

PROCURAÇÃO AD JUDÍCIA**OUTORGANTE:**

Nome: <i>Wilker Barros Alexandre</i>		Nacionalidade: <i>Brasileiro</i>	
Estado Civil: <i>Solteiro</i>	Profissão: <i>Marceneiro</i>	Carteira de Identidade: <i>2005009206320</i>	
CPF nº: <i>053.097.653-60</i>	Residência: <i>Rua 20, 1074</i>		
Bairro: <i>Alto Alegre</i>	Cidade: <i>Maracanai</i>	Estado: <i>CE</i>	CEP: <i>61.910-000</i>

OUTORGADO:

ANTONIO KAIRO RODRIGUES SILVA, brasileiro, solteiro, advogado, OAB/CE – 24.805, com escritório profissional na Rua Meton de Alencar, nº 106, Altos, Centro, Fortaleza - CE CEP: 60.035-160, fones: (85) 98225-8282 (85) 3121-8383
E-mail: **KAIRO_AKRS@YAHOO.COM.BR**

PODERES:

Amplos poderes para o foro em geral, bem como nas vias administrativas, em qualquer juiz, instância ou Tribunal, Superior ou não, Repartição Pública, podendo promover contra quem de direito as ações que julgarem convenientes e defendê-lo (a) nas contrárias, interpor recursos, com especiais poderes para, agindo em conjunto ou em separado, receber citações, renunciar e desistir de direitos decorrentes deste mandato e dos oriundos desta ação, desistir, transigir, interpor todos os recursos permitidos em direito, produzir e requerer provas e justificações, opor embargos, prestar compromisso de inventariante e assinar o respectivo termo, fazer declarações de lei, requerer remissão, adjudicação de bens, ordenar protestos de títulos, levantar depósitos judiciais em nome do(s) outorgantes, assinar recibos, representá-los em quaisquer repartições federais, estaduais, municipais ou autarquias, fazer tudo o que for necessário para o bom e fiel cumprimento da presente, inclusive substabelecer, com ou sem reserva de iguais poderes, o que darei tudo por firme, justo e valioso como próprio fora, dando a mesma caráter irrevogável.

Poderes especiais: Receber e fazer levantamento de alvará judicial, em nome dos outorgantes, em qualquer banco e/ou instituição financeira.

Maracanai (CE), *14* de *Fevereiro* de 202*0*.

x *WILKER BARROSALEXANDER*

Outorgante

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu, Wilver Barros Alexandre, brasileiro(a),
Solteiro, Marceneiro, portador(a) da Carteira de Identidade/RG nº
2005009206320, inscrito(a) no CPF/MF sob o nº 053.097.653-60, residente e
domiciliado(a) na Rua 20, nº 1074,
Alto Alegre, Bairro: Alto Alegre, Cep nº 61.910-000,
Maracanai-CE, declaro para os devidos fins que possuo hipossuficiência financeira,
não possuindo condições de arcar com custas processuais e honorários advocatícios sem
prejudicar o meu sustento próprio e o de minha família, consoante o que dispõe a Lei nº
1.050/60.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

Maracanai (CE), 14 de Fevereiro de 2020.

X WILKER BARROS ALEXANDRE



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA METROPOLITANA DE CAUCAIA
Impresso nº 202039499



fls. 8

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 201 - 11445 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **LESAO CORPORAL CULPOSA - TRANSITO**
Data / Hora da Comunicação: **06/12/2019 08:56:48**
Data / Hora da Ocorrência: **07/10/2019 07:10:30**
Endereço da Ocorrência: **ESTR DO PICUI, 0 PRÓXIMO AO VIADUTO, PICUI - CAUCAIA/CE**
Ponto de Referência:

Noticiante(s)

Nome: **WILKER BARROS ALEXANDRE**
Nascimento: **11/04/1989** CPF: **053.097.653-60**
RG: **2005009206320** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
Filiação: **FRANCISCA FÁTIMA BARROS ALEXANDRE NI**
Endereço: **RUA 16, 427**
Bairro: **ALTO ALEGRE I**
Município: **MARACANAÚ/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98791-8847**

Materiais / Documentos Envolvidos

1) RG Órgão Emissor: SSP-CE - PERDIDO
PROPRIETARIO: WILKER BARROS ALEXANDRE

Histórico

QUE na data, local e hora acima mencionados, o noticiante estava trafegando em sua bicicleta, quando foi colidido por um veículo de cor branca, cujo modelo e placas não sabe informar; QUE o noticiante caiu ao solo e permaneceu neste por alguns minutos; QUE o condutor do veículo evadiu-se do local; QUE o noticiante após se recompor, saiu andando e que sua bicicleta ficou bastante deteriorada; QUE ficou sentindo muitas dores; QUE foi ao hospital Dionísio, em Maracanaú, onde foi constatado a quebra de seu punho; QUE na ocasião do acidente perdeu seu documento de identificação (RG); QUE foi submetido a uma cirurgia para colocação de dois pinos em seu punho; e nada mais disse///

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA METROPOLITANA DE CAUCAIA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : Andreia Braga
ANDREIA BRAGA DE ALBUQUERQUE PAULA PESSOA - MAT.: 30120035

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: WILKER BARROS ALEXANDRE

VISTO DO DELEGADO(A) : [Assinatura]
LUIS RODRIGUES CAVALCANTE JUNIOR - MAT.: 301002-1-2

ANAMNESE DO PACIENTE

DADOS DO PACIENTE		() Prioridade	Registro: 1583
Nome: WILKER BARROS ALEXANDRE		CNS: 165362326400001	
Idade: 30 anos 5 meses 26 dias		Data Nasc: 11/04/89	
Nome da mãe: FRANCISCA FATIMA BARROS ALEXANDRE		Nome do pai:	
Endereço: 16		Nº: 427	
Bairro: ALTO ALEGRE I		Município: MARACANAÚ	
RG: 2005009206320	Orgão Expedidor:	Expedição:	CPF:
2005009206320			
Celular:	Telefone Residencial:	Telefone Comercial:	
3598522411			
DADOS DO ATENDIMENTO			
Data atendimento: 07/10/19		Hora: 07:27:31	
Médico: ROGERIO ARAUJO DO NASCIMENTO		CRM: 11696	
Especialidade:		Unidade: RECEPCAO	
Convênio: SUS		Categoria: SUS	
AMBULÂNCIA:		MOTORISTA:	
NÚMERO DA AR: 427		Situação:	
Atendente: JEFFERSON PAULINO DOS SANTOS			

AMARELO ()

COMISSÃO REVISORA DE PROFISSIONALIZAÇÃO DE RISCO
CONFERE COM ORIGINAL
ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DE MEDICINA DE PAUERS ()
CNPJ: 06.587.091/0001-08
MARACANAÚ-CE

MOTIVO DO ATENDIMENTO

RESUMO DE TRATAMENTO

DESCRIÇÃO SUMÁRIA DO EXAME CLÍNICO

12m 40s de leito
dgo afrouxamento

EXAMES SOLICITADOS

RX Fratura Antebrao Distal

DIAGNÓSTICO

CID: 0303090

PROCEDIMENTO

Red. Im. braço 8/10/19

PRESCRIÇÃO MÉDICA

REGISTRO DE ENFERMAGEM

Dr. Rogério Araújo do Nascimento
Ortopedista e Traumatologista
Cirurgia do Joelho
CRM: 11696

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL

x Mo Salvana

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL OU PACIENTE

ANAMNESE DO PACIENTE

DADOS DO PACIENTE		() Prioridade	Registro: 1583
Nome: WILKER BARROS ALEXANDRE		CNS: 165362326400001	
Idade: 30 anos 7 meses 15 dias		Data Nasc: 11/04/89	
Nome da mãe FRANCISCA FATIMA BARROS ALEXANDRE		Nome do pai:	
Endereço: 16		Nº: 427	
Bairro: ALTO ALEGRE I		Município: MARACANAÚ	
RG: 2005009206320	Orgão Expedidor:	Expedição:	CPF:
2005009206320			
Celular	Telefone Residencial		Telefone Comercial
8598522411			
DADOS DO ATENDIMENTO			
Data atendimento: 26/11/19		Hora: 08:31:16	
Médico: FRANCISCO RODRIGUES FILHO		CRM: 6308	
Especialidade:		Unidade: RECEPCAO	
Convenio: SUS		Categoria: SUS	
AMBULÂNCIA		MOTORISTA	
NÚMERO DA AR: 427		Situação:	
Atendente: JEFFERSON PAULINO DOS SANTOS			

AMARELO ()

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

VERDE: ()

AZUL ()

RESUMO DE TRATAMENTO

MOTIVO DO ATENDIMENTO:

DESCRIÇÃO SUMÁRIA DO EXAME CLÍNICO

EXAMES SOLICITADOS

DIAGNÓSTICO:

CID 030309000

PROCEDIMENTO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

REGISTRO DE ENFERMAGEM

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL OU PACIENTE

COMISSÃO REVISORA DE PRONTUÁRIO
 CONFERE COM ORIGINAL
 ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE MÉDICA DE PAUCERCA
 CNPJ: 06.587.811/0001-00
 MARACANAÚ-CE 13/10/2020

**ATENDIMENTO AMBULATORIAL
ANAMNESE DO PACIENTE**

DADOS DO PACIENTE		() Prioridade	Registro: 1583
Nome: WILKER BARROS ALEXANDRE		CNS: 165362326400001	
Idade: 30 anos 7 meses 29 dias		Data Nas: 11/04/89	
Nome da mãe: FRANCISCA FATIMA BARROS ALEXANDRE		Nome do pai:	
Endereço: 16		Nº: 427	
Bairro: ALTO ALEGRE I		Município: MARACANAÚ	
RG: 2005009206320	Orgão Expedidor: *	Expedição:	CPF:
2005009206320			
Celular:	Telefone Residencial		Telefone Comercial
8598522411			
DADOS DO ATENDIMENTO			
Data atendimento: 10/12/19		Hora: 08:31:24	
Médico: FRANCISCO RODRIGUES FILHO		CRM: 6308	
Especialidade:		Unidade: RECEPCAO	
Convenio: SUS		Categoria: SUS	
AMBULÂNCIA:		MOTORISTA:	
NÚMERO DA AR: 427		Situação:	
Atendente: ANTONIO JONES MOTA DE SOUZA			

AMARELO: ()

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
VERDE: ()

MOTIVO DO ATENDIMENTO:

RESUMO DE TRATAMENTO

DESCRIÇÃO SUMÁRIA DO EXAME CLÍNICO

EXAMES SOLICITADOS:

DIAGNÓSTICO:

CID: 0303090

PROCEDIMENTO:

PREScrição MÉDICA

REGISTRO DE ENFERMAGEM

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL OU PACIENTE

Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE							
Nome do Estabelecimento Solicitante Associação Beneficente Médica Pajuçara				CNS 2372150		<i>Ind 22-10-19</i> <i>23/9/2019</i>	
Nome do Estabelecimento Executante Associação Beneficente Médica Pajuçara				CNS 2372150			
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE							
Nome do Paciente WILKER BARROS ALEXANDRE				Cartão Gestante		Nome Social	
Cartão Nacional de Saúde (CNS) 165362326400001		Data de Nascimento 11/04/1989		Sexo Masc. ☒ 1 Fem. ☐ 3		Raca / Cor PARDA	
Nome da Mãe FRANCISCA FATIMA BARROS ALEXANDRE				DDD		Telefone do Contato	
Nome do Responsável				DDD		Telefone do Contato	
Município de Nascimento QUIXADA		UF CE		Nacionalidade BRASILEIRA		Endereço Residencial (Rua, Av., Complemento) 16	
Nº 427		Bairro ALTO ALEGRE I		Município de Residência MARACANAÚ		Código IBGE do Município 2307650	
Ponto de Referência		Documento		RG 2005009206320		R. Civil ☐ PIS/PASEP ☐	
Diretor Clínico do Estab. Executante				Nº Cons. Classe		CPF	
						Ass. e Carimbo do Diretor Clínico	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO							
Principais Sinais e Sintomas Clínicos <i>Mane no punho Ag. C/ do</i> <i>loquente e deformidade</i>							
Condições que justificam a internação <i>Profº solicitante</i>							
Principais Resultados das Provas Diagnósticas (Resultados de Exames Realizados) <i>Amarel + G + 14</i>							
Diagnóstico Clínico <i>fratura do punho</i>		CID 10 Principal		CID 10 Secundário		CID 10 Causas Associadas	
						Nº Nódulo	
PROCEDIMENTO SOLICITADO							
Descrição do Procedimento Solicitado <i>Preto unguento de Prof. Pajuçara</i>				Código do Procedimento			
Código do Caráter da Internação ☒ Urgente ☐ Eletivo		Clínica TRAUMATOLOGIA		Letra do Médico <i>Francisco Rodrigues Filho</i> <i>Ortopedista - Traumatologista</i> <i>CPF: 212.220.373-00 CRM 6308</i>			
Equipamentos Requeridos para Internação							
PROFISSIONAL SOLICITANTE							
Nome do Profissional Solicitante FREDERICO THALES DE VASCONCELOS				Nº Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente 78556660363		Nº do Conselho de Classe 11332	
Data da Solicitação 14/10/2019		Assinatura e Carimbo do Profis. Solicitante/Nº do Conselho de Classe				Data da Solicitação 14/10/2019	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)							
☐ AC DE TRÂNSITO		CNPJ da Seguradora		Número do Bilhete		Série	
☐ ACID. TRAUMÁTICO		CNPJ da Empresa		CNAE da Empresa		CBOR	
☐ AC TRAB./TRAUM. LO							
Vínculo com a Previdência ☒ Empregado ☐ Empregador ☐ Autônomo ☐ Desempregado ☐ Aposentado							
Nome do Profissional Autorizador							
Documento ☐ CPF ☐ CNS		Nº do CNS/CPF Profis. Autorizador					
Data da Autorização <i>11</i>		Código do Órgão Emissor M230765001					
Nº Registro Cons. do Classe		Ass. do Autorizador/Carimbo					
(Espaço Reservado para Colar Etiqueta com Dados da Autorização) COMISSÃO REVISORA DE HIGIENIZAÇÃO CONFERE COM ORIGINAL ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE MÉDICA DE PAJUÇARA CNPJ: 06.587.611/0001-06 MARACANAÚ-CE 18/11/2019							

FICHA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
ANAMINESE DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE: WILKER BARROS ALEXANDRE REGISTRO: 1583
IDADE DO PACIENTE: 30 anos 6 meses 3 dias
DATA DE NASCIMENTO: 11/04/89 NÚMERO DO CNS: 165362326400001
NOME DA MÃE: FRANCISCA FATIMA BARROS ALEXANDRE NOME DO PAI: «030»
ENDEREÇO: 16 NÚMERO: 427 BAIRRO: ALTO ALEGRE I
RG: 2005009206320 ORGÃO EXPEDIDOR: CE CPF:
TELEFONE PARA CONTATO: 8598522411

DADOS DA INTERNAÇÃO

DATA DA INTERNAÇÃO: 14/10/19 HORA: 11:01:21
MÉDICO: FREDERICO THALES DE CRM: 11332 ESPECIALIDADE: TRAUMATO-ORTOPEDIA
CONVÊNIO: SUS CATEGORIA: SUS
QUARTO/LEITO: ENFER/GERAL/TRA2 - 2 UNIDADE: UNIDADE A
FORMA DE CHEGADA: PROCEDÊNCIA: SITUAÇÃO:

RESUMO DE TRATAMENTO

RESUMO DA HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO:

*Transtorno do pânico CAP. 9
Doença e deformidade*

DIAGNÓSTICO PROVÁVEL:

Transtorno do pânico

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

O nem

CONDIÇÕES DE ALTA:

() CURADO () A PEDIDO (X) MELHORADO () INALTERADO
() TRANSFERIDO: _____
() OUTRA: _____

DATA DA ALTA: __/__/__

HORA DA ALTA: _____

MARACANAÚ, _____

CARIMBO, ASSINATURA E CRM DO MÉDICO.

*Francisco Rodrigues Filho
Ortopedista - Traumatologista
CPF: 212.220.393-00 CRM: 6300*

COMISSÃO REVISORA DE PRONTUÁRIO
CONFERE COM ORIGINAL
ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE MÉDICA DE PAJUÇARA
CNPJ: 06.587.611/0001-06
MARACANAÚ-CE 18/11/2019

1. *[Assinatura]*
 2. *448 Atos de HSE*
 3. *Benedito de Medeiros*
a Filipeo V. Filho de Benedito
4. Gilberto Cavalcanti Filho

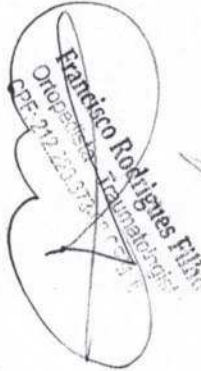
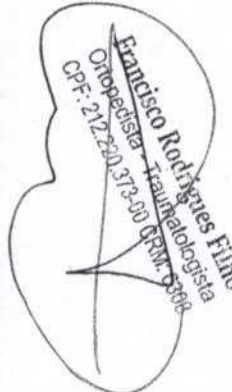
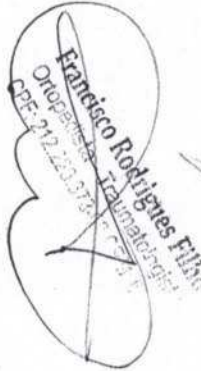
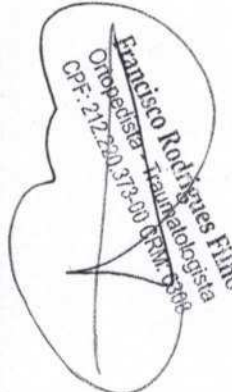
COMISSÃO REVISORA DE PRONTUÁRIO
 CONFERE COM ORIGINAL
 ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE MÉDICA DE PAJUÇARA
 CNPJ: 06.587.611/0001-06
 MARACANAÚ-CE 28/11/2019
[Assinatura]

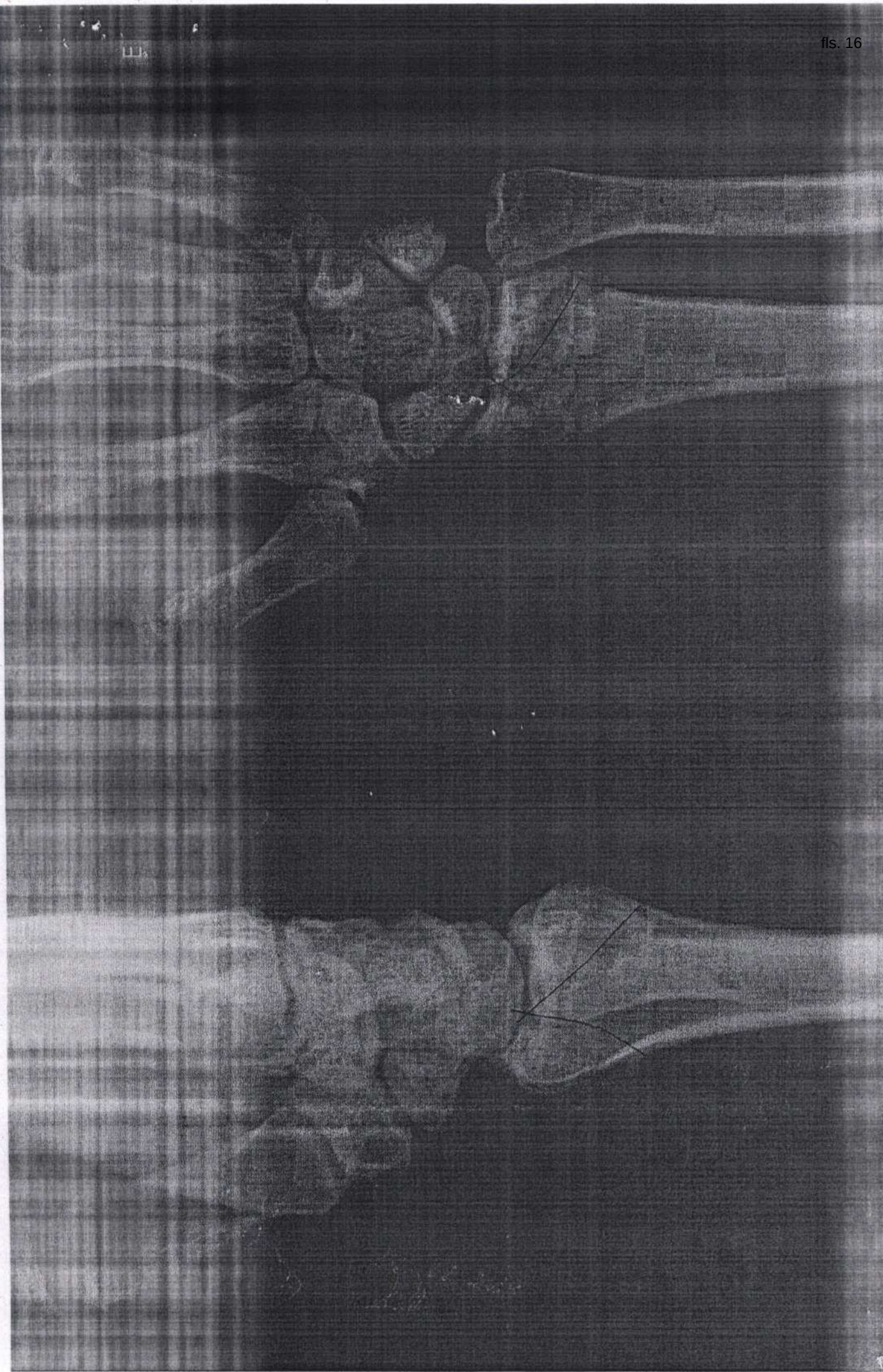
<i>1510</i> Francisco Rodrigues Filho Otorrinolaringologista - Traumatologista CRM: 22.228.322-00 CPM: 6302		1º Auxiliar Assinatura e Carimbo
Cirurgião Assinatura e Carimbo do Cirurgião	2º Auxiliar Assinatura e Carimbo	3º Auxiliar Assinatura e Carimbo

Data

Assinatura e Carimbo do Anestesiista

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

NOME DO PACIENTE		ENF. OU APTO.	LEITO	PRONTUÁRIO
15/10/19 16/10/19 17/10/19		EVOLUÇÃO DIÁRIA - ASSINATURA - CARIMBO <i>Francisco Rodrigues</i>  <i>Alto legível</i>    COMISSÃO REVISORA DE PRONTUÁRIO CONFERE COM ORIGINAL ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE MÉDICA DE PAJUÇARA CNPJ: 06.587.611/0001-06 MARACANAU-CE 18/11/2019		



Paciente: WILKER BARROS ALEXANDRE
HOSPITAL ABEMP

CONV.: SUS

DATA: 15/10/2019

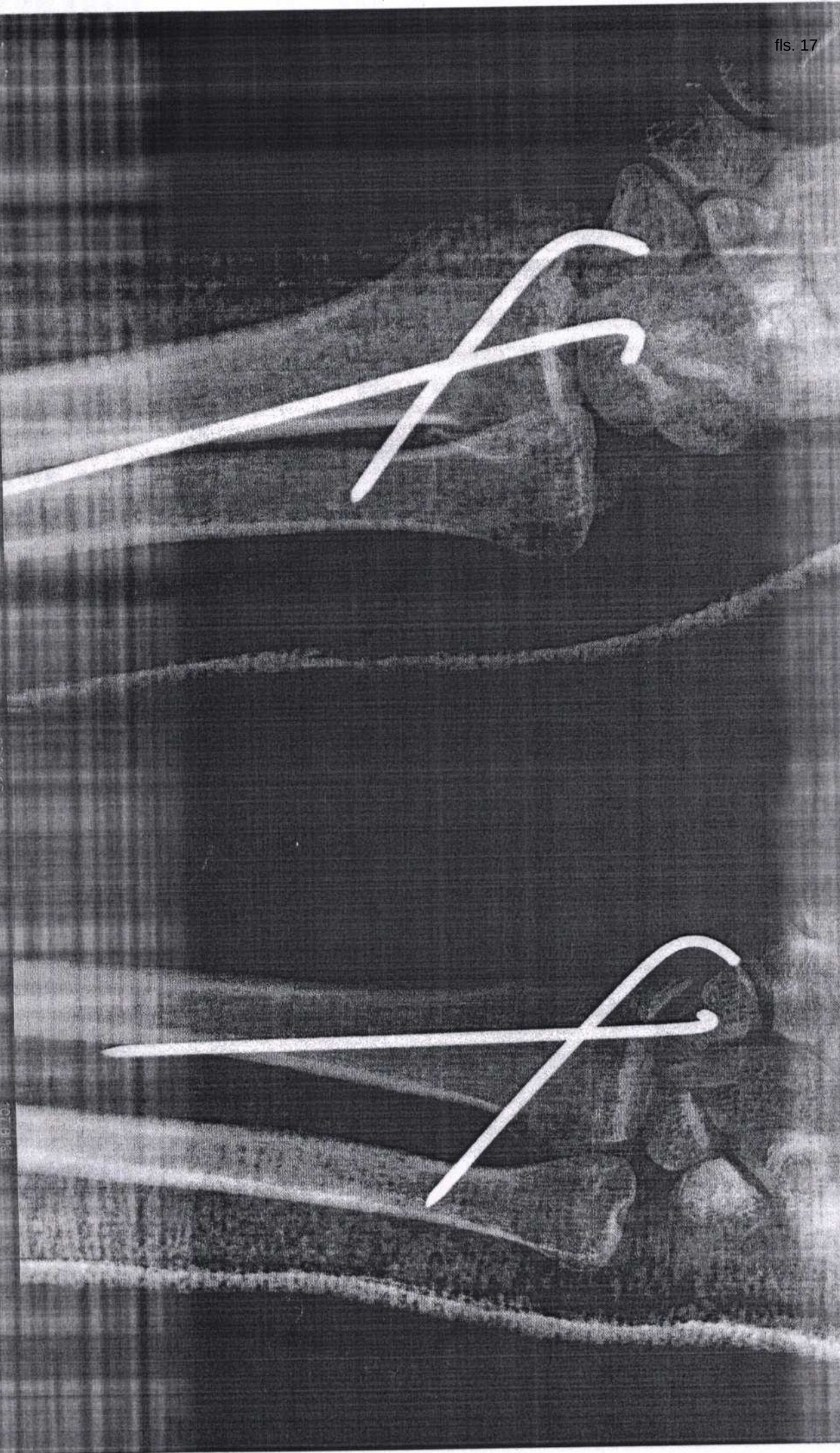
Técnico: TR JESILA

107.9 %

03/24/16

1563

1558





04:40:16 135,8 %
Paciente: WILKER BARROS ALEXANDRE
HOSPITAL ABEMP CONV.: SUS
1583
DATA: 07/10/2019



04:40:16 107,8 %
Técnico: TR JESILA
Para conferir o original, acesse o site https://resaj.ijce.unesp.br/pasta/ig/tra/pq/adm/cominterior/Documentos/001_monte_o_processo_0230_r01-10242020-00000001_e_00407_741_C03A

13A
RECEITA DE CONTROLE ESPECIAL**Identificação do Emitente**

3EMP Associação Beneficente Médica de Pajuçara

Rua João Conrado, 363 - Pajuçara
Maracanau / Ceará

Fones: (85) 3215-3064

CNPJ: 06.578.611/0001-06 CNSS: 23002.005898-51

1.ª via - Farmácia ou Drograria

2.ª via - Paciente ou Responsável

Data: 15, 10, 19


Francisco Rodrigues Filho
Ortopedista - Traumatologista
CRM 6308
CPF: 212.228.773-00

Paciente: Wilkei Barros Alexandre

Endereço: R. 16, Nº 427

Prescrição: - CEFALLEXINA 500mg - 20 Comprimidos.

Tomar 1 comprimido de 6/6 horas.

- IBUPROFENO 600mg - 20 Comprimidos.

Tomar 1 comprimido de 12/12 horas.

Identificação do Comprador

Nome:

Endereço:

Cidade:

UF:

Org. Emissor:

Identificação do Fornecedor



FILIADA A FEDERAÇÃO DAS MISERICÓRDIAS E ENTIDADES FILANTRÓPICAS DO CEARÁ

Walter B. Avelar

FRANCOX 500
Pomex ok
121426

29
10
18

Francisco Rodrigues
Ortopedista - Traumatologista
CPF: 212.220.313-00 CRM: 630

Rua João Conrado, 363 - Pajuçara - Maracanaú/Ceará
CNPJ: 06.578.611/0001-06 CNSS: 23002.005898/85-51



FILIADA A FEDERAÇÃO DAS MISERICÓRDIAS E ENTIDADES FILANTRÓPICAS DO CEARÁ

WILKEN BOMAS ALEXANDRE

FRATURA RADIO DISTAL
ESQ

TRT Ombreira

24/10/19

às 07:00 em

Agendar com IUI

Dr. Rogério Nascimento
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Joelho
CRM: 16996 TROT 15196

Rua João Conrado, 363 - Pajuçara - Maracanaú/Ceará - Fones: (85) 3215.3064
CNPJ: 06.578.611/0001-06 CNSS: 23002.005898/85-51



Nº DO CLIENTE
10093482

Para agilizar seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

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

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



CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 575280452

Rota 14 26001 12 118600 - 0 Data de Emissão 21/05/2019

Nome CLIENTE PROCURE A ENEL

End. Postal RU 0020 ALTO ALEGRE 01074

ALTO ALEGRE - MARACANAU - 61910000

Medidor 3308393

Poste 9999 0000

Classe B1 - 01-RESIDENCIAL 01-NORMAL MONOFASICO

RG / CPF / CNPJ 00000000000048

CGF

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência Mai/2019
Data da Apresentação 21/05/2019
Previsão Próxima Leitura 21/06/2019

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.
Conjunto Mai/2019 EUGD 22,50
Mês DIORI = 0,00 P

ICMS

Base de Cálculo (R\$) 162,92
Alíquota 27,00%
Valor do Imposto 43,98

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC	10,15	20,30	40,61	0,00	0,00	0,00
FIC	7,44	14,89	29,79	0,00	0,00	0,00
DMIC	5,38			0,00		

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

9824.9254-2F23-31F-21E0-797D-877B-3AF2

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. Fat.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
1431	1410	1,00	208	0,00	208	0,79331	162,92
21/05/19	22/04/19		29 DIAS		208		162,92

DESCRIÇÃO

VALOR CONSUMO DO MES	VALOR (R\$)
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	162,92
COB. SALDO FATURA ANTERIOR	37,71
ADICIONAL BANDEIRA AMARELA MES (R\$ 2,18)	15,58

VENCIMENTO 28/05/2019 **TOTAL A PAGAR (R\$)** 216,21

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	02,04
Transmissão	4,51
Distribuição	3,42
Encargos Setoriais	0,00
Tributos (ICMS PIS/COFINS)...	51,26
TOTAL	162,92

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

10	11	12	01	02	03	04	05	06	07	08	09
108	206	20	04	00	00	00	00	00	00	00	00

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido 89,20 kg CO₂ Compensado 0,00 kg CO₂ Consciência Ecológica (% CO₂)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

CONTAS EM ATRASO

AVISO DE DÉBITO VENCIDO:

Informamos existir débitos vencidos sem acréscimos legais até esta data, no valor de R\$ 77,78. Seu fornecimento de energia poderá ser suspenso em até 90 dias contados a partir da fatura vencida e não paga.

DÉBITOS ANTERIORES

Mes/Ano 03/2019 Valor R\$ 77,78

Consta desta fatura R\$ 7,28 referente a PIS e COFINS. Alíquotas: PIS:0,91% e COFINS:3,67% (Art. 9 Res. 130/2005 - ANEEL e leis n. 10.637/02 e 10.833/03)

Informamos que a tarifa foi reajustada, em média, em 8,22%, conforme Resolução Homologatória ANEEL 2.530/2019, com vigência 22/04/2019 a 21/04/2020. Bandeira AMARELA em MAIO-19. www.aneel.gov.br

Nº do Cliente: 10093482 Referência: Mai/2019
Data de Emissão: 21/05/2019 Total a Pagar (R\$): 216,21
Nº da Nota Fiscal: 83870000002-8 16210031000-8 Nº de Controle: 0010093482 00003 39032 07
83870000002-8 16210031000-8 00100934820-2 00033903262-6



SINISTRO 3200032863 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA WILKER BARROS ALEXANDRE****COBERTURA Invalidez****PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO LIBIA CORRETORA
DE SEGUROS LTDA - ME****BENEFICIÁRIO WILKER BARROS ALEXANDRE****CPF/CNPJ: 05309765360****Posição em 11-02-2020 08:36:57**

O pedido de indenização está em fase final de análise na Seguradora Líder-DPVAT.

Em breve, o pagamento da indenização será liberado.

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

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
12/02/2020	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50