

SINISTRO 3150659856 - Resultado de consulta por beneficiário

FLS. 12
[assinatura]
SECRETARIA
DA 1ª VARA J. DO NORTE - CE

VÍTIMA HIAGO DE SOUSA LIMA**COBERTURA** Invalidez**SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO** Investprev Seguradora S/A**BENEFICIÁRIO** HIAGO DE SOUSA LIMA**CPF/CNPJ:** 06144552359**Posição em 27-02-2016 09:44:35**

Pagamento creditado conforme dados bancários informados na autorização de pagamento assinada pelo beneficiário.

Data do Pagamento	Valor da Indenizacao	Juros e Correção	Valor Total
22/12/2015	R\$ 4.725,00	R\$ 0,00	R\$ 4.725,00



ACTUS
Advogados Associados



PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

OUTORGANTE Henzo de Sousa Lima, brasileiro, solteiro, portador
do RG nº: 2006034010521 SSP/CE e do CPF nº: 061445523-59,
residente e domiciliado à Rua 22 de Julho, nº 198, Povo XII, qua-
-dro do Norte / CE.

OUTORGADO: **THOMAZ ANTONIO NOGUEIRA BARBOSA**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/CE sob o n.º 20.787, **ANTÔNIO ALLAN LEITE SARAIVA**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/CE sob o n.º 23.502 com escritório situado à Rua Zuca Sampaio, 649 em Barbalha/CE, onde recebe intimações e avisos, a quem confere os poderes para o foro em geral, com a cláusula "ad judicium", em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-lo nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando-os, agindo em conjunto ou separadamente, podendo, ainda substabelecer esta em outrem, com ou sem reserva de poderes, dando tudo por bom, firme e valioso, especialmente para promover AÇÃO JUDICIAL De Cobrança de Indenização Secretaria DPUAT.

Barbalha-CE 16 de junho de 2016

Henzo de Sousa Lima
OUTORGANTE

FLS. <u>14</u>

SECRETARIA DA 1ª VARA CÍVEL J. DO NORTE - CE

DECLARAÇÃO DE INSUFICIÊNCIA DE RECURSOS

Eu Liago de Sousa Lima,

Estado civil solteiro, portador do RG nº 2006034010521 SSP/CE e inscrito no CPF sob nº 061.445.523-59, residente e domiciliado à Rua 22 de Junho, nº 198, Povo XII, Juazeiro do Norte/CE, nos termos da Lei, e para os devidos fins, DECLARO que sou pobre na acepção jurídica o termo, não dispondo de condições econômicas para custear as despesas judiciais, sem sacrifício do sustento próprio e da minha família.

Por ser a expressão da verdade, assumindo inteira responsabilidade pelas declarações acima sob as penas da lei, assino a presente declaração para que produza seus efeitos legais.

Bela Vista/CE, 16 de Junho 2016

Liago de Sousa Lima

Declarante

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA



Eu, Helio de Sousa Lima

RG nº 2006034010521, data de expedição / / , Órgão SSP/CE,

CPF nº 061.445-523-59, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua 22 de julho</u>
Número	<u>198</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Ped XII</u>
Cidade	<u>Guajara do Norte</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	
Telefone de Contato	
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Barbalha/CE, 16 de junho de 2016

Assinatura do Declarante: Helio de Sousa Lima



Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

fls. 16

FLS. 16

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

SECRETARIA

DA 1ª VARA CÍVEL
DO J. DO N. 1º

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU,

PORTADOR(A) DO RG Nº _____ EXPEDIDO POR _____ EM ____/____/____ E

CPF _____ /CNPJ _____, PROFISSÃO _____

E RENDA MENSAL DE R\$ _____ (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA _____, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO

DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos podem aparecer termos: - SALÁRIO, FUNCIONAL, INSS, BOLSA FAMÍLIA, BOLSA ESCOLA, PREVIDÊNCIA SOCIAL ou AGRICULTURA FAMILIAR.
- Conta Empresarial – conta pessoal cadastrada em um CNPJ - nos documentos podem aparecer termos: CNPJ, ME, MEI, EPP, COMER ou LTDA normalmente ao final do nome do titular.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL e/ou com limite de movimentação financeira mensal;
- Qualquer conta da CEF se **não** for apresentado algum documento do banco indicando que não existem quaisquer impedimentos para fins de depósito de indenização de DPVAT;
 - Para este banco (CEF), a conta corrente pode ser identificada com cópia simples rasurada de folha de cheque como comprovante de dados bancários do titular.
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta;
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Conta não pertencente à vítima/beneficiário.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

Os meios possíveis para identificar/verificar a documentação recebida na fase de regulação do sinistro DPVAT é responsabilidade do agente regulador (seguradora ou reguladora).

Os bancos BRADESCO, ITAÚ e SANTANDER disponibilizam, em consulta simples no site, informações sobre a titularidade da conta, se conta empresa e/ou salário ou ainda inexistência da mesma.

Os bancos BRADESCO e ITAÚ têm acordo junto à Seguradora Líder-DPVAT para abertura de conta POUPANÇA para fins de DPVAT sem ônus para o requerente. Carta de abertura disponível no endereço eletrônico: www.dpvatsegurodotransito.com.br

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO. DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

_____, _____ de _____ de _____

LOCAL E DATA

de _____

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de **R\$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de **até R\$13.500,00** em caso de **invalidez permanente** (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de **até R\$ 2.700,00** em caso de **despesas médico-hospitalares**.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

fls. 17

FLS. 17
SECRETARIA
DA 1ª VARA JEL
J. DO NORTE - CE

Eu, _____, portador da carteira de identidade nº _____ e inscrito no CPF/MF sob o nº _____ residente e domiciliado na _____ Cidade _____, Estado _____, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- () Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Alago de Sousa Lima

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Local e data

Declaração



Eu, _____, declaro que após ter sofrido acidente provocado por veículo automotor de via terrestre, em ____/____/____, fui socorrido por _____, Telefone: () _____, e levado ao hospital: _____.

Declaro não ter recebido nenhum tipo de atendimento médico no local do acidente, tais como SAMU, Corpo de Bombeiros, Ambulância etc., da mesma forma não houve registro da ocorrência no local do acidente, tão pouco foi instaurado Inquérito Policial na delegacia, dessa forma não possuo nenhuma outra prova referente ao acidente, além do boletim de ocorrência Policial e a documentação médica apresentada.

Por ser verdade, declaro estar ciente de que declaração falsa pode implicar na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal:

"Art. 299 – Omitir, em documento público ou particular, declaração que nele deveria constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre o fato juridicamente relevante.

Pena: reclusão de 1 (um) a 5 (cinco) anos e multa, se o documento é público e reclusão de 1 (um) a 3 (três) anos, se o documento é particular."

Local: _____ UF: _____ Data: ____/____/____

* *Filipe de Sousa Lima*

SECRETARIA
DA 1ª VARA CÍVEL
J. DO NORTE - CE

RG nº 70083866507 data de expedição 13/11/12,
Órgão SSP/CE, portador do CPF nº 221.370.523-86, com
domicílio na cidade de Juazeiro do Norte, no Estado de
Ceará, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua 27 de julho, nº 198,
complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Hiago de Sousa Lima, cujo o condutor era
A vítima.

Modelo: YAMAHA T 115 CRYPTON K

Placa: PMR 6478

Chassi: 9CGKE150F00397114

Data do Acidente: 27.01.2015

Local e Data: Imbituba do Norte - CE 29 de janeiro

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



SECRETARIA
DA 1ª VASA/EL
NORTE - CE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 011662664197
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

MA - CO - RENAVAM - ENTR - EXERCÍCIO
CPDT 01 1029312378 0000000000 2014

ANTONIO DE LIMA CORREIA

INAVEIRO DO NORTE

22137050982

PLACA MT/UF 2014

0000000000

YAMAHA/T115 CRYPTON Z 2014 2014

2P/000/1400 PARTIO VERMELHA

IPVA 1º 2º 3º

PREMIO TARIFARIO (R\$) 100 (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO 00/00/0000

AL.FID. YAMAHA ADMIN DE CONS LTDA

INAVEIRO DO NORTE 05/12/2014

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO
MOTOCICLETAS DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA APRESSORAS
TRANSPORTADAS OU NÃO SEGURO DPVAT

CE Nº 011662664197 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMIS 2014 05/12

01 22137050982

1029312378 YAMAHA/T115 CRYPTON Z

2014 00 0000000000

PRÊMIO TARIFARIO

FNS (R\$) DENATRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO

CUSTO DO BILHETE (R\$) 100 (R\$) ATUALIZAÇÃO

100 (R\$) DATA DE OUTRA 00/00/0000

SEGURADORA LIDER - DPVAT

0000000000 0000000000

Nº DO CLIENTE
5288782-0



385308272

06/05/2015

03 13000 12 096800 - 3

MARIA IVANILDA DE SOUSA LIMA

RU 0022 DE JULHO 00198

PIO XII - JUAZEIRO DO NORTE - 63100000

7393099

01-RESIDENCIAL MONOFASICO BAIXA RENDA

430502553-15

0000 0000

0,00

Mes de			Período			JUAZEIRO DO NORTE			Energia		
Medição			Medição			Mar/2015			Energia		
Mai/2015			06/05/2015			03/06/2015			DÍGITO		
138,41	27,00	37,37	5,87	10,15	20,30	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
			3,20	6,47	12,95	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
			2,85			0,00					
6654.4510.7752.104F.0798.7024.97F1.2002											
80847	80650	1,00	197	0,00							
06-05-15	06-04-15		30 01:40	197							

VALOR CONSUMO DO MES
ICMS COMPLEMENTAR BAIXA RENDA-CONV CONFAZ 079
Multa MORATORIA REF 04/2015
JUROS DO MES
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 11,87)

98,22
10,86
2,54
0,68
16,98
3,34

VENCIMENTO 13/05/2015

TOTAL A PAGAR(R\$)

132,62

COMPOSTO		TOTAL	
Energia	43,31	190	197
Transmissão	10,86	233	186
Distribuição	10,86	180	219
Encargos Setoriais	10,86	187	194
Tributos (ICMS PIS-COFINS)	10,86	196	184
TOTAL	112,42	182	155
		171	

85,14

0,00

informações importantes e avisos de vencimento

A ANEEL APROVOU REAJUSTE MÉDIO DE 7,15% DAS TARIFAS DE BAIXA TENSÃO DA COELCE, APLICANDO A PARTIR DE 22 DE ABRIL DE 2015, CONFORME RESOLUÇÃO NORMATIVA NÚM. 1862 DE 14-04-2015.

Bandeira Tarifária VERMELHA

Consta desta fatura R\$ 11,49 referente a PIS e COFINS.

Caro Cliente, constam quitadas as faturas de

DEMONSTRATIVO DE DESPESAS HOSPITALARES

Emitido em: 03/02/2015 15:46:59

Prontuário: 106653

Do(a) Sr(a) HIAGO DE SOUSA LIMA

A direção do HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI - HRC e sua equipe de profissionais tiveram grande satisfação em atendê-lo(a) nos serviços descritos abaixo, no período de: 23/01/2015 a 31/01/2015.

HISTÓRICO

UNIDADE	VALOR DIÁRIO	QTD DIÁRIAS	VALOR TOTAL UNIDADE
TRAUMATO-ORTOPEDIA I	R\$ 277,30	10	R\$ 2.773,00
CENTRO CIRURGICO	R\$ 1.990,32	6	R\$ 11.941,92

Verificamos que o seu tratamento e permanência hospitalar geraram uma despesa de R\$ 14.714,92.

Informamos que este valor foi totalmente custeado com recursos do GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ.
Agradecemos pela confiança e privilégio de tê-los atendido.

Atenciosamente,

HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI - HRC

Conto de punho



Eu Hiago de Sousa Lima venho atrevez deste documento, pedir a elaboração do requerimento idem, pois não tenho ato declaratório, e que tenha e testemunhas no qual já enviei para requerimento no entanto na foi aceite.

Segundo a compreensão pois não tinha SAMU nem ambulância, em casa de Bombrão no local e as testemunhas e parentes não ligaram para o SAMU, porque o local do acidente foi próximo do Hospital e devido as circunstâncias me não foram rapidamente para o Hospital.

Pelo a elaboração por parte dos analistas pois estão falando a verdade e não vou mentir.

Já grato por compreenderem e mancarem minha pena.

Atenciosamente:



Hiago de Sousa Lima

CPF: 067.445.523-59

SN: 3150659856

Data: 14/10/2015

Juazeiro do Norte - CE





AUTO-ATENDIMENTO - JUAZEIRO DO NORTE
DATA: 15/07/2015 HORA: 10:08:08
TERMINAL: 00321031 CONTROLE: 003210310222

COMPROVANTE DE
TRANSFERÊNCIA DE VALORES

REMETENTE
CGC/AGÊNCIA : 0032 / JUAZEIRO DO NORTE
CONTA : 013.00.320.918-7
NOME : EDIVALDO PEREIRA DOS SANTOS

FAVORECIDO
CGC/AGÊNCIA : 0032 / JUAZEIRO DO NORTE
CONTA : 013.00.054.628-0
NOME : HIAGO DE SOUSA LIMA

VALOR : 5,00

DATA DE EFETIVAÇÃO : 15/07/2015

DEBITO REALIZADO COM SUCESSO.O CREDITO
NA CONTA DE DESTINO SERA EFETUADO APOS O
PROCESSAMENTO DA TRANSACAO

Informações, reclamações, sugestões e elogios
SAC CAIXA: 0800-726 0101
Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474
www.caixa.gov.br

DECLARAÇÃO DAS TESTEMUNHAS DO ACIDENTE

SECRETARIA
DA JUSTIÇA
J. DO NORTE - CE

EU _____ CPF _____

VENHO POR MEIO DESTA, DECLARAR QUE ESTIVE PRESENTE NO ENDEREÇO _____

OCASIÃO DO ACIDENTE DA VÍTIMA _____

NO DIA ____/____/____. SEGUE ABAIXO OS DETALHES DE COMO A VITIMA FOI
SOCORRIDA E LEVADA AO HOSPITAL QUE CONSTA NA FICHA DE ATENDIMENTO
MÉDICO: _____

ASSINATURA DE DUAS TESTEMUNHAS:

EU Bouso de Sousa Lima _____ RG _____
CPF _____EU Maria Leonilda de Sousa Lima _____ RG _____
CPF _____



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE

FLS. 27 fls. 27
SECRETARIA
DA 1ª VASA
J. DO NORTE - CE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 488 - 9848 / 2015

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO

Data / Hora da Comunicação: 23/06/2015 16:54:26

Data / Hora da Ocorrência : 22/01/2015 17:20:00

Endereço da Ocorrência: R. PRIMEIRO DE MAIO C/R NOSSA SENHORA DO CA

FRANCISCANOS JUAZEIRO DO NORTE / CE

Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: HILAGO DE SOUSA LIMA

Nascimento : 23/11/1995

RG: 2006034010521 Órgão Emissor: SSP UP: CE - CPF:

Filiação:

MARIA IVANILDA DE SOUSA LIMA

Endereço: R 22 DE JULHO 198

PIO XII

JUAZEIRO DO NORTE CE BRASIL

Telefone:

Histórico

Advertido das penas cominadas nos artigos 340 e 342, ambos do cph, informa o noticiante, QUE NA DATA E LOCA-
L AIMA MENCIONADO, ESTAVA NA CONDUÇÃO DA MOTO YAMAHA T115 CRYPTON, DE PLACA PMR
6478, RENAVAM DE Nº 1029312378, CHASSI Nº 9C6KE1560F0039744, LICENCIADA EM NOME DE ANTONIO
LIMA CORREIA, QUANDO DE REPENTE UM VEÍCULO SEDAN PRETO DE PLACA NÃO ANOTADA
INVADIU A SUA MÃO DE DIREÇÃO E PARA NÃO COLIDIR, FREIOU BRUSCAMENTO, TENDO O PNEU-
DERRAPADO, VINDO A CAIR E SOFRER FRATURA NO ANTEBRAÇO DIREITO, QUE FOI SOCRRIDO POR
POPULARES AO UPA LIMOEIRO DESTA CIDADE, ONDE APÓS MEDICADO, TRANSFERIDO AO
HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI. E nada mais disse. []

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO

FRANCISCO CRUZ LANDIM - MAT.: 106255-1-3

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO : Hilago de Sousa Lima

VISTO DO DELEGADO(A):

LUIS JOSÉ TENÓRIO DE BRITTO - MAT.: 126893-1-4

FICHA DE ATENDIMENTO

FLS. 28

fls. 28

SECRETARIA

DA PRONTO-SOCORRO

JOÃO P. NOROIA

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: HIAGO DE SOUSA LIMA Prontuário: 105653 Admissão: 22/01/2015
Data Nasc.: 23/11/1995 Idade: 19 ano(s) 4 mes(es) e 9 dia(s) Telefone: 99172963
Mãe: MARIA IVANILDA DE SOUSA LIMA
Sexo: Masculino RG: 2006034010521 Município: JUAZEIRO DO NORTE
CEP: Bairro: PIO XII
Endereço: RUA 22 DE JULHO 198

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: LARANJA Classificador: FABIA MARIA RIBEIRO DA SILVA Horário: 17:53
Queixa: DOR EM MSD POR ACIDENTE DE MOTO
Fluxograma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES
Discriminador: Dor intensa *
Sato02: Glasgow: Temp.: Glicemia: Régua: 8 Pulso/FC:

ATENDIMENTO

Médico: ANDRE LUIS SANTANNA CRM: 9492 Nº 232016 P.A.:
Acidente: Sim Agressão: Não Peso:
Exo: OBS BREVE/IMAGEM

Hipótese Diagnóstica: TRAUMATISMO CONTUNDENTE EM ANTEBRAÇO (D), 1/3 MÉDIO E, COMO RESULTADO, DEFORMIDADE INACEITÁVEL LOCAL, COM FRATURA DE OSSOS DO ANTEBRAÇO (D) E FERIMENTO PUNTIFORME LOCAL COM SANGRAMENTO DE MUITO PEQUENO VOLUME E AUTO-LIMITADO. PULSOS PERIFÉRICOS PRESENTES, MOBILIZA ATIVAMENTE OS DEDOS.
TRAUMATISMO CONTUNDENTE EM ANTEBRAÇO (D), 1/3 MÉDIO E, COMO RESULTADO, DEFORMIDADE INACEITÁVEL LOCAL, COM FRATURA DE OSSOS DO ANTEBRAÇO (D) E FERIMENTO PUNTIFORME LOCAL COM SANGRAMENTO DE MUITO PEQUENO VOLUME E AUTO-LIMITADO. PULSOS PERIFÉRICOS PRESENTES, MOBILIZA ATIVAMENTE OS DEDOS. CURATIVO OCLUSIVO EM FERIMENTO, TALA GESSADA AXILO-PALMAR À (D). RADIOGRAFIAS E ANALGESIA.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Data	Fluxograma	Discriminador	Risco	Profissional
22/01/2015 17:53:00	PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	Dor intensa *	LARANJA	FABIA MARIA RIBEIRO DA SILVA

EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação
RX ANTEBRACO D AP/P (0204040019)	22/01/201 18:17	Não	Realizado
RX PUNHO D AP/P (0204040124)	22/01/201 18:17	Não	Realizado
RX COTOVELO D AP/P (0204040078)	22/01/201 18:17	Não	Realizado



HOSPITAL
REGIONAL
DO CARIRI



Organização Social mantida com recursos públicos
provenientes de seus impostos e contribuições sociais

FLS.

ESTADO DO CEARÁ

fls. 29

SECRETARIA

DA 1ª VARA
J. DO NORTE - CE

NAC

SOLICITAÇÃO DE DOCUMENTOS | PRONTUÁRIO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

PACIENTE: Flávia de Sousa Lima

RG: 2006034010521

DN: 23 / 11 / 1995

PRONTUÁRIO:

Eu, _____, Documento de Identificação
tipo RG nº: _____, venho por meio deste requerer ao Hospital Regional
do Cariri (HRC) através do Núcleo de Atendimento ao Cliente (NAC), cópia(s) do(s)
documento(s) Prontuário médico
_____ constante(s) no prontuário de nº. _____, decorrente(s) de
tratamento nesta Unidade Hospitalar.

JUSTIFICATIVA:

Segundo DPUAT

AUTORIZAÇÃO DE ENTREGA DE CÓPIA A TERCEIROS:

NOME:

GRAU DE PARENTESCO:

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO TIPO/Nº

DE _____ DE _____
(LOCAL/DATA)

ASSINATURA DO PACIENTE

COMPROVAÇÃO DE RECEBIMENTO DA DOCUMENTAÇÃO

Declaro, para fins de direito, que eu, _____
_____, recebi cópia do prontuário especificado nesta Solicitação de
Documentos, e declaro estar ciente de que é de minha inteira responsabilidade a manutenção do sigilo das
informações do mesmo, submetendo-me à legislação vigente.

Joazeiro do Norte - CE, 29 DE Maio DE 2015
(LOCAL/DATA DO RECEBIMENTO)

Flávia de Sousa Lima

ASSINATURA DO PACIENTE OU SEU REPRESENTANTE AUTORIZADO

RELATÓRIO MÉDICO

ESTADO DO CEARÁ
FLS. 30
SECRETARIA DE SAÚDE
DA 1ª VAGAS
UF: CEARÁ Sexo: Masculino
Cidade: JUAZEIRO DO NORTE

Paciente: HIAGO DE SOUSA LIMA
Endereço: RUA 22 DE JULHO 198
Bairro: PIO XII
CEP: 63010-000

Prontuário: 105653
Idade: 19 ano(s) 2 mes(es) e 10 dia(s)
UF: CEARÁ Sexo: Masculino
Cidade: JUAZEIRO DO NORTE

Localização

Clinica: TRAUMATO- Enfermaria: 06 Leito: 421
Internação 24/01/2015 22:18 Alta: * Não Informado * * Não Informado

Relatório

Tipo de Saída: Alta

Cancelada
Não

Resumo Clínico

fratura exposta dos ossos do antebraço dir

Exames Realizados

RX

Terapêutica Utilizada

osteosíntese dos ossos do antebraço

Diagnóstico

S52 - FRATURA DO ANTEBRACO

DIAGNÓSTICOS

Principal	Código	Descrição
Sim	S52	FRATURA DO ANTEBRACO

Condições de Alta

Melhorado

Data Programada da Alta: 03/02/2015

Observações Complementares

curativo diário
retornar em 15 dias

Responsável

Médico: THIAGO CALDAS LEAL

Data: 03/02/2015

CIRURGIA

30/01/2015

23/01/2015

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO ANTEBRAÇO
LIMPEZA CIRURGICA

Agendamento		
Dr. Thiago Leal		Rx.
Data: 25/02/15	Data:	Data: 25/02/15
Hora: 16h	Hora:	Hora: 14
Código 38376	Código	Código

Dr. Thiago Leal
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 10498
Unidade 10498-2

Rua Catulo da Paixão Cearense, S/N, Triângulo - CEP 63041-162 - Juazeiro do Norte - CE
Unidade mantida com recursos públicos, provenientes de seus impostos e contribuições sociais.

fls. 31

ESTADO DO CEARÁ
Secretaria de Saúde

FLS. 21

SECRETARIA

DA 1ª VILA

J. DO NORTE

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o paciente Thiago de Sousa Lima esteve internado no Hospital Regional do Cariri para tratamento cirúrgico ortopédico. Necessita de repouso por um período de 90 dias (NOVENTA).

CID 10: S52

Dr. Thiago Leal
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Joelho
CRM 10498 - TEOT. 13030

MÉDICO

Juazeiro do Norte - CE, 03 de Febrero de 2015

FLS.

32

88

SECRETARIA
DA 1ª VARA
J. DO NORTE - CEATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o paciente
Hiago de Sousa Lima esteve internado no
Hospital Regional do Cariri para tratamento cirúrgico ortopédico.
Necessita de repouso por um período de 90 dias (NOVENTA).

CID 10: S-52

Dr. Thiago Leal
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Joelho
CRM: 10408 / TEOT 13030
Unimed ~~CE~~ 498-2

Juazeiro do Norte - CE, 03 de janeiro

de 2015

CNPJ/MF - 05.268.526/0002-51

Rua Catulo da Paixão Cearense, s/n - Triângulo - CEP 63.041-162 - Juazeiro do Norte - CE - Telefone: (88) 3566-3600
Hospital mantido com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais.

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o(a) paciente Miango de Sousa
Leiria encontra-se internado (a) no Hospital
Regional do Cariri na Clínica Traumato-Ortopedia Enfermaria: 06 Leito: 421
desde o dia 22/01/2015 às 18:00 horas.

Juazeiro do Norte, 27 de junho de 2015.

Priscila Holanda

Assistente Social
CRESS-CE 4817

Setor do Serviço Social do Hospital Regional do Cariri

Priscila Holanda de Sousa
Assistente Social
CRESS 4817





HOSPITAL
REGIONAL
DO CARIRI



Organização Social mantida com recursos públicos
provenientes de juros impostos e contribuições sociais

RECEITUÁRIO MÉDICO

PACIENTE:

PRONTUÁRIO:

Thiago S. L.

Sol

- Entenoz

30 Sessões

100% Entenoz nos Ombros
e Antebraço D

25/02/15

Dr. Thiago Leal
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Joelho
CRM 10498 / TEOT. 13030

DATA:

/ /

MÉDICO | CREMEC

[Hospital Regional do Cariri | Rua Catão da Paesão Cearense, s/n - Bairro: Triângulo | Juazeiro do Norte/CE | CEP: 63.041-162 | CNPJ: 05.268.526-0002-51]

SOLICITAÇÃO DE EXAMES

SECRETARIA
DA 1ª VAGAS
DO NORTE - CE

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: HIAGO DE SOUSA LIMA

Prontuário: 105653 Admissão: 25/02/2015

Data Nasc.: 23/11/1995 Idade: 19 ano(s) 3 mes(es) e 2 dia(s)

Sexo: Masculino

RG: 2006034010521

Mãe: MARIA IVANILDA DE SOUSA LIMA

Telefone: 88

99172963

Endereço: RUA 22 DE JULHO 198

Bairro: PIO XII

CEP:

Solicitante THIAGO CALDAS LEAL

Data: 25/02/2015

Nº Solicitação: 1350633

Nome do Exame	Justificativa
RX ANTEBRACO D AP/P (0204040019)	T

Dr. Thiago Leal
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Joelho
CRM 10498 - TEOT. 13030

FLS. 36SECRETARIA
DA 1ª VARA JEL
J. DO NORTE - CE

AO NUCLEO DE APOIO AO CLIENTE – NAC

RETORNO

Solicito marcar consulta ambulatorial da ORTOPEDIA após 15 dias para o(a)
paciente Hiago de Sousa Lima

Juazeiro do Norte - CE, 03 de Januário de 2015.

Dr. Thiago Leal
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Joelho
CRM: 10498 TEOT 13030
Unimed 10710498-2

CNPJ/MF – 05.268.526/0002-51

Rua Catulo da Paixão Cearense, s/n - Triângulo – CEP 63.041-162 – Juazeiro do Norte – CE - Telefone: (88) 3566-3600
Hospital mantido com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais.



FLS. 37
SECRETARIA
DA 1ª VARA JEL
J. DO NORTE - CE

FISIOTERAPIA

NOME: Hiago de Sousa Lima

FISIOTERAPIA
20 SESSÕES

DIAGNÓSTICO: Fratura antebraço direito

JUAZEIRO DO NORTE, 03 DE Janeiro DE 2015

Dr. Thiago Leal
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Joelho
CRM: 10498 TEOT: 13030
Unimed 10498-2

121

RECEITUÁRIO MÉDICO

FLS. 38
SECRETARIA
DA 1ª VAGA
J. DO NORTE - CE

PACIENTE: Hiago de Sousa Lima

VIA ORAL

1- cefalexina 500MG-----28 CP

Tomar 01 cp de 6/6h, por 7 dias.

2- Ibuprofeno 600MG-----10 CP

Tomar 01 cp de 12/12h, por 05 dias.

3- Dipirona 500MG-----30 CP

Tomar 02 cp de 6/6h, se dores intensas.

JUAZEIRO DO NORTE/CE, 03 DE Janeiro DE 2015.

Dr. Thiago Leal
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Joelho
CRM: 10498 TEOT: 13030
Unimed MEDICO

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: HIAGO DE SOUSA LIMA Prontuário: 105653 Admissão: 22/01/2015
Data Nasc.: 23/11/1995 Idade: 19 ano(s) 4 mes(es) e 9 dia(s) Telefone: 99172963
Mãe: MARIA IVANILDA DE SOUSA LIMA
Sexo: Masculino RG: 2006034010521 Município: JUAZEIRO DO NORTE
CEP: Bairro: PIO XII
Endereço: RUA 22 DE JULHO 198

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: LARANJA Classificador: FABIA MARIA RIBEIRO DA SILVA Horário: 17:53
Queixa: DOR EM MSD POR ACIDENTE DE MOTO
Fluxograma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES
Discriminador: Dor intensa *
Sato02: Glasgow: Temp.: Glicemia: Régua: 8 Pulso/FC:

ATENDIMENTO

Médico: ANDRE LUIS SANTANNA CRM: 9492 Nº 232016 P.A.:
Acidente: Sim Agressão: Não Peso:
Eixo: OBS BREVE/IMAGEM

Hipótese Diagnóstica: TRAUMATISMO CONTUNDENTE EM ANTEBRAÇO (D), 1/3 MÉDIO E, COMO RESULTADO, DEFORMIDADE INACEITÁVEL LOCAL, COM FRATURA DE OSSOS DO ANTEBRAÇO (D) E FERIMENTO PUNTIFORME LOCAL COM SANGRAMENTO DE MUITO PEQUENO VOLUME E AUTO-LIMITADO. PULSOS PERIFÉRICOS PRESENTES, MOBILIZA ATIVAMENTE OS DEDOS.
TRAUMATISMO CONTUNDENTE EM ANTEBRAÇO (D), 1/3 MÉDIO E, COMO RESULTADO, DEFORMIDADE INACEITÁVEL LOCAL, COM FRATURA DE OSSOS DO ANTEBRAÇO (D) E FERIMENTO PUNTIFORME LOCAL COM SANGRAMENTO DE MUITO PEQUENO VOLUME E AUTO-LIMITADO. PULSOS PERIFÉRICOS PRESENTES, MOBILIZA ATIVAMENTE OS DEDOS. CURATIVO OCLUSIVO EM FERIMENTO, TALA GESSADA AXILO-PALMAR À (D). RADIOGRAFIAS E ANALGESIA.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Data	Fluxograma	Discriminador	Risco	Profissional
22/01/2015 17:53:00	PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	Dor intensa *	LARANJA	FABIA MARIA RIBEIRO DA SILVA

EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação
RX ANTEBRACO D AP/P (0204040019)	22/01/201 18:17	Não	Realizado
RX PUNHO D AP/P (0204040124)	22/01/201 18:17	Não	Realizado
RX COTOVELO D AP/P (0204040078)	22/01/201 18:17	Não	Realizado

Paciente: HIAGO DE SOUSA LIMA
Endereço: RUA 22 DE JULHO 198
Bairro: PIO XII
CEP: 63010-000

Prontuário: 105653
Idade: 19 ano(s) 2 mes(es) e 10 dia(s)
UF: CEARÁ Sexo: Masculino
Cidade: JUAZEIRO DO NORTE

Localização

Clinica: TRAUMATO- Enfermaria: 06 Leito: 421
Internação 24/01/2015 22:18 Alta: * Não Informado * * Não Informado

Relatório

Tipo de Saída: Alta

Cancelada

Não

Resumo Clínico

fratura exposta dos ossos do antebraço dir

Exames Realizados

RX

Terapêutica Utilizada

osteosíntese dos ossos do antebraço

Diagnóstico

S52 - FRATURA DO ANTEBRACO

DIAGNÓSTICOS

Principal	Código	Descrição
Sim	S52	FRATURA DO ANTEBRACO

Condições de Alta

Melhorado

Data Programada da Alta: 03/02/2015

Observações Complementares

curativo diário
retornar em 15 dias

Responsável

Médico: THIAGO CALDAS LEAL

Data: 03/02/2015

CIRURGIA

01/2015

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO ANTEBRAÇO

23/01/2015

LIMPEZA CIRURGICA

Agendamento		
Dr. Thiago Leal		RX
Data: 25/02/15	Data:	Data: 25/02/15
Hora: 16h	Hora:	Hora: 14
Código 38376	Código	Código

Dr. Thiago Leal
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 10498
Unimed/CE
107-0498-2

Rua Catulo da Paixão Cearense, S/N, Triângulo - CEP 63011-762 - Juazeiro do Norte - CE
Unidade mantida com recursos públicos, provenientes de seus impostos e contribuições sociais.

FLS. 41
SECRETARIA
DA 1ª VARA CÍVEL
J. DO NORTE - CE

fls. 41

EVOLUÇÃO

Data Cadastro	Usuário Cadastro	Descrição
22/01/2015 00:00	ANDRE LUIS SANTANNA	TRAUMATISMO CONTUNDENTE EM ANTEBRAÇO (D), 1/3 MÉDIO E, COMO RESULTADO, DEFORMIDADE INACEITÁVEL LOCAL, COM FRATURA DE OSSOS DO ANTEBRAÇO (D) E FERIMENTO PUNTIFORME LOCAL COM SANGRAMENTO DE MUITO PEQUENO VOLUME E AUTO-LIMITADO. PULSOS PERIFÉRICOS PRESENTES, MOBILIZA ATIVAMENTE OS DEDOS. CURATIVO OCLUSIVO EM FERIMENTO, TALA GESSADA AXILO-PALMAR À (D). RADIOGRAFIAS E ANALGESIA.

ENCAMINHAMENTO - CONDUTA FINAL

☐ Alta. Conduta

☐ Observação

☐ Referência para:

☐ Óbito



fls. 42

EVOLUÇÃO

Data Cadastro	Usuário Cadastro	Descrição
22/01/2015 00:00	ANDRE LUIS SANTANNA	TRAUMATISMO CONTUNDENTE EM ANTEBRAÇO (D), 1/3 MÉDIO E, COMO RESULTADO, DEFORMIDADE INACEITÁVEL LOCAL, COM FRATURA DE OSSOS DO ANTEBRAÇO (D) E FERIMENTO PUNTIFORME LOCAL COM SANGRAMENTO DE MUITO PEQUENO VOLUME E AUTO-LIMITADO. PULSOS PERIFÉRICOS PRESENTES, MOBILIZA ATIVAMENTE OS DEDOS. CURATIVO OCLUSIVO EM FERIMENTO, TALA GESSADA AXILO-PALMAR À (D). RADIOGRAFIAS E ANALGESIA.

ENCAMINHAMENTO - CONDUTA FINAL

☐ Alta. Conduta ☐ Observação ☐ Referência para: ☐ Óbito

Paciente: HIAGO DE SOUSA LIMA
 Endereço: RUA 22 DE JULHO 198
 Bairro: PIO XII
 CEP: 63010-000

Prontuário: 105653

Idade: 19 ano(s) 2 mes(es) e 10 dias

UF: CEARÁ

Sexo: Masculino

Cidade: JUAZEIRO DO NORTE

SECRETARIA

JUAZEIRO DO NORTE - CE

Localização

Clínica: TRAUMATO-

Enfermaria: 06

Leito: 421

Internação 24/01/2015

22:18

Alta: * Não Informado * * Não Informado

Relatório

Tipo de Saída: Alta

Cancelada

Não

Resumo Clínico

fratura exposta dos ossos do antebraço dir

Exames Realizados

rx

Terapêutica Utilizada

osteosíntese dos ossos do antebraço

Diagnóstico

S52 - FRATURA DO ANTEBRACO

DIAGNÓSTICOS

Principal	Código	Descrição
Sim	S52	FRATURA DO ANTEBRACO

Condições de Alta

Melhorado

Data Programada da Alta: 03/02/2015

Observações Complementares

curativo diário
retornar em 15 dias

Responsável

Médico: THIAGO CALDAS LEAL

Data: 03/02/2015

CIRURGIA

23/01/2015

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO ANTEBRACO

23/01/2015

LIMPEZA CIRURGICA

Agendamento		
Dr. Thiago Leal		Rx.
Data: 25/02/15	Data:	Data: 25/02/15
Hora: 16h	Hora:	Hora: 14
Código 38576	Código	Código

Dr. Thiago Leal
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM: 10498
 Unidade 107-10498-2

Rua Catulo da Paixão Cearense, S/N, Triângulo - CEP 63041-152 - Juazeiro do Norte - CE
 Unidade mantida com recursos públicos, provenientes de seus impostos e contribuições sociais.



FLS. 44

SECRETARIA
DA 1ª VARA
J. DO NORTE - CE

FISIOTERAPIA

NOME: Hiago de Sousa Lima

FISIOTERAPIA 20 SESSÕES

DIAGNÓSTICO: Fratura antebraço direito

JUAZEIRO DO NORTE, 03 DE Janeiro DE 2015

Dr. Thiago Leal
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Joelho
CRM: 10498 TEOT: 13030
Unimed ~~102~~ 10498-2
MÉDICO

Nº DO CLIENTE
5288782-0

Para ingressar em um novo contrato, utilize o código de acesso
informado no seu contrato anterior.

A Tarifa Social da Energia Elétrica
foi criada pela Lei nº 10.438,
de 26 de abril de 2002.

Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60135-040 Fortaleza CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 CGF 06.105.848-3

coelce

FLS. 45

SECRETARIA

DA 1ª VILA DO NORTE - CE

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B I SÉRIE B-4 I Nº **399982205**

Rota **03 13000 12 096800 - 3** Data de Emissão **03/09/2015**

Nome **MARIA IVANILDA DE SOUSA LIMA**

End. Postal **RU 0022 DE JULHO 00198**

PIO XII - JUAZEIRO DO NORTE - 63100000

Poste **0000 0000**

Medidor **7393099**

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

RG / CPF / CNPJ **430502553-15** CGF

Nome do Responsável

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto **JUAZEIRO DO NORTE** EUSD **28,83**

Mês **Jul/2015**

DICI = 0,00 P

DATAS
Mês de Referência **Set/2015** Data de Apresentação **03/09/2015** Previsão Próxima Lettura **05/10/2015**

ICMS
Base de Cálculo (R\$) **127,86** Alíquota **27,00%** Valor do Imposto **34,52**

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

303A.36EF.97BB.009E.4E02.4EE6.9F1E.12E2

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. Ret.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
81560	81374	1,00	186	0,00	70 86	0,24062 0,41248 0,61871	7,21 28,87 53,22
03/09/15	05/08/15		29 DIAS		186		89,30

DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)
VALOR CONSUMO DO MES	89,30
ICMS COMPLEMENTAR BAIXA RENDA-CONV CONFAZ 079	10,41
MULTA MORATORIA REF 08/2015	2,00
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	16,98
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA	1,96
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 10,31)	

VENCIMENTO **11/09/2015**

TOTAL A PAGAR (R\$) **120,65**

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	41,36
Transmissão	0,86
Distribuição	12,14
Encargos Setoriais	2,31
Tributos (ICMS PIS/COFINS)...	41,81
TOTAL	101,67

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

192	186	183	173	171	197	233	186	180	219	187	194	196
MED	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (Kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica através do Ecobio.

Emitido kg(CO₂) **80,39** Compensado kg(CO₂) **0,00** Consistência Ecológica (% CO₂) **0%**

informações importantes e avisos de vencimento

A COELCE AGRADECE E PARABENIZA PELA PONTUALIDADE NOS SEUS PAGAMENTOS.