

JUSTIFICAR A CONTINUIDADE DO
PENSIONAMENTO. EXONERAÇÃO DO ENCARGO
ALIMENTAR. POSSIBILIDADE. SENTENÇA QUE
BEM AVALIOU A REALIDADE FÁTICA
DENUNCIADA. APELAÇÃO CONHECIDA E
DESPROVIDA.

Sendo assim, traz a não perpetuidade da obrigação alimentícia entre ex-cônjuges ou ex-companheiros adven o corolário da imprescindibilidade de cada um enviar todos os seus esforços para a manutenção de sua própria subsistência, não se admitindo que, em pleno século 21, prestigie-se o ócio de qualquer um deles em prejuízo do outro.

Como se não bastasse, a regra da irrenunciabilidade dos alimentos (art. 1.707, C.C) só se aplica à obrigação alimentar decorrente do jus sanguini, não se estendendo aos cônjuges ou companheiros, máxime porque, entre estes, a obrigação tem caráter meramente obrigacional fundado em solidariedade não permanente.

DOS PEDIDOS:

Desse modo, os fatos narrados na exordial encontram-se devidamente comprovados com os elementos já constantes nos autos, motivo pelo qual a ação há de ser julgada procedente, confirmando-se em **DEFERIMENTO** a tutela exoneratória postulada e, por consequência, **suspender/exonerar** o pagamento da obrigação alimentar, não havendo necessidade de ser colhida prova em audiência, caso V. Ex., assim entender;

Isto posto, reitera os pedidos feitos na inicial, devendo o **processo ser julgado procedente.**

Nesses termos,
Pede e espera deferimento.

Pacatuba/CE, 27 de Junho de 2018.

Laio Duarte Vieira
Advogado
OAB-CE 34.964

**REGULAR**
DPVAT**Imprimir****SINISTRO / ACIDENTE****DADOS DO PROCESSO**

Nº Processo: 2018/223114259

Nº do Sinistro: 3180087357

Natureza: INVALIDEZ

Situação: PAGAMENTO LIBERADO

DADOS DO ACIDENTE

Data Acidente: 27/10/2016

Data do Cadastro: 23/2/2018

DADOS DA VÍTIMA

Nome: OZIEL MOREIRA LIMA

CPF: 629.239.513-87

DADOS DO ANGARIADOR

Nome: CARLOS AUGUSTO PESTANA DA LUZ

ANDAMENTOS

DATA	DESCRIÇÃO	USUÁRIO
16/3/2018	PAGAMENTO LIBERADO A PARTIR DE 19/03/2018; VALOR R\$ 675,00; BENEFICIÁRIO: OZIEL MOREIRA LIMA; BANCO CAIXA ECONÔMICA FEDERAL; AG: 2558; CONTA: 143943-1.	DANIELLE DA SILVA COSTA

Processo nº 0146236-46.2018.8.06.0001

0146236-46.2018.8.06.0001

Relatório	Relatório	Relatório	Relatório	Relatório
Relatório	Relatório	Relatório	Relatório	Relatório
Relatório	Relatório	Relatório	Relatório	Relatório
Relatório	Relatório	Relatório	Relatório	Relatório
Relatório	Relatório	Relatório	Relatório	Relatório

Relatório de atividades realizadas no mês de março de 2018, referente ao processo nº 0146236-46.2018.8.06.0001, sob o número 0146236-46.2018.8.06.0001 e código 396BEAB.

Relatório de atividades realizadas no mês de março de 2018, referente ao processo nº 0146236-46.2018.8.06.0001, sob o número 0146236-46.2018.8.06.0001 e código 396BEAB.

Relatório de atividades realizadas no mês de março de 2018, referente ao processo nº 0146236-46.2018.8.06.0001, sob o número 0146236-46.2018.8.06.0001 e código 396BEAB.

Relatório

Relatório de atividades realizadas no mês de março de 2018, referente ao processo nº 0146236-46.2018.8.06.0001, sob o número 0146236-46.2018.8.06.0001 e código 396BEAB.



DECLARAÇÃO

Nome: <u>OZIEL MOREIRA LIMA</u>		Nacionalidade: <u>BRASILEIRO</u>
Estado Civil: <u>SOLTEIRO</u>	Profissão: <u>PAINTOR</u>	Carteira de Identidade: <u>94024052122</u>
CPF nº: <u>029.239-513-87</u>	Residência: <u>RUA OLIVÁRIO RIBEIRO. 249</u>	
Bairro: <u>COA. PALMEIRAS</u>	Cidade: <u>FORMIGA</u>	Estado: <u>CEARA</u>
		CEP: <u>60870-340</u>

em conformidade com o Art. 4º da Lei 1.060 de 05/02/1950 e o Art. 5º, LXXIV da Constituição Federal, DECLARO SER POBRE DA FORMA DA LEI, não podendo arcar com taxas, emolumentos, depósitos judiciais, custas, honorários advocatícios ou outras cobranças de qualquer tipo ou natureza sem prejuízo de meu sustento e de minha família.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

FORMIGA 15 de ABR de 2018.

x OZIEL MOREIRA LIMA

1000



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: <u>OZIEL MOREIRA LIMA.</u>		Nacionalidade: <u>BRASILEIRA</u>	
Estado Civil: <u>SOLTEIRO.</u>	Profissão: <u>PINTOR</u>	Carteira de Identidade: <u>99024052122</u>	
CPF nº: <u>629.239.513-87</u>	Endereço: <u>RUA OLYMPIO RIBEIRO - 279</u>		
Bairro: <u>(CONJ.) PALMEIRAS</u>	Cidade: <u>FORTALEZA</u>	Estado: <u>CEARA</u>	CEP: <u>60870-340</u>

OUTORGADO: Dra. FABIANA NEGREIROS DE AZEVEDO, brasileira, solteira, advogada, devidamente inscrita na OAB/CE 35.010, com escritório profissional na Rua Francisco Segundo da Costa nº 107, sala 08, Edson Queiroz, Fortaleza/CE - CEP 60.811-650. contato (085)9.9666-6848, onde receberá as intimações de estilo.

PODERES: Os da Cláusula "AD JUDITIA", para o foro em geral, a fim de que possa defender os interesses e direitos do OUTORGANTE, perante qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, repartição pública, autarquia ou entidade paraestatal, propondo ação competente em que o OUTORGANTE seja autora ou reclamante, e defendendo-o quando for réu, interessado ou requerido, podendo fazer acordo, reclamar, conciliar, recorrer, receber alvarás, levantar numerários depositados em juízo, transigir, receber e dar quitação, confessar, requerer inventário ou arrolamento, fazer notificações e contra-notificações judiciais e extrajudiciais, firmar compromissos, prestar declarações, receber quitação, bem como substabelecer a presente, com ou sem reserva de poderes, se assim lhe convier, e praticando todos os atos necessários para o bom e fiel cumprimento deste mandato, dando tudo por bom, firme e valioso.

Fortaleza/CE, 10 de ABRIL de 2018

x OZIEL MOREIRA LIMA

OUTORGANTE



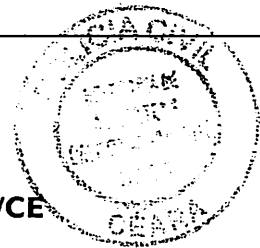
GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 897 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **22/02/2018 08:51:52**
Data / Hora da Ocorrência: **27/10/2016 20:00:00**
Endereço da Ocorrência: **RUA VALPARAISO**
Complemento:
Bairro: **CONJUNTO PALMEIRAS** Município: **FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência:



Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **OZIEL MOREIRA LIMA**
Nascimento: **03/11/1980** CPF: **629.239.513-87**
RG: **94024052122** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **MARTINA MOREIRA DE LIMA**
VULPIANO ALVES DE LIMA
Endereço: **RUA OLIMPIO RIBEIRO, 279**
Bairro: **CONJUNTO PALMEIRAS**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP: **60.870-340**
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 99855-2255**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: OCH6281 Uf: CE Município: FORTALEZA Chassi: 9C2JC4110BR714276 Renavam: 322227720 Tipo do Veículo: MOTOCICLETA Marca / Modelo: HONDA/CG 125 FAN KS Ano Fabricação: 2011 Ano Modelo: 2011 Combustível: GASOLINA Cor: PRETA Proprietário: OZEIAS MOREIRA LIMA Situação: NÃO INFORMADO Envolvimento: COLISAO

Histórico

AFIRMA O DECLARANTE QUE NA DATA, HORA E LOCAL CITADOS; QUE, PILOTAVA A MOTOCICLETA DE PLACA OCH-6281-CE, MAS NÃO POSSUI HABILITAÇÃO(CNH); QUE TRAFEGAVA PELA RUA VALPARAISO; QUE UM OUTRO VEÍCULO CARRO DE PLACAS NÃO ANOTADAS, QUE VINHA NO MESMO SENTIDO E LOGO A SUA FRENTE NA VIA, QUE AO TENTAR EFETUAR UM RETORNO NA VIA, SEM SINALIZAR, OCASIONOU A COLISÃO COM A MOTO EM QUE ESTAVA A VITIMA NA VIA; QUE, APÓS O IMPACTO, A VITIMA FOI AO SOLO E FICOU LESIONADA; QUE, O CAUSADOR DO ACIDENTE PERMANECER NO LOCAL; QUE, A VITIMA FOI SOCORRIDA POR UM POPULAR QUE PASSAVA NO LOCAL, SENDO LEVADA PARA ATENDIMENTO NO HOSPITAL DISTRITAL GONZAGA MOTA JOSE WALTER. E NADA MAIS DISSE.// OBS: FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO ART. 340 DO CPB. PRAZO PREVISTO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL: 6 MESES.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

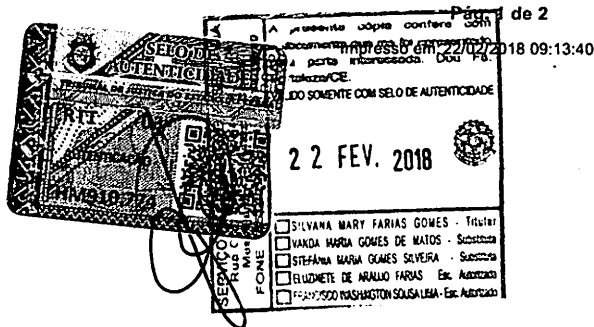
RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

CRISTIANO ALEX NOGUEIRA DA SILVA - MAT.: 300518-1-5

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

OZIEL MOREIRA LIMA

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO



Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por FABIANA NEGREIROS DE AZEVEDO e Tribunal de Justiça do Ceará, protocolado em 10/07/2018 às 16:30, sob o número 01462364620188060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0146236-46.2018.8.06.0001 e código 396BEAF.



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO



BOLETIM DE Ocorrência Nº 301 - 897 / 2018

VISTO DO DELEGADO(A) :

MARIA CÂNDIDA BRUM - MAT.: 126913-1-9





Prefeitura de
Fortaleza

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL GONZAGA MOTA JOSE WALTER

fls. 14
SUS

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

DADOS PESSOAIS		Nº DO PRONTUÁRIO 39505	Nº DO BE 52523
NOME DO PACIENTE OZIEL MOREIRA LIMA		SEXO M	RACIA COR PARDO
CADUS		NASCIMENTO 03/11/1980(35 ANOS)	UF CE
NOME DA MARTINA MOREIRA DE LIMA		CEP NI	
ENDEREÇO RUA OLIMPIO RIBEIRO 0249 PALMEIRAS			
CONTATO			
OCORRÊNCIA			
LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/CAUSAS DO ACIDENTE			
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO			
MOTIVO ACIDENTE DE MOTO		ESCALA DE DOR 3 (ADULTO)	
QUEDA AS 18			
SINTOMAS NI			
PESO NI KG		SINAIS VITAIS	PULSO 87
TEMPERATURA NI °C		SAT O2 98%	GLICEMIA 94
CLASSIFICAÇÃO MELHOR		RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO MARIA ROSIANE LIMA DANTAS	
ÁREA DE ATENDIMENTO EMERGENCIA ADULTA		DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO 27/10/2016 20:54:23	
ATENDIMENTO MÉDICO			

Prante por acidente de moto e supressão do dente max

DIAGNÓSTICO

SADT SOLICITADO: () HC () SU () US ABDOMINAL () TC CRANIO () RAIO-X () OUTROS

PRESCRIÇÃO MÉDICA

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÕES

Controle

SGF 0001 multa que 90/40 25:00

Enc: F. J. J. J.

TIPO DE ALTA SAÍDA

DECISÃO MÉDICA () A PEDIDO () EVASÃO () TRANSFERÊNCIA () INTERNAÇÃO () ÓBITO

DESTINO DO CORPO: () FAMÍLIA () IML () ANAT. PATOL

DATA E HORA DO ATENDIMENTO

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA

CPF: 65.342.813

Impresso por Maria Rosiane Lima Dantas em 27/10/2016 às 20:54:23

Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 299 do Código Penal.

OZIEL MOREIRA LIMA

HDGM / JW

CNPJ: 04.985.197/0002-25

INSCRIÇÃO MUNICIPAL: 200.000-83

L. D, Nº 440 2ª Etapa

CEP. 60.750-030 FONE: 452-9399

CONFEE C/ ORIGINAL.

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por FABIANA NEGREIROS DE AZEVEDO e Tribunal de Justiça do Ceará, protocolado em 10/07/2018 às 16:30, sob o número 0146236462018060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0146236-46.2018.8.06.0001 e código 396BEAF.

Prefeitura de
FortalezaPREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL GONZAGA MOTA JOSE WALTERfls. 15
SUS

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

NOME DO PACIENTE OZIEL MOREIRA LIMA		Nº DO PRONTUÁRIO 39505		Nº DO BE 52523	
CADSUS		NASCIMENTO 03/11/1980(35 ANOS)		SEXO M	
NOME MÃE MARTINA MOREIRA DE LIMA		NOME RESPONSÁVEL NI		RAÇA/COR PARDO	
ENDEREÇO RUA OLÍMPIO RIBEIRO 0249 PALMEIRAS		MUNICÍPIO		UF CE	
CONTATO		CEP NI			
OCORRÊNCIA					
LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/DADOS DO ACIDENTE					
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO					
MOTIVO ACIDENTE DE MOTO					
ESCALA DE DOR 3 (ADULTO)					
SINAIS VITAIS					
PESO NI KG		PRESSÃO ARTERIAL 90/40		PULSO 87	
TEMPERATURA NI °C		ALERGIAS NEGA		GLICÊMIA 84	
CLASSIFICAÇÃO EMERGENCIA		RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO MARIA ROSIANE LIMA DANTAS		DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO 27/10/2016 20:54:23	
ÁREA DE ATENDIMENTO EMERGENCIA ADULTA					
ATENDIMENTO MÉDICO					

ANAMNESE

Prante propõe acidente de

moto e supressão do dente max

DIAGNÓSTICO

COD PROCEDIMENTO

CID

SADI SOLICITADO:

() HC () SU () US ABDOMINAL () TC CRANIO () RAIO-X () OUTROS

PRESCRIÇÃO MÉDICA

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÕES

MÉDICAMENTO

TIPO DE ALTA/SAÍDA

ALTA/SAÍDA

() DECISÃO MÉDICA () A PEDIDO () EVASÃO () TRANSFERÊNCIA () INTERNAÇÃO () ÓBITO () CRITÉRIO DE 24 HORAS () APÓS 48 HORAS

DESTINO DO CORPO: () FAMÍLIA () IML () ANAT. PATOL

DATA E HORA DO ATENDIMENTO

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA

Impresso por Maria Rosiane Lima Dantas em 27/10/2016 às 20:54:23

Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 299 do Código Penal.

OZIEL MOREIRA LIMA

HDGM / JW

CNPJ: 04.985.197/0002-25

INSCRIÇÃO MUNICIPAL: 200.000-83

L. D, Nº 440 2ª Etapa

CEP. 60.750-030 FONE: 452-9399

CONFEE C/ ORIGINAL.



INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

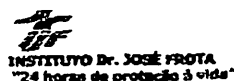
Registro de Atendimento Emergencial



Emitido em: 19/02/2018 13:46:53

Por: EDUARDO MOREIRA

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL				DATA/HORA: 27/10/2016 21:42:46	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE					
CNS: 704007359044988	NOME: OZIEL MOREIRA LIMA			Registro: 5474645	
CPF: 62923951387	RG: 94024052212	D. NASC: 03/11/1980	ESTADO CIVIL:	SEXO: M	RAÇA/COR: Branca
NOME DA MÃE: MARTINA MOREIRA DE LIMA			NOME DO PAI: SEM INFORMAÇÃO		
TIPO DE LOGRADOURO: Rua	ENDEREÇO DO PACIENTE: OLÍMPIO RIBEIRO		Nº: 279	BAIRRO: CJ PALMEIRAS	
COMPLEMENTO:	TELEFONE CONTATO:	MUNICÍPIO: FORTALEZA	UF: CE	CEP: 60870340	
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL					
NOME: marina fluza monteiro		PARENTESCO: esposa		TELEFONE: 989619596	
ACIDENTE DE TRABALHO					
TIPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:	COSIDO DO CNAER:		
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO					
MOTIVO DE ATENDIMENTO: <u>Acidente com motociclista</u> , Acidente de transporte sem colisão. Inclui: capotamento, queda ou projeção de uma motocicleta					
QUEIXAS: lesao mao d há 4 horas,ecg15					
OBSERVAÇÕES:					
SINAIS VITAIS					
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Publica	Escala de Dor: Moderado		PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: AMARELO		
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:					
ATENDIMENTO MÉDICO					
Anamnese:					
Exame Físico:					
Conduta:					
DATA 19/10/2018 MATRÍCULA 138267 SERVIDOR(A)					
TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:					
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:					
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:					
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:			



RECEITUÁRIO

Nome: Diego Henrique BE/Prontuário: _____

Retorno.

*5º dia do 03/11/16
25 BL. Q. Plástico.
R. Dourado.*

Dr. Carlos Cunha
CREMEC 17772
Sf

22/10/16.

Data: ____/____/____

Assinatura e Carimbo do Médico

PROCURE O IJF SOMENTE NOS CASOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
Rua Barão do Rio Branco, 1816 - Centro. CEP 60.025-061. Fone: 255-5000

HA 000.803. Versão 1 - 01/SET/06 - Via Única - Formato A5 (148X210).



**Prefeitura de
Fortaleza**
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

SOLICITAÇÃO DE EXAMES

Nome: <u>OSIEL MOREIRA LIMA</u>		Nº AIH/RAE: <u>5377695</u>	
Paciente Externo? ☐ Sim ☐ Não	Unid. Internação/ENF/LEITO	Idade: <u>35</u>	Sexo: ☒ Masc. ☐ Fem.
JUSTIFICATIVA			
ACIDENTE DE MOTO QUE GEROU ESCORIAÇÕES EM TÓRAX, DORSO, ALÉM DE AMPUTAÇÃO DO 5º DITO DIREITO			
EXAMES RADIOLÓGICOS			
☐ Crânio	☐ Face	☐ Coluna Cervical AP/P	☐ Clavícula AP
☒ Tórax AP/P	☐ Ombro AP/P	☐ Braço AP/P	☐ Antebraço AP/P
☐ Punho AP/P	☒ Mão DAP/OBL	☒ Bacia AP	☐ Quadril AP/AXIAL
☐ Escanometria dos MMII	☐ Perna AP/P	☐ Joelho AP/P	☐ Tornozelo AP/P
☐	☐	☐	☐
EXAMES LABORATORIAIS			
☐ Hemograma	☐ Glicemia	☐ Uréia	☐ Creatinina
☐ Cloro	☐ Sódio	☐ Plaquetas	☐ Potássio
☐ PTTA	☐ Lipase	☐ Amilase	☐ TAP
☐	☐	☐	☐ Sumário de Urina
ULTRA-SONOGRAFIA			
☐ Fast	☐ Abdome Total	☐ Tórax	☐ MSD
			☐ MID
			☐ MIE
OUTROS EXAMES			
Assinatura e Carimbo do Solicitante:		Data / /	Hora: h minutos

INSTITUTO Dr. JOSÉ FROTA
"24 horas de proteção à vida"

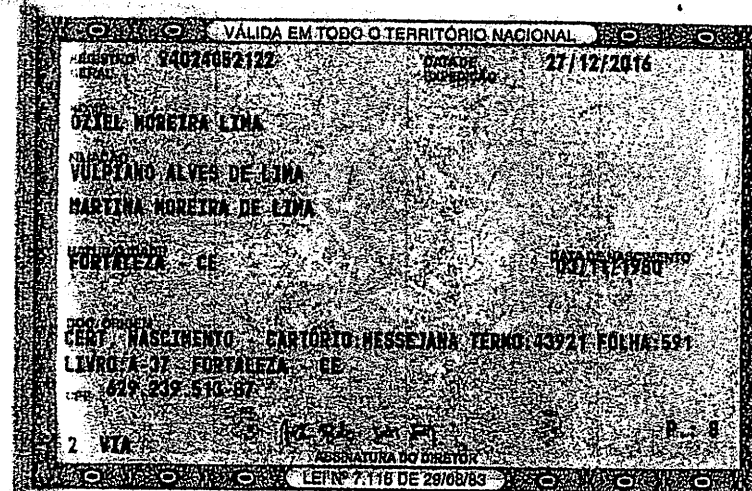
Fortaleza

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO INSTITUTO		1ª Via - FARMÁCIA
Instituto Dr. José Frota CNES: 2529149 CNPJ: 07.835.044/0001-80 Rua Senador Pompeu, 1757 Bairro: Centro Fone: 3255.5000 Fortaleza - CE CEP: 60025-001		2ª Via - PACIENTE
Paciente: <i>Oziel Moreira</i>		
Endereço:		
Prescrição: <i>150 Chl</i> <i>1) Ceflexim 500mg - 16cp</i> <i>Tomar 01cp de 6/6h - 7 dias</i> <i>2) Cissida</i> <i>15cp</i> <i>Tomar 01cp de 8/8h - 5 dias</i>		
Data: <i>14/10</i>		Carimbo e Assinatura do Médico
Nome:		Data: <i>11</i>
Nº Ident.:	UF:	Fornecedor:
Endereço:		Carimbo e Assinatura
Nº:	Bairro:	
Cidade:	UF:	
CEP:	Tel.:	

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO INSTITUTO Instituto Dr. José Frota CNES: 2529149 CNPJ: 07.835.044/0001-80 Rua Senador Pompeu, 1757 Bairro: Centro Fone: 3255.5000 Fortaleza - CE CEP: 60025-001		1ª Via - FARMÁCIA 2ª Via - PACIENTE
Paciente: <i>Oziel Moreira</i>		
Endereço:		
Prescrição: <i>iso chot</i> <i>1) ceplexina 500mg - 18cp.</i> <i>Tomar 01q de 6/6h - 7 dias</i> <i>2) clisada</i> <i>15cp.</i> <i>Tomar 01q de 8/8h - 5 dias</i>		
Data: <i>14/10</i>		Carimbo e Assinatura do Médico <i>Carimbo e Assinatura</i>
IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE Nome:		Data: <i>1 1</i> Fornecedor: Carimbo e Assinatura
Nº Ident.: UF:		
Endereço:		
Nº: Bairro:		
Cidade: UF:		
CEP: Tel.:		



REPUBLICA FEDERATIVA BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 012458060295
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: 01 COD. RENAVAM: 322227720 R.N.T.R.C.: 00000000000 EXERCÍCIO: 2016

CEETAS MOREIRA LIMA
FORTALEZA/CE

CPF/CNPJ: 58078827334 PLACA: OCH6281

PLACA ANT./UF: 000000/CE CHASSI: 902JC4110BR714276

ESPÉCIE: PAS/MOTOCICLETA DO APPLIC. COMBUSTÍVEL: GASOLINA

MARCA/MODELO: HONDA/CG 125 FAN KS ANOS: 2011 2011

CAP./POT./CIL: 2P/0CV/124CC CATEGORIA: PARTIC COR. PREDOMINANTE: PRETA

COTA ÚNICA: ***** VENC. COTA ÚNICA: **/**/** VENC. COTAS: 1ª *****
2ª *****
3ª *****

FAIXA I.P.V.A.: 1*** PARCELAMENTO/COTAS: *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$): 286.75 IOF (R\$): 1.11 PRÊMIO TOTAL (R\$): 292.01 DATA DE PAGAMENTO: 04/05/2016

OBSERVAÇÕES:

FORTALEZA LOCAL: 04/05/2016 DATA

Exp. Pontes
Superintendente DETRAN-CE

EXEDITION

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

CE Nº 012458060295 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: 2016 DATA EMISSÃO: 04/05/2016

VIA: 01 CPF / CNPJ: 58078827334 PLACA: OCH6281

RENAVAM: 322227720 MARCA / MODELO: HONDA/CG 125 FAN KS

ANO FAB.: 2011 CAT. TARIF.: 01 Nº CHASSI: 902JC4110BR714276

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$): 129.04 DENATRA (R\$): 14.34 CUSTO DO SEGURO (R\$): 143.38

CUSTO DO BILHETE (R\$): 1.10 IOF (R\$): 1.11 TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R\$): 292.01

PAGAMENTO: ☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO: 04/05/2016

SEGURO LIDER - DPVAT
LOTE/DOC: 132227720 - LACPE: CNPJ 09.248.608/0001-04
MOTOR: JC41E1B714276
www.seguradoralider.com.br

NOV / 2015

710538-0

Para agilizar seu atendimento, utilize o nº de
sempre que entrar em contato conosco.Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 151
CEP 60135-040 | Fortaleza - CE
CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 08.105.248-3

fls. 23

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

512449688

Rota 06 01220 15 225400 - 0

Data de Emissão 07/02/2018

Nome VULPIANO ALVES DE LIMA

End. Postal RU OLIMPIO RIBEIRO 00279

CONJUNTO PALMEIRAS - FORTALEZA - 60870340

Medidor 1004791

Posto 1295 P765

Classe 01-RESIDENCIAL 07-BX. RENDA MONOFASICO

RG/CPF/CNPJ 167342543-72

CGF

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência
Fev/2018
Data de Apresentação
07/02/2018
Previsão Próxima Leitura
09/03/2018

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto
Dez/2017
EUSD 39,24

DICI= 0,00 P

Padrão Individual

Apuração Individual

ICMS

Base de Cálculo (R\$) Aliquota Valor do Importo

ISENTO

Mensal Trim. Anual Mensal Trim. Anual

DICI 4,95 9,91 19,82 0,00 0,00 0,37

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

FIC 3,17 6,35 12,70 0,00 0,00 1,00

B35D.2AF3.0014.FC1F.A02F.0A2A.754E.8415

DICI 2,77 0,00

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Const. Incl.	Gen. Fat.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
16707	16593	1,00	114	0,00	30	0,1635	5,85
					70	0,28860	20,20
					14	0,43291	6,06

07/02/18 10/01/18 28 Dias 114 31,31

DESCRIÇÃO

VALOR (R\$)

VALOR CONSUMO DO MES 31,31

MULTA MORATORIA REF 01/2018 1,42

JUROS DO MES 0,12

ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL 9,73

PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA 0,90

16/02/2018 43,48

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	14,95
Transmissão	1,49
Distribuição	10,16
Encargos Setoriais	3,52
Tributos (ICMS PIS/COFINS)...	2,09
TOTAL	32,21

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

150	114	152	168	172	129	174	167	169	137	142	137	145
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

MEI Fev Jan Dez Nov Out Set Ago Jul Jun Mai Abr Mar

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO₂) 49,27 Compensado kg (CO₂) 0,00Compensação Ecológica (kg CO₂)

PARA CADASTRAR SUA CONTA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZE

SEU NÚMERO DO CLIENTE SEGUIDO DO DÍGITO VERIFICADOR.

Chame os vizinhos e amigos e entre no contato ao mesmo tempo.

da dengue, zika e chikungunya. Ministério da Saúde. Gov. Federal

Consta desta fatura R\$ 2,09 referente a PIS e COFINS. Aliquotas: PIS:0,65% e COFINS:3,14%

(Art. 9º Res. 100-2005 - INEFEL e 1015 II, 10.637/07 e 10.833/03)

Caro Cliente, constam quitadas as faturas de consumo de energia elétrica desta unidade consumidora vencidas até 31/12/2017, conforme a Lei N. 12.007/2009. Esta declaração substitui quitacoes anteriores.

710538-0
 nº do Cliente: 07/02/2018 Referência: 43,48
 Data de Emissão: 512449688 Total a Pagar (R\$): 0000710538 00522 39582 77
 nº da Nota Fiscal: 83870000000-1 43480031000-4 00007105380-8 05223958224-4

