

PROCURAÇÃO "AD-JUDICIA ET EXTRA"

OUTORGANTE: Dona Candida da Silva, brasileira, casada, costureira, portadora do RG 98018004270 SSP/CE e CPF 848.915.803-72, residente e domiciliada no Sítio Bnyo Queimado, nº 147, Sítio Sabiá, em Juazeiro do Norte/CE. CEP 63079-899.

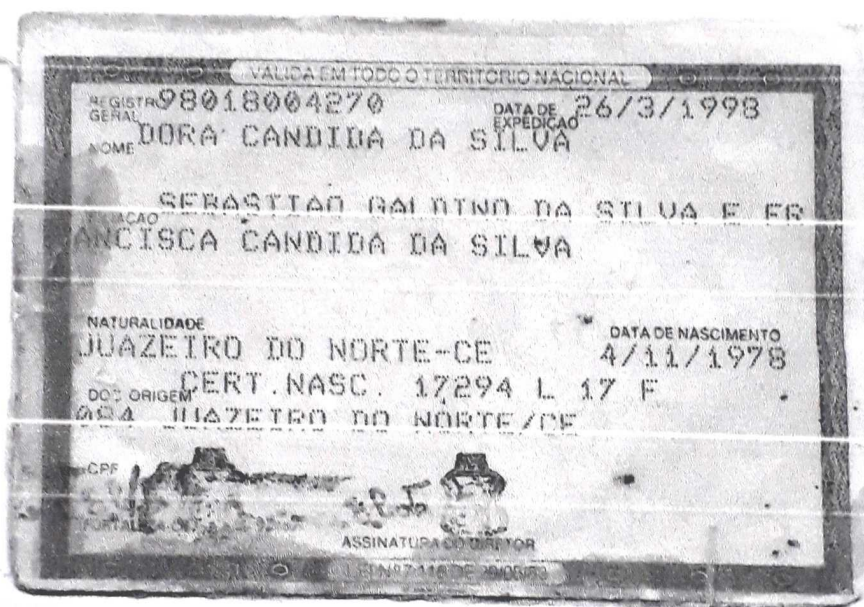
OUTORGADOS: **DR. EDSON ALMINO FELIX FILHO**, advogado regularmente inscrito na OAB/CE sob o n. 34.540 e **DRA. EMÍLIA FEITOSA BATISTA**, advogada regularmente inscrita na OAB/CE sob o n. 35.746, ambos com Escritório sito à Rua Beata Maria de Araújo, n. 09, bairro Romeirão, em Juazeiro do Norte - CE, CEP: 63050-720, onde recebem intimações e notificações.

PODERES: os poderes das cláusulas "AD JUDICIA E EXTRA". Através do presente instrumento particular de mandato, o OUTORGANTE nomeia e constitui como seus procuradores os OUTORGADOS, concedendo-lhe amplos poderes, inerentes ao bom e fiel cumprimento deste mandato, bem como para o foro em geral, conforme estabelecido Art. 105 do Novo CPC, e os especiais para confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, receber, dar quitação, firmar compromisso e assinar declaração de hipossuficiência econômica, podendo ainda fazer acordo, receber intimações, praticar todos os atos perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, e órgãos da administração pública direta e indireta e/ou congêneres, praticar quaisquer atos perante particulares ou empresas privadas, recorrer a quaisquer instâncias e tribunais, podendo atuar em conjunto ou separadamente com outro profissional, substabelecer a outrem com ou sem reservas de iguais poderes, dando tudo por bom e valioso.

Juazeiro do Norte Ceará, 18 de Dezembro de 2019.

Dona candida da silva

OUTORGANTE



SINISTRO 3190590010 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA DORA CANDIDA DA SILVA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO INVESTPREV

Seguradora S/A-Filial Fortaleza - CE

BENEFICIÁRIO DORA CANDIDA DA SILVA

CPF/CNPJ: 84891580372

Posição em 29-10-2019 09:23:43

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.

29/10/2019	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 488 - 11753 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **08/10/2019 09:58:48**
Data / Hora da Ocorrência: **19/05/2019 15:43:00**
Endereço da Ocorrência: **ESTR DO SÍTIO QUEIMADO - JUAZEIRO DO NORTE/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **DORA CANDIDA DA SILVA**
Nascimento: **04/11/1978** CPF:
RG: **98018004270** Orgão Emissor: **SSP** UF:
Filiação: **FRANCISCA CANDIDA DA SILVA**
SABASTIÃO GALDINO DA SILVA
Endereço: **SÍTIO BREJO QUEIMADO, 147**
Bairro: **SÍTIO BREJO QUEIMADO**
Município: **JUAZEIRO DO NORTE/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 9871-2371**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: POM0646 Uf: CE Município: JUAZEIRO DO NORTE Chassi: 9C2JC7000GR015303 Renavam: 1125521462 Tipo do Veículo: MOTONETA Marca / Modelo: HONDA/BIZ 110i Ano Fabricação: 2016 Ano Modelo: 2016 Combustível: GASOLINA Cor: PRETA Proprietário: MARIA EDVANIA DE SOUZA Situação: NÃO INFORMADO Envolvimento: ENVOLVIDO

Histórico

Comunica que quando trafegava na Moto de dados acima indicados, veio a cair de aludida Moto em razão de ter perdido o controle do veículo, causando-lhe fratura no braço esquerdo; Sua vizinha MARIA EDILANIA DE SOUSA, residente no Sítio Brejo Queimado, levou-a inicialmente para a Unidade de Pronto Atendimento (UPA), depois recebeu atendimento nos Hospitais Tasso Ribeiro Jereissati, Regional do Cariri, e de Fraturas do Cariri, todos nesta cidade de Juazeiro do Norte/CE, onde recebeu os tratamentos médicos pertinentes; A vítima não possui CNH e foi advertida de que poderia responder pelo crime previsto no artigo 309 do CTB. E nada mais disse.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

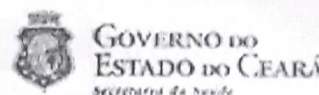
DANILO TAVARES DE MEDEIROS - MAT.: 167851-1-3

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Dora Candida da Silva

VISTO DO DELEGADO(A) :

INSTITUTO DE SAÚDE E GESTÃO HOSPITALAR - ISGH
HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI - HRC
ORGANIZAÇÃO SOCIAL SAÚDE



FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: DORA CANDIDA DA SILVA
Pront.: 175304 Data Nasc.: 04/11/1978 Idade: 40 ano(s) 6 mes(es) e 24 dia(s) Admissão: 28/05/2019 12:08
Mãe: FRANCISCA CANDIDA DA SILVA
Sexo: Feminino RG: Município: JUAZEIRO DO NORTE
CEP 63100-000 Bairro: ZONA RURAL Tel.: 88 98821-5540
Endereço: SÍTIO BREJO QUEIMADO Num: S/N

EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação
TOMOGRAFIA DE COTOVELO	28/05/2019 12:32	Sim	Pendente

PRESCRIÇÃO

Médico: BRENO ABIMAEI MACEDO CRUZ

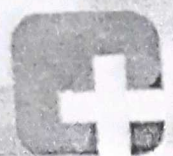
CRM 13375 28/05/19 12:32

Prescrição	Horário:
CUIDADO COM ESCARAS	
MUDANÇA DE DECÚBITO 2/2H	
FISIOTERAPIA 1 VEZ(ES) AO DIA	
TRAMADOL 50MG/ML - AMP ADMINISTRAR 1 AMP + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 8/8 H I SE DOR	
OMEPRAZOL 20MG - CAP ADMINISTRAR 1 CAP / ORAL / 24/24 H I EM JEJUM	
METOCLOPRAMIDA 5MG/ML (10MG) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML AD / INTRAVENOSA / 8/8 H I SE NÁUSEA/VÔMITO	
DIPIRONA 500MG/ML - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML AD / INTRAVENOSA / 6/6 H I SE DOR	
CAPTOPRIL 25MG- COMP ADMINISTRAR 1 CP / ORAL I SE PA ≥ 180 X 110 MMHG	
Nº TOTAL DE FASES: 2 </BR>SOLUCAO FISIOLÓGICA 0,9% - FR ADMINISTRAR EM CADA FASE 500 ML </BR>FASE(S) 1,2: VOLUME = 500.0 ML; VAZÃO = 14 GOTAS/MIN </BR> / INTRAVENOSA / 12/12 H	
DIETA ORAL - DIETA BRANDA	



ENCAMINHAMENTO - CONDUTA FINAL

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



HOSPITAL
REGIONAL
DO CARIRI



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



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ

NOME: DORA CANDIDA DA SILVA
DATA DE NASCIMENTO: 04/11/1978
SOLICITANTE: BRENO ABIMAEI MACEDO CRUZ
SETOR SOLICITANTE: INTERMEDIARIA II
DATA DO EXAME: 28/05/2019
DATA DO LAUDO: 28/05/2019
DATA DE RETIFICAÇÃO: 29.05.2019
EXAME: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO COTOVELO ESQUERDO

PRONTUARIO: 175304

ENFERMARIA/LEITO: EXT05
HORA DO EXAME: 14:00
HORA DO LAUDO: 15:49
HORA DA RETIFICAÇÃO: 11:22

RELATÓRIO DE RETIFICAÇÃO

TÉCNICA:

Foram realizados cortes tomográficos do cotovelo direito, em aparelho multidetector, com reconstruções bi e tridimensionais, de acordo com a radiografia digital marcada.

INDICAÇÃO:

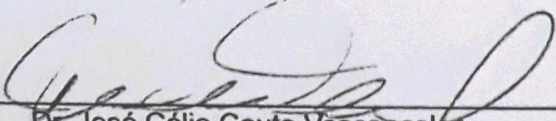
Fratura cabeça do rádio.

ANÁLISE:

- Fratura de aspecto levemente cominutiva envolvendo a porção marginal do epicôndilo lateral umeral, sem extensão ao capítulo, com pequenos fragmentos ósseos livres, o maior medindo 0,5 cm,
- Fratura cominutiva envolvendo a cabeça do rádio com extensão para a superfície articular, observando-se avulsão de fragmento ósseo, que mede 1,6 cm, deslocado ântero-medialmente, por uma distância de até 1,8 cm.
- Demais estruturas ósseas regionais íntegras. Textura óssea normal.
- Moderada quantidade de líquido em cavidade articular.
- Demais superfícies articulares visibilizadas lisas. Espaços articulares conservados.
- Aumento de volume e da densidade de partes moles regionais. Ausência de lesões expansivas regionais.
- As reconstruções bi e tri-dimensionais confirmam os achados supra descritos.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

1. Fratura cominutiva do epicôndilo lateral do úmero.
2. Fratura da cabeça do rádio *tipo III da classificação de Mason*.
3. Moderado derrame articular.
4. Infiltração edematosa peri-articular.


Dr. José Célio Couto Vasconcelos
Médico Radiologista CRM-CE 13064
Membro Titular do Colégio Brasileiro de Radiologia/AMB



POLICLÍNICA TASSO RIBEIRO JEREISSATI

ATESTADO

ATESTO que o (a) paciente Dora Cavalcade de Silva
Deverá afastar-se do trabalho por um período de 40 (quarenta) dias, a partir de hoje. Por motivo de saúde.

CID: S52 - fraturação cabeça rachada

DATA:

Dr. Samir Samaan Fº
Ortopedia e Traumatologia
CRM-CE 16.346 / 10716346-6

Dr. Samir Samaan Fº
Ortopedia e Traumatologia
CRM 16346 / TECT 16346

28 maio 2019

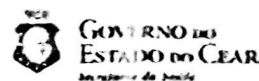
28-05-19

28-05-19

Assinatura do médico. N.º CRM

"Não a nós, Senhor, mas a Teu
nome seja dada toda a glória"

INSTITUTO DE SAÚDE E GESTÃO HOSPITALAR - ISGH
HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI - HRC
ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE



RELATÓRIO MÉDICO

Paciente: DORA CANDIDA DA SILVA

Endereço: SÍTIO BREJO QUEIMADO

Bairro: ZONA RURAL

CEP: 63100-000

Num: 1

Idade: 40 ano(s) 7

Prontuário: 175304

UF: CEARÁ

Sexo: Feminino

Cidade: JUAZEIRO DO NORTE

Localização

Clinica: TRAUMATO-

Enfermaria: 02

Leito: 407

Internação: 03/06/2019

10:41

Alta: * Não Informado * * Não Informado

Relatório

Tipo de Saída: Alta

Cancelada

Não

Resumo Clínico

PACIENTE COM FRATURA LUXAÇÃO DO COTOVELO (TRIADE TERRÍVEL DO COTOVELO)

Exames Realizados

RX E TOMOGRAFIA

Terapêutica Utilizada

TALA, ANALGESIAM IRA AGUARDAR COMPRA DE MATERIAL (PROTESE DE CABEÇA DE RÁDIO) EM NÍVEL AMBULATORIAL JÁ FEITO CI

agnóstico

S424 - FRATURA DA EXTREMIDADE INFERIOR DO UMEROS

DIAGNÓSTICOS

Principal	Código	Descrição
Sim	S424	FRATURA DA EXTREMIDADE INFERIOR DO UMEROS

Condições de Alta

Melhorado

Data Programada da Alta: 05/06/2019

Observações Complementares

* Não Informado *

Responsável

Médico: FREDERICO MACHADO DE ALENCAR

Data: 05/06/2019



Agendamento		
Data:	Data:	Data:
Hora:	Hora:	Hora:
Código	Código	Código

Dr. Frederico Machado de Alencar
Ortopedia e Traumatologia
CRM 10376 / TEOT 11428



HOSPITAL
REGIONAL
DO CARIRI



Organização Social mantida com recursos públicos
provenientes dos impostos e contribuições locais



RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

NOME COMPLETO: _____
CRM: _____ UF: CEARÁ
ENDEREÇO: RUA CATULO DA PAIXÃO CEARENSE, S/N — TRIÂNGULO — JUAZEIRO DO NORTE
TELEFONE: (88) 3566.3600

1ª VIA — RETENÇÃO DA FARMÁCIA OU DROGARIA 2ª VIA — ORIENTAÇÃO AO PACIENTE

PACIENTE: *Dra. Carolina de Faria*

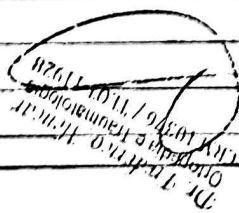
ENDEREÇO: _____

PRESCRIÇÃO

PARO 30 — 01 CO
Tomo 01 q. 8186

05 06 19

DATA



ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

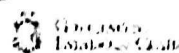
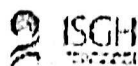
IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

NOME: _____
IDENTIDADE: _____ EMISSOR: _____
ENDEREÇO: _____
CIDADE: _____ UF: _____
TELEFONE: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASS. FARMACÊUTICO

DATA



Atenção: Este documento é válido apenas para fins de atestado médico. Não serve como receita médica.

ATESTADO MÉDICO	
ATESTADO PARA OS DEVIDOS FINS QUE:	
Doutor Claudio da Silva	
FOI ATENDIDO(A) NESTE SERVIÇO, NECESSITANDO DE AFASTAMENTO POR [180] DIA(S)	
DE SUAS ATIVIDADES PROFISSIONAIS.	
CID:	S52
JUAZEIRO DO NORTE(CE),	05 DE 06 DE 19
Dr. Frederico Alcides Ortopedia e Traumatologia CRM 10376 / TEOT 1028	
ASSINATURA DO MÉDICO COM CRM	

HOSPITAL REGIONAL NORTE | Av. JOHN SANFORD, 1505 - BAIRRO: DR. JOSÉ EUCLIDES FERREIRA | SORNAL/CE | CEP: 62.030-340 | CNPJ: 05.268.526.0007-66 |

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL**IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE**

**HOSPITAL
DAS CLÍNICAS
E FRATURAS
DO CARIRI**

Av. Padre Cicero, Km 02, S/N, Triângulo - Juazeiro do Norte - CE
CEP: 63041-145 - atendimento@hcfrc.com.br
Fone: (88) 2101.3150 • (88) 9 9332.4489

1ª Via retenção da Farmácia ou Drograria

2ª Via orientação ao Paciente

Carimbo do Médico

Waydson Basilio dos Santos
Ortopedia - Traumatologia
CRM-CE: 9048
RQE: 3989

Paciente:

Dra. Sandra S. Silva

Endereço:

Prescrição:

1) Ceclax 500mg - 4LP
V.O. 12h
+ 6h

2) Flonox 500mg - 1LP
V.O. 12h

Data

06/06/2019

Waydson Basilio dos Santos
Ortopedia - Traumatologia
CRM-CE: 9048
RQE: 3989

Assinatura do Médico

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:

Ident.:

Org. Emissor:

Endereço:

Cidade:

UF:

Telefone:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico

Data



**HOSPITAL
DAS CLÍNICAS
E FRATURAS
DO CARIRI**

ATESTADO MÉDICO

Atesto que

Dora Condade d
Silva

necessita de 151 dias dias de
afastamento de suas atividades _____, a partir desta
data, por motivo de doença _____

CID - S- 52-0

Juazeiro do Norte, 06 DE 12 DE 2019

Waydson Basilio dos Santos
Ortopedia - Traumatologia
CRM: 5048
RQE: 3989

Av. Padre Cícero, Km 02 - Triângulo - Fone: (88) 2101-3150
CEP: 63.041-140 - Juazeiro do Norte - Ceará



**HOSPITAL
DAS CLÍNICAS
E FRATURAS
DO CARIRI**

17 Data Contido

____ Vb ml

1) Flan 6X 500-8 _____ 14X

_____ 1 LP

Vb de 12/12h

20-06-2019

Waydson Basilio dos Santos
Ortopedista
CRM-CE 5048
RQE 3989

Av. Padre Cícero, Km 02 - Triângulo - Fone: (88) 2101-3150
CEP: 63.041-140 - Juazeiro do Norte - Ceará



**HOSPITAL
DAS CLÍNICAS
E FRATURAS
DO CARIRI**

D/ Don Lott

Shel

MRX & Solivel

11-07-19

Waydson Bastos dos Santos
Ortopedista
CRM-CE 0049
RQE 3989



HOSPITAL
DAS CLÍNICAS
E FRATURAS
DO CARIRI

P/ Dora Cavalcanti
+ Silva

solu sol

1) Fratura de costela
LI resernd x Hs Cariri-
Santos.

CPD-84.

Waydson Basilio dos Santos
Ortopedia - Traumatologia
CRM-CE 9048
ROB 3989

Av. Padre Cícero, Km 02 - Triângulo - Fone: (88) 2101-3150
CEP: 63.041-140 - Juazeiro do Norte - Ceará



Prefeitura Municipal de Juazeiro do Norte
SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO SUS/CE
HOSPITAL TASSO RIBEIRO JEREISSATI

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: Dona Cleide da Silva Data de Nascimento: 24/11/1940
 SUS: 4 Idade: 40 Endereço: R. José Maria 617
 Bairro: Timbauba Município: J. do Norte Data de Atendimento: 28/05/19

TIPO DE ATENDIMENTO	ENCAMINHAMENTO NA UNIDADE	ENCAMINHAMENTO
☐ URGÊNCIA/EMERGÊNCIA	24() ALTA	36() EXAME DE
☐ ENCAMINHAMENTO	37() ÓBITO	49() AMBULAT
☐ PRIMEIRA CONSULTA	50() ENCAMINHAMENTO PARA	62() INTERNAÇ
☐ CONSULTA DE RETORNO	PROGRAMA	75() F.T.C
☐ URGÊNCIA/EMERGÊNCIA	63() INTERNAÇÃO	
☐ REFERENCIADA	76() AUSENTOU-SE SEM CONSULTA	
☐ CONSULTA REFERENCIADA		
☐ 1º ATENDIMENTO NO ANO NA		
☐ CIDADE		

MOTIVO DO ATENDIMENTO E DESCRIÇÃO DO EXAME CLÍNICO

paciente relatando que há 2 dias sofreu queda e
fratura de braço direito, dor
na região da cabeça e do pescoço

EXAMES COMPLEMENTARES REALIZADOS/ SOLICITADOS

RX: fratura da cabeça, dor na região
do pescoço

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

Q. de fr. da
região da cabeça (S552)

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

TRATAMENTO REALIZADO





Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série Única-1 | Nº 036239298

Companhia Energética do Ceará

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

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

DADOS DO CLIENTE

Nome DORA CANDIDA DA SILVA

Endereço ST BREJO QUEIMADO 00147 00147
63010-000 JUAZEIRO DO NORTE ST SABIA
Classificação Residencial Pleno

Modalidade Tarifária B1 RESIDENCIAL-CONV.

Ligação MONOFÁSICO

Medidor 4994272-ELE-626 - JN911R51

CPF / CNPJ

848.915.803-72

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

50F2.D4A1.E3D0.284F.3E1D.E0B4.846D.D1C3

DATAS DE LEITURA

Anterior 18/10/2019 | Atual 18/11/2019 | Prev. Próx. Leitura 19/11/2019

DADOS DA MEDIÇÃO

Posto Tarifário	Consumido Leitura Atual	Leitura Anterior	Consumo Mês (kWh)	Injetado Leitura Atual	Leitura Anterior	Consumo Mês (kWh)	Const. Medidor	Consumo Líquido (kWh)	Consumo Faturado (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
HFP	8378.00	8292.00	86.00	0.00	0.00	0.00	1.00	86.00	86.00	0.72826	62.63

DESCRIÇÃO DA CONTA	Quantidade	Tarifa	Valor (R\$)
Consumo	86	0.72826	62.63
Adicional Band. Amarela			0.79
Adicional Band. Vermelha			2.65
Multa			1.13

CRÉDITO EM ENERGIA (kWh)

Posto Tarifário	Injetado	Utilizado	Saldo (kWh)	A Expirar Próximo Mês
			Atualizado	

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 13 meses)



CONSUMO CONSCIENTE

EMISSIONES DE CO₂ (kg/kWh). Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO ₂)	Compensado kg (CO ₂)	Consciência Ecológica (%CO ₂)
		0 100

Tributo:	Base (R\$):	Alíquota (%):	Valor (R\$):
PIS/PASEP	66,07	0,0400	0,02
COFINS	66,07	0,3000	0,18
ICMS	66,07	27,00	17,83

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Períodos: Band. Tarif.: Amarela: 17/10 - 31/10 Vermelha: 01/11 - 18/11 SE VOCÊ RECEBEU DUAS CONTAS MESMO VENC NO MÊS TEM OPÇÃO PARCELAR EM ATÉ 20X SEM JUROS, PELO 0800-0029940 OU FALE COM A ENEL NO CONSUMIDOR.GOV.BR AS CONTAS SÃO DEVIDAS REFERENTE A CONSUMO DE PERÍODO DIFERENTES. PEDIMOS DESCULPAS PELO TRANSTORNO. SE VOCÊ RECEBEU DUAS CONTAS MESMO VENC NO MÊS TEM OPÇÃO PARCELAR EM ATÉ 20X SEM JUROS, PELO 0800-0029940 OU FALE COM A ENEL NO CONSUMIDOR.GOV.BR AS CONTAS SÃO DEVIDAS REFERENTE A CONSUMO DE PERÍODO DIFERENTES. PEDIMOS DESCULPAS PELO TRANSTORNO.

ATENÇÃO

PREVIO AVISO NOTIFICACAO DE SUSPENSAO DE FORNECIMENTO DE ENERGIA ELETRICA. Voce possui conta(s) em atraso (Ref:2019/10 Valor R\$58,40). A inadimplência possibilita a suspensão do fornecimento de energia. (Res. ANEEL 414/10 Arts. 171 c/c 172) e o envio aos ORGAOS DE PROTECAO AO CREDITO e CARTORIO DE PROTESTO. Poderá ser faturado custo de disponibilidade no ciclo que ocorrer a suspensão do fornecimento ou a religação da UC. Res ANEEL 414/10 Art.173. Ao lado, detalhe do debito para pagamento. Caso já tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar este aviso. Nº Cliente: 000009950903.



Autenticação Mecânica

Orgãos de Proteção ao Crédito, Cartórios de Protesto de Títulos e a Suspensão do Fornecimento de Energia Elétrica.

Pague sua conta até a data de vencimento. Você evita a cobrança de juros e multa, o envio de informações aos

Para a sua comodidade, utilize o sistema de débito automático em conta corrente.

DEBITO AUTOMÁTICO

DORA CANDIDA DA SILVA
ST BREJO QUEIMADO 00147 00147
JUAZEIRO DO NORTE ST SABIA
63010-000

DADOS PARA ENTREGA

JN911R51 4994272-ELE-626
9950903
18/11/2019 18/11/2019

ENEL & VOCÊ

Central de Relacionamento 0800 285 0196
Atendimento 24 horas
Internet www.eneldistribuicao.com.br

OBSERVAÇÕES

As regras para a cobrança da Contribuição de Iluminação Pública poderão ser encontradas em www.eneldistribuicao.com.br

Informações sobre Legislação

Comunicamos aos nossos clientes que quaisquer informações sobre as condições gerais de fornecimento, tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição dos consumidores para consulta em todas as nossas lojas de atendimento e no nosso site.

Importante

Informações sobre os atendimentos comerciais realizados podem ser obtidas em todas as nossas lojas de atendimento e no nosso site.

LEGENDA DE TERMOS E ABREVIações

HFP: Hora fora ponta.
Contrat: Contratada.
Registr: Registrada.
Ultrass: Ultrassomagem.
UFER: Unidade de faturamento de energia reativa.
DMRC: Demanda máxima correspondente ao Reativo.

LEGENDA DOS INDICADORES DE QUALIDADE E FORNECIMENTO

DIC: Número de horas que o cliente ficou sem energia.
FIC: Número de vezes que o cliente ficou sem energia.
DMIC: Duração máxima, em horas contínuas, que o cliente ficou sem energia.
DICRI: Duração de interrupções ocorridas em Dias Críticos.
Dias Críticos: Dias em que o número de ocorrências emergenciais supera o padrão normal.
Clientes cujos padrões de continuidade tenham sido violados, deverão receber uma compensação financeira através da conta de energia, conforme critérios definidos no Procedimento de Distribuição Módulo 8, além de poder solicitar à distribuidora a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI, sempre que for necessário. Para mais informações entre no site www.aneel.gov.br.

INFORMAÇÕES/RECLAMAÇÕES

Regionais de Atendimento Enel:
Fortaleza e Região metropolitana: (85) 4353 4788/4988
Juazeiro: (88) 3566 2225
Iguatu: (88) 3581 1191
Limoeiro: (88) 3423 4101
Canindé: (85) 3343 2025
Sobral: (85) 3677 2234
Itapipoca: (88) 3631 4188

CENTRAL DE TELEATENDIMENTO

1 - Ouvidoria: 0800 280 4100, dias úteis, das 8h às 12h e das 14h às 18h, com protocolo de atendimento anterior
2 - Agência Reguladora de Serviços Públicos do Estado do Ceará
- ARCE - 0800 727 0167 - ligação gratuita de telefones fixos e móveis.
3 - Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167 - ligação gratuita de telefones fixos e móveis.
Em caso de falta de energia, envie um SMS para 26816 com: faltadeluz + espaço + número do cliente



REMETENTE

Formulário de devolução da conta com campos para Hora, Data, Endereço, Casa fechada, Rubrica, Matrícula e Motivo da devolução.

Para garantir a segurança dos dados impressos nesta conta, arquive a mesma em local seco, sem contato com plástico, óleo ou produtos químicos. Caso haja cobrança de valores referentes a serviços e/ou produtos não relacionados ao consumo de energia elétrica, o cliente poderá solicitar a emissão de nova fatura com a exclusão destes valores, com excesso de cobranças e contribuições previstas em lei ou regulamentos, como a CIP (contribuição de iluminação pública).

IMPORTANTE

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT
 Tel: 21 3861-4600 www.seguradoralider.com.br
 R. Senador Dantas 74, 5º andar
 Centro - Rio de Janeiro - CEP 20031-205



Seguradora Líder - DPVAT

ANEXO 1

TABELA – LIMITES MÁXIMOS PARA ACORDOS EM PEDIDOS POR INVALIDEZ PERMANENTE
 [Art. 3º da Lei 11.945 de 4/6/2009 que altera a Lei 6.194 de 14/12/1974]

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho					
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					