



ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS - ADVOGADA - OAB/CE Nº. 34.613
ADVOCACIA: TRABALHISTA, CÍVEL, CRIMINAL E PREVIDENCIÁRIA

End. Profissional: Rua Dr. João Tomé, nº 979, Sala 103, Fátima I - Crateús-Ce
 Cep. 63.700-000 - Tel.: (Fax): (88) 3692 - 3794 - E-mail: deranysantos@hotmail.com

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Nome:	Francisco Bruno Rodrigues Lima			Nacionalidade:	BRASILEIRA
Estado Civil:	Solteiro	Profissão:	Apicultor	Carteira de Identidade:	34.605.337 - 7
CPF nº:	392.364.918 - 84	Residência:	Rua Santa Rita, 126		
Bairro:	Jose Rosa	Cidade:	Crateús	Estado/UF:	Ceará
				CEP:	63.700.000

OUTORGADO: ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS, brasileira, solteira, advogada inscrita na OAB/CE sob o nº 34.613; com endereço profissional na Rua Dr. João Tomé, nº. 979, Sala 103, Fátima I, Crateús/CE, CEP nº 63.700-000; Fone/Fax: (88) 3692.3794.

PODERES: Pelo presente instrumento particular de procuração, o(a) outorgante nomeia e constitui, o outorgado, seu bastante procurador, 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 SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT, 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, firmar autorizações de pagamentos ou créditos de indenização de sinistro receber intimações para audiência e perícias médicas, em nome do(a) outorgante, substabelecer com ou ser reservas de poderes, enfim todos os poderes necessários para o cumprimento amplo do objeto do presente mandato.

Crateús - CE., 18 de Setembro de 2017.

Francisco Bruno Rodrigues Lima
 OUTORGANTE





ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS - ADVOGADA - OAB/CE Nº. 34.613
ADVOCACIA: TRABALHISTA, CÍVEL, CRIMINAL E PREVIDENCIÁRIA

End. Profissional: Rua Dr. João Tomé, nº 979, Sala 103, Fátima I - Crateús-Ce
 Cep. 63.700-000 - Tel.: (Fax): (88) 3692 - 3794 - E-mail: derany.santos@hotmail.com

DECLARAÇÃO

Nome: <u>Francisco Bruno Rodrigues Lima</u>		Nacionalidade: <u>BRASILEIRA</u>
Estado Civil: <u>Solteiro</u>	Profissão: <u>Agricultor</u>	Carteira de Identidade: <u>34.605.337-7</u>
CPF nº: <u>392.164.818-84</u>	Residência: <u>Rua Santa Rita 126</u>	
Bairro: <u>Jose Rios</u>	Cidade: <u>Crateús</u>	Estado/UF: <u>CE</u>
		CEP: <u>63.700.000</u>

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.

Crateús - CE, 18 de Setembro de 2017.

Francisco Bruno Rodrigues Lima
 DECLARANTE



ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS - ADVOGADA - OAB/CE Nº. 34.613
ADVOCACIA: TRABALHISTA, CÍVEL, CRIMINAL E PREVIDENCIÁRIA

End. Profissional: Rua Dr. João Tomê, nº 979, Sala 103, Fátima I - Crateris Ce
 Cep. 63.700-000 - Tel.: (fax): (88) 3692 - 3794 - E-mail: deranydosantos@hotmail.com

DECLARAÇÃO

Nome: <i>Francisco Bruno Rodrigues Lima</i>		Nacionalidade: BRASILEIRA	
Estado Civil: <i>Solteiro</i>	Profissão: <i>Agricultor</i>	Carteira de Identidade: <i>34.605.337-7</i>	
CPF nº: <i>392.164.938-84</i>	Residência: <i>Rua Santa Rita, 126</i>		
Bairro: <i>Jose Dias</i>	Cidade: <i>Crateris</i>	Estado/UF: <i>Ceara</i>	CEP: <i>63.700-000</i>

DECLARO que resido no endereço acima citado e forneço os dados pessoais, documentos e demais declarações para a propositura de Ação Judicial em desfavor de qualquer seguradora conveniada DPVAT- FENASEG, E QUE FUI VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO. Sendo de minha total responsabilidade a declaração de invalidez ou óbito fornecida.

Crateris - *CE*, *18* de *Setembro* de 20 *17*.

Francisco Bruno Rodrigues Lima
 DECLARANTE:



POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA ELETRÔNICA



SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
E DEFESA SOCIAL
Governo do Estado do Ceará

VISUALIZAÇÃO

ATENÇÃO!

1) Verifique se os dados estão corretamente preenchidos. Caso seja necessária alguma modificação, basta clicar no link 'Corrigir', localizado no canto superior direito de cada quadro.

Confirmar

Dados da Vítima	Corrigir 1
Nome: FRANCISCO BRUNO RODRIGUES LIMA	
Sexo: Masculino Data de Nascimento: 24/11/1989	
Estado Civil: SOLTEIRO(A) Grau de Instrução: 2o. GRAU COMPLETO	
Nome da mãe: QUITERIA RODRIGUES LIMA	
Nome do pai: JOSÉ PEREIRA LIMA	
CPF: 392.164.918-84 RG: 346053377 Emissor: SSP/CE	
E-mail: Telefone: (88) 99294-2740	
Nasceu em: CRATEUS - CE BRASIL	
Endereço: RUA CONJUNTO FREI DAMIÃO Complemento:	
Bairro: VENANCIOS Cep: 63700-000 Ponto de Referência: CRAS I	
Tipo: RESIDENCIAL Moradia: PRÓPRIA	
País: BRASIL Município: CRATEUS UF: CE	

Dados da Ocorrência	Corrigir 2
Delegacia: DELEGACIA ELETRÔNICA Ano: 2016	
Data: 29/04/2016 Hora: 13:20	
Tipo da Ocorrência: ACIDENTE DE TRÂNSITO	
Endereço: R PASTOS BONS Complemento: ZONA RURAL	
Tipo do Local: NAO INFORMADO Compl Tipo do Local:	
Bairro: ZONA RURAL Município: CRATEUS UF: CE	

Veículo(s) Envolvido(s)	Corrigir 3
1) PLACA 07A7739 TIPO DE VEÍCULO MOTOCICLETA MARCA/MODELO HONDA/BIZ 125 ES COR VERMELHA PROPRIETÁRIO JOSÉ ALBERTO DE OLIVEIRA GONCALVES	

Descrição da Ocorrência	Corrigir 4
EU FRANCISCO BRUNO RODRIGUES LIMA, DECLARO QUE NO DIA E HORA ACIMA MENCIONADO FUI VITIMA DE UM ACIDENTE DE TRÂNSITO QUANDO ME DESLOCAVA DA CIDADE DE IAMBORIL COM DESTINO A CRATEUS E AO CHEGAR NA LOCALIDADE PASTOS BONS SOBREI EM UMA CURVA E VIM A CAIR AO SOLO E LOGO EM SEGUIDA FUI SOCORRIDO PELO GUARNIÇÃO DO CORPO DE BOMBEIROS PARA O HOSPITAL LOCA DE CRATEUS E NADA MAIS DISSE.	

Declaro, sob as penas da lei, que as informações fornecidas são verdadeiras.

Confirmar



CARTÓRIO MARTINI
Marta Girelli Albuquerque Nascimento
Tábia
Rtd. Emerson Albuquerque Nascimento
Marta Elgéria Martins Rodrigues
Sabotinos
Crateus - Ceará

Certifico que a presente
cópia confere com o
original respectivo. Dou

fé, **01 DEZ, 2016**
Crateus.

2ª Tabelião Público
2ª Tabelião Pública



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

fls. 11

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

Identificação do Paciente

3 - NOME DO PACIENTE

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

5 - DATA DE NASCIMENTO

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CDD, IBGE, MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

8 - CÓDIGO

9 - CÓDIGO

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

11 - SEXO

11 - TELEFONE DE CONTATO

11 - TELEFONE DE CONTATO

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CDF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

26 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

32 - ASSINATURA DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

32 - ASSINATURA DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

32 - ASSINATURA DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

32 - ASSINATURA DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO ROLHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNPJ DA EMPRESA

41 - CUCR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

EMPREGADO

EMPREGADOR

AUTÔNOMO

DESEMPREGADO

APORENTADO

NÃO SEGURO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

44 - CDD, ORÇÃO UNISOM

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CDF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

FICHA DE INTERNAÇÃO E ALTA

fls. 12

DADOS DO PACIENTE

Nome: FRANCISCO BRUNO RODRIGUES LIMA
 Nascimento: 24/11/1988 Local: CRATEUS
 Sexo: Masculino Raca/Cor: Parda Etnia:
 Documento(s): Adicional: 340053377
 Endereço: RUA SANTA RITA CONJ FREI DAMIAO Nº: 174 Bairro: VENANCIO
 Fone: (85) 3294-2740 Profissão: ESTUDANTE
 Responsável: OLIVEIRA RODRIGUES LIMA
 Endereço Responsável: RUA SANTA RITA CONJ FREI DAMIAO Nº:
 Fone Responsável: (85) 3294-2740
 País Nacionalidade: Brasil Estado Civil: Solteiro(a) Religião:
 CENS: 70.2302.159.1836-1/ Município: CRATEUS-CE
 Empresa: CPF do Responsável: CbP: 60700-000
 Fone Empresa: Fone Responsável (R0) 3294-2740
 Cônjuge: Pai: JOSE PEREIRA LIMA

DADOS DA INTERNAÇÃO

Data de Entrada: 24/04/2016 18:57 Quarto/Letto: 011-0001
 Classificação: SUS Aposentado: ENFERMARIA Matrícula:
 Motivo: JAMES SANCHES JORQUEIRA
 CID Principal: Seta: CLINICA CIRURGICA
 CID Complementar: 0 CRM: 0845
 Observação: Usuário: ST. LUSTIANA MARQUES BARBOSA
 Data de Saída: Procedimento SUS: Condição de Saída: Responsável:

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

Autorizo a internação do acima citado, neste Hospital, bem como os tratamentos clínicos, cirúrgicos e realização de necropsia, que se fizer necessário. Outrossim, torno ciência e submeto-me às disposições gerais contidas no regulamento do Hospital. OBS: O Hospital só se responsabiliza por objetos e valores dos pacientes ou acompanhantes, quando guardados na Tesouraria.

CRATEUS, 24 de abril de 2016.

Assinatura do paciente:
 Responsável pela Internação: NEBASTIANA MARQUES BARBOSA

Nebastiana Sousa
 Assinatura do responsável

NOME: F. de Oliveira R. Silva

PRONTUARIO:

POSTO:

LEITO:

DATA

7/11/65 com sintomas de
insuficiência renal

com sintomas de insuficiência renal

com sintomas de insuficiência renal

com sintomas de insuficiência renal

com sintomas de insuficiência renal

PRESCRIÇÃO MÉDICA

14/11/1971. Faintly c. B. near P. 11/11/1971.

METHUEN

64305-

CONVINO 3-0-3

50819 Columnar

29/09/18

PRESCRIÇÃO

9.3

CMV

APRAZAMENTO

SEPT: *Elonox* *linogyl*
EVOLUCAO

09.07.2008. 8 07 hrs. Arrived
permanently colonized. Arrived
in the field; arrived
in the camp + placed out
in the field. With good
deeds we are making
Pacheco's. 387 x 810
10180 mm. 387 x 810
387 x 810
28.04.16 AS 09:00 hrs. Pacheco's
ALTA HOSPITALAR P. UNIVERS. DE
RECEITA + AVISO DE ALTA.

Transmissio Paulo Rodriguez Lima

Hospital São Lucas

ADMINISTRAÇÃO  SÃO CAMILO

Paciente: FRANCISCO BRUNO RODRIGUES LIMA
Prontuário: 064308
Data de Int: 24/04/2016
Convênio: SUS
Município: CRATEUS-CE

STESIA

25.04.16

TPO DE CIRURGIA

IDADE	RESO	ALTURA	SEXO	TEMPERATURA	PULSO	TEMPO DE SALA	RESPIRAÇÃO	P. ARTERIAL
25			M					71/55
TPO SANGUÍNEO	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	UREIA				

AP. RESPIRATORIA

AP. CIRCULATÓRIA

AP. DIGESTIVO

AP. URINÁRIO

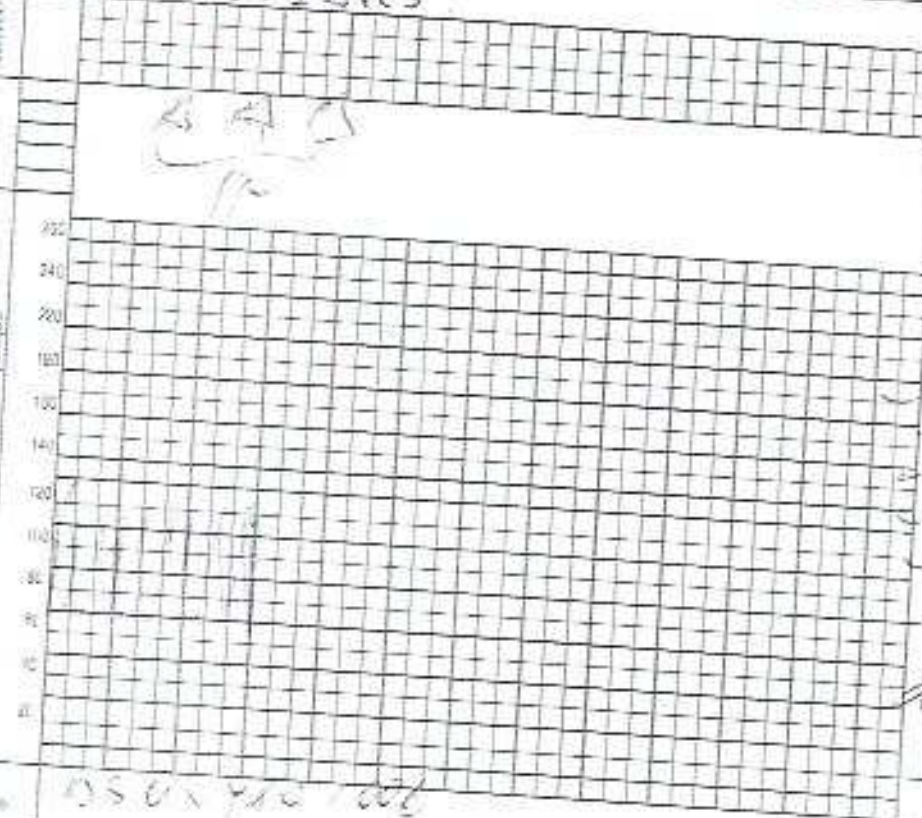
CHAVECINHO PRE-OPERATÓRIO

ANESTESIAS ANTERIORES

INDICAÇÃO PARA ANESTESIA

HISTÓRIA

09:15hs



DIAGNÓSTICO

SATISFATORIO _____ EXCITABILIDADE _____
ARRITMIAS (SINUS) _____
TORSÃO _____
VÔMITOS _____ OUTROS _____

MANUTENÇÃO
Cefaleia
náusea
vômito
brônquios
cúbito
pulso

ANESTESIA SANGUÍNEA
SEM _____ NÃO PORQUE _____

TEMPERATURA

REFLEXOS NA SÚ
OBSTRUÇÃO _____ CO2 _____
EXCITAÇÃO _____ NÁUSEAS _____
VÔMITOS _____ OUTROS _____
PARO CLÍNICO DÁGUA
SEM _____ NÃO _____
CONDIÇÕES _____

SA. ANO
PUNTA SANGÜÍNEA APROXIMADA _____
VOLUME SANGÜÍNEO REPOSTO _____
TEMPO CIRCULATÓRIO _____
DURAÇÃO TOTAL DA ANESTESIA _____

PROBLEMA

PROBLEMA

PROBLEMA

PROBLEMA

PROBLEMA

PROBLEMA

PROBLEMA

PROBLEMA

PROBLEMA

PROBLEMA

PROBLEMA

PROBLEMA



ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA DA CIDADANIA
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
GRUPO DE SOCORRO DE URGÊNCIA
REGISTRO DE SOCORRO

Nº 2162



ESTÁÇÃO: CRATEUS DATA: 20/09/10 Nº DA ASS.:
NOME: FRANCISCO BRUNO RODRIGUES LIMA
IDADE: 26 SEXO: F () M (X)
LOCAL DA OCORRÊNCIA:
BAIRRO: ZONA RURAL

HORA DA OCORRÊNCIA: 13:45
CHEGADA AO LOCAL: 13:55
SAÍDA DO LOCAL: 14:03
CHEGADA AO HOSPITAL: 14:15

TIPO DE OCORRÊNCIA:

- | | | |
|------------------------------|-------------------------|-------------------------------|
| 01. () ACIDENTE DE TRÂNSITO | 05. () AFOGAMENTO | 09. () MAL SÓRITO |
| 02. () AGRESSÃO | 06. () QUEIMADURA | 10. () EMERGÊNCIA OBSTÉTRICA |
| 03. () DESABAMENTO | 07. () CHOQUE ELÉTRICO | 11. () JÁ REMOVIDO |
| 04. () INTOXICAÇÃO | 08. () QUEDA | 12. () FALSO AVISO |

RAZÃO DO ATENDIMENTO: Queda de moto

DOENÇAS ANTERIORES:

MEDICAMENTOS:

ALERGIAS:

COR	PELE	RESPIRAÇÃO
CIANÓTICO () PÁLIDO (X) CONGESTO () NORMAL ()	QUENTE () FRIA () NORMAL (X)	SECA () ÚMIDA () NORMAL (X)
PULSO RADIAL FORTE () FRACO (X) REGULAR ()	ENCHIMENTO CAPILAR NORMAL (X) RETARDADO () AUSENTE ()	SUPERFICIAL () DIFÍCIL () NORMAL (X) AUSENTE ()
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA INICIAL ALERTA (X) RESPONDE A COMANDO () RESPONDE A DOR () SEM RESPOSTA ()	FALA NORMAL (X) CONFUSA () ININTELIGÍVEL () NENHUMA ()	SANGRAMENTO AUSENTE (X) MÍNIMO () MODERADO () INTENSO ()
PUPILAS D: 1 2 3 4 5 6 mm REAGENTE (X) SEM REAÇÃO ()		

SINAIS VITAIS: HORA:

P.A.:

PULSO:

FR:

NATUREZA DA DOENÇA OU LESÕES PRINCIPAIS: FRATURA EXPOSTA NA PERNA DIREITA (FRATURA DE MOTO)

OBSERVAÇÕES:

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

- | | |
|--|---|
| ☒ ASPIRAÇÃO
☒ OXIGÊNIO
☒ ASSIST. VENTILATÓRIO
☒ RCP
☒ ASSIST. OBSTÉTRICA | ☒ CURATIVOS
☒ BANDAGENS
☒ IMOBILIZAÇÕES DE MEMBROS
☒ FÉRULA DE TRAÇÃO
☒ LÍQUIDO EV. |
|--|---|

CONDIÇÕES DE CHEGADA AO HOSPITAL:

- ☒ MELHORADO
☐ PIORADO
☒ INALTERADO

HOSPITAL DE DESTINO: H.R.S.C

RESPONSÁVEL PELA RECEPÇÃO NO HOSPITAL: J. R. S. C.

CAVALCANTE
Atestado, para os devidos efeitos, a presença
do(a) paciente em tratamento que não foi
suscetível ao tratamento pelo parto normal.
Data: 20/09/2010
Em Test. de Urina: Negativo
CHATELUS
PRADO LONGA
PRADO CURTA
COLAR CERVICAL
OUTRO

ÓBITO
☐ ANTES DO SOCORRO
☐ ANTES DO TRANSPORTE
☐ NO TRANSPORTE

3º Ofício Registro de Imóveis
Candidato Oliveira
Escritório Autêntico

SUB. TEN VICENTE DA SILVA RODRIGUES
SOCORRISTAS
SD. DOLores MOTA
PD. LINCOLN

Nº DO CLIENTE
5810687-1

Atividade de Energia Elétrica
Inscrição de Lei nº 12.434
em 28 de abril de 2008

Companhia Energética de Ceará
Rua Manoel Vitorino, 100
CEP 61.109-040 (Parque de
Cidade) 0704126 (UENB) 70 (CCEP) 06.105.0466

ehel

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA - GRUPO B - SÉRIE B-4 (B4) 490445222

Rota 15 38000 01 530000 - 6 Data de Emissão 23/08/2017

Nome TATIANA SOUSA PINHO

End. Postal RU STA RITA 00126
JOSE ROSA - CRATEUS - 63700000

Medidor 24774375 Poste 0000 0000

Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASICO BAIXA RENDA de Potência 0,00

IRR / CPF / CNPJ 026830003-30 CGF

Nome do Responsável

DIÁRIOS

Mês de Referência	Data de Apuração	Previsão Produção
Ago/2017	23/08/2017	22/09/2017

ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Visão e legenda do índice de qualidade

Conjunta 100% (2017)

Mês: Jun/2017 Índice 7,10

DICI = 0,00 P

ICMS

Mês de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
100%		

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

0001.0030.0009.2004.0753.0451.2017.0704

INFORMAÇÕES SOBRE O TATURAMENTO DO CONSUMO

Let. Atual	Let. Anterior	Consumo	Consumo (kWh)	Consumo Incl.	Consumo Excl.	Letra (kWh)	Letra (kWh)
6195	6055	1,40	60	0,00	0,00	0,17000	0,17000
23/08/17	22/07/17		32 1048		60		14,51

DESCRIÇÃO

VALOR CONSUMO DO MES 14,51

MULTA MORATORIA REF 05/2017 0,37

JURDS DO MES 0,28

PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA 0,61

SALDO PARA PAGAMENTO FUTURO -15,77

ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 0,81)

VENCIMENTO 23/08/2017

TOTAL A PAGAR (R\$) 0,00

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	0,94
Perdas	0,00
Distribuição	0,00
Encargos Especiais	0,00
Tributos (PIS/COFINS)	0,00
TOTAL	0,94

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

Letra	Letra	Letra	Letra	Letra	Letra	Letra	Letra	Letra	Letra	Letra	Letra
77	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70

CONSUMO CONSENTIDO - TENSÃO DE 220V (kWh)

Comparar suas emissões pelo consumo de energia elétrica

Unidade kg (CO ₂)	Consumo kg (CO ₂)	Consumo Relativo (kg CO ₂)
25,98	0,00	0,00

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

Condição desta fatura: R\$ 1,15 referente a PIS e COFINS. Alíquotas: PIS:0,60% e COFINS:0,14%

Caricador de Bateria: 100% (2005) 100% (2005) 100% (2005) 100% (2005)

Nº do Cliente: 5810687-1 Referência: Ago/2017

Data de Emissão: 23/08/2017 Total a Pagar (R\$): 0,00

Nº da Nota Fiscal: 490445222 Nº de Controle: 000581068 / 00046 39492 77

PARA CONFERÊNCIA: Esta fatura por ter valor inferior ao mini

[Buscar no site](#)

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

[Nova Consulta](#)

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3160735060 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA FRANCISCO BRUNO RODRIGUES LIMA**COBERTURA** Invalidez**SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO** SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**BENEFICIÁRIO** FRANCISCO BRUNO RODRIGUES LIMA**CPF/CNPJ:** 39216491884**Posição em 05-09-2017 14:19:37**

Pagamento creditado ao beneficiário de acordo com os dados informados na autorização de pagamento.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
20/03/2017	R\$ 7.087,50	R\$ 0,00	R\$ 7.087,50

ACESSIBILIDADE

</Pages/Acessibilidade.aspx> </Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx>

A A A O

COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

Documentos Despesas Médicas (</Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx>)
Documentos Invalidez Permanente (</Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx>)
Documento Morte (</Pages/Documentacao-Morte.aspx>)
Dicas Indispensáveis (</Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx>)