

PROCURAÇÃO AD JUDÍCIA**OUTORGANTE:**

Nome: Raimundo Arnaldo Carlos da Silva		Nacionalidade: Brasileiro	
Estado Civil: Solteiro	Profissão: Fotógrafo	Carteira de Identidade: 3750360 MTPS-CE	
CPF nº: 410.896.343-15	Residência: Rua Edison Carlos nº 50 CS A		
Bairro: Coqueiral	Cidade: Maracanaú	Estado: Ceará	CEP: 61.902-192

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

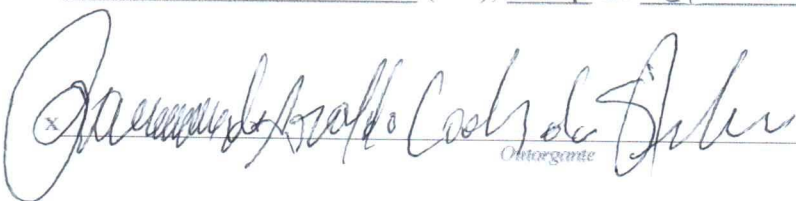
E-mail: KAIRO_AKRS@YAHOO.COM.BR

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 Fevereiro de 2020.

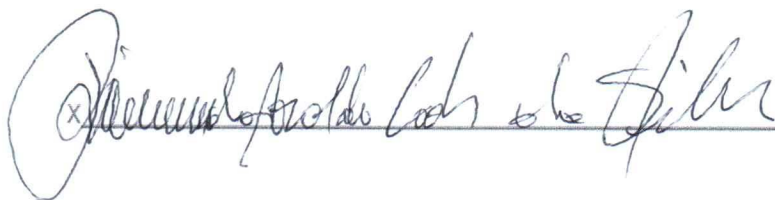

 Outorgante

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu, Raimundo Azeite Carlos da Silva, brasileiro(a),
Solteiro, Motorista, portador(a) da Carteira de Identidade/RG nº
3750360, inscrito(a) no CPF/MF sob o nº 410.896.343-15 residente e
domiciliado(a) na Rua Elson Carlos, nº 50,
CSA, Bairro: Coqueiral, Cep nº 61.902-192,
Itacaramú -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.

Itacaramú (CE), 04 de Fevereiro de 2020





BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 203 - 492 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTES - OUTROS**
Data / Hora da Comunicação: **06/06/2019 16:55:01**
Data / Hora da Ocorrência: **17/05/2019 07:30:00**
Endereço da Ocorrência: **RODOVIA CE 60**
Complemento:
Bairro: Município: **GUAÍUBA/CE**
Ponto de Referência:

Noticiante(s)

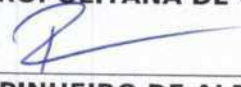
Nome: **RAIMUNDO AROLD CARLOS DA SILVA**
Nascimento: **06/04/1960** CPF: **410.896.343-15**
RG: **91002206645** Orgão Emissor: **SSP** UF:
Filiação: **MARIA LINDALVA CARLOS DA SILVA**
COSME CARLOS DA SILVA
Endereço: **RUA ELCIO CARLOS, 50**
Bairro: **COQUEIRAL** CEP:
Município: **MARACANAÚ/CE**
País: **BRASIL** Telefone:

Histórico

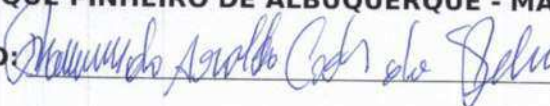
NARRA O INFORMANTE QUE NO DIA E HORA SUPRAMENCIONADOS TRAFEGAVA EM SUA MOTO DE PLACA OHZ 8211, HONDA/CG 150 FAN ESI, QUANDO COCHILOU, PERDEU O CONTROLE DA MOTO E CAIU, SEM COLIDIR COM QUALQUER OUTRO VEÍCULO, E NADA MAIS DISSE.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA METROPOLITANA DE GUAÍUBA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :


PEDRO HENRIQUE PINHEIRO DE ALBUQUERQUE - MAT.: 30123964

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:



VISTO DO DELEGADO(A) :

FRANCISCO DAS CHAGAS CAVALCANTE PORTO - MAT.: 133826-1-1



Governo Municipal de Acarape
Construindo o novo tempo

CONSTRUINDO UM NOVO TEMPO
PREFEITURA MUNICIPAL DE ACARAPE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

DECLARAÇÃO DO HOSPITAL DE ACARAPE

Declaro para os devidos fins que o(a) paciente, RAIMUNDO AROLD CARLOS DA SILVA, residente e domiciliado na Rua: PADRE BARROS nº 20 do município de Acarape – ce, foi vítima de acidente (motocicleta), no dia 17.05.18 por volta das 08:50 hs, o mesmo deu entrada neste hospital o Doutorção consciente e orientado, a equipe de plantão avaliou e constatou que o mesmo apresentava escoriações MMSS, fratura em MSD, medicado e transferido para o hospital de referência ABEMP na ambulância placa PMV 1690 para ser avaliado pelo traumatologista, o mesmo foi socorrido no momento do acidente por um carro que passou no local, local do sinistro: ce 060 no município de GUAÍUBA.

Acarape/ Ce 03/06 /2019

Sem mais para o momento,

Atenciosamente,

MANOELA TINOCO FERREIRA

DIRETORA ADMINISTRATIVA



SALES DATA

Handwritten: 1000

武陽縣志

© 2007 by The McGraw-Hill Companies, Inc.

EVOLUÇÃO DE
ECONOMIA DO BRASIL

① ~~Prophenol~~ ~~oxy~~
① ~~Valerium~~ ~~oxy~~ ~~in~~

~~Revista de Medicina~~
~~1979~~

SIGNATURA PACIENTE/RESPONSÁVEL

ASSINATURA DO MÉDICO - *Carla*

RUA FRANCISCO LEITE DUARTE S/N - CENTRO - ACARAPE - CE FONE: 085 36413 - 8400
CEP 62785 - 000 CNPJ: 23.555.120/0001-38

Governo Municipal de Acarape

NOME: Rdo. Anildo Carlos da Silva REGISTRO: _____
 DATA DO ATENDIMENTO: 17/05/19 HORA: 08:50
 SEXO: M IDADE: _____

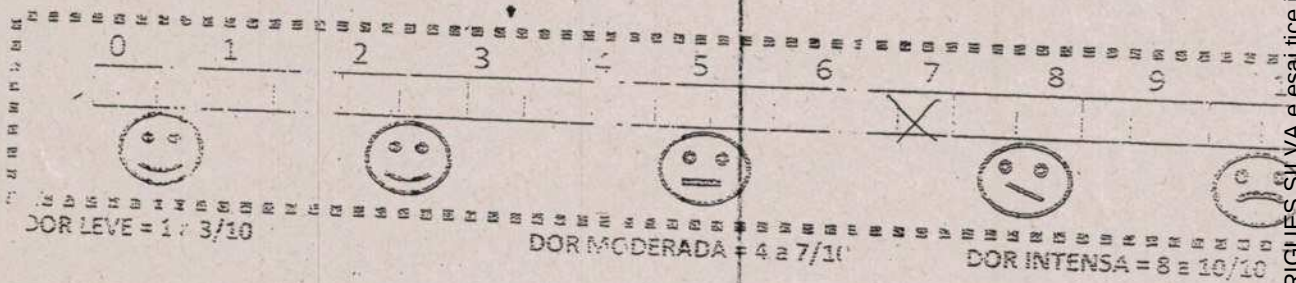
HISTÓRIA BREVE:

OBSERVAÇÃO OBJETIVA:

DADOS VITAIS

PULSO: 57 PA: 90/50 T: _____ FR: 19 SpO₂: _____ GLICEMIA: _____

ESCALA VERBAL NUMÉRICA: O paciente deve ser informado sobre a necessidade de classificar sua dor com notas que variam de 1 a 10, de acordo com a intensidade da sensação.
 Nota zero corresponderia a ausência de dor, enquanto nota 10 a maior intensidade imaginável.



CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

AZUL VERDE AMARELA LARANJA VERMELHA

DROGAS:

ALERGIAS:

DOENÇAS PREEXISTENTES:

CONDUTA INICIAL:

REAVLIAÇÃO:

NOME DO ENFERMEIRO:

HORA:

Bruna Monik



Sistema 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 Pajuçara

CNES
2372150

Nome do Estabelecimento Executante
Associação Beneficente Médica Pajuçara

CNES
2372150

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome do Paciente
RAIMUNDO AROLDO CARLOS DA SILVA

Cartão Gestante

Nome Social

Nº Prontuário
29775

Cartão Nacional de Saúde (CNS)
708602590228680

Data de Nascimento
06/04/1960

Sexo

Masc. ☒ 1 Fem. ☒ 3

Raça / Cor
PARDA

Etnia

Nome da Mãe
MARIA LINDALVA CARLOS DA SILVA

DDD
85

Telefone de Contato
88869885

Nome do Responsável

DDD

Telefone de Contato

Município de Nascimento

UF

Nacionalidade
BRASILEIRA

Endereço Residencial (Rua, Av., Complemento)
PADRE BARROS

Nº

Bairro

CENTRO

Município de Residência
ACARAPE

Código IBGE do Município
2300150

UF

CEP

62785000

Ponto de Referência

Documento

☐ CPF

☒ RG

☐ R.Civil

☐ PIS/PASEP

☐ Ignorado

RG 3750360

DIRETOR CLÍNICO DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

Nome do Diretor Clínico do Estab. Executante

Nº Cons. Classe

CPF

Ass. e Carimbo do Diretor Clínico

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais Sinais e Sintomas Clínicos

Prontuário 2 (De nota)

Condições que Justificam a Internação

TTD...

COMISSÃO REVISORA DE PRONTUÁRIO
CONFERE COM ORIGINAL
ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE MÉDICA DE PAJUÇARA
CNPJ 06.1387.011/0001-00
MARACANAU-CE 04/07/19

Principais Resultados de Provas Diagnósticas (Resultados de Exames Realizados)

Diagnóstico Inicial

CID 10 Principal
S50.1

CID 10 Secundário

CID 10 Causas Associadas

Nº Notific. Compulsória

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Descrição do Procedimento Solicitado

Código do Procedimento Solicitado

Código do Caracter de Internação

☒ 2 ☒ Urgente ☐ Eletivo

TRAUMATOLOGIA

Leito Complementar

ENFER/GERAL/TRA2 - 2-2

Equipamentos Requeridos para Internação

PROFISSIONAL SOLICITANTE

Nome do Profissional Solicitante
CLAUDIO JOSE FERNANDES EUFRASIO

Documento

☒ CPF

☐ CNS

Nº Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente
16242688387

Nº do Conselho de Classe

4078

Data da Solicitação
21/05/2019

Assinatura e Carimbo do Profis. Solicitante/Nº do Conselho de Classe

Data Desejada para Internação
21/05/2019

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

☐ AC DE TRÂNSITO

☐ ACID. TRAB/TÍPICO

☐ AC TRAB./TRAJETO

CNPJ da Seguradora

Número do Bilhete

Série

CNPJ da Empresa

CNAE da Empresa

CBOR

Vínculo com a Previdência

☒ Empregado

☐ Empregador

☐ Autônomo

☐ Desempregado

☐ Aposentado

☐ Não Segurado

Nome do Profissional Autorizador

Documento

☐ CPF

☐ CNS

Nº do CNS/CPF Profis. Autorizador

Data da Autorização

11

Código do Órgão Emissor

M230765001

Nº Registro Cons. de Classe

Ass. do Autorizador/Carimbo

(Espaço Reservado para Colar Etiqueta com Dados da Autorização)

ANESTESIA - (OCORRÊNCIAS PRINCIPAIS)

COMISSÃO REVISORA DE PRONTUÁRIO
CONFERE COM ORIGINAL
ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE MÉDICA DE PAJUÇARA
CNPJ: 06.587.611/0001-06
MARACANAU-CE 19/08/19

Assinatura e Carimbo do Anestesista

Data

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

RESUMO DO ATO CIRÚRGICO - (OCORRÊNCIAS PRINCIPAIS)

1. Paciente
2. Anestesia geral
3. Procedimento
4. Retorno

CLAUDIO EUFERES
ORITÓPEDA - CRM-CE 15408

1º Auxiliar

Assinatura e Carimbo

Cirurgião

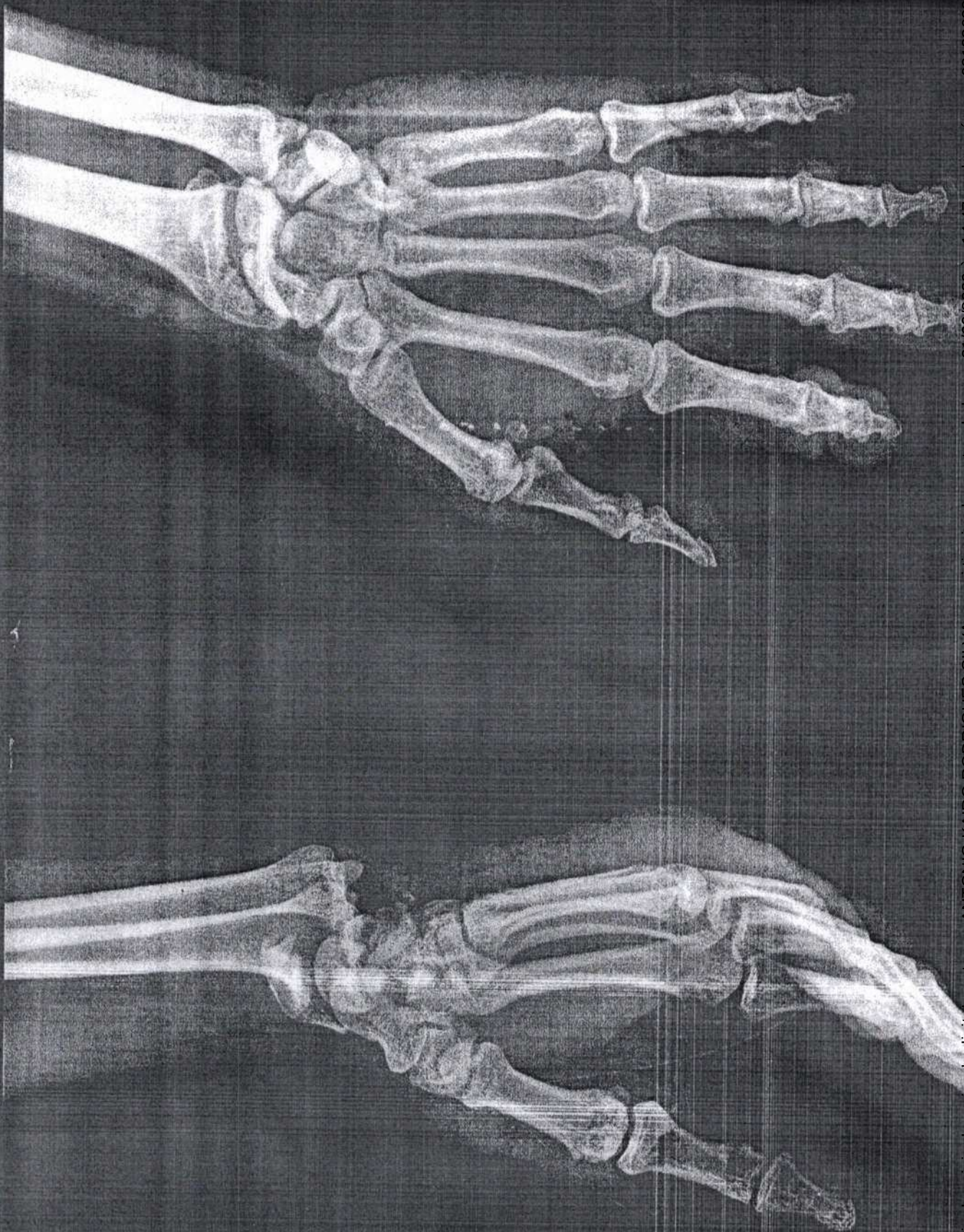


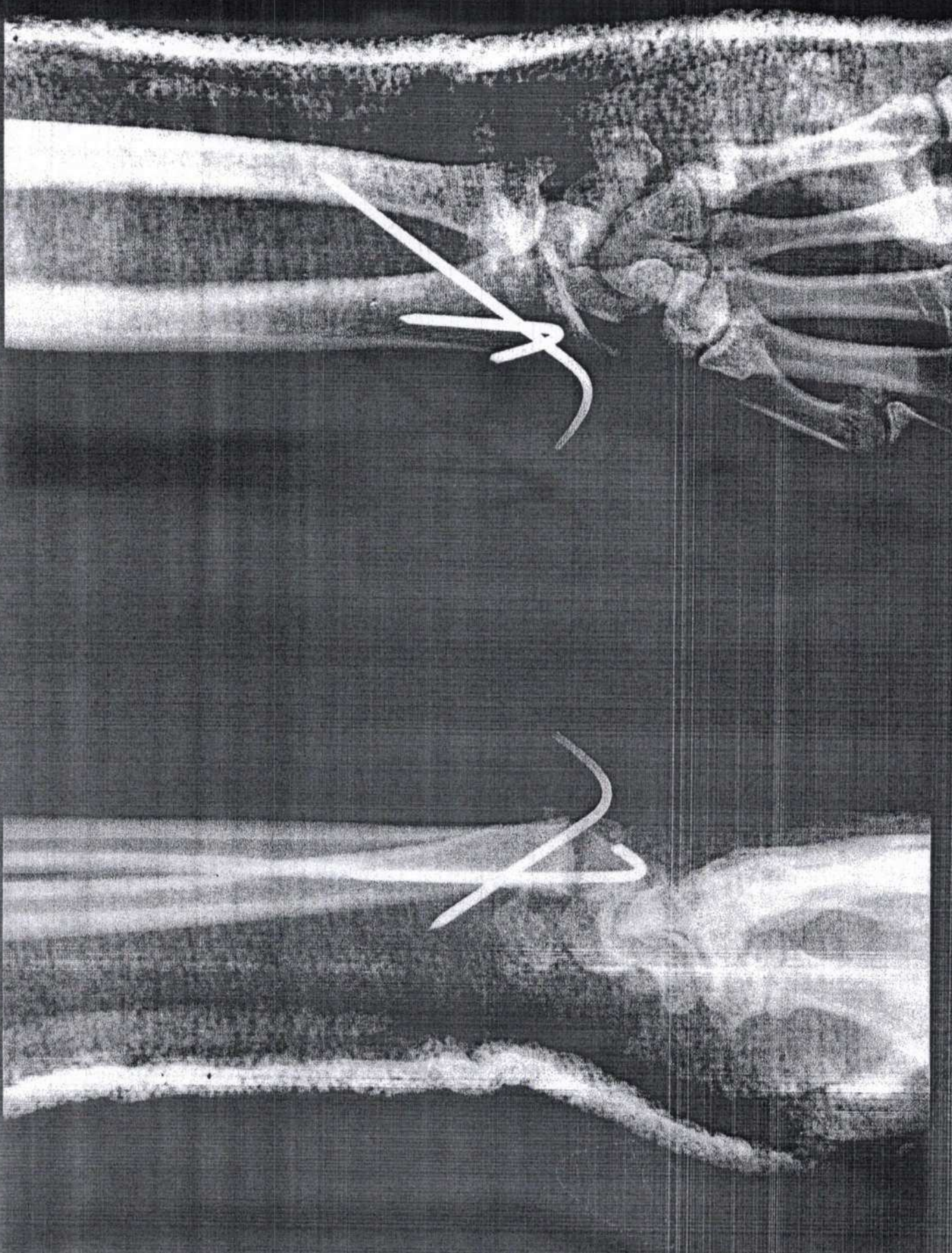
NOME DO PACIENTE	ENF. OU APTO.	LEITO	PRONTUÁRIO
EVOLUÇÃO DIÁRIA - ASSINATURA - CARIMBO			
20519	Primeira Pauta Ance D		
22054	Claudio Eufrazio		

COMISSÃO REVISORA DE PRONTUÁRIO
CONFERE COM ORIGINAL
ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE MÉDICA DE PAJUÇARA
CNPJ: 06.597.011/0001-06
1 MARACANAÚ-CE 09/10/2020

CLAUDIO EUFRAZIO
CRM-CE 13.141-1
09/10/2020

D







Governo Municipal de Acarape
 Mudança contínua com amor e trabalho
 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



**HOSPITAL
 MUNICIPAL
 DE ACARAPE
 Doutorzão**

FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de origem: _____
 Distrito sanitário: _____ Município: ACARAPE
 Nome: RAIMUNDO AROLDO CARLOS DA SILVA Prontuário Nº: _____
 Sexo: M(X) F() Data de nascimento: _____ Ocupação: _____
 Endereço: RUA PADRE BARROS Bairro: CENTRO
 one: _____

Motivo de encaminhamento: ENCAMINHAMENTO PCTE, VITIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA
P) REALIZAÇÃO DE CIRURGIA EM MSD (LESÃO PUNHO)

Resultados de exames: _____

Conduta já realizada: _____

Impressão diagnóstica: _____

Assinatura da consultante - Nº Registro: _____ Função: MÉDICO Data: 20/05/2021

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: Ambulatorial() Hospitalar() Auxílio Diagnóstico()
 Procedimento: _____ Profissional: _____
 Unidade de referência: _____ Data: ____/____/____ Hora: ____

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA (*)

Unidade de referência: _____
 Município: _____ Data: ____/____/____ Hora: ____

Resumo Clínico/Cirurgião: _____

Resumo de Exames _____

Diagnóstico: Principal: _____ CID: _____
 Secundário 1: _____ CID: _____
 Secundário 2: _____ CID: _____

Proposta de Conduta para Segmento: _____

O problema justificou a referência? SIM() NÃO() O motivo da referência coincide com o diagnóstico? SIM() NÃO()

Assinatura da consultante - Nº Registro: _____ Função: _____ Data: ____/____/____



Governo Municipal de Acorape
 a mudança continua com amor e trabalho
 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



**HOSPITAL
 MUNICIPAL
 DE ACARAPÉ
 Doutorzão**

FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de origem: Raimundo Aroldo Carlos Silva

Distrito sanitário: _____

Nome: _____ Município: _____

Sexo: M () F () Data de nascimento: _____ Prontuário Nº: _____

Endereço: _____ Ocupação: _____

Bairro: _____

Motivo de encaminhamento: Pq. ps. qd. frater. Int. de rach.
apresenta sinais físicos + neurológicos em local com

Resultados de exames: Exame físico.

Outros exames já realizados: _____

Impressão diagnóstica: _____

Assinatura da consultante - Nº Registro: _____ Função: _____ Data: 31/05/19

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: _____

Procedimento: ABCU. Ambulatorial () Hospitalar () Auxílio Diagnóstico ()

Unidade de referência: _____ Profissional: _____

Data: ____/____/____ Hora: ____

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA ()

Unidade de referência: _____

Município: _____ Data: ____/____/____ Hora: ____

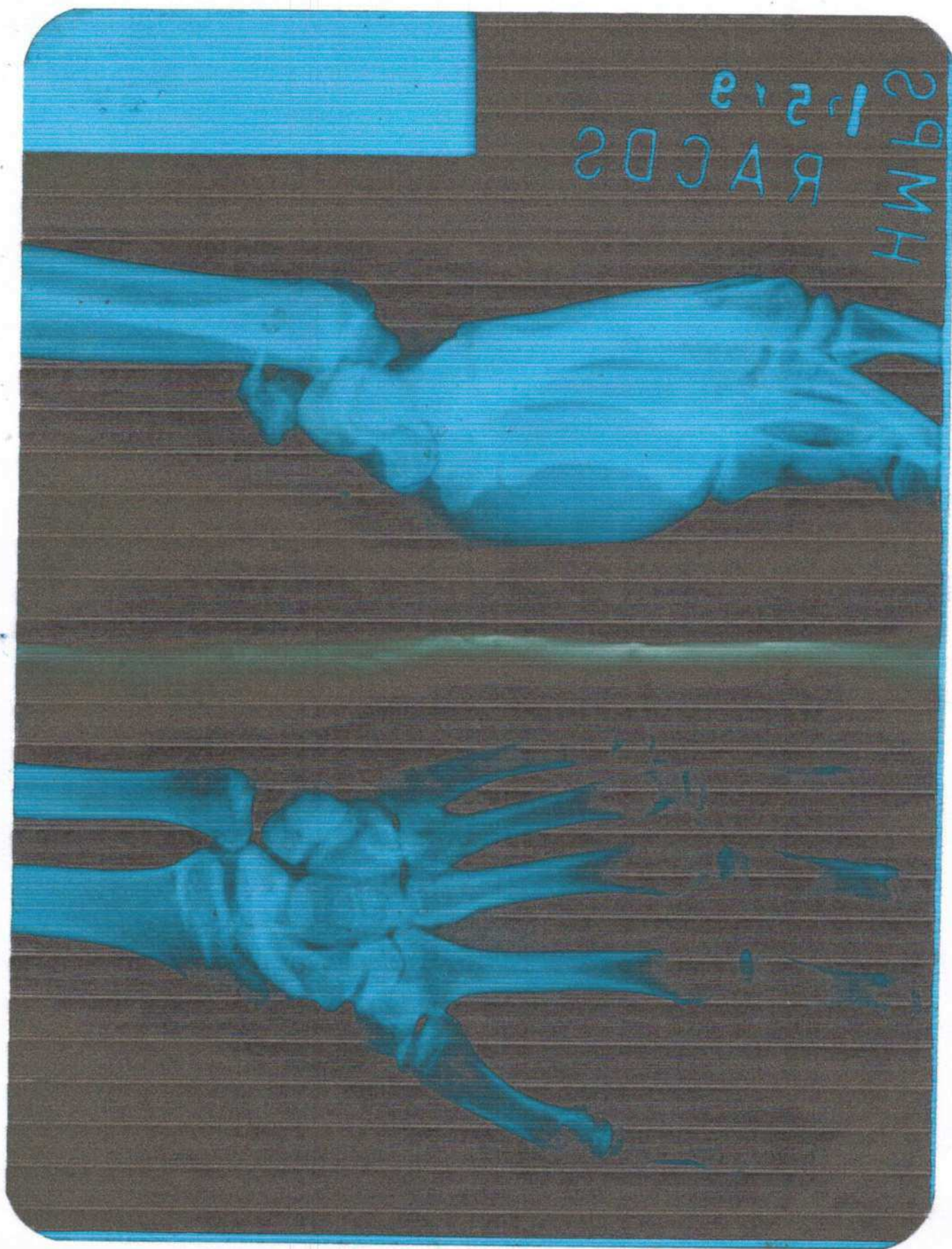
Resumo Clínico/Cirurgião: _____

Resumo de Exames: _____

Diagnóstico: Principal: _____ CID: _____
 Secundário 1: _____ CID: _____
 Secundário 2: _____ CID: _____

Proposta de Conduta para Segmento: _____

O problema justificou a referência? SIM () NÃO () O motivo da referência coincide com o diagnóstico? SIM () NÃO ()



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
SECRETARIA NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

CE

NOME
RAIMUNDO AROLDI CARLOS DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / CRI. PRETORIO
3750360 MTPS CE

CPF
410.896.343-15

DATA NASCIMENTO
05/04/1960

FUNÇÃO
CÔNDE CARLOS DA SILVA

MARIA LINDALVA CARLOS DA SILVA

PERMISSÃO
ACC CENAL AD

Nº REGISTRO
01328589775

VALIDADE
24/10/2023

1ª REGISTRAÇÃO
08/11/1986

YALDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1663850816

PROVIDO PLATINUM
1663850816

LOCAL
PORTALEZA, CE

DATA EMISSÃO
21/11/2021

80250962408
CE167577719

CEARÁ

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL			
MINISTÉRIO DAS CIDADES			
DETRAN - CE		Nº 014057517894	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
VIA	COD. RENAVAM	RNTG	EXERCÍCIO
01	450237443	0000000000	2018
NOME: RAIMUNDO RODRIGUES DA SILVA			
MARRACANA			
CPF/CNPJ	PLACA		
41089634315	0H28211		
PLACA ANT./UF	CHASSI		
*****02	9C2KQ1670CR478968		
ESPECIE TIPO	COMBUSTIVEL		
23/DCV/14900	23/DCV/14900		
MARCA/MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.	
HONDA/CG 150 TAN ESI	2012	2012	
CAP/POT/CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE	
23/DCV/14900	ALUBUEL	VERMELHA	
COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC. COTAS	
1ª ****	2ª ****	3ª ****	
FAIXA/PVA	PARCELAMENTO/COTAS		
180.65	180.65		
PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)	IOF (R\$)	PRÊMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
180.65	0.70	181.35	30/01/2018
OBSERVAÇÕES			
MARACANA			
LOCAL	DATA		
MARRACANA	21/06/2018		
EXPIRAÇÃO			

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO			
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE - DOPORESUA CARGA A PESSOA			
TRANSPORTE ADICIONAL - SEGURO DPVAT			
CE Nº 014057517894		BILHETE DE SEGURO DPVAT	
2018		0H28211	
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			
014057517894	15193261615		
VIA	CPF / CNPJ	PLACA	
01	41089634315	0H28211	
RENAVAM	MARCA / MODELO		
450237443	HONDA/CG 150 TAN ESI		
ANO FAB.	CAT. TARIF.	Nº CHASSI	
2012	09	9C2KQ1670CR478968	
PRÊMIO TARIFÁRIO			
FNS (R\$)	DENATRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)	
1.25	9.03	10.28	
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$)	
1.19	1.70	11.50	
PAGAMENTO		DATA DE QUITAÇÃO	
☒ COTA ÚNICA	☐ PARCELADO	30/01/2018	
PROPRIETÁRIO			
LOTE DO SEGURO DPVAT			
MOTOR: KC16E70C478968			
CNPJ 409.248.808/0001-04			
01/02/2017			

Nº DO CLIENTE
3985587

Para agilizar seu atendimento, utilize o nº acima 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 Padre Valdevino, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.105.848-3



CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 570755580

Rota 12 26000 14 327500 - 5 Data de Emissão 17/04/2019
Nome MARIA ERIDALVA DANIEL BARROS
End. Postal RU ELSON CARLOS 00050 CS A
COQUEIRAL - MARACANAU - 61902192
Medidor 24987995 Poste 0000 B07S
Classe B1 - 01-RESIDENCIAL 01-NORMAL MONOFÁSICO
RG / CPF / CNPJ 418916943-91 CGF
Nome do Responsável

DATAS
Mês de Referência Abr/2019 Data da Apresentação 17/04/2019 Previsão Próxima Leitura 17/05/2019
INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO
Veja a legenda no verso desta conta.
Conjunto Fev/2019 EUSD 40,45
Mês DICRI= 0,00 P

ICMS			Padrão Individual						Apuração Individual		
Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
114,38	27,00%	30,88	5,19	10,38	20,77	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL			DIC	FIC	DMIC						
EAC7.2119.0627.DEA2.95A6.ADC.EC66.60CB			3,23	6,47	12,95	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
			2,94			0,00					

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. Fat.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
16969	16811	1,00	158	0,00	158	0,72997	114,38
17/04/19	19/03/19		29 DIAS		158		

DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)
VALOR CONSUMO DO MES	114,38
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	23,75
CARTAO DE TODOS - 0800.283.8916	21,90

VENCIMENTO 25/05/2019

TOTAL A PAGAR (R\$) 160,03

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	42,54
Transmissão	4,54
Distribuição	24,24
Encargos Setoriais	6,50
Tributos (ICMS PIS/COFINS)...	36,56
TOTAL	114,38

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

169	158	161	169	170	178	201	168	180	165	139	195	155
MEI	Mar	Fev	Jan	Dez	Nov	Out	Set	Ago	Jul	Jun	Ma	J

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO₂) 61,68 Compensado kg (CO₂) 0,00 Consciência Ecológica (%CO₂)



INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

"PARA CADASTRAR SUA CONTA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZE

SEU NÚMERO DO CLIENTE SEM 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

A ENEL AGRADECE E PARABENIZA PELA PONTUALIDADE NOS SEUS PAGAMENTOS.

Consta desta fatura R\$ 5,68 referente a PIS e COFINS. Alíquotas: PIS:0,88% e COFINS:4,10%
(Art. 9º Res. 108/2005 - ANEEL e leis n. 10.637/02 e 10.633/03)

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

Nº do Cliente: 3985587 Referência: Abr/2019
Data de Emissão: 17/04/2019 Total a Pagar (R\$): 160,03
Nº da Nota Fiscal: 570755580 Nº de Controle: 0003985587 00103 39122 59

83820000001-0 60030031000-3 00039855870-1 01033912265-7



SINISTRO 3190489090 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** RAIMUNDO AROLD CARLOS DA SILVA**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** LIBIA

CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME

BENEFICIÁRIO RAIMUNDO AROLD CARLOS DA SILVA**CPF/CNPJ:** 41089634315**Posição em 04-09-2019 16:24:41**

O pedido de indenização está em fase final de análise na Seguradora Líder-DPVAT. Em breve, o pagamento da indenização será liberado.

Por gentileza, volte a consultar seu processo neste site dentro de 4 dias.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
04/09/2019	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50