



CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

Outorgante: <u>Lilva Angelina Xavier Vieira da Silva</u>		Data Nasc:
Estado Civil: <u>solteira</u>	Profissão: <u>advogada</u>	Nacionalidade: <u>brasileira</u>
RG: <u>2009 048330</u>	CPF: <u>079.984.613-90</u>	
Endereço: <u>Av. Lidia Alves Cavalcante nº 1138</u>		
Cidade: <u>Itaitinga</u>	CEP: <u>61.880-000</u>	

OUTORGADO: CAROLINA FREITAS MOREIRA, brasileira, solteira, advogada, inscrito na OAB/CE nº 23.787, com escritório profissional na Rua Pedro Borges, nº 33, sala 516, Ed. Palácio Progresso, Centro, Cep: 60.055-10, Fortaleza-CE, fone: (85) 3055 9918.

PODERES: Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante nomeia e constitui, a outorgada sua bastante procuradora, conferindo-lhe os poderes da cláusula "ad judicium et extra", podendo agir em conjunto ou separadamente perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, bem como conferindo os poderes especiais para promover a Ação Judicial competente para o recebimento da indenização que lhe cabe, como beneficiário, em virtude de acidente de trânsito, cobertos pelo seguro DPVAT, junto a qualquer companhia de seguro conveniada a FENASEG, participante do Convenio DPVAT, podendo firmar compromissos, contratos, promover ações de seu interesse, podendo representar em qualquer juízo com poderes para promover, acordos judiciais e extrajudiciais e demais atos necessários dos interesses dos serviços contratados podendo ainda, transigir, requerer, juntar e retirar documentos, assinar livros, termos, recibos, dar ou receber quitações, fazer levantamento de valores depositados, firmar autorizações de pagamentos ou créditos de indenização de sinistro receber intimações para audiência e perícias médicas, em nome do outorgante, enfim todos os poderes necessários para o cumprimento amplo do objeto do presente mandato.

Fortaleza (CE) 26 de março de 20 19

Lilva Angelina Xavier Vieira da Silva
OUTORGANTE



CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA

DECLARAÇÃO DE POBREZA

Declaro para os devidos fins que eu,
Leila Angelica Xavier Vieira da Silva residente e
 domiciliado na Rua: Odor Alvaro Cavalcante, nº 1138,
 bairro: -, na cidade de Itaitinga, portador(a) do
 RG nº 2009048330, inscrito(a) no CPF nº 079.984.613-90,
 estou impossibilitado(a) de custear despesas judiciais sem prejuízo de meu
 próprio sustento e da família não podendo arcar com custas processuais pelo que
 declara ser pobre nos termos da lei nº 7.115 de 29 de agosto de 1983, pelo que
 assume inteira responsabilidade, requer os benefícios da Justiça Gratuita, com
 esteio na lei nº 1060/05.

Fortaleza, 26 de março de 20 19.

Leila Angelica X. Vieira da Silva
DECLARANTE



CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Pela presente, o (a)
Sr(a) Zeila Angelica Xavier Vieira da Silva Declara para os devidos fins de direito que tem total e plena consciência da propositura da AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT em seu nome, e que a demanda judicial tramitará no Estado do Ceará, mais precisamente na Comarca de Fortaleza, ressaltando, ainda, que até a presente data, não propôs nenhuma ação judicial contra qualquer seguradora do consórcio de seguro DPVAT, referente aos fatos narrados e aos documentos ora apresentados.

Outrossim, DECLARA, ainda, estar ciente de sua responsabilidade (civil e criminal) pelos fatos, informações e documentos apresentados e anexados ao processo judicial de cobrança de seguro DPVAT, principalmente em caso de falsa declaração com o fim de alterar a licitude sobre fato juridicamente relevante, exonerando a Dra. CAROLINA FREITAS MOREIRA, OAB/CE Nº 23.787, de qualquer responsabilidade civil e/ ou criminal.

Fortaleza, 26 de março 2019.

Zeila Angelica X. Vieira da Silva

DECLARANTE

TESTEMUNHAS:

1. NOME:

CPF:

ASSINATURA:

2. NOME:

CPF:

ASSINATURA:



CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Zilda Angelica Xavier Vieira da Silva brasi
leiro(a), solteira, autônomo, portador(a) de cédula
de identidade nº. 2009048330, inscrito(a) no CPF sob o
nº 079.981.013-90, DECLARO que tenho domicílio e sou
residente na Av: Zilda Alves Cavalcante, nº 1188
Bairro -, CEP: - /CE, conforme
comprovante de endereço anexo em meu nome.

Fortaleza, 26 de maio 2019.

Zilda Angelica x. Vieira da Silva

DECLARANTE

TESTEMUNHA:

1. _____

RG Nº: _____

CPF Nº: _____

2. _____

RG Nº _____

CPF Nº _____

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

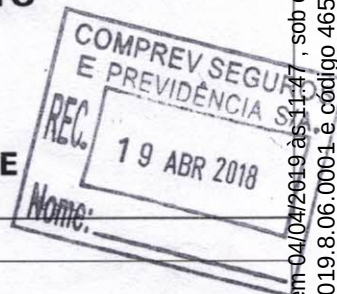
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA METROPOLITANA DE ITAITINGA

fls. 19

FLS. _____

RUBRICA

AUTORIDADE POLICIAL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 208 - 316 / 2018**Dados da Ocorrência****Natureza do Fato: LESAO CORPORAL CULPOSA - TRANSITO****Data / Hora da Comunicação: 21/03/2018 11:00:35****Data / Hora da Ocorrência: 14/01/2018 21:30:00****Endereço da Ocorrência: RUA VÍRGILIO TÁVORA****Complemento: C/ RAIMUNDO ALVES CAVALCANTE****Bairro: CENTRO****Município: ITAITINGA/CE****Ponto de Referência:****Dados da(s) Vítima(s)****Nome: LEILA ANGÉLICA XAVIER VIEIRA DA SILVA****Nascimento: 27/07/1999 CPF: 079.984.613-90****RG: 2009048330****Orgão Emissor: SSPDS****UF: CE****Filiação: MARIA XAVIER DOS SANTOS****JOSÉ EUDES VIEIRA DA SILVA****Endereço: RUA ANTONIO CAVALCANTE RANGEL, 89****Bairro: PONTA DA SERRA****Município: ITAITINGA/CE****CEP:****País: BRASIL****Telefone: (85) 98572-0906****Histórico**

Afirma a vítima que na data, horário e local supracitados seu esposo estava conduzindo a bicicleta e a declarante estava na condição de passageira na garupa da mesma; Que seu esposo FRANCISCO EDENILSON LIMA DA SILVA vinha no sentido br 116 e fez uma conversão a esquerda para entrar na Rua Raimundo Alves Cavalcante; Que um motociclista que vinha no sentido contrário colidiu na bicicleta onde estava a vítima, derrubando seu esposo e a declarante; Que seu esposo sofreu apenas algumas escoriações leves; Que a vítima sentia muitas dores no corpo depois do acidente e foi socorrida em um carro particular por uma pessoa conhecida como Junior; Que a declarante foi levada para Frotinha de Messejana (nº do prontuário 5094446) onde recebeu os primeiros atendimentos, fez exame de Raio X onde constatou que houve uma fratura de tíbia e de fíbula; Que ficou internada por aproximadamente cinco dias fazendo duas cirurgias e em seguida foi liberada para se recuperar em casa.

Afirma a testemunha FRANCISCO EDENILSON LIMA DA SILVA que é esposo da vítima e estava conduzindo a bicicleta e a vítima estava na garupa, quando ao entrar a esquerda na Rua Raimundo Alves Cavalcante um motociclista que vinha no sentido centro, colidiu na bicicleta do declarante; Que condutor da moto se evadiu do local; Que a vítima foi socorrida por Junior em seu carro particular para o Frotinha de Messejana; Que teve informação que a mesma teria sofrido algumas fraturas; Que ficou internada no referido hospital por cinco dias e fez duas cirurgias.

Afirma a testemunha LAURIANE MARINHO DE LIMA que é conhecida da vítima, estava conduzindo outra bicicleta e vinha atrás da bicicleta onde estava a vítima; Que viu quando Edenilson ao tentar fazer uma conversão a esquerda, uma motocicleta que vinha no sentido contrário colidiu na

Ass. Lauriane Ednilson Leila



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA METROPOLITANA DE ITAITINGA

fls. 20



BOLETIM DE Ocorrência N° 208 - 316 / 2018

bicicleta deles derrubando a vítima e Ednilson; Que teve conhecimento que a vítima foi socorrida para o Frotinha de Messejana e que a mesma passou por duas cirurgias;

E nada mais disse.////

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA METROPOLITANA DE ITAITINGA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

CARLA PRISCILA BARBOSA DE OLIVEIRA CARNEIRO - MAT.: 30089219

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Carla Angelica X. Carneiro da Silva

VISTO DO DELEGADO(A) :

PAULO CESAR CANEVARI CASTELAO - MAT.: 3007971x

X *F^{co} Ednilson Lima da Silva*

X *Laurence marinho de Lima*



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO HUMANA E PERÍCIAS BIOMÉTRICAS

Polegar Direito

PROIBIDO PLASTIFICAR

Leila Angelica X. Vieira da Silva

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

fls. 21

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2009048330 - 2 DATA DE EXPEDIÇÃO 13/03/2015

NOME **LEILA ANGÉLICA XAVIER VIEIRA DA SILVA**

FILIAÇÃO **JOSE EUDES VIEIRA DA SILVA**
MARIA XAVIER DOS SANTOS

NATURALIDADE **ITAÍTINGA - CE** DATA DE NASCIMENTO **27/07/1999**

DOC. ORIGEM **CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: 1 E 2 OFÍCIO TERMO: 8700 FOLHA: 1**
LIVRO: A-11 ITAÍTINGA - CE

CPF

1 VIA

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
079.984.613-90

Nome
LEILA ANGELICA XAVIER VIEIRA DA SILVA

Nascimento
27/07/1999

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE
C6D9.C866.7300.6680

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

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil

às 14:15:24 do dia 13/04/2015 (hora e data de Brasília)

dígito verificador: 00

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

REC. 19 ABR 2018

Nome: _____

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por CAROLINA FREITAS MOREIRA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 04/04/2019 às 11:47. Sob o número 0122231232019-060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pagAbrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0122231-23.2019.8.06.0001 e código 465A164.



REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

NOME DO PACIENTE LEILA ANGELICA XAVIER VIEIRA DA SILVA		DADOS PESSOAIS	
CADUS	NASCIMENTO 27/07/1999(18 ANOS)	Nº DO PRONTUÁRIO 5094446	Nº DO BE 253837
NOME MAE MARIA XAVIER DOS SANTOS	NOME RESPONSÁVEL NI	SEXO F	RACIA/COR PARDO
ENDEREÇO RUA DEOCLECIANO CALCANTE 105 VILA UNIAO	MUNICÍPIO FORTALEZA	CEP 60.422-290	UF CE
CORTADO			
OCORRÊNCIA			
LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/DADOS DO ACIDENTE			
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO			
QUEIXA EDEMA, DOR E DIFICULDADE DE MOVER O PE E		MOTIVO ACIDENTE DE MOTO	
SINTOMAS SUPRA CITADOS		ESCALA DE DOR 5 (ADULTO)	
SINAIS VITAIS			
PESO NI KG	PRESSÃO ARTERIAL NI/NI	SAT O2 NI%	PULSO NI
TEMPERATURA NI °C	ALERGIAS NEGA	GLICEMIA NI	
CLASSIFICAÇÃO VERDE	RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO MARIA GORETH FEIJO ARAUJO MAXIMO	DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO 15/01/2018 00:24	
ÁREA DE ATENDIMENTO			
02 - EMERGENCIA TRAUMATOLOGICA			
ATENDIMENTO MÉDICO			
<i>lta anclite tenesmo e se tenesmo</i>			
DIAGNÓSTICO		COD. PROCEDIMENTO	CID
SADT SOLICITADO: () HC () SU () US ABDOMINAL () TC CRANIO () RAI-O-X		<i>tenesmo</i> () OUTROS	
PRESCRIÇÃO MÉDICA			
MEDICAMENTO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÕES	
<i>At = fx. profunda fibra distal</i>		<i>Dr. João Mamea</i>	
<i>Saludo curvado de 303030</i>		<i>Ortopedia e Traumatologia</i>	
TIPO DE ALTA/SAÍDA			
ALTA/SAÍDA: () DECISÃO MÉDICA () A PEDIDO () EVASÃO () TRANSFERÊNCIA () INTERNAÇÃO ÓBITO: () ATÉ 48 HORAS () APÓS 48 HORAS			
DESTINO DO CORPO: () FAMÍLIA () IML () ANAT. PATOL			
DATA E HORA DO ATENDIMENTO		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA	

Impresso por MARIA GORETH FEIJO ARAUJO MAXIMO em 15/01/2018 00:24:57

Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 2º Penal.

CONFERE COM ORIGINAL

21/03/18

[Assinatura]

Dr. João Mamea
Ortopedia e Traumatologia

RECEBEMOS
18/01/2018

leila angelica xavier vieira da silva

04.835.197/0012-95

HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON
BARROS DE OLIVEIRA

Av. Jornalista Tormaz Coelho, 1578
Messejana - CEP: 60.864-810

Fortaleza

Ceará



Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por CAROLINA FREITAS MOREIRA e Protocolado em 04/04/2019 às 11:47, sob o número 0122231-23.2019.8.06.0001 e código 465A164. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0122231-23.2019.8.06.0001 e código 465A164.

	SUS Ministério da Saúde	Sistema Único de Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
---	---	------------------------------	--

Identificação do Estabelecimento de saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	4 - CNES

Identificação do Paciente

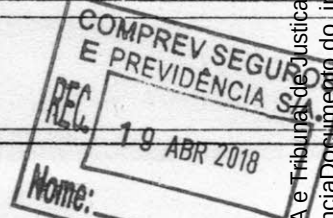
5 - NOME DO PACIENTE LEILA ANGELO XAVIER	6 - Nº FRONTEIRO 5094446
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	8 - DATA DO NASCIMENTO 27/07/1999
9 - SEXO Masculino ☐ Feminino ☒	10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL Maria Xavier dos Santos
11 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) Rua Dedeciano Cavalcante, 105 - Vila União	12 - DDD - 11 - TELEFONE (DE CONTATO) 85 0106 3127
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Fortaleza	14 - COD. IBGE MUNIC
15 - UF	16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
*Paralisação súbita e audível de
transmissão, sopro torácico
contuso n.e.*

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
Anura

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)
RX



20 - DIAGNÓSTICO INICIAL Fx FELHADA TIBIA ESQ	21 - CID 10 PRINCIPAL	22 - CID 10 SECUNDÁRIO	23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
---	-----------------------	------------------------	-------------------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO Osteossíntese fx Tibia ESQ	25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
26 - CLÍNICA	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO
28 - DOCUMENTO	29 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	31 - DATA DA SOLICITAÇÃO
32 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	33 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

34 - ACIDENTE DE TRÁNSITO	37 - Nº BILHETE	38 - SÉRIE
35 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO	39 - CNPJ DA SEGURADORA	40 - CNPJ DA EMPRESA
36 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO	41 - CNPJ DA EMPRESA	42 - CNPJ DA EMPRESA

43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

☐ EMPREGADO
 ☐ EMPREGADOR
 ☐ AUTÔNOMO
 ☐ DESEMPREGADO
 ☐ APOSENTADO
 ☐ NÃO SEGURADO

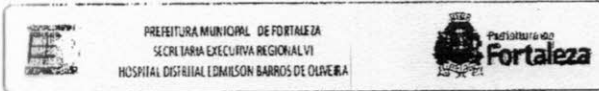
AUTORIZAÇÃO

44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR	49 - Nº AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR Lexi 0408050608 5821
45 - DOCUMENTO	46 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO
47 - Nº DO DOCUMENTO	48 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

**HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON
BARROS DE OLIVEIRA**

Av. Jornalista Tornaz Coelho, 1578
Mossoró - CEP: 60.864-810

Gráf. HDEBO-SAME-AIH-0



REGISTRO EMERGÊNCIA

MATRÍCULA NO HOSPITAL

PACIENTE **LEILA ANGELO XAVIER DA SILVA**

DATA OPERAÇÃO **19/01/18**

ENFERMARIA:

LEITO

A. Galtans.

1º AUXILIAR

D. Fátima

2º AUXILIAR

Dr. Jones

3º AUXILIAR:

INSTRUMENTADOR

ANESTESISTA

Dr. Newton

TIPO DE ANESTESIA

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO

Felipe de Almeida e

TIPO DE OPERAÇÃO

Ovariotomia / Uterus ligamentos

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO:

O. ceto

RELATÓRIO IMEDIATO PATOLOGISTA:

EXAME RADIOLÓGICO NO ATO:

ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO:

CONFERE COM ORIGINAL
21/03/18
Socorro

04.835.197/0012-05

HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON
BARROS DE OLIVEIRA

Av. Jornalista Tormaz Coelho, 151
Massaroca - CEP: 60.864-810

Fortaleza

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO - TÁTICO E TÉCN. LIGADURAS DRENAGEM - SUTURA - MATERIAL EMPREGADO - ASPECTOS VISCERAIS

- ① Incisão em linha média
- ② Incisão em linha média
- ③ Incisão em linha média
- ④ Incisão em linha média
- ⑤ Incisão em linha média
- ⑥ Incisão em linha média
- ⑦ Incisão em linha média
- ⑧ Incisão em linha média
- ⑨ Incisão em linha média
- ⑩ Incisão em linha média

Dr. Felipe de Almeida
CRM 8193

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA
Grat. FIDEJOS SAMSA
REC. 19 ABR 2018
Nome:



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA EXECUTIVA REGIONAL VI
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA



Prefeitura de
Fortaleza

RELATÓRIO DE ALTA

PACIENTE:

Leila Xavier

PRONTUÁRIO:

UNIDADE:

ENFERMARIA

LEITO:

INÍCIO DO TRATAMENTO:

DATA DA ALTA

DATA DO RETORNO

MÉDICO(A) PARA RETORNO

RESUMO DA HISTÓRIA CLÍNICA

7:00h

Fract. de fíbula distal

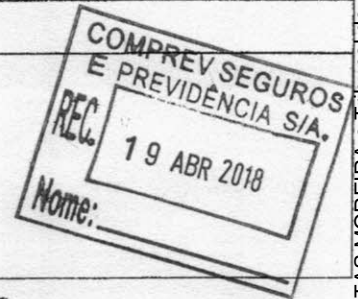
DIAGNÓSTICOS

PRINCIPAL:

ACESSÓRIO 1:

ACESSÓRIO 2:

EXAMES ESPECIAIS REALIZADOS:



TRATAMENTO CLÍNICO OU CIRÚRGICO REALIZADO

TERAPÊUTICA APÓS A ALTA

*Muleta
curativo diário*

CONDIÇÕES DA ALTA:

☐

CURADO

☒

MELHORADO

☐

PIORADO

☐

MORTOS

☐

OUTROS

OUTRAS RECOMENDAÇÕES

DATA:

20.01.2018

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO



RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA - SECRETARIA EXECUTIVA REGIONAL VI
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA
Av. Presidente Costa e Silva, 1578 - Bairro Messejana - CEP 60.864-810
Fone: (85) 3105.1560 - CNPJ: 07.835.044/0004-23

Paciente: Leite Angelica X. V. de Silva
Endereço: Reocleiana Caramelo
Bairro: _____ Fone: _____
Prescrição: _____

* Ciprofloxacino 500 - 1x
Tomar 1x
12/12h

Alginato 1000 - 1x
Tomar 1x
12/12h

20/1/18

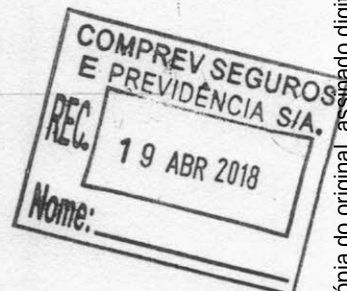
Dr. Antônio José A. de Castro
Ortopedista
Cirurgião de Coluna Vertebral
CRM-CE 8941 DEO 11423

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome Completo: _____
Identificação: _____
Orgão Emissor: _____
Cidade: _____ UF: _____
Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FARMACÊUTICO

Assinatura do Farmacêutico _____
Data _____



Nº DO CLIENTE
3550117

Para agilizar seu atendimento, utilize o QR Code sempre que entrar em contato conosco.

A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei Nº 10.438 de 26 de abril de 2002
Companhia Energética do Ceará
Rua Pedro Valdeirino 150
CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07.042.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

enel

fls. 27

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº **563878539**

Rota **19.20084 02 035800 - 3** Data de Emissão **25/02/2019**

Nome **MARIA XAVIER DOS SANTOS**

End. Postal **AV LIDIA ALVES CAVALCANTE 01138**

PQ STO ANTONIO - ITAITINGA - 61880000

Medidor **23518684**

Posto **0000 A54N**

Classe **B1 - 01-RESIDENCIAL 01-NORMAL MONOFASICO**

RG / CPF / CNPJ **799874003-53**

CGF

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência: **Fev/2019**
Data da Apresentação: **25/02/2019**
Previsão Próxima Leitura: **28/03/2019**

ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a geração de consumo desta conta.
Conjunto: **Dez/2018**
Mês: **DICRI= 0,00 P**
Valor: **R\$ 39,26**

ICMS

Base de Cálculo (R\$) **124,78**
Alíquota **27,00%**
Valor do Imposto **33,69**

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC	5,31	10,62	21,25	0,00	0,44	9,58
FIC	3,23	6,47	12,95	0,00	1,00	4,00
DMIC	0,03			0,44		

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

B5C6.5B31.0F9A.1885.5A5F.46F7.C4F5.6D99

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. Fat.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FP 13456	13286	1,00	170	0,00	170	0,73401	124,78
25/02/19	28/01/19		28 DIAS		170		124,78

DESCRIÇÃO

VALOR CONSUMO DO MES

VALOR (R\$)
124,78

MULTA MORATORIA REF 01/2019

2,80

ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL

18,88

VENCIMENTO

06/03/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

146,46

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	45,77
Transmissão	4,88
Distribuição	26,00
Encargos Setoriais	6,99
Tributos (ICMS, PIS, COFINS) ...	41,06
TOTAL	124,78

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

151	170	193	104	195	179	118	131	130	143	131	126	135
MED	Fev	Jan	Dez	Nov	Out	Set	Ago	Jul	Jun	Ma	Abr	Mar

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO ₂)	Compensado kg (CO ₂)	Consciência Ecológica (% CO ₂)
66,37	0,00	0%

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

CONTAS EM ATRASO

Prezado Cliente,

NOTIFICAÇÃO DE SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ENERGIA ELÉTRICA

Prezado Cliente, consta(m) em nossos controles conta(s) em atraso. Segue o detalhamento do Debito. O não pagamento da dívida implica na possibilidade de suspensão do fornecimento da energia em 15 dias após a entrega desta, conforme previsto na Res. ANEEL 414/10 Arts. 172 e/c 173, bem como o envio das informações aos ÓRGÃOS DE PROTEÇÃO AO CRÉDITO E CARTÓRIO DE PROTEÇÃO. Caso já tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar o aviso.

DEBITOS ANTERIORES

Mês/Ano	Valor R\$
01/2019	161,44
Total	161,44

Consta desta fatura R\$ 7,37 referente a PIS e COFINS. Alíquotas: PIS: 3,98% e COFINS: 4,93% (Art. 9 Res. 100/09 - ANEEL, e/ou n. 10.177/02 e 10.837/03).

Bandeira verde em fev/19, sem acréscimo no valor da energia a ser repassado para o consumidor. Informações: www.aneel.gov.br

Nº do Cliente: **3550117**

Data de Emissão: **25/02/2019**

Nº da Nota Fiscal: **563878539**

Referência: **Fev/2019**

Total a pagar (R\$): **146,46**

Nº de Controle: **0003550117 00129 39572 46**

83850000001-6 46460031000-7 00035501170-0 01293957224-2



SINISTRO 3180210112 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA LEILA ANGELICA XAVIER VIEIRA DA SILVA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE

INDENIZAÇÃO Comprev Previdência S/A-Filial Fortaleza-CE

BENEFICIÁRIO LEILA ANGELICA XAVIER VIEIRA DA SILVA

CPF/CNPJ: 07998461390

Posição em 26-03-2019 14:48:03

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
20/06/2018	R\$ 2.531,25	R\$ 0,00	R\$ 2.531,25