

**PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"**

OUTORGANTE: Francisco Amaurício de Castro S.Lu brasileiro(a), estado civil Solteiro, profissão PO LSC, inscrito(a) sob o CPF nº 053.265.213-42 e RG nº 7119, residente e domiciliado na Rua 7119, nº 01, Bairro Povoado José, Uirapuru, na cidade de Fortaleza, telefone 92765504 abaixo firmado, nomeia e constitui o seu bastante procurador judicial:

OUTORGADO: MÔNICA ALMEIDA DA SILVA, brasileira, divorciada, advogada devidamente inscrita na OAB-CE sob o nº 25.813, sócia da MÔNICA ALMEIDA SOCIEDADE INDIVIDUAL DE ADVOCACIA, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº 24.878.656/0001-70, e no Registro de Sociedade de Advogados OAB/CE sob o nº 1219, com endereço profissional, para onde deverão ser encaminhadas às intimações e notificações, Rua Professor Francisco Gonçalves, nº 1300, Bairro Dionísio Torres, Fortaleza-Ceará, telefones: (85) 98834.5308.

PODERES: Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante acima qualificado nomeia e constitui seu bastante procurador o outorgado também supra qualificado, ao qual concede procuração para o foro em geral, com os poderes das cláusulas "ad judicium e et extra judicium", para sua representação e defesa, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, nos termos do artigo 5º, parágrafo 2º da Lei n.º 8.906/94, podendo portanto, promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, assinar termo, substabelecer com ou sem reserva de poderes, e praticar ainda, todos e quaisquer atos necessários e convenientes ao bom e fiel desempenho deste mandato.

Ficando acertado que o Outorgante pagará ao Outorgado o montante pecuniário correspondente a trinta por cento do valor recebido em face da intervenção judicial.

PODERES ESPECÍFICOS: A presente procuração outorga ao Advogado(a) acima descrito, os poderes para receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, desistir, transigir, renunciar o direito em que se funda a ação, firmar compromissos e acordos, ratificar em Juízo, receber, dar quitação, receber alvará judicial, pedir justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica requerer falência ou concordata, podendo, ainda, o outorgado, substabelecer, com ou sem reserva de iguais poderes.

Fortaleza (CE), 20 de Junho de 2019

Francisco Amaurício de Castro Silva

OUTORGANTE

Fortaleza-CE
85 98834.5308 | monicaalmeida.adv@gmail.com



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
 POLÍCIA CIVIL
 DELEGACIA DO 18. DISTRITO POLICIAL



BOLETIM DE Ocorrência Nº 118 - 2111 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
 Data / Hora da Comunicação: **28/06/2018 08:22:24**
 Data / Hora da Ocorrência: **17/02/2018 07:00:00**
 Endereço da Ocorrência: **AVENIDA SÃO VICENTE DE PAULA**
 Complemento:
 Bairro: **ARATURI / JUREMA** Município: **CAUCAIA/CE**
 Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **FRANCISCA AMAURILIA DE CASTRO SILVA**
 Nascimento: **23/02/1991** CPF: **053.265.213-42**
 RG: **2007032057946** Orgão Emissor: **SSPCE** UF: **CE**
 Filiação: **MARIA ZULEIDE DE CASTRO SILVA**
BRAS INACIO DA SILVA
 Endereço: **RUA JUVENTUDE, 390 I**
 Bairro: **PANTANAL DO JOSE WALTER**
 Município: **FORTALEZA/CE** CEP: **60.000-000**
 País: **BRASIL** Telefone: **(85) 99744-5246**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **PMJ9121** Uf: **CE** Município: **MARACANAÚ** Chassi:
9C2KC1670FR556988 Renavam: **1078269677** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CG150 START** Ano Fabricação:
2016 Ano Modelo: **2015** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **PRETA**
 Proprietário: **JONATHAS DE SOUSA PEREIRA** Situação: **NÃO**
INFORMADO Envolvimento: **COLISÃO**

Histórico

Informa a noticiante que no dia, hora e local acima citados trafegava na garupa da motocicleta acima descrita, pilotada por seu ex-namorado, THIAGO DE SOUSA NASCIMENTO, quando de repente um menino atravessou a via sem tomar os devidos cuidados; QUE nessa hora THIAGO colidiu a motocicleta contra um poste, ao desviar daquele menino, razão pela qual caiu ao solo, juntamente com a noticiante; QUE apenas a noticiante se lesionou gravemente, enquanto que THIAGO sofreu apenas pequenas escoriações; QUE a noticiante foi socorrida por uma amiga, em carro particular, ao Hospital Instituto Dr. José Frota, em Fortaleza/CE, onde recebeu os primeiros atendimentos médicos. Nada mais disse.////

O noticiante está ciente de que provocar a ação de autoridade, comunicando-lhe a ocorrência de crime ou de contravenção que sabe não se ter verificado, caracteriza-se crime previsto no artigo 340 do Código Penal.////

DELEGACIA DESTINO: **DELEGACIA DO 18. DISTRITO POLICIAL**

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

JULIO DAPHINE SOUSA DO NASCIMENTO - MAT.: 198853-1-3

30 OUT. 2018

DELEGACIA DO 18. DISTRITO POLICIAL

Pág. 1 de 2

Fca Amaurilia de Castro Silva

Impresso em: 28/06/2018 08:34:59

GRUPO CORRETORA DE SEG. LTDA.

05 JUL. 2018

DOCUMENTO ORIGINAL



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
 POLÍCIA CIVIL
 DELEGACIA DO 18. DISTRITO POLICIAL



BOLETIM DE Ocorrência Nº 118 - 2111 / 2018

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Fla Amarília de castro

VISTO DO DELEGADO(A) : LUCAS SILVA MACHADO - MAT.: 300547-1-7

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

05 JUL 2018

LIBIA CORRETORA DE SEG.

30 OUT. 2018

ASS:

DELEGACIA DO 18. DISTRITO POLICIAL

Pág. 2 de 2

Impresso em: 28/06/2018 08:34:59



INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

Registro de Atendimento Emergencial



Emitido em: 03/05/2018 9:43

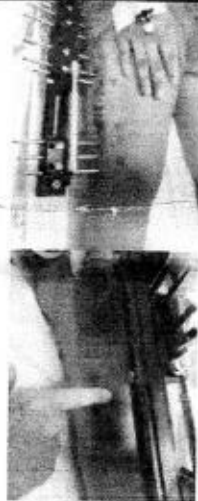
Por: EDUARDO MOREIRA

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL							
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE							DATA/HORA: 17/02/2018 07:38:34
CNS: 700603437513760	NOME: FRANCISCA AMAURILIA DE CASTRO SILVA			Registro: 5550560			
CPF: 05328521342	RG: 2006032057946	D. NASC: 23/02/1991	ESTADO CIVIL:	SEXO: F	RAÇA/COR: Parda		
NOME DA MÃE: MARIA ZULEIDE DE CASTRO SILVA			NOME DO PAI: BRAZ INACIO DA SILVA				
TIPO DE LOGRADOURO: Rua	ENDEREÇO DO PACIENTE: JUVENTUDE			Nº: 390	BAIRRO: PLANALTO AYRTON SENNA		
COMPLEMENTO: I	TELEFONE: 32989033, 987836419	MUNICÍPIO: FORTALEZA		UF: CE	CEP: 80766140		
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL							
NOME:			PARENTESCO:		TELEFONE: 05 87835419/85 88056202		
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, Acidente de transporte sem colisão. Inclui: capotamento, queda ou projeção de uma motociclista							
QUEIXAS: PACIENTE VÍTIMA DE COLISÃO MOTO/POSTE COM TCE E TRAUMA DE MMII. EVOLUI CONSCIENTE E DESORIENTADA							
OBSERVAÇÕES:							
SINAIS VITAIS							
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Pública	Escola de Dor: Sem dor	PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: AMARELO					
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:							
ATENDIMENTO MÉDICO							
Anamnese:							
Exame Físico:							
Conduta:							
COLOU - 17 DATA 03/05/2018 MATRICULA 1382 EDUARDO MOREIRA							
TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:							
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:							
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:							
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:				CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:			

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

05 JUL. 2018

30 OUT. 2018



Mapa de Cirurgias

Dias	Int.	#	Hora	Leito	Staff	Residentes	Material	Observação	Status da marcação
------	------	---	------	-------	-------	------------	----------	------------	--------------------

MAPA DO DIA 23/05/2019 - Quinta-Feira

89	1	13:00	2115	JANETE GALVAO			FIXADOR MONOLATERAL DINÂMICO PARA FÊMUR INTENSIFICADOR DE IMAGENS CAIXA DE TO DE MMIICX ILIZAROV	BE:5550560	MARCADA
----	---	-------	------	---------------	--	--	--	------------	---------

FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR (AGUARDA CIRURGIA DEFINITIVA) + OSTEOMIELITE NÃO ESPECIFICADA (AGUARDA CIRURGIA DEFINITIVA)

Marcado por:
HALINE MAGALHAE
em:
22-05-2019
12:47:08

Ass.:

Dr. Carlos Sales
Osteopata - Transmissão
Medico Radiologista
CRM-MC-14285

Retornar dia: / / Hora: para Dr.

De Juvêncio

Atestado Médico

Atesto para fins de comprovação junto ao trabalho, que os dados abaixo são a verdade e servem de informação sobre as condições e razões da internação neste Hospital em relação ao Serviço de Traumatologia-Ortopedia.

NOME:

FRANCISCA AMAURILIA DE CASTRO SILVA

LEITO:

DATA DE INTERNACAO:

24/02/2019

DATA DA ALTA:

24/05/2019

BE/PRONT:

5550560

CIDADE DE ORIGEM:

FORTALEZA

IDADE:

28

DIAGNOSTICOS:

Fratura da diáfise do fêmur (OPERADA) + Osteomielite não especificada (AGUARDA CIRURGIA DEFINITIVA)

CONDUTA DECIDIDA PARA CADA LESAO:

RETORNO AMBULATORIAL EM 2 SEMANAS PARA DR. JUVENCIO. OTIMIZO ANALGESIA E ANTICOAGULACAO COM XARELTO 15MG DE 12/12H.

STAFF QUE OPEROU NA EMERGENCIA:

STAFF DO LEITO:

STAFF INDEFINIDO



INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA
24 HORAS DE PROTEÇÃO A VIDA



[Signature]

Patron: 13.05.19 Hora: 14.00 Paga: 20.00
De: 20.00

09 05 19

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
Nome	
Idade	19608 CE
Residência	R. Berto Ribeiro
Cidade	Fortaleza CE

1ª VIA FARMÁCIA
2ª VIA PACIENTE

Dr. Diego Freitas Farias
Ortopedia e Traumatologia
Médico Residente
CREMEG 19809

Paciente: *[assinatura]*
Endereço: R. Ana Carolina
Prescrição:

Dr. Diego Freitas Farias
Ortopedia e Traumatologia
Médico Residente
Data: 09/05/2019
CREMEG 19809

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
Nome	
Idade	
Residência	
Cidade	
Endereço	
	ISS-VIA FARMÁCIA DATA

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

GENTE CAGADO DO EMFENTE	
Nome	
Idade	19806 CE
Endereço	A. BORTO ALB BRUNO
Cidade	Porto Alegre CE

HYPERBARIC

Dr. Diego Fritsman Fajó
Ortopedia y Traumatología
México Residente
CREMIC 1999

Paciente:

Endorsece

Presented by

Dr. Danilo Freitas Folive
Ortopedia e Traumatologia
Médico Residente
CREMEC 19008

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
Nome _____ CNPJ _____ CPF _____ Endereço _____ Município _____ Estado _____ CEP _____ Assinatura _____ Data _____	Nome _____ CNPJ _____ CPF _____ Endereço _____ Município _____ Estado _____ CEP _____ Assinatura _____ Data _____
(85) 9115 0651	

EMPREENDIMENTOS PAGUE MENOS:

Rua Fº Raimundo, 95 Horizonte CE

CNPJ 06626253003339

Now Disposed

~~1x 1 doridato de ciprinoide e m~~
~~Lote 16 7239 v 08/20 Lab Sandoz~~
~~Idade 28 Matricula 88506~~
~~Data 13/08/19~~

-Data 13108119

INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA
 A LUGAR DE PROTEÇÃO À VIDA

Atestado Médico

Atestado para fins de comprovação junto ao Estado, sob o número 02046012520208060001, sob o número 0204601-25.2020.8.06.0001 e código 5CB5DEE.

NOME: FRANCISCO ALMEIDA DA SILVA
 LEITO: 214
 DATA DE: 14/05/2020
 INTERVALO: 10/05/2020
 DATA AGTA: 10/05/2020
 EGRESSO: 10/05/2020
 CIDADE DE: FORTALEZA
 CIDADE: 24
 TRANSPORTADO: FÓRMULA DE CÁLCULO DE RISCO DE INFECÇÃO DE SÍTIO - FÓRMULA DE CÁLCULO DE RISCO DE INFECÇÃO DE SÍTIO
 OBSERVAÇÃO: OBSERVAÇÃO DE RISCO DE INFECÇÃO DE SÍTIO - FÓRMULA DE CÁLCULO DE RISCO DE INFECÇÃO DE SÍTIO
 ROTAÇÃO: ROTAÇÃO DE RISCO DE INFECÇÃO DE SÍTIO - FÓRMULA DE CÁLCULO DE RISCO DE INFECÇÃO DE SÍTIO
 LESÃO: RETORNO ANTES DE INTERVENÇÃO - NÃO VERIFICAR
 EXAMINAR ANTES DE RECEBER: EXAMINAR ANTES DE RECEBER
 CURATIVO DIÁRIO
 STAFF QUAL: STAFF QUAL
 OPEROU NA: OPEROU NA
 ESTERILIZAÇÃO: ESTERILIZAÇÃO
 STAFF 02: STAFF 02
 LEITO: LEITO
 RESIDENTE: RESIDENTE
 RESIDENTE: RESIDENTE

Dr. Diogo Frota
 Ortopedia e Traumatologia
 Médico Residência
 CRM 140.000

13/05/19
 mte

13/05/19

120 dor



ARTICULAR
Clínica Médica e Fisioterapia

Av. Humberto Monte, 1440 - Parquelândia - CEP: 60450-000
Telefone: (85) 3283.4784 / 98800.0778

RECEITUÁRIO

LAUDO

Paciente Francisco
Antônio de Cássio
Silva, portador de lesão
+ trauma no joelho de um
17/02/2018, com lesão por
osteoartrite, submetido
a exames: raios +
fisioterapia, injeção
com injeção de ácido
hialurônico 40% por
lesão articular + lim-
tar a dor + melhorar a
função do joelho +
dieta médica de manutenção.

Dr. João Batista Gomes da Silva
CRM 51.551
CPF 228.775.923-91

Fortaleza, 27/07/18

30 OUT. 2018



HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES
TAVORA



ATESTADO MÉDICO

Alesto, para os devidos fins, que a paciente FRANCISCA AMAURILIA DE CASTRO SILVA foi submetida a cirurgia por fratura em fêmur direito. Solicito 120 dias de afastamento de suas atividades

CID: S723.

FORTALEZA/CE, 20 de Fevereiro de 2018

ANTONIO VALTERNO NOGUEIRA PINHEIRO
CRM/CE 6193

30 OUT. 2018

Avenida Francisco Sá, 5445 - Bairro Alvaro Weyne - Fortaleza/CE CEP 60310-002
Fone/Fax: (05) 3228-2555 Site: www.hospitalfernandestavora.com.br



HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES
TAVORA



ATESTADO MÉDICO

Alesto, para os devidos fins, que a paciente FRANCISCA AMAURILIA DE CASTRO SILVA foi submetida a cirurgia por fratura em fêmur direito. Solicito 120 dias de afastamento de suas atividades

CID: S723.

FORTALEZA/CE, 20 de Fevereiro de 2018

ANTONIO VALTERNO NOGUEIRA PINHEIRO
CRM/CE 6193

Avenida Francisco Sá, 5445 - Bairro Alvaro Weyne - Fortaleza/CE CEP 60310-002
Fone/Fax: (05) 3228-2555 Site: www.hospitalfernandestavora.com.br



H O S P I T A L
FERNANDES TÁVORA

*Curso Médico e Intp
Ch.*

Fisioterapia 11/2011

*Intere no
fmg Dtg*

*op
105/
13*

Instituto Clinico de Fortaleza S/C Ltda.
Av. Francisco Sá, 5445 - Álvaro Weyne - Fortaleza - CE. CEP 60.310-002.
Fone/Fax: (85) 3228.2555
www.hospitalfernandestavora.com.br
E-mail: hospitalfernandestavora@gmail.com

MODER-4

HIA CORRETORA DE SEG. LT

30 OUT. 2013

ASS:



H O S P I T A L
FERNANDES TÁVORA

3. Pump pumps in
autop the.

Fisioterapia 1/20s)

Fisioterapia
para Bt.

2/03/18

Instituto Clinico de Fortaleza S/C Ltda.
Av. Francisco Sá, 5445 - Alvaro Weyne - Fortaleza - CE, CEP 60.310-002.
Fone/Fax: (85) 3228.2555
www.hospitalfernandestavora.com.br
E-mail: hospitalfernandestavora@gmail.com

CA 10001 de 10/2017
10/17/17

MODELO 4

DIÁ CORRETORA DE SEG. LTD

30 OUT. 2018

055:



**HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES
TAVORA**



ATESTADO MÉDICO

Atesto, para os devidos fins, que a paciente FRANCISCA AMAURILIA DE CASTRO SILVA foi submetida a cirurgia por fratura em tórax direito. Solicito 120 dias de afastamento de suas atividades

CID: S723

FORTALEZA/CE, 20 de Fevereiro de 2018

ANTONIO VALTERNO NOGUEIRA PINHEIRO
CRM/CE 6193

ANTONIO VALTERNO NOGUEIRA PINHEIRO
CRM/CE 6193



**HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES
TAVORA**



ATESTADO MÉDICO

Atesto, para os devidos fins, que a paciente FRANCISCA AMAURILIA DE CASTRO SILVA foi submetida a cirurgia por fratura em tórax direito. Solicito 120 dias de afastamento de suas atividades

CID: S723

FORTALEZA/CE, 20 de Fevereiro de 2018

ANTONIO VALTERNO NOGUEIRA PINHEIRO
CRM/CE 6193

ANTONIO VALTERNO NOGUEIRA PINHEIRO
CRM/CE 6193

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA

05 JUL 2018



3 0 0 0 2 0 1 8

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2006032057946 DATA DE EXPEDIÇÃO 14/05/2013

NOME FRANCISCA ANAURILIA DE CASTRO SILVA

RELACÃO BRAZ INÁCIO DA SILVA

MARIA ZULEIDE DE CASTRO SILVA

NATURALIDADE OCARA - CE DATA DE NASCIMENTO 23/02/1991

DOC. ORIGEM CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: CURUPIRA TERMO: 5696 FOLHA: 416

LIVRO: A-06 OCARA - CE

CPF 053.265.213-42

2 VIA

Assinatura do Diretor

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

P.: 1

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

05 JUL. 2018

REPUBLICA 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

Assinatura do Titular

Carteira de Identidade

Fga Anaurilia de Castro Silva

Foto

Polegar Direito

Engel

99786 3384
98637-6496

Autenticação em linha

Pague sua conta até o fim do vencimento. Você evita o cancelamento. Confira o sistema de débito automático em conta corrente. Não precisa de nenhuma alteração no sistema de débito automático. Você evita o cancelamento. Confira o sistema de débito automático em conta corrente. Não precisa de nenhuma alteração no sistema de débito automático.

DÉBITO AUTOMÁTICO.

FRANCISCO AURILIO CASTRO DA SILVA
RU 0771 CIDADE JARDIM II 00001
FORTALEZA CONJUNTO PREF. JOSE WALTER
60110-000

DAOS PARA ENTREGA

FOURUS
9808657
16/08/2019

ENEL & VOCE

0800 285 0198
www.enelbrasil.com.br

OPERACIONES

As regras para o débito em conta corrente são as seguintes:
- O débito em conta corrente é feito automaticamente em todas as contas correntes abertas em nome do titular da conta.

Subscrição do serviço de água

Para a subscrição do serviço de água, o titular da conta deve preencher o formulário de subscrição e enviar para o endereço de e-mail: enel@enelbrasil.com.br. O formulário deve ser preenchido com os dados pessoais e bancários do titular da conta e do responsável pelo pagamento da conta de água.

Transferência

Para a transferência de valores para outras contas, o titular da conta deve preencher o formulário de transferência e enviar para o endereço de e-mail: enel@enelbrasil.com.br.

LEGISLAÇÃO DE TRIBUTOS E CAMBIAIS

Enel Energia é uma empresa de capital aberto, listada na B3, sob o ticker ENEL34. A empresa é controlada pelo Grupo Enel, controlado pela Enel Group AG, controladora do grupo Enel. A Enel Group AG é controlada pelo grupo Enel, controlado pela Enel Group AG. A Enel Group AG é controlada pelo grupo Enel, controlado pela Enel Group AG.

enel

ATENÇÃO

Para a subscrição do serviço de água, o titular da conta deve preencher o formulário de subscrição e enviar para o endereço de e-mail: enel@enelbrasil.com.br.

6091958-ELE-626
16/08/2019

LEGISLAÇÃO DE TRIBUTOS E CAMBIAIS

Enel Energia é uma empresa de capital aberto, listada na B3, sob o ticker ENEL34. A empresa é controlada pelo Grupo Enel, controlado pela Enel Group AG, controladora do grupo Enel. A Enel Group AG é controlada pelo grupo Enel, controlado pela Enel Group AG. A Enel Group AG é controlada pelo grupo Enel, controlado pela Enel Group AG.

INFORMAÇÕES DE CONTABILIDADE

Enel Energia é uma empresa de capital aberto, listada na B3, sob o ticker ENEL34. A empresa é controlada pelo Grupo Enel, controlado pela Enel Group AG, controladora do grupo Enel. A Enel Group AG é controlada pelo grupo Enel, controlado pela Enel Group AG. A Enel Group AG é controlada pelo grupo Enel, controlado pela Enel Group AG.

CENTRAL DE TELEATENDIMENTO

1 - Call center: 0800 285 0198, das 8h às 18h, das 9h às 17h e das 14h às 18h.
2 - Call center: 0800 285 0198, das 8h às 18h, das 9h às 17h e das 14h às 18h.
3 - Call center: 0800 285 0198, das 8h às 18h, das 9h às 17h e das 14h às 18h.

Rubrica:
Matrícula:

Indicador de recebimento:
Recibo de recebimento:
Recibo de recebimento:

Outros dados:
Endereço eletrônico:
Outros dados:

Data:
Hora:

enel

RECEBIMENTO DA CONTABILIDADE

Assinatura do titular da conta: _____

IMPORTANTE