



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° **543101700**

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135 040 | Fortaleza CE
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

Esta é a segunda via de
SET/2018

Utilize o n° abaixo sempre
que entrar em contato conosco

N° DO CLIENTE
7669232 DV **9**

VENCIMENTO
02/10/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)
0,00

Rota 17 036022 01 0270000 Medidor Poste
Nome MARIA DAS CHAGAS DE OLIVEIRA 23058485 0000 0
Endereço Postal

End. da Unidade Consumidora RU MIGUEL SAMPAIO 00001 DT LAGOA MATO ITATIRA 62720000

RG / CPF / CNPJ 674.293.943-53 CGF
Classe B1 - 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA, BAIXA RENDA Fator de Potência 0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual Leitura Anterior Constante Consumo (kWh) Consumo Incl. Consumo Faturado
FP 7774 7769 1 5 0 30

DESCRIÇÃO DA CONTA Quantidade Tarifa Valor (R\$)

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/Apresentação 25/09/2018
Prev. Próxima Leitura 25/10/2018

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

EE5C.943A.86F9.5EC3.F8F2.ADD4.9B52.7601

ICMS

Base de Cálculo (R\$) Aliquota Valor do Imposto
ISENTO

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

OUTROS PAGAMENTOS

SALDO PARA PAGAMENTO FUTURO -36,50
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA S. BAIXA RENDA 0,24
COB. SALDO FATURA ANTERIOR 30,64
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 0,54)

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.
Emitido kg (CO₂) Compensado kg (CO₂) Consciência Ecológica(%CO₂)
0 100

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta. CM: 2,31
Conjunto MACAOCA
Mês JUL/ 2018

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC (h)	10,87	21,74	43,49	0,00	0,00	0,00
FIC (un)	7,59	15,19	30,39	0,00	0,00	0,00
DMIC (h)	5,88			0,00		

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



autenticação mecânica **cliente**

N° do Cliente: **7669232-9** N° da Nota Fiscal: **543101700** Total a Pagar (R\$): **0,00**
Data de Emissão: **28/09/2018** Referência: **SET/2018** N° de Controle:

FATURA PAGA, NÃO RECEBER

PROCURAÇÃO**OUTORGANTE:**

Nome: <u>Eraldo Oliveira Pires</u>		Nacionalidade: <u>Brasileira</u>	
Estado Civil: <u>Solteiro</u>	Profissão: <u>Agricultor</u>	Carteira de Identidade: <u>2008663752-0</u>	
CPF nº: <u>315.197.968-89</u>	Residência: <u>Rua Miguel Sampaio, 01</u>		
Bairro: <u>Lagoa do Mato</u>	Cidade: <u>Itaitira</u>	Estado: <u>Ceará</u>	CEP: <u>62720-000</u>

OUTORGADO:

RAFAEL DE SOUSA REZENDE MONTI, brasileiro, solteiro, advogado, devidamente inscrito na OAB/CE sob o nº 18.044, portador do RG nº 8.119.595 SSP/MG e CPF nº 948.672.326-53, com escritório profissional no seguinte endereço: 1) Rua do Rosário, nº 77, sala 604, Ed. Comandante Vital Rolim, Centro – Fortaleza – CEP 60.055-090. Fone / Fax: (85) 3231-6493/4101-2403.

PODERES:

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante nomeia e constitui, os outorgados, suas bastante procuradores, conferindo-lhe os poderes da cláusula "*ad judicia et extra*", podendo agir em conjunto ou separadamente perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, bem como conferindo os poderes especiais para promover a Ação Judicial competente para o **recebimento da indenização que lhe cabe, como beneficiário, em virtude de acidente de trânsito, cobertos pelo seguro DPVAT**, junto a qualquer companhia de seguro conveniada a FENASEG, participante do Convenio DPVAT, podendo firmar compromissos, contratos, promover ações de seu interesse, podendo representar em qualquer juízo com poderes para promover; acordos judiciais e extrajudiciais e demais atos necessários dos interesses dos serviços contratados podendo ainda, transigir, requerer, juntar e retirar documentos, assinar livros, termos, recibos, dar ou receber quitações, firmar autorizações de pagamentos ou créditos de indenização de sinistro **receber intimações para audiência e perícias médicas**, em nome do outorgante, enfim todos os poderes necessários para o cumprimento amplo do objeto do presente mandato.

FORTALEZA (CE), 18 de maio de 2018

Eraldo Oliveira Pires

DECLARAÇÃO

Eu, Ercildo Oliveira Pires, brasileira,
solteiro, agricultor, portador da Carteira de Identidade/RG nº
2008663752-0 SSP/CE, e inscrito no CPF/MF sob o nº 315.197.468-89,
residente e domiciliado na cidade de Itatira, estado de Ceará, na
Rua Miguel Sampaio, 01, Leão do Mato, 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.

Fortaleza (CE), 18 de maio de 2018.

Ercildo Oliveira Pires

Declarante

DECLARAÇÃO.

Eu, Eraldo Oliveira Pires, Brasileira,
solteiro, agricultor, RG 2008663752-0, CPF
315.197.968-89, capaz, residente e domiciliado na
Rua Miguel Sampaio, 01, lagoa do Mato, cidade de Itatira - CE.
 CEP 62.720-000. Declaro que resido no endereço acima citado e forneço os dados
 pessoais, documentos e demais declarações para a propositura de Ação Judicial em desfavor de
 qualquer seguradora conveniada DPVAT- FENASEG, E QUE FUI VÍTIMA DE ACIDENTE
 AUTOMOBILÍSTICO. Sendo de minha total responsabilidade a declaração de invalidez ou
 óbito fornecida.

Fortaleza (CE), 18 de maio de 2018.

Eraldo Oliveira Pires
 Declarante.





Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° 526786309

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135 040 | Fortaleza CE
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

Esta é a segunda via de
MAI/2018

Utilize o n° abaixo sempre
que entrar em contato conosco

N° DO CLIENTE
7669232 DV **9**

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR (RS)

Rota 17 036022 01 0270000 Medidor 23058485 Poste 0000 0
Nome MARIA DAS CHAGAS DE OLIVEIRA
Endereço Postal

End. da Unidade Consumidora RU MIGUEL SAMPAIO 00001 DT LAGOA MATO ITATIRA 62720000

RG / CPF / CNPJ 674.293.943-53 CGF
Classe 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA, BAIXA RENDA Fator de Potência 0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

	Leitura Atual	Leitura Anterior	Constante	Consumo (kWh)	Consumo Incl.	Consumo Faturado
FP	7744	7710	1	34	0	34

DESCRIÇÃO DA CONTA

ENERGIA	Quantidade	Tarifa	Valor (RS)
Consumo faixa 0-30 Kwh	30	0,17573	5,27
Consumo faixa 31-100 Kwh	4	0,30127	1,20

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/ Apresentação	Prev. Próxima Leitura
24/05/2018	25/06/2018

AREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

83B5.2753.7A61.5CFD.FE0A.4B71.E400.843D

ICMS

Base de Cálculo (RS)	Aliquota	Valor do Imposto
ISENTO		

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

ENERGIA	3,40
TRANSMISSÃO	0,36
DISTRIBUIÇÃO	1,94
ENCARGOS SETORIAIS	0,52
TRIBUTOS (ICMS, PIS/COFINS)	0,69

OUTROS PAGAMENTOS

SALDO PARA PAGAMENTO FUTURO	-12,20
JUROS DO MES	0,03
MULTA MORATORIA	0,29
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA S. BAIXA RENDA	0,44
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL-INT	4,97
ADICIONAL BANDEIRA AMARELA MES (R\$ 0,10)	

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

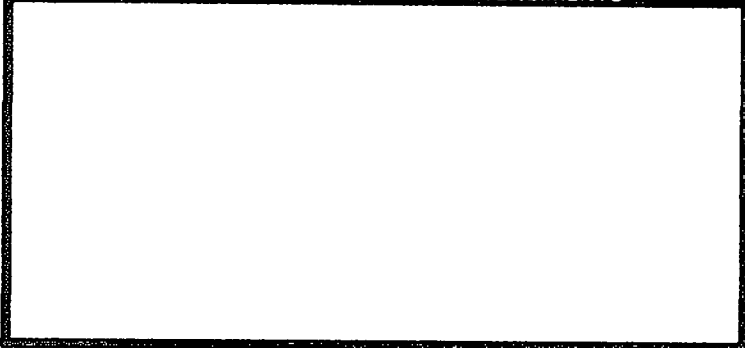
Emitido kg (CO ₂)	Compensado kg (CO ₂)	Consciência Ecológica(%CO ₂)
		0

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

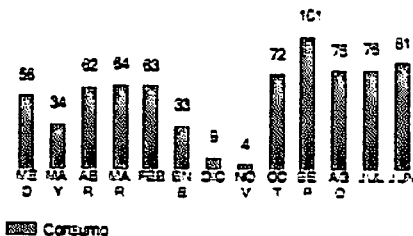
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 6,61
Conjunto MACAOCA
Mês MAR/ 2018

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC (h)	10,87	21,74	43,49	2,35	5,85	0,00
FIC (un)	7,59	15,19	30,39	2,00	6,00	0,00
DMIC (h)	5,88			2,18		

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO



HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



autenticação mecânica cliente

N° do Cliente: 7669232-9 N° da Nota Fiscal: 526786309 Total a Pagar (RS): 0,00
Data de Emissão: 26/06/2018 Referência: MAI/2018 N° de Controle:

FATURA PAGA, NÃO RECEBER

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
 POLÍCIA CIVIL
 DPI/DEPARTAMENTO DE POLÍCIA DO INTERIOR
 UNIDADE POLICIAL DE PARAMOTI
 Rua: Cesário Gomes, 68, Bairro: Bela Vista, Paramoti/CE.



BOLETIM DE OCORRÊNCIA - B.O

DADOS DA OCORRÊNCIA:

3160 509661

NATUREZA DO FATO: ACIDENTE DE TRÂNSITO

Nº R. O.: 199/2016

DATA/HORA DA COMUNICAÇÃO: 23/05/2016 às 14hs35min

DATA DA OCORRÊNCIA: 23/02/2016 às 07hs30min

ENDEREÇO DA OCORRÊNCIA: Centro de Lagoa do Mato, Itatira-CE.

MATERIAL (IS) ROUBADO(S) /APREENDIDO(S):

HISTÓRICO: Informa o queixoso que na data e local acima mencionados, estava em seu trabalho na madeireira, que a vítima estava tirando a tona do carro, caminhão de placa HVP1782, marca/modelo M.BENZ-LK1113, chassi 34501115001982, ano fab./ano mod. 1971/1971, cor predominante AMARELO. Que o motorista foi deslocar o caminhão pra frente, deu uma arrancada brusca, que a vítima caiu de cima do caminhão. Que teve edema cervical e fortes dores na coluna. Que foi socorrido e levado por populares para o posto de saúde de Lagoa do Mato, Itatira-CE em seguida, transferido para o hospital de Canindé-CE. Nada mais havendo, vai devidamente assinado.

▶ DADOS DO QUEIXOSO:

ERALDO OLIVEIRA PIBES, brasileiro, solteiro, alambreadista, natural de Itatira-CE, nascido aos 21/12/1970, filho de Francisco Pires Neto e Maria das Graças Oliveira, domiciliado na Rua Miguel Sampaio, 01, distrito de Lagoa do Mato, Itatira-CE.

Obs: Art. 299 do C.P.R. - Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer declaração falsa ou diversa de que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante. Pena 01 (um) ano a 05 (cinco) anos.

DELEGACIA DESTINO: UNIDADE POLICIAL DE PARAMOTI-CE.

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

MATRÍCULA: 28488-1-3

[Handwritten signature and stamp of the Unidade Policial de Paramoti]

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

[Handwritten signature: Eraldo de Sousa Pires]

Sigo - Rodrigo

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

FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem: _____

Distrito Sanitário: PSF Lagoa do Mato Município: Itatira

Nome: Eraldo Oliveira Pires Prontuário Nº: _____

Sexo: M F Data de Nascimento: 21/12/70 Ocupação: _____

Endereço: Lagaa do mato Bairro: _____ Tel: _____

Motivo do Encaminhamento: Paciente 45 anos, compareceu ao
serviço de Saúde Nitina Queiroz com queixas
de dores na coluna cervical, necessita

Resultado de Exames: de uma avaliação médica.

PA: 530/80mmHg.

Conduta já Realizada: _____

Impressão Diagnóstica: _____

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro: _____ Função: _____ Data: 23,02,16 Hora: _____

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: Ambulatorial Hospitalar Auxílio Diagnóstico

Procedimento: HRT Profissional: Cláudio G. Botelho

Unidade de Referência: _____ Data: _____/_____/_____ Hora: _____

FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA (*)

Unidade de Referência: _____

Município: _____ Prontuário Nº: _____ Alta: _____/_____/_____

Resumo Clínico / Cirúrgico: Prontuário acidente por em virtude
do acidente.

Resultado do(s) Exame(s): _____

Diagnóstico: Principal: _____ CID: _____

Secundário 1: _____ CID: _____

Secundário 2: _____ CID: _____

Proposta de Consulta para Segmento: _____

O problema justificou a referência? Sim Não O motivo da referência coincide com o diagnóstico? Sim Não

Assinatura do Consultante - Nº Registro: _____ Função: _____ Data: _____



Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por RAFAEL DE SOUSA REZENDE MONTI e Tribunal de Justiça do Ceará, protocolado em 28/09/2018 às 11:39, sob o número 01669190720188060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.jfce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0166919-07.2018.8.06.0001 e código 3D8AEAA

POLICIA CIVIL
PARAMOTI

1669190720188060001
1669190720188060001
1669190720188060001

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
DPI - DEPARTAMENTO DE POLICIA DO INTERIOR
UNIDADE POLICIAL DE PARAMOTI-CE

TERMO DE ADITAMENTO

Em aditamento ao B.O nº. 199/2016, registrado na Delegacia de Policia Civil da cidade de Paramoti-CE, que tem como noticiante: ERALDO OLIVEIRA PIRES. Acrescentamos informação que o veiculo está licenciado em nome de JARDEL SILVA VIANA, e condutor do veiculo era AURÉLIO MOREIRA FARIAS. O referido é verdade e dou fé. Pelo que mandou a Autoridade que fosse encerrado o presente termo, que depois de lido e achado conforme vão devidamente assinado.

Paramoti-CE, 09 de dezembro de 2016

~~Cláudio Sérgio Landim Barrocas~~
~~Unidade Policial~~
Mat. 28488-1-3
Cláudio Sérgio Landim Barrocas
Chefe da Unidade Policial
Mat. 28488-1-3

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por RAFAEL DE SOUSA REZENDE MONTE e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 28/09/2018 às 11:39, sob o número 01669190720188060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0166919-07.2018.8.06.0001 e código 3D8AEAA.



Ficha de Anamnese de Urgência/Emergência

Ortopedista

OBS

Unidade Prestadora : SANTA CASA DE CANINDE
Convênio : SUS AMBULATORIO

GUIA :

Usuário do Cadastro : MARCUSA
Usuário do Atendimento : STEFANNYF

Nome : ERAUDO OLIVEIRA PIRES

Paciente : 128503

Atendimento
1163167

Nome da Mãe : MARIA DAS CHAGAS OLIVEIRA

Sexo : MASCULINO Data Nascimento : 21/12/1970 Idade : 45 Anos 2 Meses / 3 Dias

Endereço : RUA MIGUEL RIBEIRO SAMPAIO

Número : 0

Bairro : RODEIO

Cidade : ITATIARA

CEP : 62720970

Telefone :

Dados do Atendimento

Prestador Médico : AURELIO PARENTE BARBOSA

Data : 24/02/2016

Hora : 07:19:16

Especialidade : ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Serviço : ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Assinatura do Paciente ou Responsável

RG : 134512787

Queixas :

T: 36°C PA: 120/80 P: 67

FARMACOVIGILÂNCIA Alérgico : () Sim () Não A que?

Sat. O₂: 96%



Anamnese :

Exame Físico :

Hipótese Diagnóstica :

Ortopedia
RUH

Carimbo/Assinatura Médico-CRM

Cód. COD 10 : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Imagem

Laboratório

Outros

Procedimento

Medicação

Carimbo/Assinatura
Enfermagem/COREN

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por RAFAEL DE SOUSA REZENDE MONTE e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 28/09/2018 às 11:39, sob o número 01669190720188060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.jfce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0166919-07.2018.8.06.0001 e código 3D8AEEA.

Clímb deu entrada nesta unidade
consciente, orientada, após queda de
concreto de uma cama, após dar
injeção na quadra, + dorência em
MEM - MIO, medicação encaminhada
para Rx. encaminhar a Policlínica

[Signature]
Enfermeira
COREN: 437.406

23/2
20:00 Pts, 45a, masc, procedente de trauma, vítima de queda
que resultou em fratura do fêmur + lesão. Paciente
consciente e orientado, os SSW estiveram analisado pelo
clínico, medicado com. Inserido na CIL, aguarda
naga p/ transf.

[Signature]
Cleonice S. Villa
Enfermeira
COREN: 437.406

AS 06/24 51 resp. da CIL.

[Signature]
Cleonice S. Villa
Enfermeira
COREN: 437.406

Ficha de Anamnese de Urgência/Emergência

Unidade Prestadora : SANTA CASA DE CANINDE

Convênio : SUS AMBULATORIO

Dados do Paciente

CR - 14120009176. OBS

GUIA

Usuário do Cadastro
Usuário do Atendimento

MARCUSA
DANIELE

Nome : ERAUDO OLIVEIRA PIRES

Paciente : 128503

Atendimento

1163129

Nome da Mãe : MARIA DAS CHAGAS OLIVEIRA

Sexo : MASCULINO Data Nascimento : 21/12/1970

Idade : 15 Anos / 2 Meses / 2 Dias

Número : 0

Endereço : RUA MIGUEL RIBEIRO SAMPAIO

Bairro : RODEIO

Cidade : ITATIRA

CEP : 62720970

Telefone :

Dados do Atendimento

Prestador Médico : SANTA CASA DE CANINDE

Data : 23/02/2016

Hora : 18:37:58

Especialidade : CIRURGIA GERAL

Serviço : CIRURGIA GERAL

Isabeli Mollada Pereira
Assinatura do Paciente ou Responsável

RG : 134512787

Queixas :

Queda de altura

PA : 120x80

FARMACOVIGILÂNCIA Alérgico : () Sim () Não A que?

Anamnese :

Fratura de colo do fêmur.



Exame Físico:

Dr. Lindomar Mesquita
Médico
CRM 15.040

Carimbo/Assinatura Médico-CRM

Hipótese Diagnóstica :

Cód. COD 10 :

Imagem: Rx de Bacia (ok) Procedimento

Laboratório:

Outros:

Medicação

① Tram 100mg + 100ml 519,829 eu. Agora 19:35 ✓
② Anestesia orcopeida.

Carimbo/Assinatura
Enfermeira/COREN

as 19:00h por 45 anos comente, orientado, verbalizando PA 120x80 mmHg T 36,6, ausência de vaga na CRH

ANGELA DA SILVA DIAS
AUX. DE ENFERMAGEM
COREN: 602739

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por RAFAEL DE SOUSA REZENDE MONTE e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 28/09/2018 às 11:39, sob o número 01669190720188060001. Para conferir o original, acesse o site http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0166919-07.2018.8.06.0001 e código 3D8AEAA.

Às 07:30 hrs, cliente permanece nesta UH, consciente, orientado, verbalizante, deambulando, segue de acordo com os movimentos segue em observação aos cuidados da equipe. *Frederico*

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por RAFAEL DE SOUSA REZENDE MONTI e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 28/09/2018 às 11:39, sob o número 0166919-07.2018.8.06.0001 e código 3D8AEAA. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0166919-07.2018.8.06.0001 e código 3D8AEAA.

SINISTRO 3160509661 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** ERALDO OLIVEIRA PIRES**COBERTURA** Invalidez**SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO** MBM SEGURADORA S/A #772**BENEFICIÁRIO** ERALDO OLIVEIRA PIRES**CPF/CNPJ:** 31519796889**Posição em 28-07-2017 11:24:32**

Pagamento creditado ao beneficiário de acordo com os dados informados na autorização de pagamento.

Data do Pagamento	Valor da Indenizacão	Juros e Correção	Valor Total
31/03/2017	R\$ 2.362,50	R\$ 0,00	R\$ 2.362,50