

PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA**OUTORGANTE:**

Nome: FRANCISCO ANTONIO DA SILVA		Nacionalidade: BRASILEIRO	
Estado Civil: CASADO	Profissão: COZINHEIRO	Carteira de Identidade: 5554995445	
CPF nº: 069.774.777-84	Residência: ET DO MACAPA CS 04 QUADRA 07		
Bairro: SITIO LUCAS	Cidade: BEBERIBE	Estado: CEARA	CEP: 62840-000

por este instrumento nomeio e constituo meu bastante procurador **RODOLFO BENTO DA ROCHA**, brasileiro, solteiro, advogado, RG 2024114 SSP/PI, CPF 013.970.053-60, devidamente inscrito na OAB/CE sob o nº 23.237 e **FABRIZIO NEGREIROS DE AZEVEDO**, brasileiro, solteiro, advogado, portador do RG de nº 97028055953 SSP/CE e CPF nº 010.324.993-11, devidamente inscrito na OAB/CE sob o nº 35.011, ambos com escritório profissional no seguinte endereço: Av. Santos Dumont, 1740 – Loja 01 – Aldeota - Fortaleza/Ceará - CEP 60.150-160, onde recebe intimações, a quem concede poderes com cláusula **AD JUDICIA** e **EXTRA JUDICIA** para o foro em geral, conforme estabelecido no Art. 38 do Código de Processo Civil pátrio acompanhando-as e especialmente para onde esta se apresentar para defender os direitos do outorgante em qualquer ação em que o este seja autor ou réu, ou reclamar, defender direitos, podendo interpor todos os recursos permitidos, até final sentença, fazer e assinar requerimentos, apresentar documentos e testemunhas, produzir provas e justificações, transigir, desistir, firmar compromissos, acordo, renunciar direitos, **receber e dar quitação**, passar recibos, representar a outorgante em instituições públicas e privadas, bem como repartições públicas, seja Federal, Estadual ou Municipal, autarquias e fundações, podendo, ainda representar o outorgante em licitações, adjudicar bens, assinar contratos, homologar acordos, e tudo o mais, inclusive substabelecer a presente procuração com ou sem reservas de poderes, dando tudo por bom, firme e valioso.

Fortaleza - CE, 22/03/17

Francisco Antonio da Silva

OUTORGANTE

Obs:

DECLARAÇÃO

Nome: FRANCISCO ANTONIO DA SILVA		Nacionalidade: BRASILEIRO	
Estado Civil: CASADO	Profissão: COZINHEIRO	Carteira de Identidade: 5554995445	
CPF nº: 069.774.777-84	Residência: ET DO MACAPA CS 04 QUADRA 07		
Bairro: SITIO LUCAS	Cidade: BEBERIBE	Estado: CEARA	CEP: 62840-000

em conformidade com o Art. 4º da Lei 1.060 de 05/02/1950 e o Art. 5º, LXXIV da Constituição Federal, **DECLARO SER POBRE DA FORMA DA LEI**, não podendo arcar com taxas, emolumentos, depósitos judiciais, custas, honorários advocatícios ou outras cobranças de qualquer tipo ou natureza sem prejuízo de meu sustento e de minha família.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

Fortaleza / CE, 22 de 03 de 17.

Francisco Antonio da Silva

**REGULAR
DPVAT****Imprimir****SINISTRO / ACIDENTE****DADOS DO PROCESSO**

Nº Processo: 2016/315102539

Nº do Sinistro: 3160198128

Natureza: INVALIDEZ

Situação: PROCESSO NEGADO

DADOS DO ACIDENTEData
Acidente: 4/12/2015

Data do Cadastro: 15/3/2016

DADOS DA VÍTIMA

Nome: FRANCISCO ANTONIO DA SILVA

CPF: 069.774.777-84

DADOS DO ANGARIADOR

Nome: JOSE MAURICIO FERREIRA DA SILVA

ANDAMENTOS

DATA	DESCRIÇÃO	USUÁRIO
22/4/2016	PENDÊNCIA: COMPROVAÇÃO DE ATO DECLARATÓRIO: DOCUMENTAÇÃO EMITIDA NA DATA DO SINISTRO CITANDO ACIDENTE DE TRÂNSITO COMO, BOLETIM DO PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO OU REGISTRO DE ATENDIMENTO DO SAMU, AMC, CORPO DE BOMBEIROS, POLÍCIA CIVIL OU MILITAR. OBS.: DOCUMENTO HOSPITALAR ENVIADO ESTÁ SEM CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO E OUTRO ESTÁ COM OS REFERIDOS DADOS ILEGÍVEIS.	DANIELLE DA SILVA COSTA
27/6/2016	DOCUMENTAÇÃO RECEBIDA E ENCAMINHADA A SEGURADORA LÍDER.	DANIELLE DA SILVA COSTA
28/9/2016	PROCESSO NEGADO JUNTO A SEGURADORA LÍDER. SEGUNDO A DOCUMENTAÇÃO MÉDICA VÁLIDA DISPONÍVEL NÃO HÁ LESÕES E/OU SEQUELAS PERMANENTES INDENIZÁVEIS NOS MOLDES PREVISTOS PELA LEGISLAÇÃO VIGENTE.	DANIELLE DA SILVA COSTA



**GOVERNO DO ESTADO DO CEARA
SECRETARIA DA SEGURANCA PUBLICA E DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE BEBERIBE**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 426 - 410 / 2016

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **23/02/2016 10:01:32**
Data / Hora da Ocorrência : **04/12/2015 20:00:00**
Endereço da Ocorrência: **LGO MACAPA**



01/03/2016

[Handwritten signature]

CENTRO BEBERIBE /CE

Ponto de Referência: **PROX A IGREJA MANANCIAL**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **FRANCISCO ANTONIO DA SILVA**
Nascimento : **27/11/1971**
RG: **100169853** Órgão Emissor: **SSP UF: CE - CPF:**
Filiação: **JOSE BATISTA DA SILVA**
MARIA DA CONCEIÇÃO DA SILVA
Endereço: **R MACAPA QUADRA 4**
SITIO LUCAS
BEBERIBE CE BRASIL

Telefone: **8591753610**

Histórico

Disse que no dia 04.12.2015 por volta das 20h00min o registrante transitava na localidade de Macapá nas proximidades da igreja Manancial de Cristo em uma moto HONDA NXR 150 BROS ESD DO ANO DE 2012/2013 DE COR VERMELHA DE PLACAS ORY2229 DE CHASSI 9C2KD0540DR105653 de propriedade de FRANCISCO ANTONIO DA SILVA e sendo este que pilotava tal moto, quando uma pessoa em alta velocidade colidiu com o registrante do lado direito da moto mencionada, ficando o mesmo estendido ao solo com varias lesões e quatro fraturas na perna direita ; QUE em decorrência do acidente o registrante continua até os dias atuais andando apoiado com moletas devido estar com parafusos e placas na referida perna; QUE foi socorrido pelo próprio causador do acidente para o hospital local e depois transferido para um outro na cidade de Fortaleza (não apresenta declaração do SAMU), este presente B.O segue assinado por duas testemunhas.E nada mais registrou.

OBS.: - FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO NO ART. 340 DO CPB;

Testemunha I

MANUEL CELIO GOMES DA COSTA, filho de Manuel Antonio da Costa e Luisa Gomes da Costa, nascido em 08.11.1968 em Beberibe-CE, portador do RG 275739910 reside em Rua Rizalva Teixeira Peixoto, Sítio Lucas, Beberibe-CE, telefone 85 86455851.

[Handwritten signature of Manuel Celio Gomes da Costa]

Testemunha II

MARCOS DOMINGOS TEIXEIRA, filho de Antonio Alves Teixeira e Maria Leonor Domingos, nascido em 03.07.1983 em Itapipoca-CE, portador do RG 2004002161625 reside na localidade de Macapá, Beberibe-CE, telefone 85 911638250

[Handwritten signature of Marcos Domingos Teixeira]



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE BEBERIBE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 426 - 410 / 2016

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE BEBERIBE

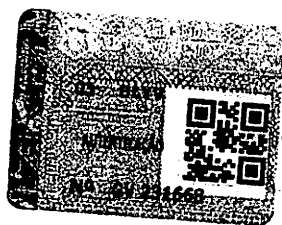
RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : _____

"ESCRIVÃO AD HOC"

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO : FABRIZIO DE AZEVEDO

VISTO DO DELEGADO(A) : _____

ROSA DE FATIMA BARBOSA DE OLIVEIRA - MAT.: 404537-1-7



01/03/2016

[Handwritten signature]



**HOSPITAL MUNICIPAL
MONSENHOR DOURADO**

mato

FICHA DE ATENDIMENTO

DATA: 02/12/15 HORA: 21:22

Nome: <u>FRANCISCO ANTONIO DA SILVA</u>					
Pai: <u>JOSE BATISTA DA SILVA</u>					
Mãe: <u>MARIA DA CONCEIÇÃO DA SILVA</u>					
Endereço: <u>R. ZUMBI</u>					
RG: <u>100169853</u>	Data do Nasc. <u>27/11/77</u>	Sexo <u>M</u>	Peso	Temperatura	Pressão Arterial
CPF:			Cartão SUS		
Naturalidade: <u>NOVA RISSA</u>			Procedência: <u>MACAÏ</u>		

Análise e Exame Físico

*Edição moto-moto há pouco.
Recebe dor em MID.
Ao exame: alguns lóbulos pulmonares
MID.*

HD Fx MID (PC).

① Diplopia - OPA, TABP, E, 12.

② I & F.

Ortig.

21:45

12/12

Diagnóstico

Conduta		Checagem	
Evolução 25:15. Entre em contato com a central de lito- que informa que não há vaga p/ receber o paciente. A orientação é o paciente esperar a vaga em domicílio. Oriento paciente a não fazer esforço de torse- zelo (não pisar no chão). Como surge a va- ga, venha realizar Raio X de tornozelo ana- mã de manhã.		Internação () Alta () Óbito () Transferência ()	

Dr. Khales

3.34

fls. 14

SUS Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE							
Nome do Estabelecimento Solicitante ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE MÉDICA DE PAJUÇARA				CNES 2372150			
Nome do Estabelecimento Executante ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE MÉDICA DE PAJUÇARA				CNES 2372150			
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE							
Nome do Paciente FRANCISCO ANTONIO DA SILVA		Cartão Gestante		Aptidão			
Nº Prontuário 444453683		Data de Nascimento 27/11/1971		Sexo Masc. ☒ 1 Fem. ☐ 2			
Cartão Nacional de Saúde (CNS) 702408515127021		Raca / Cor PARDA		Etnia			
Nome da Mãe MARIA DA CONCEICAO DA SILVA		DDD 85		Telefone de Contato 985280574			
Nome do Responsável		DDD		Telefone de Contato			
Município de Nascimento MARACANAÚ		UF CE		Nacionalidade BRASILEIRA			
Endereço Residencial (Rua, Av., Complemento) VALTER PIMENTA LIRA		Município de Residência MARANGUAPE		Código IBGE do Município 230770			
Nº 38		Bairro PARQUE SANTA FE		UF CE			
CEP 61940370		Ponto de Referência		Documento ☐ CPF ☐ RR ☐ R Civil ☐ PIRAPREP ☐ Inscrição			
DIRETOR CLÍNICO DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE							
Nome do Diretor Clínico do Estab. Executante DIONISIO BROXADO LAPA FILHO		Nº Cons. Classe 2257		CPF 13285246472			
Ass. e Carimbo do Diretor Clínico							
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO							
Principais Sinais e Sintomas Clínicos <i>Relatou com queixa de dor de</i> <i>intermiçãode em tornagto linco</i>							
Condições que Justificam a Internação <i>Necessidade de cirurgia.</i>							
Principais Resultados das Provas Diagnósticas (Resultados de Exames Realizados) <i>Ex + exames finais</i>							
Diagnóstico Inicial <i>trauma de tornagto</i>		CID 10 Principal		CID 10 Secundário			
CID 10 Causas Associadas		Nº Notific. Compulsor.		PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>ligamento após</i> <i>trauma de tornagto</i>			
Descrição do Procedimento Solicitado <i>trauma de tornagto</i>		Código do Procedimento Solicitado		Código do Procedimento Solicitado			
Código do Caráter de Internação ☒ 2 ☐ 3 Urgente ☐ Eletivo		Clínica TRAUMATOLOGIA		Leto Complementar A-ENF 02-04			
Equipamentos Requeridos para Internação							
PROFISSIONAL SOLICITANTE							
Nome do Profissional Solicitante DIONISIO BROXADO LAPA FILHO							
Documento ☐ CPF ☐ CNS		Nº Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente		Nº do Conselho da Classe			
Data da Solicitação 27/12/2015		Assinatura e Carimbo do Profis. Solicitante/Nº do Conselho de Classe		Data Desnada para Internação 27/12/2015			
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)							
☐ AC DE TRÂNSITO		GNPJ da Seguradora		Número do Bilhete			
☐ ACID. TRAB/TÍPICO		CNPJ da Empresa		Série			
☐ AC TRAB./TRAJETO		CNAE da Empresa		CROR			
Vínculo com a Previdência ☒ Empregado ☐ Empregador ☐ Autônomo ☐ Desempregado ☐ Aposentado ☐ Não Segurado							
Nome do Profissional Autorizador DIONISIO BROXADO LAPA FILHO							
Documento ☒ CPF ☐ CNS		Nº do CNS/CPF Profis. Autorizador 13285246472					
Data da Autorização 11		Código do Órgão Emissor					
Nº Registro Cons. de Classe 2257		Ass. do Autorizador/Carimbo					

COMISSÃO REVISORA DE PRONTUÁRIO
CONFERE COM O ORIGINAL
ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE MÉDICA DE PAJUÇARA-ABEMP
Rua João Conrado, Nº 363-Pajuçara
CEP: 61.941-330
(Espaço Reservado para Colar Etiqueta com Dados da Autorização)
MARACANAÚ-CE 14/02/2016

ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE MÉDICA DE PAJUÇARA

FICHA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

ANAMINESE DO PACIENTE

DADOS DO PACIENTE

Paciente: FRANCISCO ANTONIO DA SILVA Registro: 249151
 Idade: 44 anos 1 mês CNS: 702408515127021
 Nome da Mãe: MARIA DA CONCEICAO DA SILVA Pai: JOSE BATISTA DA SILVA
 Endereço: RUA VALTER PIMENTA LIRA, 38 PARQUE SANTA FE - MARANGUAPE
 RG: Órgão Exp: Expedição: CPF:
 Certidão Nascimento/Casamento: - Livro: Folha: Nº: Data:
 Celular: Telefone: 85985280574 CNS: 702408515127021

DADOS DA INTERNAÇÃO

Data Internação: 27/dez/15 Hora: 17:56:27
 Médico: CRM: Especialidade: TRAUMATOLOGIA
 Convênio: SUS Categoria: SUS Matrícula: 702408515127021
 Quarto/Leito: A-ENF 02 - 04 Unidade: UNIDADE A
 Forma de Chegada: Procedência: Situação:

RESUMO DE TRATAMENTO

RESUMO DA HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO:

Opus de 28/11/15

DIAGNÓSTICO PROVÁVEL:

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

*- fratura primária
- Reparo Direto*

CONDIÇÕES DE ALTA

() CURADO () A PEDIDO () MELHORADO () INALTERADO
 () TRANSFERIDO
 () OUTRA

DATA DA ALTA ___/___/___

HORA DA ALTA ___:___

MARACANAÚ, ___/___/___

CARIMBO, ASSINATURA E CRM DO MÉDICO

COMISSÃO REVISORA DE PRONTUÁRIO
 CONFERE COM O ORIGINAL
 ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE MÉDICA DE PAJUÇARA-ABEMP
 Rua João Conrado, Nº 363-Pajuçara
 CEP: 61.941-330
 COORDENAÇÃO
 MARACANAÚ-CE 1170217616

RESUMO DO ATO CIRÚRGICO - (OCORRÊNCIAS PRINCIPAIS)

- 1) Derrubado da D^a oper
- 2) Derrubado anestesista
- 3) Anestesia Antropi-
- 4) Anestesia Le Canga
- 5) Injeção de D^a no local do tumor e abertura da pele para a
- 6) Redução e fixação da fratura
- 7) Pôr de controle
- 8) Reparo da ferida
- 9) fechamento da ferida
- 10) curativo

Data 28/12/15

Cirurgião	1º Auxiliar
Assinatura e Carimbo do Cirurgião	Assinatura e Carimbo
2º Auxiliar	3º Auxiliar
Assinatura e Carimbo	Assinatura e Carimbo

ANESTESIA - (OCORRÊNCIAS PRINCIPAIS)

Operação com 15mg de Bupivacaína

Data

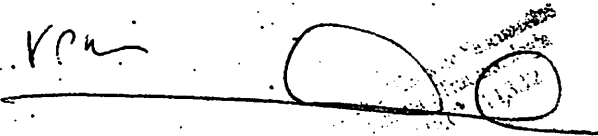
Assinatura e Carimbo do Anestesiista

Relatar as causas que justifiquem a longa duração da operação da anestesia e um maior consumo de material e medicamento

COMISSÃO REVISORA DE PRONTUÁRIO
CONFERE COM O ORIGINAL
ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE MÉDICA DE PAULICARA-ABEMP
Rua João Conrado, Nº 363 - Paulicara
CEP: 61.941-330
COORDENADOR
L. MARACANHÃO
12/12/15



Convênios: SIM/SUS - INAMPS
Rua João Conrado, 363 - Pajuçara - Maracaneú - C
Fone/Fax: (85) 3215.3120 - Fone: (85) 3215.3133

NOME DO PACIENTE	ENF. OU APTO.	LEITO	PRONTUÁRIO
Ferreira Antonio de Silva			
DATA E HORA	EVOLUÇÃO DIÁRIA - ASSINATURA - CARIMBO		
28/12/15	Pré via o c.c. para também cirurgico de fratura de fêmur + reparo ligamentar. em repa 		

COMISSÃO REVISORA DE PRONTUÁRIO
CONFERE COM O ORIGINAL
ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE MÉDICA DE PAJUÇARA-ABEMP
Rua João Conrado, Nº 363 - Pajuçara
CEP: 61.941-330
MARACANAUCE 11/02/2016

HOSPITAL MUNICIPAL MONSENHOR DOURADO
FICHA DE REFERÊNCIA

URGENTE

Unidade de Origem: Hm - D

Distrito Sanitário: Seide

Obs.: 1 - Preencha esta ficha em 3 vias

2- Ao terminar a consulta ou tratamento, entregar 2 vias ao usuário, orientando-o para retornar com a 1ª via a unidade de origem.

Nome: Francisco Antonio da Silva

Documentos: RG ☒ CPF: ☐ Certidão de Nascimento ☐ Nenhum ☐ N° 100169853

Filiação: Pai: José Batista da Silva Mãe: Mãe da Conceição da Silva

Sexo: M ☒ F ☐ Data de Nascimento: 27/11/1971 Ocupação:

Endereço: MACAPA RUA 07 CASA 04

Obs.: No caso do paciente ser menor, informar o n° do documento do responsável

Motivo do encaminhamento: história de colica moto-moto há cerca de 10 minutos. Repetida em p.d.

Resultado de Exames: ao exame: deformidade MID região distal. NAS dos pontos de radiografia

Conduta já realizada: - Analgesia

Impressão diagnóstica: - Fratura MID(?)

Assinatura do encaminhante - N° do Registro

Função

Data

Hora

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: Ambulatorial ☐ Hospitalar ☐ Auxílio Diagnóstico ☐

Procedimento: Analgesia Profissional: Ortopedico

Unidade de Referência: Data: / / Hora:

FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA (*)

Unidade de referência:

Município: Prontuário N° Alta: / /

Resumo Clínico/Cirúrgico

Resultado do Exame:

Diagnóstico: Principal: CID:

Secundário 1: CID:

Secundário 2: CID:

Proposta de conduta para seguimento

O problema justificou a referência? Sim ☐ Não ☐ O Motivo da referência coincide com o diagnóstico? Sim ☐ Não ☐

Assinatura do consultante - N° do Registro

Função

Data

UTILIZAR TAMBÉM COMO RESUMC DE ALTA

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por FABRIZIO NEGREIROS DE AZEVEDO e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 23/05/2017 às 11:19, sob o número 0136844-19.2017.8.06.0001 e código 2BA3E92. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0136844-19.2017.8.06.0001 e código 2BA3E92.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
FRANCISCO ANTONIO DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR UF
100169853 SESP RJ

CPF
069.774.777-84

DATA NASCIMENTO
27/11/1971

RELACÃO
JOSE BATISTA DA SILVA
MARIA DA CONCEICAO DA SILVA

PERMISSÃO
ACC
CALHAS
AB

Nº REGISTRO
05554995445

VALIDADE
12/09/2018

1ª HABILITAÇÃO
31/07/2012

OBSERVAÇÕES
A
EXERCE ATIV REMUNERADA;

ASSINATURA DO PORTADOR
FRANCISCO ANTONIO DA SILVA

LOCAL
RUSSAS, CE

DATA EMISSÃO
11/03/2014

ASSINATURA DO EMISSOR
72516005130
CE137658206

DETRAN - CE (Ceará)

VÁLIDA EM TODOS O TERRITÓRIO NACIONAL
903789985

PROIBIDO PLASTIFICAR
903789985

Nº DO CLIENTE

6431890-7

coelce

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA - GRUPO B1 - SÉRIE B - TITINE 41115924

03 20010 11 303094 - 4 Data de Emissão 04/12/2015

MARIA DO SOCORRO DO NASCIMENTO DA SILVA

ET DO MACAPA 00000 CS 04 QUADRA 07

SITIO LUCAS - BEBERIBE - 62840000

2030136

Poste 0000 0000

01-RF SIDENCIAL MONOFASICO BAIXA RENDA

018621047-78

CGF 0,00

Responsável

DATAS

Mês de Referência	Data de Apresentação	Previsão Próxima Leitura
Dez/2015	04/12/2015	06/01/2016

ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Conjunto BEBERIBE Out/2015 EUSD 10,60

ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Padrão Individual

ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Atualização Individual

ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Atualização Individual

ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

VENCIMENTO 11/12/2015

TOTAL A PAGAR (R\$) 28,11

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	12,47
Transmissão	0,26
Distribuição	4,86
Encargos Setoriais	0,69
Tributos (ICMS PIS/COFINS)	1,00
TOTAL	19,36

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

MED	Dez	Nov	Out	Set	Ago	Jul	Jun	Ma	Abr	Mar	Fev	Jan
105	79	77	88	85	100	95	91	96	126	123	203	0

CONSUMO CONSOLIDADO E EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Emissão de CO ₂	34,14
Consumo de Energia	0,00

informações importantes e avisos de vencimento

DIAS EM ATRASO

Prezado Cliente, avisamos que em nossos controles conta(s) em atraso. Seque o cancelamento do Débito. O não pagamento de 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 173.

DEBITOS ANTERIORES

Mês Ant	11/2015	Valor R\$	29,11
---------	---------	-----------	-------

Total 29,11

Consta desta fat. a cobrança referente a PIS e COFINS.

Imposto de Renda sobre Lucros e Dividendos (IRLUD) - 10,63% e 10,63% (02)