

PROCURAÇÃO AD JUDÍCIA**OUTORGANTE:**

Nome:	Paulo Geovani Cardoso Barros		Nacionalidade:	Brasileiro
Estado Civil:	Solteiro	Profissão:	Téc. Informática	
CPF nº:	001.550.843-99	Residência:	R. Umanizina Fluminense, 572	
Bairro:	Bar. Santa Rosa	Cidade:	Fortaleza	Estado: -CE
			CEP:	60734-955

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:

Amplos poderes para o foro em geral, bem como nas vias administrativas, em qualquer juiz, instância 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), 04 de Janeiro de 2019.

x Paulo Geovani Cardoso Barros
Outorgante

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu, Paulo Geovani Cardoso Barros, brasileiro(a),
Solteiro, Kc. Informática, portador(a) da Carteira de Identidade/RG nº
2001002102365, inscrito(a) no CPF/MF sob o nº 001.550.843-99, residente e
domiciliado(a) na Rua Umorizeira Fluminense, nº 642,
Parque Santa Rosa, Cep nº 60754-455,
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), 04 de Janeiro de 2019.

x Paulo Geovani Cardoso Barros

**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 - 3562 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **16/08/2018 10:01:38**
Data / Hora da Ocorrência: **01/09/2017 01:00:00**
Endereço da Ocorrência: **AVENIDA DA UNIVERSIDADE C/ RUA PADRE**
Complemento:
Bairro: **BENFICA** Município: **FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência: **PROX AO ESTADIO PRES VARGAS**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **PAULO GEOVANI CARDOSO BARROS**
Nascimento: **31/07/1983** CPF: **001.550.843-99**
RG: **2001002102365** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **MARIA GEORGETE DA SILVA CARDOSO**
PEDRO PAULO VIANA BARROS
Endereço: **RUA UMARIZEIRA FLUMINENSE, 642 3298 1138**
Bairro: **PARQUE SANTA ROSA**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP: **60.762-580**
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98871-7768**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: PMK9951 Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi:
9C6KG0650G0045418 Renavam: **1084524608** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **YAMAHA/YS150 FAZER SED** Ano
Fabricação: **2016** Ano Modelo: **2016** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**
Cor: **BRANCA** Proprietário: **ANGELA MARIA DA SILVA CARDOSO**
Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

AFIRMA O DECLARANTE QUE NA DATA, HORA E LOCAL CITADOS; QUE, PILOTAVA A MOTOCICLETA DE PLACA PMK-9951-CE; QUE TRAFEGAVA PELA RUA PADRE CÍCERO; QUE UM OUTRO VEICULO CARRO DE PLACAS NÃO ANOTADAS, QUE VINHA NO MESMO SENTIDO DA VIA E LOGO ATRÁS, QUANDO OCASIONOU A COLISÃO NA TRASEIRA DA MOTO EM QUE ESTAVA A VITIMA NA VIA; QUE, APÓS O IMPACTO, A VITIMA FOI AO SOLO E FICOU LESIONADA; QUE, O CAUSADOR DO ACIDENTE EVADIU-SE DO LOCAL; QUE, A VITIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU, SENDO LEVADA PARA ATENDIMENTO NO IJF/CENTRO; QUE A VITIMA APRESENTOU APENAS UM BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE Nº 119-3938/2018, INFORMANDO QUE PERDEU A SUA CARTEIRA DE HABILITAÇÃO(CNH) E O B.O. TEM A DATA DE 07/08/2018. E NADA MAIS DISSE.//

OBS:FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO ART. 340 DO CPB.
PRAZO PREVISTO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL:6 MESES.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

CRISTIANO ALEX NOGUEIRA DA SILVA - MAT.: 300518-1-5

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Paulo Geovani Cardoso Barros



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 - 3562 / 2018

VISTO DO DELEGADO(A) :

DIANA MÁRCIA NOGUEIRA SURIMÃ - MAT.: 012875-1-6





DECLARAÇÃO

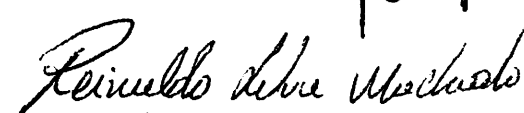
Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento ao Sr. **Paulo Geovani Cardoso Barros** no dia **01/09/2017**, às **01h30min**, na **Avenida da Universidade c/ Rua Padre Cícero**, no **Bairro Benfica**, vítima de acidente de trânsito.

Documento requerido pela Sra. **Maria Georgete da Silva Cardoso Mota**.
Processo nº **P277954/2018**.

Fortaleza, 24 de julho de 2018.

Atenciosamente,


Roberto Gomes de Lima
Coord. SAME do SAMU 192 Regional Fortaleza


Reinaldo Silva Machado
Protocolo do SAMU 192 Regional Fortaleza





SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192 REGIONAL FORTALEZA

fls. 11
Prefeitura de
Fortaleza
Secretaria Municipal de Saúde

PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

VEÍCULO: 25162	PONTO DE APOIO: UFPE	Nº DA OCORRÊNCIA: 0033
DATA: 01/09/2019	TURNO: SN	EQUIPE: Jaqueleine + Wagner
NOME: Paulo G. C. Bonna	IDADE: 25	SEXO: M
ENDEREÇO: Av. da Universidade - esquina com N. C. A.	BAIRRO: A. M. A.	
REFERÊNCIA: Rua da Universidade	QUA: 01-13	QUS: 01-30
QUR: 01-38	QUY: 01-49	QUU: 01-50

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: Colapso vital com coma

RESPONSIVIDADE E AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

RESPOSTA AO CHAMADO	EXPANSÃO TORÁCICA	PULSO CENTRAL (AGRAVO CLÍNICO)
☐ RESPONSIVO	☒ PRESENTE	☒ PRESENTE
☒ NÃO RESPONSIVO	☐ AUSENTE	☐ AUSENTE

A	☐ PÉRVEAS	☐ OBSTRUÍDAS	POR:
---	----------------------------------	-------------------------------------	------

B	PADRÃO RESPIRATÓRIO	INSPEÇÃO	PALPAÇÃO/PERCUSSÃO	AUSCULTA
☒ EUPNEICO	☐ TAQUIPNEICO	☐ NORMAL	☐ NORMAL	☐ NORMAL
☐ BRADIPNEICO	☐ AGÔNICA/AUSENTE	☐ ALTERADA:	☐ ALTERADA:	☐ ALTERADA:

C	PULSO	PELE	ENCHIMENTO CAPILAR	SANGRAMENTO EXTERNO
☒ NORMOCÁRDICO	☒ CHEIO	☐ CORADA	☒ ≤ 2 seg	☒ SIM
☐ TAQUICÁRDICO	☐ FILIFORME	☒ PÁLIDA	☐ > 2 seg	☐ NÃO
☐ BRADICÁRDICO	☐ IMPALPÁVEL	☐ CIANÓTICA		
		☐ SECA		
		☐ QUENTE		
		☐ FRIA		

D	ESCALA DE COMA DE GLASGOW - ADULTO (A) / PEDIÁTRICA (P)		
ABERTURA OCULAR	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA	
ESPONTÂNEA □ 4	ORIENTADO (A)/SORRI (P) □ 5	OBEDECE A COMANDOS	
À VOZ □ 3	CONFUSO (A)/CHORO CONSOLÁVEL (P) □ 4	LOCALIZA A DOR	
À DOR □ 2	PALAVRAS INAPROPRIADAS (A)/INCONSOLÁVEL (P) □ 3	MOVIMENTO DE RETIRADA	
NENHUMA □ 1	SONS INCOMPREENSÍVEIS (A)/GEMENTE (P) □ 2	FLEXÃO ANORMAL	
TOTAL: 9	NENHUMA □ 1	EXTENSÃO ANORMAL	
		NENHUMA	
PUPILAS:	☐ NORMAIS (FOTORREAGENTES E ISOCÓRICAS)		
	☐ ALTERADAS:		

E	ADULTO	LESÕES	PEDIÁTRICO
		apresenta urticária e edema	
		PROVAVEL TEE	

SAMPLA

FG: 21	PA: 110 x 70	FR: 20	GLIC: 98	TEMP: 36,5
--------	--------------	--------	----------	------------

S	11
A	11
M	11
P	11
E	11
A	11

PRESCRIÇÃO MÉDICA

CHEGAGEM JS. 12

ANOTAÇÕES / CONDUTAS MÉDICAS

ANOTAÇÕES / CONDUTAS DE ENFERMAGEM

ASS./CRM:

ASS./COREN:

ANOTAÇÕES / CONDUTAS DO CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA

ASS.:

DESTINO DO PACIENTE

☐ UNIDADE DE SAÚDE:

☐ LIBERADO

☐ RECUSA

☐ REMOVIDO POR TERCEIROS

BOLETIM EMERG:

☐ ÓBITO

→

☐ NO LOCAL

☐ DURANTE O TRANSPORTE

☐ OUTRO:

PACIENTE ACOMPANHADO:

☐ SIM

☐ NÃO

ASS. DO RESPONSÁVEL:

ASS. DO MÉDICO DA UNIDADE DE DESTINO:

EM: 01/07/17 às 21 hs

COMPROVANTE DE ENTREGA DE VALORES

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

DESCRIÇÃO DE VALORES ENTREGUES:

Oiten ter sete reais + uma calculadora + cartão de crédito ITAUCARD nome Paulo G. B. B. no nome de Angela Maria da Silva Cardoso CPF 51892035222. Chassi 9-6K285030295418 + carteira de identidade.

LOCAL:

ASS. DO RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

TERMO DE RECUSA

EU, _____ RG/CPF _____

DECLARO ESTAR CIENTE DA NECESSIDADE DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA. PORÉM, RECUSO O SERVIÇO OFERTADO

PELO SAMU EM: ____/____/____ às ____ hs, ASSUMINDO TOTAL RESPONSABILIDADE PELA MINHA DECISÃO.

ASSINATURA:

**Registro de Atendimento
Emergencial**

Emitido em: 17/07/2018 10:9:6

Por:UBIRAJARA MORAIS MENDONÇA

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL						DATA/HORA: 01/09/2017 01:49:43	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE							
CNS: 704501388184211	NOME: PAULO GEOVANI CARDOSO BARROS						
CPF:	RG: 2001002102385	D. NASC: 31/07/1983	ESTADO CIVIL:	Registro: 5525664			
NOME DA MÃE: MARIA GEORGETE DA SILVA CARDOSO			NOME DO PAI: PEDRO PAULO VIANA BARROS	SEXO: M	RAÇA/COR: Parda		
TIPO DE LOGRADOURO:	ENDEREÇO DO PACIENTE: UMARIZEIRA FLUMINENSE			Nº: 642	BAIRRO: PARQUE SANTA ROSA		
COMPLEMENTO:	TELEFONE:	MUNICÍPIO: FORTALEZA	UF: CE	CEP: 60025060			
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL							
NOME: samu usb 62 cond jaqueline			PARENTESCO: SAMU	TELEFONE:			
ACIDENTE DE TRABALHO							
TIPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:	COSIDO DO CNAER:				
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO							
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motociclista, Colisão com um carro, pick up ou camionete							
QUEIXAS: Vítima de colisão moto x carro com lesão em supercílio E. Apresenta hálito etílico.							
OBSERVAÇÕES: SAT: 97%							
SINAIS VITAIS							
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Pública	Escala de Dor: Moderado	PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: LARANJA					
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:							
ATENDIMENTO MÉDICO							
Anamnese:							
Exame Físico:							
Conduta:							
17 10-888 18 <i>[Assinatura]</i>							
TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:							
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:							
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:							
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:				CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:			



**Prefeitura de
Fortaleza**
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

LAUDO MÉDICO

PRONTUÁRIO :5525664

NOME: PAULO GEOVANI CARDOSO BARROS

DATA DE NASCIMENTO:31/07/1983

PAI:PEDRO PAULO VIANA BARROS

MÃE: MARIA GEORGETE DA SILVA CARDOSO

DATA DE ATENDIMENTO: 01/09/2017

DATA DE SAÍDA:05/09/2017

MOTIVO: PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO, SENDO ADMITIDO NO IJF EM 01/09/2017, ÀS 01h49min, COM TCE, ECG=13.

REALIZOU TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CRANIO QUE EVIDENCIOU HEMORRAGIA SUBARACNOIDE, FOI ADMITIDO PARA TRATAMENTO NEUROCIRURGICO CONSERVADOR DE TCE, EVOLUINDO COM MELHORA PROGRESSIVA DO QUADRO CLINICO E NEUROLOGICO, EVOLUINDO SEM INTERCORRENCIAS, TRANSFERIDO PARA HOSPITAL DE APOIO HOSPITAL BATISTA MEMORIAL HOSPITAL NO DIA 05/09/2017.

"DECLARAÇÃO DIGITADA EM 12/05/2018"

Dr. Osmar Azevedo Aguiar Filho
Médico

CRM 5403
Osmar Aguiar

MÉDICO RESPONSÁVEL PELAS INFORMAÇÕES
CONTIDAS NO PRONTUÁRIO/RAE /NUAME / IJF

ASS PACIENTE OU RESPONSÁVEL

**TERMO DE ENTREGA****PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR**

Conforme processo nº **P277954/2018**, estamos entregando ao Sr. **Paulo Geovani Cardoso Barros**, CPF: **001.550.843-99**, cópia do Prontuário de Atendimento realizado pelo SAMU 192 Regional Fortaleza, no dia **01/09/2017**.

Fortaleza, 26 de julho de 2018.

Atenciosamente,

Francisco Rômulo Sampaio Lira
Diretor Médico - SAMU 192
Regional Fortaleza
CPF: 623.995.433-00 - Mat. 86920-1

Dr. Francisco Rômulo Sampaio Lira
Coord. do Setor Médico do SAMU 192 Regional Fortaleza.

Nome do solicitante: _____

Assinatura: _____

CPF: _____ Data do recebimento: ____/____/____



Serviço de Neurocirurgia
Instituto Dr. José Frota
 Rua Barão do Rio Branco 1816
 Fortaleza - Ceará

RESUMO DE ALTA NEUROCIRÚRGICA/ ATESTADO MÉDICO

Nome: PAULO GEOVANI CARDOSO BARROS		
Sexo: M	Internação: 09/09/2017	Alta Neurocirúrgica: 12/10/2017
Diagnóstico: TCE		
Prontuário: 5525664	GOS-E: 7	TRATAMENTO CONSERVADOR

Evolução Clínica:

Paciente, 34 anos, vítima de acidente de moto no dia 01/09/17. Admitido no IJF com TC de crânio evidenciando HSA e hemoventrículo, optado por tratamento conservador. Foi transferido para o Hospital Batista e retornou no dia 08/09/17 devido piora neurológica (GCS 13). Evoluiu com reabsorção do sangramento nos exames de imagem de controle. Realizou TC de crânio com contraste que evidenciou lesão nodular hipodensa na topografia do joelho do corpo caloso. Encaminhado para enfermaria da neurocirurgia para avaliação e conduta. **Caso discutido com STAFF (Dr. Túlio Spínola), que indicou alta hospitalar com acompanhamento ambulatorial e RNM de crânio de controle em 3 meses.**

Resultado de Exames:

TC de crânio (01/09/17): HSA difusa e hemoventrículo.
 TC de crânio (08/09/17): redução da HSA e do hemoventrículo.
 TC de crânio (14/09/17): área hipodensa na região do joelho do corpo caloso.
 TC de crânio (21/09/17): lesão nodular hipodensa na topografia do joelho do corpo caloso.
 RNM de crânio (30/09/17): lesão no aspecto anterior do corpo caloso sugestivo de injúria isquêmica pós-traumática + LAD.

Hoje:

Paciente encontra-se bem clinicamente. Ao exame físico: GCS 14, desorientado, PIFR, MOE normal, sem déficits motores.

Orientações:

- Alta da neurocirurgia com acompanhamento ambulatorial
- Retorno ambulatorial neurocirurgia Dr. Carlos Vinícius – com 90 dias.
- 30 dias de afastamento de suas atividades ambulatoriais.
- **Observação domiciliar rigorosa e RETORNO IMEDIATO à emergência se INTERCORRÊNCIAS.**
- **ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL PELA ATENÇÃO PRIMÁRIA – POSTO DE SAÚDE.**
- Sugerimos afastamento de suas atividades laborais conforme perícia médica.

Fortaleza, 12 de Outubro de 2017.

Dr. Paulo Bandeira Santos
 Rua Santa Neurocirurgia - IJF
 CREMEC 16270



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde - SESA



Paciente: PAULO GEOVANI CARDOSO BARROS

Data de Nascimento: 31/07/1983

Data do Exame: 30/09/2017

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO CRÂNIO:

MÉTODO: Obtidas seqüências ponderadas em T1 e T2 antes do uso do contraste venoso e seqüências multiplanares ponderadas em T1 após o uso do contraste paramagnético.

ANÁLISE:

Lâmina líquida extra-axial frontal bilateral com espessura máxima de 6mm à direita e 6 mm à esquerda.

Área de alteração de sinal no aspecto anterior do corpo do corpo caloso, caracterizado por alto sinal em T2, restrição à difusão, realce periférico pelo produto de contraste, exibindo focos periféricos de marcado hipossinal em seqüência SWI (produtos da degradação da hemoglobina), sugerindo área de injúria isquêmica pós-traumática. Evidencia-se ainda focos puntiformes esparsos de marcado hipossinal em seqüência SWI. O conjunto de achados sugere lesão axonal difusa.

Discreto realce paquimeníngeo.

Sistema ventricular com dimensões, forma e posicionamento normais.

Cisternas e sulcos corticais com amplitudes preservadas.

Parênquima encefálico restante com forma e intensidade de sinal normais.

Estruturas do plano mediano centradas.

Dr. Pablo Picasso
Médico Radiologista
CRM 6806

DR. DOUGLAS BRILHANTE
RESIDENTE DE RADIOLOGIA
CRM. 14125



**Prefeitura de
Fortaleza**
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

LAUDO MÉDICO

PRONTUÁRIO :5525664

NOME: PAULO GEOVANI CARDOSO BARROS

DATA DE NASCIMENTO:31/07/1983

PAI:PEDRO PAULO VIANA BARROS

MÃE: MARIA GEORGETE DA SILVA CARDOSO

DATA DE ATENDIMENTO: 01/09/2017

DATA DE SAÍDA:05/09/2017

MOTIVO: PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO, SENDO ADMITIDO NO IJF EM 01/09/2017, ÀS 01h49min, COM TCE, ECG=13.

REALIZOU TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CRANIO QUE EVIDENCIOU HEMORRAGIA SUBARACNOIDE, FOI ADMITIDO PARA TRATAMENTO NEUROCIRURGICO CONSERVADOR DE TCE, EVOLUINDO COM MELHORA PROGRESSIVA DO QUADRO CLINICO E NEUROLOGICO, EVOLUINDO SEM INTERCORRENCIAS, TRANSFERIDO PARA HOSPITAL DE APOIO HOSPITAL BATISTA MEMORIAL HOSPITAL NO DIA 05/09/2017.

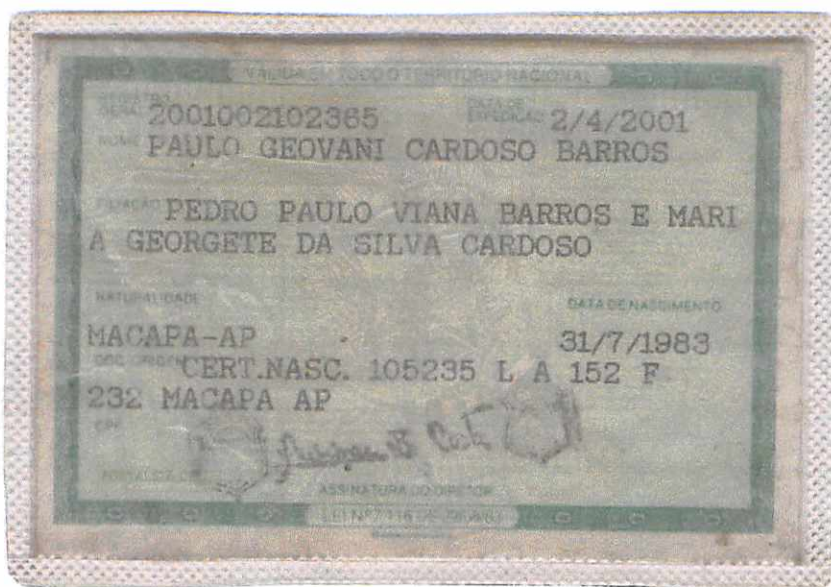
"DECLARAÇÃO DIGITADA EM 12/05/2018"

Dr. Cesar Augusto Aguiar Filho
Médico

CRM 5463

MÉDICO RESPONSÁVEL PELAS INFORMAÇÕES
CONTIDAS NO PRONTUÁRIO/RAE/NUAME/IJF

ASS PACIENTE OU RESPONSÁVEL



 **MINISTÉRIO DA FAZENDA**
Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
001.550.843-99

Nome
PAULO GEOVANI CARDOSO BARROS

Nascimento
31/07/1983

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

(85) 987740318
(8) 30356947

VENCIMENTO	20/08/2018	TOTAL A PAGAR (R\$)	68,60
COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO		HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)	
Energia	8,99	JAN	103
Transmissão	0,95	FEB	22
Distribuição	5,87	MAR	0
Cargos Setoriais	1,36	ABR	108
Tributos (ICMS PIS-COFINS) ...	0,99	MAY	83
TOTAL	17,27	JUN	59
		JUL	87
		AUG	125
		SET	75
		OCT	80
		NOV	100
		DEZ	253
		JAN	151

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg(CO₂) 11,09 Compensado kg(CO₂) 0,00 Consciência Ecológica (%CO₂) 100%

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

PARA CANCELAR SUA CONTÁBILIDADE AGUARDANDO UTILIZE SEU NÚMERO DO CLIENTE SENDO O DÍGITO VERIFICADOR.

Chame os vizinhos e amigos e entre no combate ao mosquito transmissor Da dengue, zika e chikungunya. Ministério da saúde. Gov. Federal

FATURADO TAXA MINIMA.

Consta desta fatura R\$: 0,99 referente a PIS e COFINS Alíquotas: PIS:1,04% e COFINS:4,78% (Linha 2 Kwh: 100 unidades consumidas em 10-07-02 e 10-08-02)

Estamos em Bandeira Vermelha patamar 2 em julho-18 com custo de 5,00 reais a cada 100kWh (quilowatt-hora). Informações: www.enel.gov.br

SINISTRO 3180418746 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA PAULO GEOVANI CARDOSO BARROS
COBERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO LIBIA
CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME
BENEFICIÁRIO PAULO GEOVANI CARDOSO BARROS
CPF/CNPJ: 00155084399

Posição em 04-01-2019 09:35:58

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento. O valor abaixo será creditado na conta que você indicou no formulário de autorização de pagamento. O prazo para o banco confirmar o pagamento é de até 5 dias úteis. Caso não identifique o valor em sua conta após esse período, volte a consultar o processo aqui no site.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
25/10/2018	R\$ 3.375,00	R\$ 0,00	R\$ 3.375,00