



BOLETIM DE Ocorrência N° 201 - 3822 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **26/04/2018 14:53:38**
Data / Hora da Ocorrência: **29/11/2017 23:30:00**
Endereço da Ocorrência: **RUA SANTA HELENA**
Complemento:
Bairro: **PARQUE SOLEDADE** Município: **CAUCAIA/CE**
Ponto de Referência: **MERCANTIL DO FRANCINÉ**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **ANTONIO NAZARENO VIANA GOMES**
Nascimento: **03/04/1978** CPF:
RG: **94012017050** Orgão Emissor: **SSP** UF:
Filiação: **RAIMUNDA ONDINA VIANA GOMES**
JOSÉ ALMIR SAMPAIO GOMES
Endereço: **RUA ESTEBÃO RIOS, 1569**
Bairro: **PARQUE SÃO GERARDO** CEP:
Município: **CAUCAIA/CE** Telefone:
País: **BRASIL**

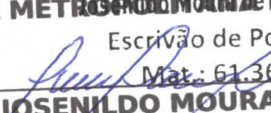
Dados do(s) Veículo(s)

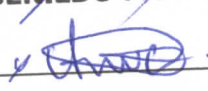
1) Placa: **KJC1082** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi:
9C2JA010WWR003497 Renavam: **693962607** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 CARGO** Ano
Fabricação: **1998** Ano Modelo: **1998** Combustível: **GASOLINA** Cor:
VERMELHA Proprietário: **JOSE SILAS DA SILVA SOUSA** Situação: **NÃO**
INFORMADO Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

Diz o declarante que no dia e hora acima mencionado, o declarante pilotava a moto acima descrita, quando ao chegar no cruzamento de uma rua que não sabe informar o nome, foi trancado por um veículo que avançou a preferencial; Que o declarante colidiu com sua moto na traseira do veículo; Que o declarante caiu ao solo e o motorista do veículo saiu em disparada sem ter a placa anotada; Que na queda o declarante quebrou a clavícula; Que o declarante levantou-se e foi sozinho para o hospital municipal de Caucaia onde recebeu uma medicação e na manhã do dia seguinte voltou ao hospital onde recebeu tratamento médico.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA METROPOLITANA DE CAUCAIA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : 
Escritório de Polícia
Mat.: 61.369
JOSENILDO MOURA DE MENEZES - MAT.: 061369-1-5

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: 

VISTO DO DELEGADO(A) : 
CLADISTON SOUSA BRAGA - MAT.: 126877-1-0

DO CLIENTE

3861095-7

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

A tarifa social de energia foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002
Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 180
CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

enel

fls. 10

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 518148685
Data de Emissão 21/03/2018
Rota 14 22000 23 442500 - 0
Nome RAIMUNDA ONDINA VIANA GOMES
End. Postal RU ESTEVAO RIOS 01569
 PQ SAO GERARDO - CAUCAIA - 61608400 **Posto** 0000 F60S
Medidor 24513653
Classe 01-RESIDENCIAL 11-BX. RENDA - BPC MONOFASICO
RG/CPF/CNPJ 088322933-15
Nome do Responsável

DATAS
Mês da Referência Mar/2018
Data da Apresentação 21/03/2018
Previsão Próxima Leitura 19/04/2018

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

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

8406.6408.5676.0989.3542.CD1D.9833.0093

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. Fat.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
8446	8362	1.00	64	0.00	64	0,16742 0,25044	5,08 9,57
21/03/18 20/02/18 29 DIAS							14,95

VALOR CONSUMO DO MES 14,95
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL 9,58
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA 0,71
COB. SALDO FATURA ANTERIOR 22,52

VENCIMENTO

28/03/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

47,76

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	7,10
Transmissão	0,71
Distribuição	4,82
Encargos Setoriais	1,67
Tributos (ICMS PIS/COFINS)...	1,36
TOTAL	15,66

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.
Emitido kg (CO₂) 27,66
Compensado kg (CO₂) 0,00

Consciência Ecológica (%CO₂)

0 100

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

101	64	54	69	79	116	119	103	102	83	108	199	118
MED	Mar	Fev	Jan	Dez	Nov	Out	Sep	Ago	Jul	Jun	Ma	Abr

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

"PARA CADASTRAR SUA CONTA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZE
 SEU NÚMERO DO CLIENTE DEBÍTO DE DÉBITO-RENTADOR."

Chame os vizinhos e amigos e entre no combate ao mosquito transmissor
 da dengue, zika e chikungunya. Ministério da saúde. Gov. Federal.

Consta desta fatura R\$ 1,36 referente a PIS e COFINS. Aliquotas: PIS:0,79% e COFINS:3,64%
 (Art. 9 Res. 100/2005 - ANEEL e leis n. 10.637/02 e 10.833/03)

Para o mês de março-18 a bandeira sera verde, sem custo para os consumidores. Mais
 informações em www.aneel.gov.br

Nº do Cliente: 3861095-7
 Data de Emissão: 21/03/2018
 Data da Nota Fiscal: 518148685

Referência: Mar/2018
 Total a Pagar (R\$): 47,76
 Nº de Controle: 0003861095 00098 39362 68

2-4 47760031000-4 00038610950-3 00983936214-9



DECLARAÇÃO
(LEI Nº 1.060/50)

NOME: <u>Antonio Nazareno Viana Gomes</u>		
NACIONALIDADE: <u>Brasileira</u>	ESTADO CIVIL: <u>solteira</u>	
PROFISSÃO: <u>Estudador</u>	DATA DE NASCIMENTO: <u>03/04/1978</u>	
C.P.F.: <u>618.639.873-72</u>	R.G.: <u>94012017050</u>	
ENDEREÇO: <u>Rua: Estuário Rios, 1569.</u>		
BAIRRO: <u>Pq. São Gerardo</u>	CIDADE: <u>Caucaia</u>	U.F.: <u>ce</u>
C.E.P.: <u>61.608-400</u>	FONE:	

A pessoa acima qualificada, declara para os devidos fins de direito e sob as penas da Lei que não possui condições financeiras de arcar com as custas processuais, sob pena de prejuízo da manutenção própria e da própria família, nos termos do art. 5º, LXXIV, e na Lei nº 1.060/50 e alterações supervenientes.

Caucaia-ce, 20 de Julho de 2018.

X (Assinatura)

Declarante



GOVERNO MUNICIPAL DE CAUCAIA
SECRETARIA DE GESTÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE
COORDENAÇÃO DE REDE HOSPITALAR

SINAIS VITAIS				
Horário:				
P.A.				
Temper:				
Peso:				
Estat:				

FICHA DE ATENDIMENTO EXTERNO DE EMERGÊNCIA

Data: 30/11/17	Horário: 08:02	Paciente chegou:	☐ Andando	☐ Automóvel
			☐ Ambulância	☐ Outros
Paciente: Ant ^o Nazareno Viane Gomes				
Nome da Mãe: Dda. Ondina Viane Gomes				
Idade: 39	Sexo: M	Data de Nascimento: 03/04/78	Identidade: 3402017050	Telefone p/ contato: 88801082
Endereço (Rua, nº): Rua Estevão Rios, 1583				
Bairro: São Gerardo	Cidade: Caucaia	Estado: CE	Nome do Funcionário SAME: M. D. Silva	

PROCEDIMENTOS	OUTROS	TIPOS DE ATENDIMENTOS
	0303080707	Clinica Médica
		Clinica Pediátrica
		Clinica Cirúrgica
		Clinica Obstétrica
		Traumato / Ortopedia
História Clínica:		
Paciente relata queda do		
membro inferior, com dor em		
Diagnóstico: Dor no joelho e punho F		
Articulação em dor		
EXAMES SOLICITADOS		
1) Rx	3) Teste de Romberg	
2)	4)	
Assinatura e Carimbo do Profissional Responsável: J. Santos Filho		
TRAUMATOLOGIA-ORTOPEDIA		
CREMESP 149158/2011		

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIOS	OBSERVAÇÃO	ASSINATURA

DESTINO DO PACIENTE			DATA SAÍDA	HORA SAÍDA
☐ Alta	☐ Transferência	☐ Óbito		

Motivo do Óbito:

Assinatura do Paciente ou Responsável:

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por JOSE ADENILSON LUZ DE AZEVEDO e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 16/01/2019 às 17:47, sob o número 01033189920198060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0103318-90.2019.8.06.0001 e código 42AF4B3.



fls 13

SINAIS VITAIS				
Horário:				
P.A.				
Temper:				
Peso:				
Estat.:				

FICHA DE ATENDIMENTO EXTERNO DE EMERGÊNCIA									
Data:	30/11/17	Horário:	08:02	Paciente chegou:	☐ Andando	☐ Automóvel	☐ Ambulância	☐ Outros	
Paciente:	Ant ^o Nazareno Viana Gomes								
Nome da Mãe:	Dra. Ondina Viana Gomes								
Idade:	39	Sexo:	M	Data de Nascimento:	03/04/78	Identidade:	5402017050	Telefone de contato:	88801082
Endereço (Rua, nº):	Rua Estevão Rios, 1583								
Bairro:	São Gerardo	Cidade:	Canceia	Estado:	CE	Nome do Funcionário SAME:	M. D. Silva		

PROCEDIMENTOS				OUTROS	TIPOS DE ATENDIMENTOS
				0303080707.	Clinica Médica
					Clinica Pediátrica
					Clinica Cirúrgica
					Clinica Obstétrica
História Clínica:					Traumato / Ortopedia

História Clínica:

Diagnóstico:

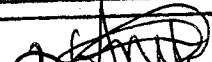
EXAMES SOLICITADOS

1) As 3) John Doe
2) As 4) NUE

Assinatura e Carimbo do Profissional Responsável

TRAUMATOLOGIA - ORTOPIEDIA
1961

[illegible]

DESTINO DO PACIENTE				DATA SAÍDA	HORA SAÍDA
☐	Alta	☐	Transferência	☐	Óbito
Motivo do Óbito:					
Assinatura do Paciente ou Responsável					
					

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA ET EXTRA"

OUTORGANTE:

NOME: Antonio Nazareno Viana Gomes		
NACIONALIDADE: Brasileiro	ESTADO CIVIL: Solteiro	
PROFISSÃO: Estudador	C.P.F.: 613.639.873-72	
ENDEREÇO COM CEP: Rua: Estivação Rios, 1569. Cep. 61.608-400		
BAIRRO: Pg. São Gerardo	CIDADE: Caucaia	U.F.: ce

OUTORGADO: JOSÉ ADENILSON LUZ DE AZEVEDO, brasileiro, advogado, casado, inscrito na OAB/CE sob o nº 34.130, com endereço para intimações e notificações, nesta urbe, na Rua Paula Gomes da Silva, nº 226, bairro Parque Soledade, CEP 61.603-070, Caucaia/CE, onde recebe intimações de estilo (art. 106 do NCPC).

PODERES: Por este instrumento o(a) Outorgante supra qualificado, nomeia e constitui o Outorgado acima identificado, seu bastante procurador, conferindo-lhe os mais amplos poderes para o foro em geral, com a cláusula "Ad Judicia Et Extra", para agir, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-las nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando-os, representar o mesmo perante os Órgãos Públicos, nomear peritos e assistentes, promover reivindicações e impugnações, prestar lícitos compromissos, promover requerimentos administrativos, assinar termo, subestabelecer com ou sem reserva de poderes, e praticar ainda, todos e quaisquer atos necessários e convenientes ao bom e fiel desempenho deste mandato.

PODERES ESPECÍFICOS: A presente procuração outorga ainda ao Advogado acima descrito, os poderes para, em nome do(a) Outorgante, receber citação judicial ou administrativa, receber intimações, prestar depoimento pessoal, reconhecer a procedência do pedido, confessar, transigir, desistir, renunciar ao direito em que se funda a ação, firmar acordos ou compromissos, receber e dar quitação, levantar, requerer ou receber alvarás, levantar valores em contas bancárias, receber valores, inclusive, em cheques decorrentes de condenação judicial, renunciar a quaisquer valores superiores ao teto dos Juizados Especiais em razão de eventual ajuizamento no procedimento especial (art. 3º da Lei 10.259/2001 e Lei 9.099/1995), pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, além de outros não expressamente constantes nesse mandato (art. 105 do NCPC).

Os poderes nesta procuração descritos poderão ser subestabelecidos no todo ou em parte, com ou sem reservas, dando tudo por bom, firme e valioso, para o fiel cumprimento deste mandato.

DECLARAÇÃO: O(a)s outorgantes(s) **DECLARA(M)**, para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que não tem condições de arcar com as despesas inerentes à presente ação, sem prejuízo de seu sustento e de sua família, necessitando, portanto, da gratuidade judiciária, indicando como seus advogados os outorgados acima nomeados, nos termos do § 4º do art. 5º, da Lei nº 1.060 de 1950 e art. 98 e ss. do NCPC.

Caucaia-ce, 20 de Julho de 2018

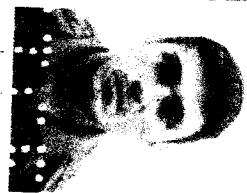


OUTORGANTE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO HUMANA E PERÍCIAS BIOMÉTRICAS

 Polegar Direito



PROIBIDO PLASTIFICAR


ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 94012017050 DATA DE EXPEDIÇÃO 19/04/2018

NOME **ANTONIO NAZARENO VIANA GOMES**

FILIAÇÃO **JOSÉ ALMIR SAMPAIO GOMES**
RAIMUNDA ONDINA VIANA GOMES

NATURALIDADE **FORTALEZA - CE** DATA DE NASCIMENTO **03/04/1978**

DOC. ORIGEM **CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO:4 ZONA TERMO:9442 FOLHA:32**
LIVRO:A9 FORTALEZA - CE

CPF

2 VIA


ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

P.: 25



**Ministério da Fazenda
Receita Federal**

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF



**Número
613.639.873-72**

**Nome
ANTONIO NAZARENO VIANA GOMES**

**Nascimento
03/04/1978**

**CÓDIGO DE CONTROLE
C0B6.3C20.67FA.4B18**



**Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 12:47:41 do dia 26/04/2018 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00**

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO