

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Nome:	Hiago Sand de Oliveira Silva		Nacionalidade:	BRASILEIRA
Estado Civil:	solteiro	Profissão:	mecânico	
CPF nº:	058.883.313-41	Residência:	Rua Luis Guedes, n° 545	
Bairro:	Pl. Santa Rosa	Cidade:	Estado:	CEP:
		Fortaleza	CE	60.762-745

OUTORGADA:

NAJMA MARIA SAID SILVA, brasileira, solteira, advogada, devidamente inscrita na OAB/CE sob o nº 28.394, portadora do RG nº 93002103354 SSP/CE e CPF nº 694.678.033-72, com escritório profissional na Rua Antonio Drumond, 1051, Monte Castelo – Fortaleza – CEP 60.325-700. Tel: (085) 987992088.

PODERES:

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante nomeia e constitui, a outorgada, sua bastante procuradora, conferindo-lhe os poderes da cláusula "*ad judicium 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 medicas**, em nome do outorgante, enfim todos os poderes necessários para o cumprimento amplo do objeto do presente mandato.

FORTALEZA (CE), 08 de abril de 2016.

Hiago Sand de Oliveira Silva
outorgante

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIENCIA

Eu, Hiago sand de oliveira Silva, brasileiro(a),
sotiteiro, meccânico, portador da Carteira de Identidade/RG nº
2006009125256 -SSP/CE, e inscrito no CPF/MF sob o nº 058.883.313-44, residente e
domiciliado na cidade de Fortaleza, estado de Ceará, na Rua
Luís Guedes, nº 545, Rua Santa Rosa,
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), 08 de abril de 2016.

Hiago Sand de Oliveira Silva

Declarante

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Pela presente, o Sr(a) Hiago sand de oliveira Silva, declara para os devidos fins de direito que tem total e plena consciência da propositura da AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT em seu nome, e que a demanda judicial tramitará no Estado do Ceará, mais precisamente na Comarca de Fortaleza, ressaltando ainda, que até a presente data, não propõe nenhuma ação judicial contra qualquer seguradora do consorcio de seguro DPVAT, referente aos fatos narrados e aos documentos ora representados.

Igualmente, DECLARA, ainda, estar ciente de sua Responsabilidade (civil e criminal), pelos fatos, informações e documentos apresentados e anexados ao processo Judicial de Cobrança de seguro DPVAT, principalmente em caso de falsa declaração com o fim de alterar a litude sobre fato juridicamente relevante, exonerando a Dra. NAJMA MARIA SAID SILVA, OAB/CE N° 28.394, de qualquer responsabilidade civil e/ ou criminal.

Fortaleza (CE), 08 de abril de 2016

HIAGO SAND DE OLIVEIRA SILVA

Declarante.

TESTEMUNHAS: Sandro Iris de Oliveira

1. NOME:

CPF: 913.359.824-20.

ASSINATURA

SANDRO IRIS DE OLIVEIRA.

2. NOME:

CPF:

ASSINATURA:

DECLARAÇÃO

Eu, Hiago sand de oliveira Silva,
Brasileiro(a), sottivo, mecanico, portador da cédula de Identidade N°
2006009125256 e CPF N° 058.883.313-41,
capaz, nesta oportunidade, DECLARO que resido no seguinte endereço:
Rua Luis Guedes, n° 545, Pq. Santa Rosa

na Cidade de Fortaleza, Estado ceará, CEP
60.762-745, e forneço os meus dados pessoais, documentos e demais declarações
para a propositura de Ação Judicial em desfavor de qualquer seguradora conveniada DPVAT-
FENASEG, sendo de minha total responsabilidade a declaração de invalidez ou óbito fornecida.

Fortaleza, 08, de abril, de 2016.

Hiago sand De Oliveira Silva
DECLARANTE

DECLARAÇÃO DE ISENÇÃO DE IRPF

Nome: <u>Hiago Sand de Oliveira Silva</u>	
Nacionalidade: <u>brasileiro</u>	Estado Civil: <u>soltteiro</u>
Profissão: <u>mecânico</u>	CPF: <u>058.883.313-41</u>
Identidade: <u>2006009125256</u>	Órgão Expedidor: <u>SSP CE</u> Data de Expedição:
Endereço: <u>Rua Luis Guedes</u>	Nº <u>545</u>
Complemento:	Bairro: <u>PA. Santa Rosa</u>
Município: <u>Fortaleza</u>	CEP: <u>60.762-745</u> UF: <u>CE</u>

Com a edição da INSTRUÇÃO NORMATIVA RFB Nº 864/2008, DE 25 DE JULHO DE 2008, deixou de existir a DECLARAÇÃO ANUAL DE ISENTO, a partir do ano de 2008. Assim, tendo em vista o que dispõe a Lei nº 7.115/83, o(a) acima qualificado(a) DECLARO(A), sob pena das sanções civis, administrativas e criminais previstas na legislação aplicável, que NÃO POSSUI RENDIMENTOS SUFICIENTES QUE ENSEJEM A APRESENTAÇÃO DE DECLARAÇÃO DE IRPF JUNTO À SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL.

Declaro (a), ainda, ter ciência do artigo 299 do Código Penal que assim dispõe:

Art. 299 - Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante.

Pena - reclusão, de 1 (um) a 5 (cinco) anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de 1 (um) a 3 (três) anos, e multa, se o documento é particular.

Por ser a expressão da verdade, firmo a presente.

Fortaleza / 08. de abril de 2016
Hiago Sand de Oliveira Silva
Assinatura

LEI Nº 7.115, DE 29 DE AGOSTO DE 1983.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º. A declaração destinada a fazer prova de vida, residência, pobreza, dependência econômica, homonímia ou bons antecedentes, quanto firmada pelo próprio interesse ou por procurador bastante, e sob as penas da Lei, presume-se verdadeira. Parágrafo único - O dispositivo neste artigo não se aplica para fins de prova em processo penal.

Art. 2º. Se comprovadamente falsa a declaração, sujeitar-se-á o declarante às sanções civis, administrativas e criminais previstas na legislação aplicável.

Art. 3º. A declaração mencionará expressamente a responsabilidade do declarante.

Art. 4º. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 5º. Revogam-se disposições em contrário.

Brasília, em 29 de agosto de 1983; 162º da Independência e 95º da República.

João Figueiredo
Ibrahim Arbi-Ackel
Hélio Beltrão



Ouvridoria GVT: acesse www.gvt.com.br
ou utilize o "Fale com a Ouvridoria"
e cartas para a Rue Lourenço Pinto, 299
CEP: 80010-160 - Curitiba - PR.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA
GLOBAL VILLAGE TELECOM S.A.
Rua Lourenço Pinto, 299
CEP: 80010-160 - Curitiba - PR

página: 1/4



0416 - CTCE FORTALEZA CE PL3
HIAGO SAND DE OLIVEIRA SILVA
R. LUIS GUEDES 545
PARQUE SANTA ROSA
60762-745 FORTALEZA CE



Vencimento
08/04/2016



7213148850629790000059440830280316

RESUMO

PRESTADORA GVT

Plano Contratado / Serviços Mensais

Internet

Serviço Internet Power Smart 15 Mega (0229)

Telefone

GVT Na Medida Smart - Franquia Mensal (0229)

GVT Na Medida Smart - Assinatura Mensal 1 linha (0229)

TV por Assinatura

Pacote Ultra (0229)

Locação Ponto Adicional Promo

Total

VALOR (R\$)

29,96
6,10
33,80
112,65
36,92
219,43

TOTAL GERAL A PAGAR

219,43

Data de Vencimento	Valor a Pagar (R\$)
08/04/2016	219,43

Código do cliente 9999 8117 7282 DV: 4
Nº do Telefone 8530465437
Período de apuração 23/02/2016 a 22/03/2016
Data de emissão 23/03/2016
Tipo de cliente Residencial
Estado de instalação Ceará
Número da fatura 0327342224-0

Histórico de consumo

Total utilizado em min seg das faturas com vencimento em:

Tipo de Ligação Fevereiro Março Abril

Informamos que nesta fatura ha valores que foram reajustados conforme previsto em contrato.
Em 29/05/2016, os números celulares dos DDDs 61,62,64,63,65,66,67,68,69 passarão a ter 9 dígitos. Será acrescentado o dígito "9" antes do número atual, passando ao formato: (DDD)9xxxx-xxxx. Informações em www.gvt.com.br/9digito

Desde 02/04/2016 os nossos canais de atendimento foram alterados de 10325 para 10315 e 10625 para 10615.

Informamos a intenção de reestruturação societária e incorporação da GVT. Após as aprovações, as faturas de serviços serão emitidas pela Telefônica Brasil S.A, sem precisar de providência por parte do cliente. Os SVAs serão prestados por empresas terceiras e sua cobrança virá diferenciada na mesma fatura.



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DO 13. DISTRITO POLICIAL

BOLETIM DE Ocorrência Nº 113 - 449 / 2014

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO

Data / Hora da Comunicação: 21/01/2014 21:56:48

Data / Hora da Ocorrência : 16/02/2013 10:00:00

Endereço da Ocorrência: AV JOSE RASTOS

PARANGABA FORTALEZA /CE,
Ponto de Referência: TERMINAL DA LAGOA

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: HIAGO SAND DE OLIVEIRA SILVA

Nascimento : 10/03/1994

RG: 2006009125256 Órgão Emissor: SSP UF: CE - CPF: 05888331341

Filiação: SANDRO IRIS DE OLIVEIRA

ANTONIA SILVA DE OLIVEIRA

Endereço: R LUIS GUEDES 545

PARQUE SANTA ROSA

FORTALEZA CE BRASIL

Telefone: 85809367

Histórico

O(A) DECLARANTE COMPARECEU NESTA DELEGACIA PARA COMUNICAR QUE NA DATA E LOCAL SUPRACITADOS TRAFEGAVA NA MOTO YAMAHAYBR, ANO 06, COR VERDE, PLACA LVU-4905 CHASSI 9CGKE092060053847 LICENCIADA EM NOME DE MARIA DEUSIMAR SILVA LOPES QUANDO O TAXISTA SAIU DO SHOPPING PARA ATRAVESSAR A RUA E IR PARA OFICINA VINDO A COLIDIR NA MOTO DO DECLARANTE, CAUSANDO LESÕES POR TODO O ROSTO, QUEBROU O DENTE, PEQUENA CIRURGIA PRÓXIMO AO LÁBIO SUPERIOR, O APARELHO PARTE SUPERIOR DOS DENTES CAIU E ARRAÇÕES PELO CORPO; QUE FOI SOCORRIDO PELO SAMU AO IUF-CENTRO. E, NADA MAIS DISSE. //

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 5. DISTRITO POLICIAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: 

MATRÍCULA: 132618-1-4

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Hiago Sand de Oliveira Silva

VISTO DO DELEGADO(A) : _____



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DO 32. DISTRITO POLICIAL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 132 - 5135 / 2014

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Data / Hora da Comunicação: **10/07/2014 16:11:54**

Data / Hora da Ocorrência : **15/02/2013 09:30:01**

Endereço da Ocorrência: **AL JOSE BASTO**

PARANGABA FORTALEZA /CE

Ponto de Referência: **TERMINAL DA LAGOA**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **HIAGO SAND DE OLIVEIRA SILVA**

Nascimento : **10/03/1994**

RG: **2006009125256** Órgão Emissor: **SSP UF: CE - CPF: 05888331341**

Filiação: **SANDRO IRIS DE OLIVEIRA**

ANTONIA SILVA DE OLIVEIRA

Endereço: **R LUIS GUEDES 545**

PARQUE SANTA ROSA

FORTALEZA CE BRASIL

Telefone: **85809367**

Histórico

AO ADENDO DO BOLETIM DE OCORRENCIA Nº113-449/2014 AFIRMA O NOTICIANTE QUE O DIA DO ACIDENTE 15/02/2013, CONFORME O ATENDIMENTO MEDICO, NADA MAIS DISSE.///

Noticiante(s)

Nome : **DIEGO JOSE DE OLIVEIRA LIMA**

Endereço : **R DAS CEREJEIRAS 546 32983867**

Bairro : **PARQUE SANTA ROSA 60000000**

Município/UF : **FORTALEZA CE BRASIL** Telefone: **86217094**

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 32. DISTRITO POLICIAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

ANTÔNIO ERIVANDO RIBEIRO GUEDES - MAT.: 15533714

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO : *Hiago Sand De Oliveira Silva*

VISTO DO DELEGADO(A) :

RUDSON DE OLIVEIRA ROCHA - MAT.: 167746-1-8

Nº Ocorrência: 15/02/2013 Apellido: 0575 - 1
1302150575 10:34:42 ATROPELAMENTO P/ CARRO Vítima
Classificação de Risco: AMARELO
(RISCO MEDIO)

DADOS INICIAIS

SUSY, DO TELEFONE (85) - 88379353, SENDO POPULAÇÃO A VÍTIMA, NÃO ESTÁ CADASTRADO EM PROGRAMA DE SAÚDE, FEZ UMA LIGAÇÃO ATENDIMENTOS, SEU ESTADO EMOCIONAL ERA E A LIGAÇÃO ORIGINOU-SE DE VIA PÚBLICA.

A QUEIXA NÃO FOI CADASTRADA.

ATRIBUIU-SE À ESTA OCORRÊNCIA O APELIDO: 0575 - ATROPELAMENTO P/ CARRO ; O TIPO DA OCORRÊNCIA FOI CLASSIFICADO COMO CAUSAS EXTERNAS E O MOTIVO DA OCORRÊNCIA FOI ATROPELAMENTO POR CARRO. INICIOU-SE EM 15/02/2013 10:34:42 E FOI FINALIZADA EM 15/02/2013 11:37:43.

ENDEREÇO DA OCORRÊNCIA

AUGUSTO DOS ANJOS 929 AUGUSTO DOS ANJOS 929,

JOAO XXIII - FORTALEZA - CE

CEP :

PONTO DE REFERÊNCIA : EMFRENTE AO CORREIOS E AUTO PEÇAS ABC

Não foi solicitado apoio.

ENDEREÇO DO SOLICITANTE - IGUAL

AVENIDA AUGUSTO DOS ANJOS 929,

JOAO XXIII - 230440CE

PONTO DE REFERÊNCIA :EMFRENTE AO CORREIOS E AUTO PEÇAS ABC

VÍTIMAS

HIAGO SAND DE OLIVEIRA SILVA Classificação: ** NÃO INFORMADO **

IDADE : 18 ANO(s) SEXO : Masculino

AVALIAÇÃO NÃO ESTRUTURADA

OPERADOR	AVALIAÇÃO	DATA/HORA
VALDERI DE SOUSA JUNIOR	ENVIAR USB QRR2	2/15/2013 10:38:16 AM
FRANCISCA AURILIA GONCALVES DE MORAES	ACORDADO, RESPIRANDO, SANGRAMENTO NO ROSTO, APÓS ATROPELAMENTO P/ CARRO. PCT TEVE CONVULSAO.	2/15/2013 10:37:27 AM

DECISÃO TÉCNICA

DECISÃO TÉCNICA	DESTINO	INTERCORRÊNCIA	OBS.	SIT.
ENCAMINHAR A UNIDADE DE EMERGÊNCIA (VALDERI DE SOUSA JUNIOR) (2/15/2013 11:00:23 AM)	IJF INSTITUTO DR JOSE FROTA CENTRAL (VALDERI DE SOUSA JUNIOR) (2/15/2013 11:00:23 AM)		CONDUTOR, COSNCIETNE E ORIENTADO, CAPACETE, REFERE SINCOPE E CONVULSAO. SANGRAMENTO NASAL	F
ENVIO DE VEICULO (VALDERI DE SOUSA JUNIOR) (2/15/2013 11:01:45 AM)	LOCAL DA OCORRÊNCIA (VALDERI DE SOUSA JUNIOR) (2/15/2013 11:01:45 AM)			F

CONDUTA

Vítima sem Decisão Gestora.

HIPÓTESE DIAGNOSTICO

Vítima sem Hipótese de Diagnostico Preenchida.

VEICULO(S)

VEICULO	ENVIO EQUIPE	SAIDA BASE	CHEGADA LOCAL	SAIDA LOCAL	CHEGADA DESTINO	RETORNO DESTINO	CHEGADA BASE
EVILASIO - Antonio Evilasio Gomes da Silva	2/15/2013 21:15:2013	2/15/2013 21:15:2013	2/15/2013 21:15:2013	2/15/2013 21:15:2013	2/15/2013 21:15:2013	2/15/2013 21:15:2013	2/15/2013 21:15:2013

[illegible]

Nr. RE.....: Data: 15-02-2013 Hora: 11:10
29027

Emissor: GERLANNY GASPAR

DADOS PESSOAIS

Paciente.....: HUGO SANDY DE OLIVEIRA SILVA

CARTÃO SUS...:

Sexo.....: MASCULINO

Mãe.....: ANTONIA SILVA

Estado Civil:

Naturalidade:

RG.....:

Endereço.....: OC. AUGUSTO DOS ANJOS

Bairro.....: JOAO XXIII

RESPONSÁVEL.: SAMU USB-56 MOT. EVILASIO ()

Prontuário: 4959982

Idade.....: 18a 01m 14d

Pai.....: NI

Cor.....:

Nacionalidade.....:

CPF.....:

FONE.....: C 88389189

Número.....: 929

Cidade.....: FORTALEZA (CE)

CEP.....: 60000

CPF.....:

DADOS DO ALENDEMENTO

Unid. Interna: EMERGENCIA

Médico.....:

SUS - PERCETO ATENDIMENTO

Especialidade:

PA.....:

FR.....:

TAX.....:

FC.....:

Queixa...: TRAUMA COMUISO NO CNUIO + EPISTAXE

EXAMES COMPLEMENTARES: [] RAIOS [] SANGUE [] URINA [] TC

[] LIQUOR [] EG [] ULTRASONOGRAFIA

SUSPEITA DE VIOLÊNCIA OU MAUS TRATOS.: [] SIM [] NÃO

DADOS CLÍNICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: / /

Queda no chão, ferimento no mundo suado, supurando

ANOTAÇÕES DA ENFERMEIRAGEM:

Exaristato e trauma

Queda, hematoma

ferido mor. no punho

DIAGNOSTICO:

HEI / trauma

CID: *A70.0*

PRESCRIÇÃO:

HORARIO DA MEDICAÇÃO:

INFORMAÇÕES DE SAÍDA

DATA DA SAÍDA: / /

HORA DA SAÍDA:

ALTA: [] DECISÃO MÉDICA [] A PEDIDO [] EVASÃO [] DESISTÊNCIA [] ENCAMINHADO AO AMBULATÓRIO

INTERVENÇÃO NO PRÓPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERÊNCIA (UNIDADE DE SAÚDE):

OBITO: [] ATÉ 48HS [] APÓS 48HS

Jose Arnob dos Santos

CRM 2032

Médico

ANATOMIA PATOLÓGICA

DATA 01/12/2019

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

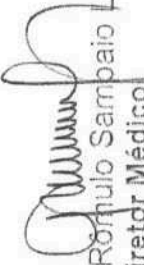
ASSINATURA DO MÉDICO

CERTIDÃO NARRATIVA

CERTIFICA, em virtude da faculdade que lhe é conferida por lei, e a requerimento por escrito da parte interessada, que o SAMU 192 REGIONAL FORTALEZA prestou atendimento ao Sr. Hiago Sand de Oliveira Silva no dia 15/02/2013 às 10h45min na Av. Augusto dos Anjos, nº 291, Bairro João XXIII. Paciente vítima de urgência traumática, sendo provável vítima de colisão moto / carro. Paciente foi atendido no local e removido ao hospital Doutor José Frota-Centro.

Fortaleza, 08 de abril de 2014.

Atenciosamente,


Francisco Romulo Sampaio Lira
Diretor Médico
SAMU 192 REGIONAL FORTALEZA



RUA PADRE GUERRA, 1350 – PARQUELÂNDIA – CEP: 60455-360
FONE: (085) 3452.9155 - FAX: (085) 3452.9153
FORTALEZA-CE
ouvidoria@samu.fortaleza.ce.gov.br



CADASTRO
DE PROCESSOVISUALIZAR
PROCESSOCADASTROS
GERAISARQUIVO
MORTO

VISUALIZAR PROCESSO

Processo da: <MATRIZ - CURITIBA>


 Voltar

PROCESSO

Número do Sinistro 3150/554675 (TOTAL)

Vítima HIAGO SAND DE OLIVEIRA SILVA

Filial MATRIZ - CURITIBA

Data Cadastro 20/05/2014

Garantia INVALIDEZ

Data Sinistro 15/02/2013

Data Receção 20/05/2014

Analista ALESSANDRA

Categoria 09 - MOTO

Seguradora Capemisa Vida e Previdência

Situação PAGO

CORRETORA

Nome JOAO BATTISTA DE LIMA NETO

Responsável

JOAO

PROCURADOR

Nome

Email

Telefone

CPF

Celular

ENVIO À SEGURADORA LÍDER

Data Envio	Tram Carro
23/03/2015	IRON
30/03/2015	Sistema,
24/06/2015	IRON
05/10/2015	IRON

BENEFICIÁRIOS / PAGAMENTOS

Data Pagto	Data Rateo	Beneficiário - CPF/CNPJ	Valor Indenização	Valor Piatado	Diferença	Dados Bancários
03/11/2015	06/11/2015	HIAGO SAND DE OLIVEIRA SILVA	350,00	0,00	1.350,00	104/02558 / 00000000367804 / -

058.883.313-41

30% = 405

DOCUMENTOS

Data Solicitação	Data Recebido	Descrição
22/05/2014		? Apresentar documentação médica fornecida pela rede hospitalar que atendeu a vítima/beneficiária em decorrência do acidente.
22/05/2014		? Esclarecimento quanto à data do fato, visto que no Boletim de Ocorrência informa que o acidente ocorreu em 16/02/2013 e no relatório do SAMU informa 15/02/2013
22/05/2014		informamos que a partir do dia 01 de Março/2012 deverá ser encaminhada uma cópia simples de qualquer documento comprobatório dos dados bancários informados pelas vítimas/beneficiários, tais como: folha de cheque, cartão bancário, cabeçalho do extrato bancário, exclusivamente com os dados da conta.
	23/07/2014	RECEBIDO B.O - DOC E PROC ENC P/ ANALISE
28/07/2014		Apresentar uma cópia simples de qualquer documento comprobatório dos dados bancários informados pelas vítimas/beneficiários, tais como: folha de cheque, cartão bancário, cabeçalho do extrato bancário, exclusivamente com os dados da conta.
28/07/2014		Apresentar documentação médica fornecida pela rede hospitalar que atendeu a vítima/beneficiária em decorrência do acidente.
28/07/2014		Esclarecimento quanto à data do fato, visto que no Boletim de Ocorrência informa que o acidente ocorreu em 16/02/2013 e no relatório do SAMU informa 15/02/2013
28/07/2014		OBS: RECEPCIONAMOS UM ADEUDO AO B.O INFORMANDO A MESMA DATA DO BOLETIM DE OCORRENCIA
06/08/2014		REITERADO SOLICITAÇÃO DE DOCUMENTOS NESTA DATA
	29/08/2014	RECEBIDO B.O - DOC E PROC ENC P/ ANALISE
02/09/2014		Apresentar documentação médica fornecida pela rede hospitalar que atendeu a vítima/beneficiária em decorrência do acidente.
02/09/2014		Apresentar uma cópia simples de qualquer documento comprobatório dos dados bancários informados pelas vítimas/beneficiários, tais como: folha de cheque, cartão bancário, cabeçalho do extrato bancário, exclusivamente com os dados da conta.
	13/02/2015	RECEBIDO DOC MEDICO - DOC E PROC ENC P/ ANALISE



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° 526407807

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07047251/0001-70 | 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
3806413 DV **8**

VENCIMENTO
01/06/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)
73,16

DADOS DO CLIENTE

Rota 15 01230 44 0155400

Medidor

Poste

Nome SANDRO IRIS DE OLIVEIRA

1247520

0000 0345

Endereço Postal

End. da Unidade Consumidora RU LUIS GUEDES 00545 PQ. STA. ROSA FORTALEZA 60762745

RG / CPF / CNPJ 913.359.814-20

CGF

Classe 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA

Fator de Potência

0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual Leitura Anterior Constante Consumo (kWh) Consumo Incl. Consumo Faturado

FP 6635 6544 1 91 0 91

DESCRIÇÃO DA CONTA

Quantidade x Tarifa = Valor (R\$)

**ENERGIA
CONSUMO**

91 0,72417 65,89

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/
Apresentação

Prev. Próxima
Leitura

22/05/2018

22/06/2018

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

92F5.E634.F862.D26A.1F5C.3D82.9D83.9079

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
65,89	27%	17,79

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

ENERGIA	24,81
TRANSMISSÃO	2,65
DISTRIBUIÇÃO	14,14
ENCARGOS SETORIAIS	3,79
TRIBUTOS (ICMS, PIS/COFINS)	20,50

OUTROS PAGAMENTOS

CORRECAO MONETARIA DO MES

JUROS DO MES

MULTA MORATORIA

ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL-CAP

ADICIONAL BANDEIRA AMARELA MES (R\$ 0,90)

0,41

1,01

1,49

4,36

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

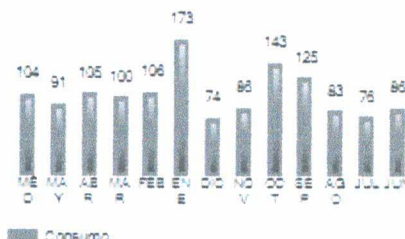
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 22,50

Conjunto BOM JARDIM

Mês MAR/ 2018

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC (h)	5,19	10,38	20,77	1,92	1,92	0,00
FIC (un)	3,23	6,47	12,95	1,00	1,00	0,00
DMIC (h)	2,94			1,92		

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



autenticação mecânica cliente

N° do Cliente:

3806413-8

N° da Nota Fiscal: 526407807

Total a Pagar (R\$): 73,16

Data de Emissão:

28/05/2018

Referência: MAI/2018

N° de Controle: 0003806413 00103 4322 2 53

83810000000-0 73160031000-5 00038064130-5 01034322211-3

