

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2008415429-7 DATA DE EXPEDIÇÃO 14/08/2013

NOME FRANCISCO SALMIRAN BATISTA DA SILVA
FILIAÇÃO LINDALVA BATISTA DA SILVA

NATURALIDADE CASCABEL - CE DATA DE NASCIMENTO 13/10/1956



DOC. ORIGEM CERT. CASAMENTO - CARTÓRIO: 1 OFÍCIO TERMO: 371 FOLHA: 248
LIVRO: B-01 CASCABEL - CE RG: ANT: 1262841
CPF: 004.670.443-41 P.: 1

ASSINATURA DO DIRETOR
LEI Nº 7.116 DE 29/09/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

116 6

Polegar Direito



Francisco Salmiran Batista da Silva

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por CARLOS ALBERTO LOPES DA COSTA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 29/01/2013 às 16:21:36 sob o número 0106470-49.2019.8.06.0001 e código 435E293. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0106470-49.2019.8.06.0001 e código 435E293.

Nº DO CLIENTE
914104

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 60136 040 | Fortaleza CE
CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.105.048-3



CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 555597298

Rota 19 20020 55 122600 - 3. Data de Emissão 27/12/2018

Nome MAURA MENDES DA SILVA

End. Postal PV TIJUCUSSU 00000
ESTRADA DA CAPONGA - CASCAVEL - 62850000

Medidor 1308081 Poste 0000 B21N

Classe B2 - 04-RURAL 10-RESIDENCIA RURAL MONOFASICO

RG / CPF / CNPJ 060402503-30 CGF

Nome do Responsável

DATAS			ÍNDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO		
Mês de Referência	Data da Apresentação	Previsão Próxima Leitura	Veja a legenda no verso desta conta.		
Dez/2018	27/12/2018	28/01/2019	Conjunto	CASCAVEL	
			Mês	Out/2018	EUSD 52,11

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto		Padrão Individual			Apuração Individual			
				Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual	
ISENTO										
ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL				DIC	10,87	21,74	43,49	0,27	0,00	0,00
8380.0E1B.A68F.7F24.00EC.51FD.E3F8.BFC4				FIC	7,67	15,34	30,69	1,00	0,00	0,00
				DMIC	5,88			0,27		

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. Fat.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FP 64358	64011	1,00	347	0,00	347	0,34976	121,36
27/12/18	27/11/18		30 DIAS		347		121,36

DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)
VALOR CONSUMO DO MES	121,36
MULTA MORATORIA REF 11/2018	2,75
JUROS DO MES	1,55
CASA SEGURA PLUS 0800 600 0560	17,30

VENCIMENTO 04/01/2019

TOTAL A PAGAR (R\$) 142,96

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO		HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)	
Energia	65,58	323	290
Transmissão	6,99	347	311
Distribuição	37,37	359	299
Encargos Setoriais	10,02	311	332
Tributos (ICMS PIS/COFINS)...	1,40	302	345
TOTAL	121,36	343	320
		311	319
		319	290

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Emitted kg (CO ₂)	Compensado kg (CO ₂)	Consciência Ecológica (%CO ₂)
135,47	0,00	0%

INFORMAÇÕES IMPORTANTES - AVISOS DE VENCIMENTO

CONTAS EM ATRASO

Previo Aviso NOTIFICAÇÃO DE SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ENERGIA ELÉTRICA

Prezado Cliente, constatamos em nossos controles contatos em atraso. Segue o detalhamento do Debito. O não pagamento da dívida implica na possibilidade de suspensão do fornecimento da energia em 15 dias após a entrega deste, conforme previsto na Res. ANEEL 414/10, Arts. 172 c/c 173, bem como o envio das informações aos ÓRGÃOS DE PROTEÇÃO AO CRÉDITO E CARTÓRIO DE PROTESTO. Caso já tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar o aviso.

DEBITOS ANTERIORES	
Mes/Ano	Valor R\$
11/2018	158,29
Total	158,29

Consta desta fatura R\$ 1,40 referente a PIS e COFINS. Alíquotas: PIS:0,44% e COFINS:0,72%

Art. 9 Res. 100-2005 ANEEL e leis n. 10.637-02 e 10.833-03

Bandeira verde em dez-18, sem acréscimo no valor da energia a ser repassado para o consumidor. Informações: www.aneel.gov.br - Notificação: Estado do CE publicou DECRETO 32847 sobre isenção de ICMS classe RURAL. Favor, comparecer a Loja ENEL em até 120 dias da primeira notificação com o formulário anexado sob pena de perda da isenção

Nº do Cliente: 914104 Referência: Dez/2018

Data de Emissão: 27/12/2018 Total a Pagar (R\$): 142,96

Nº da Nota Fiscal: 555597298 Nº de Controle: 0000914104 00532 39842 85



Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por CARLOS ALBERTO LOPES DA COSTA e Tribunal de Justiça do Ceará, protocolado em 29/01/2019 às 16:21, sob o número 01064704920198060001. Para conferir o original, acesse o site http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0106470-49.2019.8.06.0001 e código 435E293.

DECLARAÇÃO DE ENDEREÇO

FRANCISCO SALMIRAN BATISTA DA SILVA, BRASILEIRO, CASADO, AGRICULTOR, PORTADOR DO RG: 2008415429-7 SSP-CE E CPF: 004.670.443-41, RESIDENTE NO PV TIJUCUSSU, S/N – ESTRADA DA CAPONGA – CASCAVEL–CE CEP: 62850-000, declaro para os devidos fins que a conta de energia de minha residência se encontra em nome de MAURA MENDES DA SILVA.

Esta declaração é a mais pura expressão da verdade, razão porque assumo inteira responsabilidade pelas informações acima, sujeitando-me às sanções previstas nos artigos 171 e 299 do Código Penal Brasileiro. E nas demais penas aplicáveis, com relação ao acima afirmado.

Cascavel-CE, 21 de jan de 2019.

* Francisco Salmiran Batista da Silva
ASSINATURA



DECLARAÇÃO DE POBREZA

FRANCISCO SALMIRAN BATISTA DA SILVA, BRASILEIRO, CASADO, AGRICULTOR, PORTADOR DO RG: 2008415429-7 SSP-CE E CPF: 004.670.443-41, RESIDENTE NO PV TIJUCUSSU, S/N – ESTRADA DA CAPONGA – CASCAVEL-CE CEP: 62850-000, declaro que sou pobre e não posso custear com as despesas processuais sem afetar o sustento da família, tendo em vista que a renda auferida pelo grupo é apenas de um salário-mínimo.

Esta declaração é a mais pura expressão da verdade, razão porque assumo inteira responsabilidade pelas informações acima, sujeitando-me às sanções previstas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro. E de mais penas aplicáveis, com relação ao acima afirmado.

Cascavel-CE, 21 de Januário de 2019.

Francisco Salmiran Batista da Silva

ASSINATURA

LOPES DA COSTA & QUEIROZ ADVOGADOS

Rua Tomás Rodrigues nº 84, sala 101, Aldeota, Fortaleza – CE, CEP 60.175-080
Filial na Rua Tabelião José Marcos de Castro nº 2225, Centro, Cascavel-CE, CEP 62.850-000
Fones: 85-33340441, 85-87368866 e 85-99550360

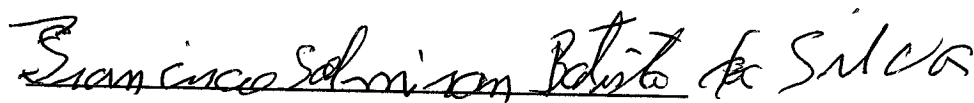
Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por CARLOS ALBERTO LOPES DA COSTA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 29/01/2019 às 16:21, sob o número 01064704920198060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0106470-49.2019.8.06.0001 e código 435E293.

LOPES DA COSTA & QUEIROZ
ADVOGADOS

PROCURAÇÃO

FRANCISCO SALMIRAN BATISTA DA SILVA, BRASILEIRO, CASADO, AGRICULTOR, PORTADOR DO RG: 2008415429-7 SSP-CE E CPF: 004.670.443-41, RESIDENTE NO PV TIJUCUSSU, S/N – ESTRADA DA CAPONGA – CASCAVEL-CE CEP: 62850-000, pelo presente instrumento de procuração, nomeia e constitui seus bastantes procuradores os advogados **CARLOS ALBERTO LOPES DA COSTA, OAB-CE 12.420** E **GUILHERME CHOAIRY FONTENELE, OAB-CE 37038**, com escritório sito na Rua Sen. Thomas Rodrigues, nº 84, Sala 101, Bairro da Aldeota, Fortaleza-CE, com filial à Rua Dr Pedro de Queiroz Ferreira, loja 21 nº2393 Terminal Rodoviário, Bairro Centro, Cascavel- CE, a quem confere amplos poderes para o foro em geral, com a cláusula “ad-judicia” e “et extra”, a fim de que possam defendê-los em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, repartição pública, autarquia ou entidade paraestatal, propondo ação competente em que os outorgantes sejam autores ou reclamante, defendendo-os quando for réu, interessados ou requeridos, podendo reclamar, conciliar, desistir, transigir, recorrer, receber, assinar e dar quitação de quaisquer valores, firmar compromisso, podendo ainda substabelecer o presente com ou sem reservas de poderes, bem como destituir advogado(s), se bem lhe convier, praticando todos os atos necessários para o bom e fiel desempenho deste mandato, dando tudo por bom, firme e valioso. Ressalta o outorgante que em caso de substabelecimento sem reserva de poderes, fica mantido o pagamento dos honorários pactuados; além disso, o outorgante assume total responsabilidade por todos os documentos e declarações entregues aos outorgados, para o cumprimento do presente mandato, inclusive pelas declarações e atestados de invalidez ou óbito fornecidos.

Cascavel-CE, 21 de Januário 2019.



Assinatura do Outorgante

LOPES DA COSTA & QUEIROZ ADVOGADOS

Rua Tomás Rodrigues nº 84, sala 101, Aldeota, Fortaleza – CE, CEP 60.175-080
Filial na Rua Tabelaão José Marcos de Castro nº 2225, Centro, Cascavel-CE, CEP 62.850-000
Fones: 85-33340441, 85-87368866 e 85-99550360



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 439 - 2262 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
 Data / Hora da Comunicação: **21/08/2018 09:11:53**
 Data / Hora da Ocorrência: **14/01/2018 21:32:00**
 Endereço da Ocorrência: **NÃO INFORMADO ESTRADA DO SÍTIO PRATA**
 Complemento:
 Bairro: _____ Município: **CASCAVEL/CE**
 Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **FRANCISCO SALMIRAN BATISTA SILVA**
 Nascimento: **13/10/1956** CPF: **004.670.443-41**
 RG: **20084154297** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
 Filiação: **LINDALVA BATISTA DA SILVA**
NI
 Endereço: **NÃO INFORMADO PV TIJUCUSSU ESTRADA DA CAPONGA**
 Bairro: **TIJUCUSSU**
 Município: **CASCAVEL/CE** CEP: **62.850-000**
 País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98734-3187**

Histórico

Afirma a pessoa supraqualificada sob as penalidades dos artigos 340 e 342 do CPB; Que estava conduzindo a motocicleta HONDA/CG 150 TITAN EX, PLACA NUU 5530 CE, DO ANO 2011/2011, REGISTRADA EM NOME DE FRANCISCO SALMIRAN BATISTA SILVA, quando o condutor tentou se desviar de um cachorro se desequilibrou fazendo com que o condutor batesse no cachorro e caindo ao solo ocasionando lesões no braço esquerdo e na perna esquerda; Que foi socorrido por testemunhas e levada ao hospital local; QUE estão em anexo: a guia de atendimento hospitalar, cópias da CRLV da motocicleta, cópia da CNH e comprovante de endereço da vítima, bem como rg e comprovante de endereço das testemunhas. E nada mais disse. VALE RESSALTAR QUE AS INFORMAÇÕES PRESTADAS POR OCASIÃO DESTE PROCEDIMENTO, SÃO DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DO NOTICIANTE, E QUE A NÃO VERACIDADE DESTAS O SUJEITA ÀS PENAS DA LEI (artigos 340 e 342 do CPB).

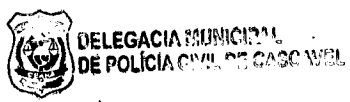
DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE CASCAVEL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : 19108

VERA LÚCIA OLIVEIRA DE CARVALHO - MAT.: 108703-1-3

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Francisco Salmiran Batista da Silva

VISTO DO DELEGADO(A) : JOSAFAT ARAUJO CARNEIRO FILHO - MAT.: 30112911



Francisina Mendes da Silva e Wilson Bezerra dos Santos

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por CARLOS ALBERTO LOPES DA COSTA e Tribunal de Justiça do Ceará, protocolado em 29/01/2019 às 16:21, sob o número 01064704920198060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0106470-49.2019.8.06.0001 e código 435E29A.

SISTEMA DE SAÚDE VICENTINA MARGARIDA NASEAU

FICHA AMBULATORIAL Convênio: SUS AMBULATORIO CONSULTA

Prof: 000320-VIKTOR AZEVEDO FERREIRA LIMA MEDICO CLINICO URGENCIA
ATENDIMENTO N°: 337846 EM: 14/01/2018 ÀS 21:32 CNS: 708606091885388 CRM/CO: 16645

Paciente: FRANCISCO SALMIRAN BATISTA DA SILVA Cod. Cliente: 30727893
Data Nascimento: 13/10/1956 Idade: 61a 3m 1d Sexo: F Fone: 85985649432
Endereço: SÍTIO SÍTIO PRATA SN

Município: CASCAVEL Naturalidade: CASCAVEL Bairro: SÍTIO PRATA
Mãe: LINDALVA BATISTA DA SILVA
Pai: NC

Cod. Proced.: 0000000000 Descrição: PRONTO ATENDIMENTO NÃO DEFINIDO
Anotações Médicas

CONDIÇÃO: *PCT com História de Queimadura no 1º grau.*
Aguardar caso de novos casos em Nelson?
do corcovo e. Trabalho legítimo?

DIAGNÓSTICO: *Dr. Luiz Eduardo L. Cinaco*
Médico
CREMEC 17414
CARIMBO ASSINATURA

PESO: _____ ANOTAÇÕES DE OUTROS PROFISSIONAIS: _____
TEMPERATURA: _____ PRESSÃO ARTERIAL: _____
PACIENTE: _____ CONTROLE FATURAMENTO: _____
Atesto a realização do atendimento de acordo com os dados acima.
Hora do Atendimento: [] Digitado [] Conferido
Ass. Paciente ou Responsável: *Luiz Silva* [] Faturado
Operator: LEONARDO

Cópia conforme original.
Francisco Ednaldo Lima
Adm. Francisco Ednaldo L. de Lima
CRA: 9039
Administrador
15/01/2018

1 - Preencher a ficha em 3 vias.
2 - Ao terminar a consulta ou tratamento, entregar 2 vias ao usuário, orientando-o para retornar com a 1ª via à Unidade de Origem.

Unidade de Origem: H. M. N. S. G 14430012109

Distrito Sanitário: _____ Município: CASCAVEL-CE

Nome: FRANCISCO SEMERAN B. DA SILVA Prontuário N° 30729893
Sexo: M F Data de Nascimento: 13.10.1956 Ocupação: _____
Endereço: Sítio: prata Barrio: Sítio: prata Tel: 985649432

Motivo do Encaminhamento: PACIENTE COM HISTÓRIA DE QUINTA DE MOTO HÁ 30 ANOS, ABRASÃO LEGAL DE PARTES MOLES EM COSTAS E.

Resultado de exames: ANAMNESE + E.F.

Condução já Realizada: _____

Impressão Diagnóstica: LESÃO DE PARTES MOLES + FRATURA EXPUSA?
Assinatura do Médico: Dr. Luiz Eduardo L. Lima Função: MÉDICO Data: 14.01.18 Hora: 22:04
CREMESP - N° 1444

AGENDAMENTO
Encaminhamento para atendimento: Ambulatorial Hospitalar Auxílio Diagnóstico
Procedimento: AVACIAÇÃO ESPECIALISTA
Unidade de Referência: _____ Data: / / Hora: _____

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA (*)

Unidade de Referência: _____
Município: _____ Prontuário N° _____ Alta: / /

Resumo Clínico / Cirúrgico: _____

Resumo de Exames: _____
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: AVACIAÇÃO DATA: 21.10.2018 CID: _____
Matrícula: N° 15.566-14
Secundário 1: _____ CID: _____
Secundário 2: Dr. João Manoel Paz Albuquerque CID: _____
Chefe do Arquivo Geral

Proposta de Conduta para Seguimento: _____
O problema justificou a referência? Sim Não O motivo da referência coincide com o diagnóstico? Sim Não
Assinatura do Encaminhamento N° Registro: _____ Função: _____ Data: / /

(*) Utilizar também como resumo de alta.

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por CARLOS ALBERTO LOPES DA COSTA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 29/01/2019 às 16:21, sob o número 01064704920198060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0106470-49.2019.8.06.0001 e código 435E29A.

Registro de Atendimento Emergencial

Emitido em: 14/01/2018 23:33:1

Por: ANA MARIA EVANGELISTA DE GOES

NÚCLEO HOSPITALAR DE EPIDEMIOLOGIA

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por CARLOS ALBERTO LOPES DA COSTA e Tribunal de Justiça do Ceará, protocolado em 29/01/2019 às 16:21, sob o número 01064704920198660001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0106470-49.2019.8.06.0001 e código 435E29A

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL				DATA/HORA: 14/01/2018 23:25:17	
CNS: 708606091885388	NOME: FRANCISCO SALMIRAN BATISTA DA SILVA			Registro: 5545923	
CPF: 00467044341	RG: 1262841	D. NASC: 13/10/1956	ESTADO CIVIL:	SEXO: M	RAÇA/COR: Parda
NOME DA MÃE: LINDALVA BATISTA DA SILVA			NOME DO PAI: SEM INFORMAÇÃO		
TIPO DE LOGRADOURO:		ENDEREÇO DO PACIENTE: PRATA	Nº: S/N	BAIRRO: ZONA RURAL	
COMPLEMENTO:	TELEFONE CONTATO: 985649432	MUNICÍPIO: CASCAVEL	UF: CE	CEP: 62850000	
NOME: AMB. DO HOSP. DE CASCAVEL		PARENTESCO: JANAINA-FILHA	TELEFONE: 985649432		
TIPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:	CÓDIGO DO CNAER:		
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Quedas, Agressão por meio de projeção de um lugar elevado					
QUEIXAS: queda de moto, apresenta lesão de partes moles em cotovelo E					
OBSERVAÇÕES: problemas em extremidades, fx exposta					
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Pública	Escala de Dor: Moderado	PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: AMARELO			
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO: CLÍNICO GERAL					

Dr. Ana Maria E. de G. Enfermeira COREN-CE 86047

0301010046 CONSULTA MÉDICA

Anamnese:

Exame Físico:

Conduta:

ACIDENTE DE MOTO

ACIDENTE DE BICICLETA

ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO

COLISÃO

Por. 060

TRM 7070 / PD 69

Flav. Gouveia

TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:

EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:

DATA E HORA DO ATENDIMENTO: 14/01/18

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:

Dr. Matheus Charles M. Costa Médico/Emergência/IJF CRM 2001

0301060061 CONSULTA MÉDICA

[Handwritten signature]

ARQUIVO GERAL I.J.F ESTA CÓPIA CONFERE COM A ORIGINAL DATA 21/08/2018 Matrícula: Nº 15.566-14 *Prof. José Murilo Paz Albuquerque* Chefe do Arquivo Geral



Clínica de Saúde Integrada Luíza Moreira

LAUDO MÉDICO

ATTESTO que o paciente FRANCISCO SOLIMÃO BASTIEN

TRABALHA em SIC e encontra-se em instabilidade por

trauma no período entre antes do evento (S. 51.8)

e em pr (S. 913) com lesões traumáticas

referido por no diagnóstico e movimento MTZ

* Trauma ocorrido em 14/JAN/13 - SIC

encontra-se no estado de instabilidade

Dr. Felipe Oliveira Magalhães
Ortopedia/Traumatologia
CRM-CE: 7888

07/11/18

(85) 3334.0815 / 9.8527.4086
Rua Esaú Benício Sampaio, 262 - Centro - Cascavel-CE

SINISTRO 3180583180 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA FRANCISCO SALMIRAN BATISTA DA SILVA****COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO COELHO NETO**
- CONSULTORIA, ASSESSORIA E CORRETAGEM DE SEGUROS S/S LTDA - ME
FILIAL/CE**BENEFICIÁRIO FRANCISCO SALMIRAN BATISTA DA SILVA****CPF/CNPJ: 00467044341****Posição em 21-01-2019 12:33:26**

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento. O valor abaixo será creditado na conta que você indicou no formulário de autorização de pagamento. O prazo para o banco confirmar o pagamento é de até 5 dias úteis. Caso não identifique o valor em sua conta após esse período, volte a consultar o processo aqui no site.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
08/01/2019	R\$ 675,00	R\$ 0,00	R\$ 675,00