

PROCURAÇÃO AD JUDÍCIA**OUTORGANTE:**

Nome: <u>Anisval Vidal Antunes</u>		Nacionalidade: <u>Brasileiro</u>	
Estado Civil: <u>casado</u>	Profissão: <u>adv. Gênerio Gerais</u>	Carteira de Identidade: <u>175282588</u>	
CPF nº: <u>369.218.153-15</u>	Residência: <u>R. Rosinha, 74, cs 11</u>		
Bairro: <u>Nha Senhora das Graças</u>	Cidade: <u>Fortaleza</u>	Estado: <u>ce</u>	CEP: <u>60311-440</u>

OUTORGADO:

ANTONIO KAIRO RODRIGUES SILVA, brasileiro, solteiro, advogado, OAB/CE – 24.805, com escritório profissional na Rua Meton de Alencar, nº 106, Altos, Centro, Fortaleza - CE CEP: 60.035-160, fones: **(85) 98225-8282 (85) 3121-8383**
E-mail: **KAIRO AKRS@YAHOO.COM.BR**

PODERES:

Amplios poderes para o foro em geral, bem como nas vias administrativas, em qualquer juiz, instancia ou Tribunal, Superior ou não, Repartição Pública, podendo promover contra quem de direito as ações que julgarem convenientes e defendê-lo (a) nas contrárias, interpor recursos, com especiais poderes para, agindo em conjunto ou em separado, receber citações, renunciar e desistir de direitos decorrentes deste mandato e dos oriundos desta ação, desistir, transigir, interpor todos os recursos permitidos em direito, produzir e requerer provas e justificações, opor embargos, prestar compromisso de inventariante e assinar o respectivo termo, fazer declarações de lei, requerer remissão, adjudicação de bens, ordenar protestos de títulos, levantar depósitos judiciais em nome do(s) outorgantes, assinar recibos, representá-los em quaisquer repartições federais, estaduais, municipais ou autarquias, fazer tudo o que for necessário para o bom e fiel cumprimento da presente, inclusive substabelecer, com ou sem reserva de iguais poderes, o que darei tudo por firme, justo e valioso como próprio fora, dando a mesma caráter irrevogável.

Poderes especiais: Receber e fazer levantamento de alvará judicial, em nome dos outorgantes, em qualquer banco e/ou instituição financeira.

Fortaleza (CE), 10 de Janeiro de 2019.

Anisval Vidal Antunes
Outorgante

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu, Arivaldo Vidal Antunes,
brasileiro(a), casado, Serviço Geral, portador(a) da Carteira de
Identidade/RG nº 173282588, inscrito(a) no CPF/MF sob o
nº 369.218.153-15, residente e domiciliado(a) na Rua
Rosinha, nº 74, Complemento Cx 11,
Cep nº 60311-490, Fortaleza-CE, declaro para os devidos fins que possuo
hipossuficiência financeira, não possuindo condições de arcar com custas processuais e
honorários advocatícios sem prejudicar o meu sustento próprio e o de minha família,
consoante o que dispõe a Lei nº 1.050/60.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

Fortaleza (CE), 10 de Junho de 2019.

Arivaldo Vidal Antunes

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

**BOLETIM DE Ocorrência Nº 301 - 2066 / 2018****Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **14/05/2018 15:34:13**
Data / Hora da Ocorrência: **05/05/2018 06:10:00**
Endereço da Ocorrência: **AVENIDA ABOLIÇÃO**
Complemento: **C/ AV. SENADOR VIRGILIO TÁVORA**
Bairro: **MEIRELES** Município: **FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência:

**Dados da(s) Vítima(s)**

Nome: **ARISVAL VIDAL ANTUNES**
Nascimento: **24/09/1970** CPF: **369.218.153-15**
CNH: **06854098438** Orgão Emissor: **DETRAN** UF: **CE**
Filiação: **DUVIRGEM VIDAL DA SILVA**
ANANIAS VIDAL DA SILVA
Endereço: **RUA ROSINHA , 80 CASA 11**
Bairro: **JACARECANGA**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP: **60.311-440**
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98589-3751**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **POB4518** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **9C2KC2500GR019081** Renavam: **1097585406** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 160 START** Ano Fabricação: **2016** Ano Modelo: **2016** Combustível: **GASOLINA** Cor: **PRETA** Proprietário: **ROSILENE MENDONCA ANTUNES** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

QUE, COMPARECE A ESTA ESPECIALIZADA A FIM DE REGISTRAR QUE, NA DATA CITADA, TRANSITAVA PILOTANDO A MOTO DE PLACA POB-4518 NA AV. ABOLIÇÃO QUANDO UM PEDESTRE ATRAVESSOU CORRENDO NA FRENTE DA TRAJETÓRIA QUE A VITIMA FAZIA COM A MOTO, QUE A VITIMA COLIDIU COM O PEDESTRE, CAINDO A VITIMA NO ASFALTO, FICANDO LESIONADA, SENDO A VITIMA ATENDIDA NO LOCAL PELO SAMU, QUE A VITIMA PROCUROU ATENDIMENTO MEDICO POR MEIOS PRÓPRIOS NO HOSPITAL ALDEOTA (HAPVIDA). E NADA MAIS DISSE.////////

OBS: COMUNICAÇÃO FALSA É CRIME CAPITULADO NO ART.340 DO CPB.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :****FRANCISCO DELÂNIO CAMPELO ALMEIDA - MAT.: 404836-1-6****RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:****VISTO DO DELEGADO(A) :****JOSE RODRIGUES JUNIOR - MAT.: 126788-1-9**

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HOSP ALDEOTA

07/05/2018 12:54

Paciente: ARISVAL VIDAL ANTUNES	Dt. Nasc.: 24/09/1970	Atendimento: 50552910	Prontuário: 7502251
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Posto: POSTO EMERGENCIA ADULTO	Leito: 380213/19	
Profissional(is): SAMMYLLE GOMES DE CASTRO CRM 19059 [1]	Nº: 22617259	05/05/2018	às 07:07
ANAMNESE			
Queixa Principal	PACIENTE SE ACIDENTOU HÁ POUCO TEMPO A CAMINHO DO TRABALHO (ACIDENTE MOTO-PEDESTRE; PACIENTE CONDUZIA A MOTO)		[1]
	NO MOMENTO COM ESCORIAÇÕES SUPERFICIAIS EM MMII, TORAX ESQUERDO E MSE		
	REFERE DIFICULDADE VENTILATORIA		
Queixa Principal			
Diagnóstico Inicial	99 <CID10 NÃO AGRUPADOS>		[1]
CID10	M998 OUTR LESOES BIOMECANICAS		[1]
Alergias	Não		[1]
Medicação Em Uso	Não		[1]
Antecedentes Patológicos Familiar	Não		[1]
	99		[1]
EXAME FÍSICO			
Frequência Cardíaca	80 bpm		[1]
Frequência Respiratória	12 IPM		[1]
Sat O2	98 %		[1]
Pa Sistólica	120		[1]
Pa Diastólica	80		[1]
Nível De Consciência	0		[1]
Resposta Motora	6		[1]
Resposta Verbal	5		[1]
DIAGNÓSTICO			
CID10	M998 OUTR LESOES BIOMECANICAS		[1]
CID10	M998 OUTR LESOES BIOMECANICAS		[1]
CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE			

COM LUGAR DE PRONTUÁRIO
M. Paula 4198



ESTE PRONTUÁRIO É PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL

07/05/2018 12:55:29

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
7502251	ARISVAL VIDAL ANTUNES	M	24/09/1970	47
RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil	
173282588 SSP CE	36921815315		1-CASADO	
Endereço				
R ROSINHA 80,11 - JACARECANGA, FORTALEZA(CE) CEP 60823100				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho			
986035113				

DADOS DO CONVENIO

Convenio			
2277 HAPVIDA MATRIZ	1 PLANO INDIVIDUAL ENFERMARIA - COLETIVO		
Carteira	Validade		
B3430000003000016			

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor			
380251-RECEPCAO EMG ADULTO - HOSP ALDEOTA			
Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento
05/05/2018	07:06		2 CONSULTA CLINICA
Médico Atendente			Clinica
3433005 SAMMYLLE GOMES DE CASTRO			1-MEDICA
Médico Acompanhante		Peso (Kg)	Temperatura (°C)
CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO			

R4310RA - MARLENE ARAUJO FERREIRA

CONFERE O ORIGINAL
M. Paula 498
Assinatura

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HOSP ALDEOTA

07/05/2018 12:54

Paciente: ARISVAL VIDAL ANTUNES	Dt. Nasc.: 24/09/1970	Atendimento: 50552910	Prontuário: 7502251
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Posto: POSTO EMERGENCIA ADULTO	Leito: 380213/19	
Profissional(is): SAMMYLLE GOMES DE CASTRO CRM 19059 [1]	Nº: 22618146	05/05/2018	às 07:49
ANAMNESE			
Queixa Principal	PACIENTE COM FRATURA EM 3 ARCOS COSTAIS A ESQUERDA COM AP LIMPA, SEM DERRAME PLEURAL SATURANDO 98% EM AR AMBIENTE. DISCUTO CASO COM CHEFE DE EQUIPE ZOELIA QUE ORIENTA TCAR		[1]
EXAME FÍSICO			
Aspecto Geral	PACIENTE COM FRATURA EM 3 ARCOS COSTAIS A ESQUERDA COM AP LIMPA, SEM DERRAME PLEURAL SATURANDO 98% EM AR AMBIENTE. DISCUTO CASO COM CHEFE DE EQUIPE ZOELIA QUE ORIENTA TCAR		[1]
Dispensar preenchimento de Sinais Vitais?	Sim		[1]
PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO			
Alta Após Medicação E Cuidados	Alta após cuidados e/ou medicação		[1]

CONFERE C/ PRONTUÁRIO
M. Pereira 1198

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

07/05/2018 12:54

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HOSP ALDEOTA

Paciente: ARISVAL VIDAL ANTUNES	Dt. Nasc.: 24/09/1970	Atendimento: 50552910	Prontuário: 7502251
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Posto: POSTO EMERGENCIA ADULTO	Leito: 380213/19	
Profissional(is): SAMMYLLE GOMES DE CASTRO CRM 19059 [1]	Nº: 22632709	05/05/2018	às 13:53

ANAMNESE

Queixa Principal

TCAR COM FRATURA DE ARCOS COSTAIS A ESQUERDA (5º, 6, 7, 8, 9, 10, 11 E 12º), ALEM DE HEMOTORAX [1]

DISCUTO CASO COM CHEFIA DE EQUIPE QUE ORIENTA ENCAMINHAR AO CIRURGIAO DA URGENCIA PARA AVALIAR NECESSIDADE DE DRENAGEM DE HEMOTORAX.

PACIENTE COM BOA RESPOSTA A ANALGESIA

EXAME FÍSICO

Aspecto Geral

TCAR COM FRATURA DE ARCOS COSTAIS A ESQUERDA (5º, 6, 7, 8, 9, 10, 11 E 12º), ALEM DE HEMOTORAX [1]

DISCUTO CASO COM CHEFIA DE EQUIPE QUE ORIENTA ENCAMINHAR AO CIRURGIAO DA URGENCIA PARA AVALIAR NECESSIDADE DE DRENAGEM DE HEMOTORAX.

PACIENTE COM BOA RESPOSTA A ANALGESIA

CONFERE O PRONTUÁRIO

w/ paula 2128



DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM.
TOMOGRAFIA - HOSP ALDEOTA
NºPedido: 24960924

Data 05/05/2018
Pag 1 de 1

Paciente...: 7502251 ARISVAL VIDAL ANTUNES

Nascimento.: 24/09/1970 Sexo: M RG.: 173282588 SSP CE CPF.: 36921815315

Endereco...: R CEZIDIO DE ALBUQUERQUE 240 CIDADE DOS FUNCIONARIOS FORT Tel.:

Convenio...: HAPVIDA MATRIZ

Matricula...: B34300000030000016

Solicitante: Dr(a) SAMMYLLE GOMES DE C

Queixa Principal:

Exame:

TC TORAX

!UZ@

5055291041

TÉCNICA

Os cortes tomográficos computadorizados foram obtidos sem a utilização de contraste iodado intravenoso.

RELATÓRIO

Enfisema de partes moles em parede lateral esquerda do tórax

Fratura do 5º, 6º, 7º, 8º, 9º, 10º e 11º e 12º arcos costais à esquerda

Hemotórax à esquerda

Áreas de densificação do parênquima em segmentos basais do lobo inferior esquerdo.

Traqueia, brônquios principais e lobares péricios.

Presença de linfonodos mediastinais infracentimétricos

Coração e grandes vasos do mediastino com dimensões preservadas.

CLAUDIA FONTENELE BRUNO - CRM 6211-CE

ANAMNESE

Nome do Usuário	ARISVAL VIDAL ANTUNES 47 ANOS
Código da carteira	
Endereço	
Telefones	

HDA

PACIENTE COM FRATURA EM 3 ARCOS COSTAIS A ESQUERDA *→ após acidente de moto hoje*
 COM AP LIMPA, SEM DERRAME PLEURAL
 SATURANDO 98% EM AR AMBIENTE.
 FR 28 FC 75 PA 100X60

DISCUTO CASO COM CHEFE DE EQUIPE ZOELIA QUE ORIENTA TCAR

HPP

[Assinatura]
 Sammylle Gomes
 MÉDICA
 CREMEC 19059

EXAME FÍSICO

Local/ Data

Assinatura e carimbo médico

Assinatura do usuário

Dr. Diego Tomaz
Cirurgião Geral
C.R.M.: 16.837

Fardelero, 11/05/18

O PACIENTE ARISVAL VILDA, ANTONES FOI INTERNADO NESTE HOSPITAL POR HEMOPNEUMOTÓRAX E FRATURAS DE ARCOS COSTAIS DECORRENTES DE TRAUMA TORÁCICO NO DIA 05/05/2018. NECESSITOU DE TÓRACOSTOMIA À ESQUERDA, PERMANECENDO COM O DRENO DE TÓRAX ATÉ O DIA 11/05/2018, COM CONSEQÜENTE ALTA HOSPITALAR.

RELATÓRIO MÉDICO

ANTONIO
PRUDENTE



FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HOSP ALDEOTA

07/05/2018 12:54

Paciente: ARISVAL VIDAL ANTUNES	Dt. Nasc.: 24/09/1970	Atendimento: 50552910	Prontuário: 7502251
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Posto: POSTO EMERGENCIA ADULTO	Leito: 380213/19	
Profissional(is): SAMMYLLE GOMES DE CASTRO CRM 19059 [1]	Nº: 22617259	05/05/2018	às 07:07

ANAMNESE

Queixa Principal	PACIENTE SE ACIDENTOU HÁ POUCO TEMPO A CAMINHO DO TRABALHO (ACIDENTE MOTO-PEDESTRE; PACIENTE CONDUZIA A MOTO)	[1]
	NO MOMENTO COM ESCORIAÇÕES SUPERFICIAIS EM MMII, TORAX ESQUERDO E MSE	
	REFERE DIFICULDADE VENTILATORIA	
Queixa Principal		
Diagnóstico Inicial	99 <CID10 NÃO AGRUPADOS>	[1]
CID10	M998 OUTR LESOES BIOMECANICAS	[1]
Alergias	Não	[1]
Medicação Em Uso	Não	[1]
Antecedentes Patológicos Familiar	Não	[1]
	99	[1]

EXAME FÍSICO

Frequência Cardíaca	80 bpm	[1]
Frequência Respiratória	12 IPM	[1]
Sat O2	98 %	[1]
Pa Sistólica	120	[1]
Pa Diastólica	80	[1]
Nível De Consciência	0	[1]
Resposta Motora	6	[1]
Resposta Verbal	5	[1]

DIAGNÓSTICO

CID10	M998 OUTR LESOES BIOMECANICAS	[1]
CID10	M998 OUTR LESOES BIOMECANICAS	[1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

CONFIRMAÇÃO PRONTUÁRIO
M. Paula 4198

 REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO  CE	
VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1491025122 	
NOME ARISVAL VIDAL ANTUNES DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF 173282588 SSP CE	
CPF 369.218.153-15 DATA NASCIMENTO 24/09/1970	
FILIAÇÃO ANANIAS VIDAL DA SILVA DUVIRGEM VIDAL DA SILVA	
PERMISSÃO PERMISSÃO ACC ACC CAT. HAB. A	
Nº REGISTRO 06854098438 VALIDADE 02/06/2018 1ª HABILITAÇÃO 02/06/2017	
OBSERVAÇÕES A /	
PROIBIDO PLASTIFICAR 1491025122 ASSINATURA DO PORTADOR LOCAL FORTALEZA, CE DATA EMISSÃO 02/06/2017 ASSINATURA DO EMISSOR 54484326878 CE157362701	
CEARÁ	

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 013571757407
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA PFT 01 COD. RENAVAM 01097585406 R.N.T.R.C. 00000000000 EXERCÍCIO 2017

NOME
ROSILENE MENDONÇA ANTUNES

FORTALEZA /CE

CPF / CNPJ
48674915353

PLACA
POB4518/CE

PLACA ANT. / UF
/CE

CHASSI
9C2KC2500GR019081

ESPECIE TIPO
PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC.

COMBUSTÍVEL
GASOLINA

MARCA / MODELO
HONDA/CG 160 START

ANO FAB. 2016 ANO MOD. 2016

CAP. / POT. / CIL
2F/OCV/162CC

CATEGORIA
PARTIC

COR PREDOMINANTE
PRETA

I P V A	COTA ÚNICA *****	VENC. COTA ÚNICA **/**/**	VENC. / COTAS 1ª *****
	FAIXA I.P.V.A. *****	PARCELAMENTO / COTAS *****	2ª *****
			3ª *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)	IOF (R\$)	PRÊMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO

OBSERVAÇÕES

LOCAL
FORTALEZA

DATA
27/09/2017

Igor Ponte
Superintendente



DETRAN-CE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA - A PESSOA
TRANSPORTADA OU NAO - SEGURO DPVAT

CE Nº 013571757407 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2017 DATA EMISSÃO 27/09/2017

VIA 01 CPF / CNPJ 48674915353 PLACA POB4518

RENAVAM 01097585406 MARCA / MODELO HONDA/CG 160 START

ANO FAB. 2016 CAT. TARIF. 09 Nº CHASSI 9C2KC2500GR019081

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) 81,29	DENATRAN (R\$) 9,03	CUSTO DO SEGURO (R\$) 90,33
--------------------	------------------------	--------------------------------

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4,15	IOF (R\$) 0,7	TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R\$) 185,5
--------------------------------	------------------	---

PAGAMENTO ☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 25/09/2017

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

MOTOR: KC25E0G019084

004

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIO KAIRO RODRIGUES SILVA e Tribunal de Justiça do Ceará, protocolado em 10/01/2019 às 18:17, sob o número 0101680222019. Para conferir o original, acesse o site http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do?informacao=0101680222019 e código 726717PA

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 529196450
Rota 09 01140 10 075300 - 7 **Data de Emissão** 14/06/2018
Nome ROSILENE MENDONCA ANTUNES
End. Postal RU ROSINHA 00074 CS 11
NOSSA SENHORA DAS GRACAS - FORTALEZA - 60311440
Medidor 10402249 **Poste** 0026 0000
Classe 01-RESIDENCIAL 07-BX. RENDA MONOFASICO
RG/CPF/CNPJ 486749153-53 **CGF**

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência Jun/2018 **Data da Apresentação** 14/06/2018 **Previsão Próxima Leitura** 13/07/2018

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto BARRA DO CEARÁ **Mês** Abr/2018 **Índice** 0,00 P **EUSD** 13,35

ICMS

Base de Cálculo (R\$) ICMS **Alíquota** **Valor do Imposto**

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trím.	Anual	Mensal	Trím.	Anual
DIC	4,95	9,91	19,82	0,00	0,00	0,00
FIC	3,11	6,22	12,45	0,00	0,00	0,00
DMIC	2,77			0,00		

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

B033.B56C.D02C.2096.2D4C.6C91.B8B8.F780

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. Fat.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FP 16902	16774	1,00	128	0,00	30 70 28	0,13260 0,21304 0,46957	5,47 21,91 13,15
14/06/18	14/05/18		31 DIAS		128		40,53

DESCRIÇÃO

DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)
VALOR CONSUMO DO MES	40,53
MULTA MORATORIA REF 05/2018	0,77
JUROS DO MES	0,29
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	11,69
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA	1,03
CASA PROTEGIDA 0800 600 0560	7,90
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 2,27)	

VENCIMENTO 21/06/2018	TOTAL A PAGAR (R\$) 62,21
COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO	HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)
Energia 21,31	
Transmissão 2,77	
Distribuição 12,14	
Encargos Setoriais 3,25	
Tributos (ICMS PIS-COFINS) ... 2,59	
TOTAL 41,56	

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido (kg CO₂) 49,97 **Compensado (kg CO₂)** 0,00 **Consciência Ecológica (%CO₂)**

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO
CONTAS EM ATRASO

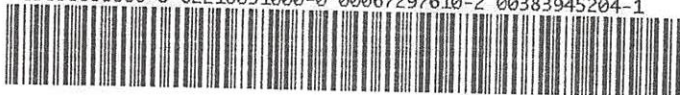
Prezado Cliente,
NOTIFICAÇÃO DE SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ENERGIA ELÉTRICA
Prestado Cliente, constata em nossos controles contábeis em atraso. Segue o detalhamento do Débito. O não pagamento da dívida implica na possibilidade de suspensão do fornecimento de energia em 15 dias após a entrega deste, conforme previsto na Res. ANEEL 414/10, Arts. 172 c/c 173, bem como o envio das informações aos ÓRGÃOS DE PROTEÇÃO AO CREDITO E CARTÓRIO DE PROTESTO. Caso já tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar o aviso.

Consta desta fatura R\$ 2,59 referente a PIS e COFINS. Alíquotas: PIS:0,69% e COFINS:3,20%
(Art. 9 Rev. 100 2005 - ANEEL e Lei n. 10.637 02 e 10.638 03)

Estamos em Bandeira vermelha patamar 2 com custo de 5,00 reais a cada 100kWh (quilowatt-hora). Informações: www.aneel.gov.br

DÉBITOS ANTERIORES	
Mes/Ano	Valor R\$
05/2018	58,52
Total	58,52

Nº do Cliente: 14/06/2018 **Referência:** 62,21
Data de Emissão: 529196450 **Total a Pagar (R\$):** 0006729761 00038 39452 05
Nº da Nota Fiscal: 83850000000-8 62210031000-0 00067297610-2 00383945204-1
Nº do Controle:





Rio de Janeiro, 13 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **ARISVAL VIDAL ANTUNES**

Nº Sinistro: **3180313422**

Vitima: **ARISVAL VIDAL ANTUNES**

Data do Acidente: **05/05/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **MARCOS ANTONIO DO NASCIMENTO ARAUJO**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180313422**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13090044





Rio de Janeiro, 01 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: ARISVAL VIDAL ANTUNES

Nº Sinistro: 3180313422

Vitima: ARISVAL VIDAL ANTUNES

Data do Acidente: 05/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador MARCOS ANTONIO DO NASCIMENTO ARAUJO

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180313422**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **05/05/2018**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13181332

