poupança

### Categoria do Beneficiário(a)

Indique abaixo a categoria em que se enquadra:

- ( ) **menor (abaixo de 18 anos)** - o formulário deverá ser assinado pelo representante legal do menor: pai e/ou mãe ou na ausência de ambos, pelo tutor (anexar cópia do termo de tutela, RG, CPF e comprovante de endereço do tutor)
- ( ) **maior (igual ou acima de 18 anos)**
- ( ) **incapaz** - o formulário deverá ser assinado pelo curador (anexar cópia do termo de curatela, RG, CPF e comprovante de endereço do curador)

Declaro que a conta acima mencionada é de titularidade do(a) beneficiário(a). Uma vez efetuado o pagamento / crédito do valor da indenização do sinistro, de acordo com as informações acima descritas, reconheço o recebimento e dou como quitado o valor do referido capital segurado devido.

Local e Data

Santos, 20/10/2014

Sueli Regina Norato Ribeiro

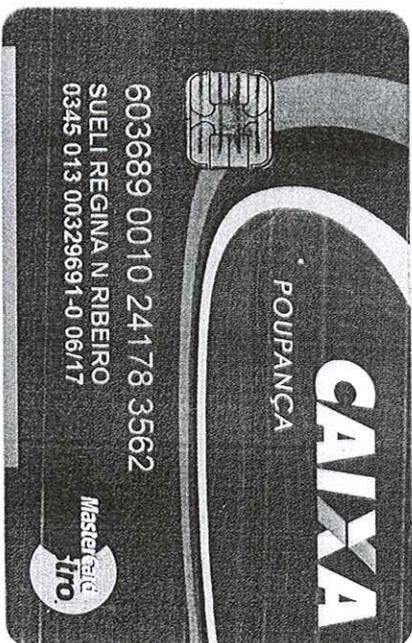
Assinatura do beneficiário (a)  
assinar conforme consta em RG

Local e Data

Ass. do representante legal do beneficiário (tutor /curador)  
assinar conforme consta em RG

### ORIENTAÇÕES IMPORTANTES

1. A solicitação de preenchimento deste formulário pela American Life Companhia de Seguros não implica no reconhecimento de sua obrigação de pagamento do capital segurado, estando o sinistro sujeito a análise e caracterização da cobertura pleiteada.
2. O depósito somente poderá ser efetuado em conta de titularidade do beneficiário. Favor **não informar** dados bancários em que o beneficiário não seja o 1º ou 2º titular, pois o crédito não será efetivado.
3. Dados bancários incompletos ou incorretos impedem os bancos de liberarem o pagamento. Verifique cuidadosamente seus dados antes de preencher os campos, evitando rasuras.





**American Life Companhia de Seguros**  
Av. Angélica, 2626, térreo - Consolação - São Paulo - SP - CEP 01228-220  
CNPJ: 67.865.360/0001-27  
Fone: (11) 3017.0022 - Fax: (11) 3017.0020

## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DE SINISTRO

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

Eu Olga Regina Renato Ribeiro, portador do RG nº 96.590.022-2, expedido por SSP Santos, na data de 14/05/2024 e inscrito junto ao CPF/CNPJ nº 048.898.878-06, na qualidade de beneficiário (a) do valor referente à indenização do seguro de vida deixado por Raimunda Renato Ribeiro, autorizo a **American Life Companhia de Seguros** a efetuar o respectivo pagamento / crédito, de acordo com a forma abaixo:

### Dados Bancários para Crédito

Nome do Titular da Conta (beneficiário)

Olga Regina Renato Ribeiro  
Número de Banco e Nome Bradesco Número da Conta e Dígito 1053699 17 Número da Agência (sem dígito) 0537  
Tipo de Conta ( ) Conta Corrente (X) Conta Poupança

### Categoria do Beneficiário(a)

Indique abaixo a categoria em que se enquadra:

- ( ) **menor (abaixo de 18 anos)** - o formulário deverá ser assinado pelo representante legal do menor: pai e/ou mãe ou na ausência de ambos, pelo tutor (anexar cópia do termo de tutela, RG, CPF e comprovante de endereço do tutor)
- ( ) **maior (igual ou acima de 18 anos)**
- ( ) **incapaz** - o formulário deverá ser assinado pelo curador (anexar cópia do termo de curatela, RG, CPF e comprovante de endereço do curador)

Declaro que a conta acima mencionada é de titularidade do(a) beneficiário(a). Uma vez efetuado o pagamento / crédito do valor da indenização do sinistro, de acordo com as informações acima descritas, reconheço o recebimento e dou como quitado o valor do referido capital segurado devido.

Local e Data

Santos, 17/05/2024

Olga Regina Renato Ribeiro  
Assinatura do beneficiário (a)  
assinar conforme consta em RG

Local e Data

Ass. do representante legal do beneficiário (tutor /curador)  
assinar conforme consta em RG

### ORIENTAÇÕES IMPORTANTES

1. A solicitação de preenchimento deste formulário pela American Life Companhia de Seguros não implica no reconhecimento de sua obrigação de pagamento do capital segurado, estando o sinistro sujeito a análise e caracterização da cobertura pleiteada.
2. O depósito somente poderá ser efetuado em conta de titularidade do beneficiário. Favor **não informar** dados bancários em que o beneficiário não seja o 1º ou 2º titular, pois o crédito não será efetivado.
3. Dados bancários incompletos ou incorretos impedem os bancos de liberarem o pagamento. Verifique cuidadosamente seus dados antes de preencher os campos, evitando rasuras.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
ESTADO DE SÃO PAULO 0422-6  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RICARDO GUMBLETON DAUNT

49745548

POLEGAR DIREITO

Elza Regina Nonato Ribeiro

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 16.590.022-2 2 via DATA DE EXPEDIÇÃO 14/05/2014

NOME ELZA REGINA NONATO RIBEIRO  
FILIAÇÃO RAIMUNDA NONATO RIBEIRO

NATURALIDADE S.PAULO - SP DATA DE NASCIMENTO 30/12/1963

DOC ORIGEM SANTOS-SP 1 SUBD SANTOS CC:LV.B25 /FLS.282 /Nº07203  
CPF 048898878/06

ASSINATURA DO DIRETOR  
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

vivo

Seu Demonstrativo de Despesas

3.º Tabelião de Notas  
Rua Cidade de Toledo nº 29 - Fone: 3219-7337  
AUTENTICAÇÃO  
0949A D030122  
VÁLIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTIDADE

Telefônica Brasil S.A.  
Av. Engenheiro Luiz Carlos Berrini, 1376 - Cidade Menções  
São Paulo - SP - CEP:04571-936  
Inscrição Estadual 108363049112 CNPJ/MF: 02.558.157/0001-62  
http://www.vivo.com.br

773-8

Local 11577  
Uso RESIDENCIAL

Telefone 3463-8480 0  
DV 0 NRC 00243001878

Total da Fatura 133,07  
Vencimento 09/10/2014  
Mês 10/2014

CTC SANTO AMARO SPM PL7  
ELZA REGINA NONATO RIBEIRO  
R LUIZ ESTEVES CORDEIRO 135 - CJ TANCREDO NEVES II  
11350-410 SAO VICENTE - SP

Vencimento 09/10/2014

Central de Relacionamento:  
10315

SERVIÇOS	VALOR (R\$)
Mensalidade da Linha	30,78
Vivo Internet	57,08
Outros Serviços	38,11
Cobrança de Serviços de Terceiros	7,10
<b>TOTAL A PAGAR</b>	<b>133,07</b>

Prezado cliente,  
pague suas  
contas  
pendentes e  
evite o bloqueio  
da sua linha

Dúvidas: ligue para  
103 15  
Empresa, ligue para  
0800 151500

Contribuição para o FUST e FUNTEL - 1,5% do valor dos serviços - não repassada às tarifas.

Importante: Pagando sua conta em dia, você evita multa de 2% e juros de 1% ao Mês.

Para realizar ligações de longa distância, consulte os Códigos das Prestadoras: 12-CTBC 15-VIVO 17-TRANSIT 18-SPIN TELECOM 19-ÉPSILON 21-EMBRATEL 23-INTELEG 24-DIAL DATA 25-GVT 26-IDT 28-T-LESTE 31-TELEMAR 32-CONVERGIA 34-ETML 35-EASYTONE 36-DSLVOX 38-TESA 41-TIM 42-GT GROUP 45-GLOBAL CROSSING 46-HOJE TELECOM 47-BT COMMUNICATIONS 48-CAMBRIDGE 57-ITACEU 58-VOITEL 61-NEXUS 62-OTS OPTION 63-HELLO BRAZIL 65-TELECOM 65 67-E-1 72-LOCANEB 73-PLUMIUM 75-VIPWAY 76-SMART VOIP 81-DATORA TELECOM 85-AMERICA NET 89-KONECTA 91-IP CORP TELECOM 96-AMIGO TELECOM 98-ALPHA MOBILIS. ANATEL 1331 e 1332 para Deficientes auditivos. Recurso de atendimento VIVO ligue com o protocolo em mãos para 10315 e 142 para deficientes auditivos.

O processo de faturamento das ligações está Certificado conforme Resolução 426 de 09/12/2005 (artigo 18).

MENSAGEM IMPORTANTE PARA VOCÊ

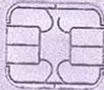
vivo



PoupCard



Bradesco



4380 0537 1013 6996

07/16 0537 1 1013699 7 02 00

VALIDO ATÉ AGÊNCIA DÍG. CONTA DÍG. VIA TIPO  
ELZA REGINA NONATO RIBEIRO

VISA

ELECTRONIC USE ONLY / APENAS PARA USO ELETRÔNICO





**American Life Companhia de Seguros**  
Av. Angélica, 2626, térreo - Consolação - São Paulo - SP - CEP 01228-220  
CNPJ.: 67.865.360/0001-27  
Fone: (11) 3017.0022 - Fax: (11) 3017.0020

## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DE SINISTRO

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

Eu Laudio Honorato Alves, portador do RG n° 22.392.2626 expedido por SSP Santos na data de \_\_\_\_\_ e inscrito junto ao CPF/CNPJ n° 34.042.278-67, na qualidade de beneficiário (a) do valor referente à indenização do seguro de vida deixado por Raimundo Honorato Ribeiro, autorizo a **American Life Companhia de Seguros** a efetuar o respectivo pagamento / crédito, de acordo com a forma abaixo:

### Dados Bancários para Crédito

Nome do Titular da Conta (beneficiário)

Laudio Honorato Alves

Número de Banco e Nome

baixo

Número da Conta e Dígito

/

Número da Agência (sem dígito)

Tipo de Conta

( ) Conta Corrente

Conta Poupança

### Categoria do Beneficiário(a)

Indique abaixo a categoria em que se enquadra:

- ( ) **menor (abaixo de 18 anos)** - o formulário deverá ser assinado pelo representante legal do menor: pai e/ou mãe ou na ausência de ambos, pelo tutor (anexar cópia do termo de tutela, RG, CPF e comprovante de endereço do tutor)
- ( ) **maior (igual ou acima de 18 anos)**
- ( ) **incapaz** - o formulário deverá ser assinado pelo curador (anexar cópia do termo de curatela, RG, CPF e comprovante de endereço do curador)

Declaro que a conta acima mencionada é de titularidade do(a) beneficiário(a). Uma vez efetuado o pagamento / crédito do valor da indenização do sinistro, de acordo com as informações acima descritas, reconheço o recebimento e dou como quitado o valor do referido capital segurado devido.

Local e Data

Santos, 23/10/2014

Laudio Honorato Alves

Assinatura do beneficiário (a)  
assinar conforme consta em RG

Local e Data

Ass. do representante legal do beneficiário (tutor /curador)  
assinar conforme consta em RG

### ORIENTAÇÕES IMPORTANTES

1. A solicitação de preenchimento deste formulário pela American Life Companhia de Seguros não implica no reconhecimento de sua obrigação de pagamento do capital segurado, estando o sinistro sujeito a análise e caracterização da cobertura pleiteada.
2. O depósito somente poderá ser efetuado em conta de titularidade do beneficiário. Favor **não informar** dados bancários em que o beneficiário não seja o 1° ou 2° titular, pois o crédito não será efetivado.
3. Dados bancários incompletos ou incorretos impedem os bancos de liberarem o pagamento. Verifique cuidadosamente seus dados antes de preencher os campos, evitando rasuras.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SÃO PAULO 8900-3

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RICARDO GUMBLETON DAUNT

PROIBIDO PLASTIFICAR

3694-067328

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Handwritten signature: Claudio Nonato Alves

VÁLIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS

REGISTRO GERAL 22.392.262-6 DATA DE EXPEDIÇÃO 04/SET/2013

NOME CLAUDIO NONATO ALVES

FILIAÇÃO ANTONIO VICENTE ALVES

E RAIMUNDA NONATO RIBEIRO

CIDADE SANTOS - SP DATA DE NASCIMENTO 03/JUL/1972

SÃO VICENTE - SP

SÃO VICENTE

CN: LV.A77 / FLS.11V / N.062985

CPF 134042278/67 PIS 12373745072

212 Delegado Divisório

ROBERTO ASSINATURA DO DIRETOR IIRGD.SSP.SP

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

AUTENTICAÇÃO

0949AC955865

Handwritten: 20/11/2014

Handwritten: Alexsandro

VÁLIDO SOMENTE COM ESTA LEI AUTENTICADA

CAIXA

POUPANÇA

4392 6709 2701 5451

CLAUDIO NONATO ALVES

0345 013 00003192-3 06/17

VISA

ELECTRON

Valid only in Brazil / Válido apenas no Brasil

**CLAUDIO NONATO ALVES**  
**R BRIG FARIA LIMA, 917 AP 2**  
**RADIO CLUB**  
**11088-300 SANTOS/SP**

Nota Fiscal  
Conta de Energia Elétrica  
Nº 201404000776109 série C  
Data de Emissão: 15/04/2014  
Data de Apresentação: 22/04/2014  
Pág: 01 de 01  
Conta Contrato Nº 210022006028

Lote Roteiro de Leitura Nº. Medidor PN  
10 SANBU653-0000090 124136974 711229881



Reservado ao Fisco  
2B22.5681.66F4.33EC.5335.695E.CF92.AE31

**PREZADO(A) CLIENTE**

ATENÇÃO: As faturas emitidas dessa unidade consumidora, sob sua responsabilidade referente ao ano de 2013, foram quitadas para comprovar o cumprimento de suas obrigações, esta declaração substitui respectivos comprovantes de pagamento.

**DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA**

CLAUDIO NONATO ALVES  
R BRIG FARIA LIMA, 917 AP 2  
RADIO CLUB  
11088-300 - SANTOS - /SP

CPF 134.042.278-67

CLASSIFICAÇÃO: B1 Residencial -Monofásico

ICMS	DISCRIMINAÇÃO DA OPERAÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO MÉDIO	VALOR (R\$)	
Base de Cálculo R\$	273,13	Venda de Energia (kWh)	693	0,39412698	273,13
Aliquota %	25,00				
Valor ICMS R\$	68,29				

ATENDIMENTO CPFL	PN	SEU CÓDIGO	CONTA MÊS	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
0800 0 10 25 70 www.cpfl.com.br	711229881	2094035008	ABR/2014	02/05/2014	250,83

HISTÓRICO DE CONSUMO	KWh	Dias	DATAS DAS LEITURAS	DESCRIÇÃO DA CONTA	Quantidade	Tarifa/Preço	Valor (R\$)
2014 ABR	693	28	Atual 15/04/2014	Nº908850337033			
MAR	698	29	Anterior 18/03/2014	Consumo Uso Sistema [KWh]-TUSD	693	0,10357000	71,78
FEV	498	32	Nº de dias 28	Consumo Bandeira Verde - TE	693	0,17467000	121,05
JAN	414	31	Próximo Mês 16/05/2014	PIS/PASEP 0,79%			2,15
2013 DEZ	683	28		COFINS 3,61%			9,86
NOV	762	32		Energia 120,08			68,29
OUT	666	30		Transmissão 10,41			0,67
SET	699	32		Distribuição 48,53			5,08
AGO	666	29		Encargos 13,81			1,12
JUL	680	31		Tributos 80,30			280,00
JUN	666	32		Atualização Monetária MAR/2014			
MAR	687	29		Total CPFL			280,00
ABR	867	33		CRÉDITOS / DEVOLUÇÕES			
				Ressarcimento DIC Mensal			29,17

EQUIPAMENTOS DE MEDIÇÃO							
Nº	Energia	Leitura Atual	Leitura Anterior	Fator Multiplicação	Consumo [KWh]	Taxa Perdas(%)	Tensão Nominal [V]
124136974	Ativa	25769	25078	1,00000	693		220 V

INDICADORES DE CONTINUIDADE DE FORNECIMENTO DE ENERGIA							
MARIO BRIGIDO	Padrão Mensal	Padrão Trimestral	Padrão Anual	Apurado Mensal	Período Apuração	Valor R\$ EU\$D	
DIC	4,47	3,26	17,31	31,99			
FIC	3,11	6,22	12,45	6,00	02/2014	51,58	
DMC	2,43			3,64			
DICRI	12,22			0,00			

**2014 TESTE BANDEIRA TARIFÁRIA (Apenas em caráter informativo)**

A partir de 2015 vigorará o sistema de bandeiras tarifárias. A bandeira verde não implicará cobrança adicional. As bandeiras Amarela e Vermelha, quando acionadas, implicarão tarifas de maior valor, devido ao maior custo de geração. No mês de Abril vigorará a bandeira Vermelha, a qual implicará R\$ 0,0300/kWh de acréscimo ao valor da Tarifa de Energia - TE. Iquido de tributos. Maiores informações em www.aneel.gov.br

**INFORMAÇÕES SOBRE A FATURA**

**AVISO IMPORTANTE**



**American Life Companhia de Seguros**

Av. Angélica, 2626, térreo – Consolação – São Paulo – SP – CEP 01228-220  
CNPJ.: 67.865.360/0001-27  
Fone: (11) 3017.0022 – Fax: (11) 3017.0020

**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DE SINISTRO**

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

Eu Patricia Renato Ribeiro, portador do RG nº 28.920.841-5 expedido por SSP Santos, na data de 05/03/2014 e inscrito junto ao CPF/CNPJ nº 255.364.458-33, na qualidade de beneficiário (a) do valor referente à indenização do seguro de vida deixado por Raimundo Renato Ribeiro, autorizo a **American Life Companhia de Seguros** a efetuar o respectivo pagamento / crédito, de acordo com a forma abaixo:

**Dados Bancários para Crédito**

Nome do Titular da Conta (beneficiário)

Patricio Renato Ribeiro

Número de Banco e Nome

baixo

Número da Conta e Dígito

/

Número da Agência (sem dígito)

Tipo de Conta

 Conta Corrente Conta Poupança**Categoria do Beneficiário(a)**

Indique abaixo a categoria em que se enquadra:

- menor (abaixo de 18 anos)** - o formulário deverá ser assinado pelo representante legal do menor: pai e/ou mãe ou na ausência de ambos, pelo tutor (anexar cópia do termo de tutela, RG, CPF e comprovante de endereço do tutor)
- maior (igual ou acima de 18 anos)**
- incapaz** - o formulário deverá ser assinado pelo curador (anexar cópia do termo de curatela, RG, CPF e comprovante de endereço do curador)

Declaro que a conta acima mencionada é de titularidade do(a) beneficiário(a). Uma vez efetuado o pagamento / crédito do valor da indenização do sinistro, de acordo com as informações acima descritas, reconheço o recebimento e dou como quitado o valor do referido capital segurado devido.

Local e Data

Santos, 20/03/2014Patricia Renato RibeiroAssinatura do beneficiário (a)  
assinar conforme consta em RG

Local e Data

Ass. do representante legal do beneficiário (tutor /curador)  
assinar conforme consta em RG**ORIENTAÇÕES IMPORTANTES**

1. A solicitação de preenchimento deste formulário pela American Life Companhia de Seguros não implica no reconhecimento de sua obrigação de pagamento do capital segurado, estando o sinistro sujeito a análise e caracterização da cobertura pleiteada.
2. O depósito somente poderá ser efetuado em conta de titularidade do beneficiário. Favor **não informar** dados bancários em que o beneficiário não seja o 1° ou 2° titular, pois o crédito não será efetivado.
3. Dados bancários incompletos ou incorretos impedem os bancos de liberarem o pagamento. Verifique cuidadosamente seus dados antes de preencher os campos, evitando rasuras.



6277 8012 6041 4804

PATRICIA NONATO RIBEIRO

0366 013 00022278-2 08/21

eLc

DEBITO



**Companhia Piratininga  
de Força e Luz**

Uma empresa do Grupo CPFL Energia



Rod. Eng. Miguel Noel N. Burnier, km 2,5  
Campinas - SP - 13088-900  
Inscrição Estadual: 244.946.329-113  
Inscrição no CNPJ: 04.172.213/0001-51

**PATRICIA NONATO RIBEIRO  
CAM S SEBASTIAO, 351 CA 2  
RADIO CLUB  
11088-450 SANTOS/SP**

Nota Fiscal  
Conta de Energia Elétrica  
N° 201409000764328 série C  
Data de Emissão 15/09/2014  
Data de Apresentação: 18/09/2014  
Pág: 01 de 01  
Conta Contrato N° 210017113555

Lote Roteiro de Leitura Nº. Medidor PN  
09 SANBU576-00000000 700801320



37504874

Reservado ao Fisco  
2957.915D.68CA.C926.1091.5B7E.7A72.B7C0

**PREZADO(A) CLIENTE**

Reserve mais tempo para você em seu dia-a-dia. Solicite os Serviços disponíveis em nosso site com rapidez e segurança:  
[www.cpf.com.br](http://www.cpf.com.br), "Serviços Online", 24h com você.

**DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA**

PATRICIA NONATO RIBEIRO  
CAM S SEBASTIAO, 351 CA 2  
RADIO CLUB  
11088-450 - SANTOS - /SP

CPF 255.364.418-33

CLASSIFICAÇÃO: B1 Residencial -Monofásico

ICMS	DISCRIMINAÇÃO DA OPERAÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO MÉDIO	VALOR (R\$)
Base de Cálculo R\$				
Aliquota %	Venda de Energia (kWh)	30	0,28766667	8,63
Valor ICMS R\$				

ATENDIMENTO CPFL	PN	SEU CÓDIGO	CONTA MÊS	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
0800 0 10 25 70 <a href="http://www.cpf.com.br">www.cpf.com.br</a>	700801320	2074430793	SET/2014	29/09/2014	18,44

HISTÓRICO DE CONSUMO	kWh	Dias	DATAS DAS LEITURAS	DESCRIÇÃO DA CONTA	Quantidade	Tarifa/Preço	Valor (R\$)
2014 SET	30	32	Atual	N°904900661850			
AGO	30	30	Anterior	Custo Disp Uso Sistema - TUSD	30	0,10357000	3,11
JUL	30	33	N° de dias	Disp Sistema Band Verde-TE	30	0,17467000	5,24
JUN	30	28	Próximo Mês	PIS/PASEP 0,58%			0,05
MAI	30	31		COFINS 2,67%			0,23
ABR	30	28		Conta do mês AGO/2014			9,81
MAR	30	31		Total CPFL			18,44
FEV	30	30					
JAN	30	33					
2013 DEZ	30	29					
NOV	30	29					
OUT	30	30					
SET	30	32					

EQUIPAMENTOS DE MEDIÇÃO							
N°	Energia	Leitura Atual	Leitura Anterior	Fator Multiplicação	Consumo [KWh]	Taxa Perdas[%]	Tensão Nominal [V]
							220 V

INDICADORES DE CONTINUIDADE DE FORNECIMENTO DE ENERGIA						
VOTURUA	Padrão Mensal	Padrão Trimestral	Padrão Anual	Apurado Mensal	Período Apurado	Valor R\$ EUSD
DIC	4,35	6,71	17,43	2,70	07/2014	8,11
FIC	3,05	6,10	12,20	2,88		
DICR	2,35			1,41		
DICRI	12,22			0,89		

**2014 TESTE BANDEIRA TARIFÁRIA** (Apenas em caráter informativo)  
A partir de 2015 vigorará o sistema de bandeiras tarifárias. A bandeira verde não implicará cobrança adicional. As bandeiras Amarela e Vermelha, a qual implicará R\$ 0,0300/kWh de acréscimo no valor da conta de energia - TE, líquido de tributos. Maiores informações em [www.aneel.gov.br](http://www.aneel.gov.br)

**INFORMAÇÕES SOBRE A FATURA**

**AVISO IMPORTANTE**

Notas de Santos Fone: 3219-7337  
Autenticar a presente cópia em [www.cpf.com.br](http://www.cpf.com.br)  
Cidade de Santos - SP  
Autenticação 09.49.A.D.03.2077  
30/09/2014  
Alexsandro de Almeida  
COORDENADOR GERAL DE SERVIÇOS DE ATENDIMENTO AO CLIENTE



**American Life Companhia de Seguros**

Av. Angélica, 2626, térreo - Consolação - São Paulo - SP - CEP 01228-220  
CNPJ.: 67.865.360/0001-27  
Fone: (11) 3017.0022 - Fax: (11) 3017.0020

**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DE SINISTRO**

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

Eu Ana Lúcia Renato Ribeiro portador do RG nº 32.915.298-1 expedido por SSP Santos, na data de 04/08/2010 e inscrito junto ao CPF/CNPJ nº 070.289.338-22, na qualidade de beneficiário (a) do valor referente à indenização do seguro de vida deixado por Raimundo Renato Ribeiro, autorizo a **American Life Companhia de Seguros** a efetuar o respectivo pagamento / crédito, de acordo com a forma abaixo:

**Dados Bancários para Crédito**

Nome do Titular da Conta (beneficiário)

Ana Lúcia Renato Ribeiro

Número de Banco e Nome

Caixa

Número da Conta e Dígito

/

Número da Agência (sem dígito)

Tipo de Conta

Conta Corrente

Conta Poupança

**Categoria do Beneficiário(a)**

Indique abaixo a categoria em que se enquadra:

- menor (abaixo de 18 anos)** - o formulário deverá ser assinado pelo representante legal do menor: pai e/ou mãe ou na ausência de ambos, pelo tutor (anexar cópia do termo de tutela, RG, CPF e comprovante de endereço do tutor)
- maior (igual ou acima de 18 anos)**
- incapaz** - o formulário deverá ser assinado pelo curador (anexar cópia do termo de curatela, RG, CPF e comprovante de endereço do curador)

Declaro que a conta acima mencionada é de titularidade do(a) beneficiário(a). Uma vez efetuado o pagamento / crédito do valor da indenização do sinistro, de acordo com as informações acima descritas, reconheço o recebimento e dou como quitado o valor do referido capital segurado devido.

Local e Data

Santos, 20/10/2014

Ana Lúcia R. Ribeiro

Assinatura do beneficiário (a)  
assinar conforme consta em RG

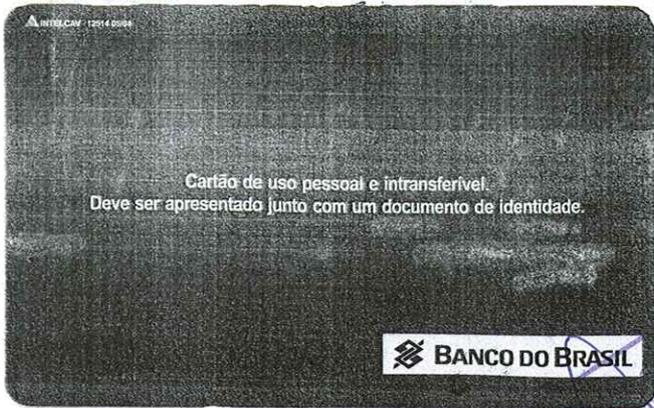
Local e Data

Ass. do representante legal do beneficiário (tutor /curador)  
assinar conforme consta em RG

**ORIENTAÇÕES IMPORTANTES**

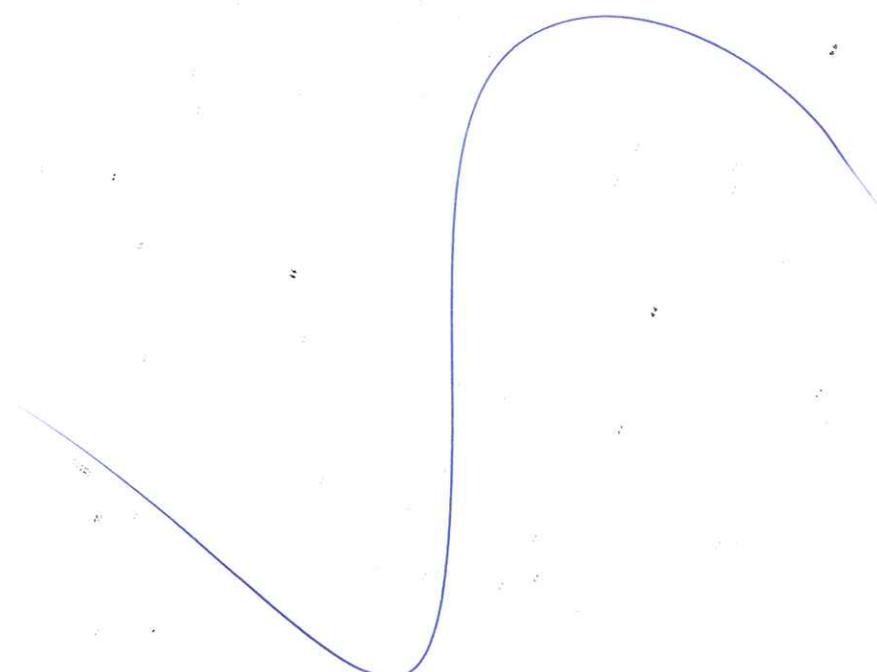
1. A solicitação de preenchimento deste formulário pela American Life Companhia de Seguros não implica no reconhecimento de sua obrigação de pagamento do capital segurado, estando o sinistro sujeito a análise e caracterização da cobertura pleiteada.
2. O depósito somente poderá ser efetuado em conta de titularidade do beneficiário. Favor **não informar** dados bancários em que o beneficiário não seja o 1º ou 2º titular, pois o crédito não será efetivado.
3. Dados bancários incompletos ou incorretos impedem os bancos de liberarem o pagamento. Verifique cuidadosamente seus dados antes de preencher os campos, evitando rasuras.





Santos  
Fone: 3219-7333  
Presente com original  
Rua...  
repre...  
apresenta...  
Ge...  
Jose Ricardo...  
Gilvânia...  
Alexsandro...  
Santos  
VÁLIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE

**28 MAI 2014**



**ORLANDO JOSE DOS SANTOS**  
**R ENG ANTONIO FREIRE, 614**  
**STA MARIA**  
**11089-050 SANTOS/SP**

NOVO  
EUBENEGO

Nota Fiscal  
Conta de Energia Elétrica  
Nº 201405000733190 série C  
Data de Emissão 15/05/2014  
Data de Apresentação: 20/05/2014  
Pág: 01 de 01  
Conta Contrato Nº 210001176714

Lote Roteiro de Leitura Nº. Medidor PN  
09 SANBU569-0000255 6960904 700099854



Reservado ao Fisco  
AD6C.ABCA.57CA.75A7.3507.1844.735B.D684

PREZADO(A) CLIENTE

Roupa boa, a gente doa. Campanha do Agasalho 2014. Mais informações no site [www.campanhadoagasalho.sp.gov.br](http://www.campanhadoagasalho.sp.gov.br). Evite problemas com seu nome: ao vender, alugar ou desocupar um imóvel, peça o serviço de desligamento definitivo.

**DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA**

ORLANDO JOSE DOS SANTOS  
R ENG ANTONIO FREIRE, 614  
STA MARIA  
11089-050 - SANTOS - SP

CPF 003.365.528-66

CLASSIFICAÇÃO: B1 Residencial - Monofásico

ICMS	DISCRIMINAÇÃO DA OPERAÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO MEDIO	VALOR (R\$)	
Base de Cálculo R\$	0,00	Venda de Energia (kWh)	30	0,29166667	8,75
Alíquota %	0,00				
Valor ICMS R\$	0,00				

ATENDIMENTO CPFL	PN	SEU CÓDIGO	CONTA MÊS	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
0800 0 10 25 70 <a href="http://www.cpfil.com.br">www.cpfil.com.br</a>	700099854	2091613621	MAI/2014	25/06/2014	*****

HISTORICO DE CONSUMO	kWh	Dias	DATAS DAS LEITURAS	DESCRIÇÃO DA CONTA
2014 MAI	21	31	Atual 15/05/2014	Nº905050522422 Custo Disp Uso Sistema - TUSD Disp Sistema Band Verde-TE PIS/PASEP 0,82% COFINS 3,79% Total CPFL DÉBITOS DE OUTROS SERVIÇOS Seguro em Conta Valor Fixo CRÉDITOS / DEVOLUÇÕES Devol Pagamento Indevido
ABR	0	28	Anterior 14/04/2014	
MAR	6	31	Nº de dias 31	
FEV	55	30	Próximo Mês 12/06/2014	
JAN	136	33		
2013 DEZ	100	25		
NOV	173	28		
OUT	170	30		
SET	156	32		
AGO	149	29		
JUL	204	33		
JUN	150	30		
MAI	61	29		

EQUIPAMENTOS DE MEDIÇÃO							
Nº	Energia	Leitura Atual	Leitura Anterior	Fator Multiplicação	Consumo [KWh]	Taxa Perdas[%]	Tensão Nominal [V]
6960904	Ativa	37951	37930	1,00000	21		220 V

INDICADORES DE CONTINUIDADE DE FORNECIMENTO DE ENERGIA							
VOTURUA	Padrão Mensal	Padrão Trimestral	Padrão Anual	Apurado Mensal	Período Apuração	Valor R\$ EUSD	
DIC	4,35	9,71	17,45	0,00	03/2014	0,62	
FIC	3,05	6,10	12,20	0,00			
DMC	2,35			0,00			
DGRI	12,22			0,64			

**2014 TESTE BANDEIRA TARIFARIA** (Apenas em caráter informativo)

A partir de 2015 vigorará o sistema de bandeiras tarifárias. A bandeira verde não implicará cobrança adicional. As bandeiras Amarela e Vermelha implicarão tarifas de maior valor, devido ao maior custo de geração. No mês de Maio vigoraria a bandeira Vermelha, a qual implicaria R\$ 0,0300/kWh de acréscimo ao valor líquido de tributos. Maiores informações em [www.aneel.gov.br](http://www.aneel.gov.br)

**INFORMAÇÕES SOBRE A FATURA**

Conta quitada, em razão de crédito de valor faturado à maior.

0800 10 25 70

**AVISO IMPORTANTE**

Nota Fiscal

Conta Contrato

Total a Pagar (R\$)

Data de Vencimento



0405667-0301026



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 32.915.298-1 DATA DE EXPEDIÇÃO 04/AGO/2010

ANA LUCIA NONATO RIBEIRO

NOME ANA LUCIA NONATO RIBEIRO

FILIAÇÃO RAIMUNDA NONATO RIBEIRO

NATURALIDADE SANTOS - SP DATA DE NASCIMENTO 21/OUT/1966

DOC ORIGEM SANTOS - SP

SANTOS

CN: LV. A441/FLS. 84V / N. 183157

CPF 070289338-2

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

CARLOS ASSINATURA DO BIRETE DE Polícia IIRGD.SSP.SP

PROIBIDO PLASTIFICAR

8900-3

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SÃO PAULO

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RICARDO GUMBLETON DAUNT

B558-037330

ASSINATURA DO TITULAR

ANA LUCIA NONATO RIBEIRO

CARTEIRA DE IDENTIDADE

28 MAI 2014

Autenticação de Notas de Santos

Fone: 3219-7337

presente cópia original a mim

Autenticação de Carteira de Identidade

0949 AC 955862

VALIDO SOMENTE

Autenticação de Carteira de Identidade

0949 AC 955862

VALIDO SOMENTE



603689 0010 36481 1653

ANA LUCIA NONATO REBEIRO

4129 013 00006306-6 08/18



débito



**American Life Companhia de Seguros**  
Av. Angélica, 2626, térreo - Consolação - São Paulo - SP - CEP 01228-220  
CNPJ.: 67.865.360/0001-27  
Fone: (11) 3017.0022 - Fax: (11) 3017.0020

## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DE SINISTRO

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

Eu Vera Sílvia Renato Ribeiro, portador do RG nº 18.502.727-J expedido por SSP Santos, na data de 05/03/2009 e inscrito junto ao CPF/CNPJ nº 083.838.858-22, na qualidade de beneficiário (a) do valor referente à indenização do seguro de vida deixado por Raimundo Renato Ribeiro, autorizo a **American Life Companhia de Seguros** a efetuar o respectivo pagamento / crédito, de acordo com a forma abaixo:

### Dados Bancários para Crédito

Nome do Titular da Conta (beneficiário)

Vera Sílvia Renato Ribeiro

Número de Banco e Nome

Número da Conta e Dígito

Número da Agência (sem dígito)

baixo /

Tipo de Conta

( ) Conta Corrente

(X) Conta Poupança

### Categoria do Beneficiário(a)

Indique abaixo a categoria em que se enquadra:

- ( ) **menor (abaixo de 18 anos)** - o formulário deverá ser assinado pelo representante legal do menor: pai e/ou mãe ou na ausência de ambos, pelo tutor (anexar cópia do termo de tutela, RG, CPF e comprovante de endereço do tutor)
- ( ) **maior (igual ou acima de 18 anos)**
- ( ) **incapaz** - o formulário deverá ser assinado pelo curador (anexar cópia do termo de curatela, RG, CPF e comprovante de endereço do curador)

Declaro que a conta acima mencionada é de titularidade do(a) beneficiário(a). Uma vez efetuado o pagamento / crédito do valor da indenização do sinistro, de acordo com as informações acima descritas, reconheço o recebimento e dou como quitado o valor do referido capital segurado devido.

Local e Data

Santos, 20/10/2014

Vera Sílvia Renato Ribeiro

Assinatura do beneficiário (a)  
assinar conforme consta em RG

Local e Data

Ass. do representante legal do beneficiário (tutor /curador)  
assinar conforme consta em RG

### ORIENTAÇÕES IMPORTANTES

1. A solicitação de preenchimento deste formulário pela American Life Companhia de Seguros não implica no reconhecimento de sua obrigação de pagamento do capital segurado, estando o sinistro sujeito a análise e caracterização da cobertura pleiteada.
2. O depósito somente poderá ser efetuado em conta de titularidade do beneficiário. Favor **não informar** dados bancários em que o beneficiário não seja o 1º ou 2º titular, pois o crédito não será efetivado.
3. Dados bancários incompletos ou incorretos impedem os bancos de liberarem o pagamento. Verifique cuidadosamente seus dados antes de preencher os campos, evitando rasuras.


**MINISTÉRIO DA FAZENDA**  
**Receita Federal**  
**CPF**  
**CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS**

Número de Inscrição  
**083.838.858-22**

Nome  
**VERA LUCIA NONATO RIBEIRO**

Nascimento  
**12/09/1965**



REAL SERICARD

Cartão de uso pessoal e intransferível  
Deve ser apresentado junto com um documento de identidade

Emissão  
MAR/2009



30 de maio de 2014  
 28 MAR 2014  
 AUTENTICAÇÃO  
 0949AC955870  
 Alexsandro de Moraes  
 COORDENADOR DE AUTENTICIDADE

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 ESTADO DE SÃO PAULO 8900-3  
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA  
 INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RICARDO GUMBLETON DAUNT

PROIBIDO PLASTIFICAR




VERA LUCIA NONATO RIBEIRO  
 ASSINATURA DO TITULAR

18655-040405  
 CARTEIRA DE IDENTIDADE  
 THOMAS GREG & SONS

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 18.502.727-1 DATA DE EXPEDIÇÃO 05/MAR/2009  
 NOME VERA LUCIA NONATO RIBEIRO  
 FILIAÇÃO RAIMUNDA NONATO RIBEIRO  
 NATURALIDADE SANTOS -SP DATA DE NASCIMENTO 12/SET/1965  
 DOC. ORIGEM SANTOS-SP  
 PRIMEIRO SUBDISTRITO  
 CN:LV:A441/FLS.85 /N.183159

155 Delegado Divisório  
 de Polícia URGD-SP/SP  
 LEI Nº 7.116 DE 29/08/03

AUTENTICAÇÃO  
 0949AC955869

**CAIXA**  
 POUPANÇA



603689 0010 42840 4164  
 VERA LUCIA NONATO RIBEIRO  
 0345 013 00218690-8 07/18



débito

Assinatura autorizada. Inválido sem assinatura. Authorized signature. Not valid unless signed.

Este cartão é pessoal e intransferível  
 Atendimento Comercial: 0800 726 0505  
 SAC CAIXA: 0800 726 0101 / Deficiente Auditivo ou de fala: 0800 726 2492  
 Ouvidoria: 0800 725 7474

959



**VERA LUCIA NONATO RIBEIRO**  
**CAM S SEBASTIAO, 104 CA 3**  
**RADIO CLUB**  
**11088-450 SANTOS/SP**

Nota Fiscal  
Conta de Energia Elétrica  
Nº 201312000784222 série C  
Data de Emissão 16/12/2013  
Data de Apresentação: 19/12/2013  
Pág: 01 de 01  
Conta Contrato Nº 210005633338

Lote Roteiro de Leitura Nº. Medidor PN  
10 SANBU653-00000139 119067439 700514511



Reservado ao Fisco  
B5DC.5220.0188.E27E.D239.8861.5473.0723

PREZADO(A) CLIENTE

Conforme art.124 da Res. 414/ANEEL, o prazo mínimo para vencimento da fatura é de 5 dias úteis, contados da data de apresentação.

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

VERA LUCIA NONATO RIBEIRO  
CAM S SEBASTIAO, 104 CA 3  
RADIO CLUB  
11088-450 - SANTOS - /SP

CPF 083.838.858-22

CLASSIFICAÇÃO: B1 Residencial -Monofásico

ICMS	DISCRIMINAÇÃO DA OPERAÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO MÉDIO	VALOR (R\$)
Base de Cálculo R\$	Venda de Energia (kWh)	112	0,31785714	35,60
Aliquota %				
Valor ICMS R\$				

ATENDIMENTO CPFL	PN	SEU CÓDIGO	CONTA MÊS	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
0800 0 10 25 70 www.cpf.com.br	700514511	2094067597	DEZ/2013	20/01/2014	39,68

HISTÓRICO DE CONSUMO	kWh, Dias	DATA DAS LEITURAS	DESCRIÇÃO DA CONTA	Quantidade	Tarifa/Preço	Valor (R\$)
2013 DEZ	112 28	Atual 16/12/2013	Nº909450226921			
NOV	90 32	Anterior 18/11/2013	Consumo Uso Sistema [KWh]-TUSD	112	0,10357143	
OUT	90 30	Nº de dias 28	Consumo Bandeira Verde - TE	112	0,17464286	
SET	170 29	Próximo Mês 16/01/2014	PIS/PASEP 0,08%			
AGO	150 29		COFINS 0,39%			
JUL	145 31		ICMS			
JUN	78 32		Juros de Mora JAN/2013			
MAI	69 28		Juros de Mora SET/2013			
ABR	82 33		Juros de Mora OUT/2013			
MAR	87 27		Multa por Atraso Pgto JAN/2013			
FEV	96 32		Multa por Atraso Pgto SET/2013			
JAN	112 31		Multa por Atraso Pgto OUT/2013			
2012 DEZ	110 29		Atualização Monetária JAN/2013			

COMPOSIÇÃO FORNECIMENTO (R\$)

Energia	4,44
Transmissão	
Distribuição	
Encargos	
Tributação	

EQUIPAMENTOS DE MEDIÇÃO	Nº	Energia	Leitura Atual	Leitura Anterior	Fator Multiplicação	Consumo [kWh]	Taxa Perdas[%]	Tensão Nominal [V]
	119067439	Ativa	15181	15069	1,00000	112		220 V

INDICADORES DE CONTINUIDADE DE FORNECIMENTO DE ENERGIA

MARIO BRIGIDO	Padrão Mensal	Padrão Trimestral	Padrão Anual	Apurado Mensal	Período Apuração	Valor R\$ EUSD
DIC	4,47	9,35	17,91	0,38	10/2013	8,84
FG	3,11	6,22	12,46	2,00		
DMC	2,43			0,32		
DICRI	12,22			0,00		

2013 - TESTE BANDEIRA TARIFARIA (Apenas em caráter informativo)

A partir de 2014 vigorará o sistema de bandeiras tarifárias. A bandeira verde não implicará cobrança adicional. As bandeiras Amarela e Vermelha, quando adotadas, implicarão tarifa adicional devido ao maior custo de geração. No mês de Dezembro vigorará a bandeira Vermelha, a qual implicará R\$ 0,0300/kWh de acréscimo ao valor da tarifa de Energia - TE, líquido de tributos. Informações em www.aneel.gov.br

INFORMAÇÕES SOBRE A FATURA

AVISO IMPORTANTE

