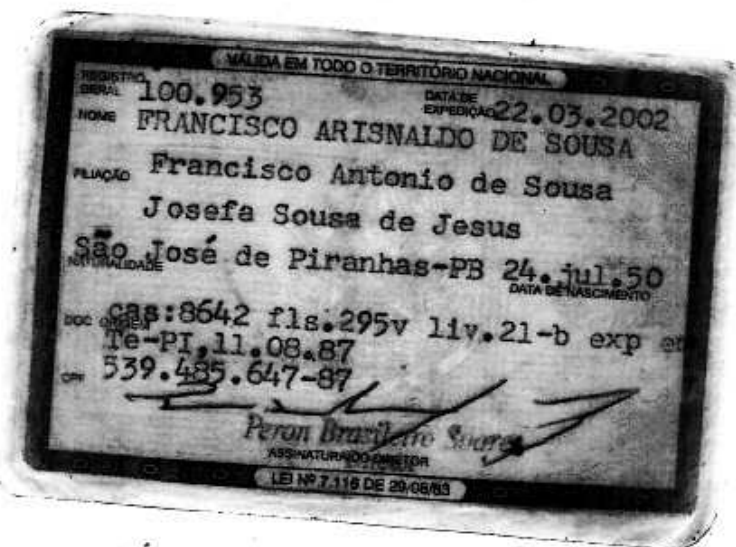




6156416

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 Veldeiro, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 08.105.848-3

enel

fls. 7

544652436

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | N°

05 22005 07 036100 - 5

08/10/2018

Rota

FRANCISCO ARISNALDO DE SOUSA

Data de Emissão

Nome

RU ACAPULCO 00318

End. Postal

POTIRA - CAUCAIA - 61650160

Medidor

49832

0000 0000

Classe

B1 - 01-RESIDENCIAL 07-BX. RENDA MONOFÁSICO

RG / CPF / CNPJ

539485647-87

CGF

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência

Out/2018

Data de Apresentação

08/10/2018

Previsão Próxima Entrega

08/11/2018

ÍNDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto

Ago/2018

EUSD 30,00

Mês

DICRI = 0,00 P

ICMS

Base de Cálculo (R\$)

155,74

Alíquota

27,00%

Valor do Imposto

42,05

Pedágio Individual

Mensal

18,38

Tr/m

21,17

Anual

42,34

Apuração Individual

Mensal

0,00

Tr/m

0,00

Anual

0,00

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

6150.8001.6928-34CE.3928.9888.3640.887A

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leia, Atual	Let. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Consumo (kWh)	Consumo (kWh)	Tempo (h)	Mês (R\$)	Mês (R\$)
PP 27221	27027	1,00	194	0,88	78	0,28223	33,75	59,00
08/10/18	10/09/18		28 Dias		194		110,18	

DESCRIÇÃO

VALOR (R\$)

VALOR CONSUMO DO MÊS

110,18

ICMS COMPLEMENTAR BAIXA RENDA-CONV CONFAZ 079

12,35

Multa Moratória REF 07/2018

1,98

JUROS DO MÊS

0,37

ILUMINAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL

23,02

PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA

3,60

ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MÊS (R\$ 10,52)

VENCIMENTO 10/11/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

151,50

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	39,24
Transmissão	4,18
Distribuição	22,35
Encargos Setoriais	5,99
Tributos (ICMS PIS/COFINS)	54,37
TOTAL	126,13

HISTÓRICO DE CONSUMO (Últimos 12 meses)

213	194	225	193	183	202	203	184	226	197	211	240	300
MED	Out	Set	Agos	Jul	Jun	Ma	Abr	Mar	Fev	Jan	Dez	Nov

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO₂)

75,74

Compensado kg (CO₂)

0,00

Consciência Ecológica (%CO₂)

0

PARA CADASTRAR SUA CONTA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZE

SEU NÚMERO DE CONSCIENTE SEM O DÍGITO VERIFICADOR.

Chame os vizinhos a ação e entre no combate ao mosquito transmissor

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

Consta desta fatura R\$ 12,28 referente a PIS e COFINS. Alíquotas: PIS:1,29% e COFINS:6,59% (Art. 9, Lei. 108/2005 - PNEEL e Lei n. 10.637/02 e 10.833/03)

Bandeira vermelha pagar 2 em out-18 com custo de 5,00 reais a cada 100kWh (quilowatt-hora). Informações: www.aneel.gov.br

Nº do Cliente: 6156416
Data de Emissão: 08/10/2018
Nº da Nota Fiscal: 544652436Referência: Out/2018
Total a Pagar (R\$): 151,50
Nº de Controle: 0006156416 00053 39662 47

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ISABEL CRISTINA BRITO DOMINGUES e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 11/10/2018 às 10:29, sob o número 01701452020180060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0170145-20.2018.8.06.0001 e código 3E58244.



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
 POLÍCIA CIVIL
 DELEGACIA METROPOLITANA DE CAUCAIA



BOLETIM DE Ocorrência Nº 201 - 7299 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
 Data / Hora da Comunicação: **08/08/2018 11:17:46**
 Data / Hora da Ocorrência: **17/05/2018 11:00:00**
 Endereço da Ocorrência: **RUA TOBIAS CORREIA**
 Complemento:
 Bairro: **CENTRO** Município: **CAUCAIA/CE**
 Ponto de Referência: **EM FRENTE A UPA**



Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **FRANCISCO ARISNALDO DE SOUSA**
 Nascimento: **24/07/1950** CPF: **539.485.647-87**
 RG: **100953** Orgão Emissor: **SSP** UF: **PI**
 Filiação: **JOSEFA SOUSA DE JESUS**
FRANCISCO ANTONIO DE SOUSA
 Endereço: **RUA ACAPULCO, 318**
 Bairro: **PQ. GUADALAJARA**
 Município: **CAUCAIA/CE** CEP:
 País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98921-8348**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **PMQ7764** Uf: **CE** Município: **CAUCAIA** Chassi:
9C2KD0810HR435726 Renavam: **1122221735** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/NXR160 BROS ESDD** Ano
 Fabricação: **2017** Ano Modelo: **2017** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**
 Cor: **VERMELHA** Proprietário: **FRANCISCO ARISNALDO DE SOUSA**
 Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

Disse o declarante que na data, hora e local acima foi vítima de um acidente automobilístico, ao conduzir sua motocicleta pela Rua Tobias Correia com destino ao Cartório de Registro de Imóvel, ao sinalizar pra entrar a esquerda o veículo de placa não anotadas que vinha a sua frente freiou bruscamente e para evitar a colisão o mesmo também freiou de uma vez com isso a moto caiu por cima de sua perna esquerda vindo a fraturar o tornozelo esquerdo, logo após o mesmo foi socorrido por populares levado a UPA e neste não havia Traumatologista o mesmo foi encaminhado no mesmo dia ao Hospital Municipal de Caucaia onde foi atendido por volta das 14h12min, conforme a ficha de atendimento externo de emergência, anexo. E nada mais disse/////

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA METROPOLITANA DE CAUCAIA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

MARIA SERGIANA ARAÚJO MAGALHÃES - MAT.: 169000-1-X

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Francisco Arisnaldo de Sousa

VISTO DO DELEGADO(A) :

LUCAS XIMENES DE CASTRO - MAT.: 3011812-X

06 - 04 - 22 HOS+J

fls. 9



Prefeitura de
CAUCAIA
Secretaria de Saúde

Receituário

Prescrição

Dr. Crispiniano A. Oliveira
com cur de
812 h

19/06/18

Mário Jorge Gomes da Frotas
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC 2615

Mário Jorge Gomes da Frotas
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC 2615

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAUCAIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

HOSPITAL MUNICIPAL DE ABELARDO
GABRIEL DA ROCHA

Alimente sua saúde
Coma mais frutas, legumes e verduras



Prefeitura de
CAUCAIA
Secretaria de Saúde

Fco Arnaldo de Souza

Receituário

Solicito
Avaliação com ortopedista

justificativa

Don crônica em NIE após
fratura de tíbia com trata-
mento conservador (SIC).

- PREFEITURA MUNICIPAL DE CAUCAIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

HOSPITAL MUNICIPAL Dr. ABELARDO
GADELHA DA ROCHA

03/10/18

Dr. João Roberto
Medico
CRM 18.513

Alimente sua saúde

Coma mais frutas, legumes e verduras



Prefeitura de
CAUCAIA
Secretaria de Saúde

F^{co} Arnaldo de Sousa

Receituário

ECG



17/05/18

Assinada digitalmente por
Jonas Correia S/N, Cel. 2

Alimente sua saúde
Coma mais frutas, legumes e verduras



Prefeitura de
CAUCAIA
Secretaria de Saúde

fls. 12

Receituário

ATENDIMENTO

Atendo por ordem
dos pais que trouxeram
filho do nome foi
vitima de fratura do
tornozelo esquerdo no
dia 17/05/2018, relatando
ocidente de moto, sendo
tratado com imobiliz-

Cydnei Santos Freitas
Ortopedista

2594 SBOT 8961

04/10/18

HOSPITAL DE CLINICA DE CAUCAIA
RUA DA SAUDE, 100 - JARDIM
HOSPITAL DE CLINICA DE CAUCAIA
RUA DA SAUDE, 100 - JARDIM

Alimente sua saúde

Coma mais frutas, legumes e verduras

Rio de Janeiro, 21 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: FRANCISCO ARISNALDO DE SOUSA
Nº Sinistro: 3180398735
Vitima: FRANCISCO ARISNALDO DE SOUSA
Data do Acidente: 17/05/2018
Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número **3180398735**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13392455

Rio de Janeiro, 31 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **FRANCISCO ARISNALDO DE SOUSA**

Sinistro: **3180398735**

Vítima: **FRANCISCO ARISNALDO DE SOUSA**

Data do Acidente: **17/05/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o número **3180398735** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13315390



Rio de Janeiro, 30 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **FRANCISCO ARISNALDO DE SOUSA**

Nº Sinistro: **3180398735**

Vítima: **FRANCISCO ARISNALDO DE SOUSA**

Data do Acidente: **17/05/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o número de sinistro **3180398735**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13306342



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: 12/05/18	Horário: 14:12	Paciente chegou:	☐ Andando ☐ Ambulância	☐ Automóvel ☐ Outros
Paciente: FIANCISCO ANTONIO DA SILVA 78 50 ANOS				
Nome da Mãe: JOSEFA S. DA SILVA 75 ANOS				
Idade: 67	Sexo: M	Data de Nascimento: 29/07/50	Identidade: 100.953	Telefone p/ contato: 99617-222
Endereço (Rua, nº): R. ALOPULCO 318				
Bairro: GUARAPUAVA	Cidade: CAUCAIA	Estado: CE	Nome do Funcionário SAME: [Assinatura]	

PROCEDIMENTOS	OUTROS	TIPOS DE ATENDIMENTOS
		Clinica Médica
		Clinica Pediátrica
		Clinica Cirúrgica
		Clinica Obstétrica
		Traumato / Ortopedia

História Clínica: *

Acidente relatado mediante de moto, com fratura de tíbia e fêmur.

Diagnóstico:

Fratura de tíbia e fêmur.

EXAMES SOLICITADOS

1) *[Assinatura]* 3) *[Assinatura]*
 2) *[Assinatura]* 4) *[Assinatura]*

Assinatura e Carimbo do Profissional Responsável:

Cydnei Santos Freitas
 Traumatologista - Ortopedista

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIOS	OBSERVAÇÃO	ASSINATURA
	<i>Cydnei Santos Freitas</i> Traumatologista - Ortopedista CREMEC 7481 NQE 2594 SBCO 8361		<i>NR</i>	

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

Motivo do Óbito:

Assinatura do Paciente ou Responsável:

Arnaldo de N. Sousa

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ISABEL CRISTINA BRITO DOMINGUES e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 11/05/2018 às 10:29, sob o número 0170145-2018-06-0001 e código 3E58244. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0170145-2018-06-0001 e código 3E58244.



Prefeitura de
CAUCAIA
Secretaria de Saúde

Nº 02
Trauma

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

FICHA DE ATENDIMENTO EXTERNO DE EMERGÊNCIA

Data: 03/07/18	Horário: 07:48	Paciente chegou:	☐ Andando	☐ Automóvel
			☐ Ambulância	☐ Outros
Paciente: Francisco Arnaldo de Sousa				
Nome da Mãe: Josefa Sousa de Jesus				
Idade: 67	Sexo: M	Data de Nascimento: 24/10/50	Identidade: 900 953	Telefone p/ contato: 89 27 83
Endereço (Rua, nº): Rua: Acafaria nº 318				
Bairro: Jurema	Cidade: Caucaia	Estado: CE	Nome do Funcionário SAME:	

PROCEDIMENTOS	OUTROS	TIPOS DE ATENDIMENTOS
		Clinica Médica
		Clinica Pediátrica
		Clinica Cirúrgica
		Clinica Obstétrica
		Traumato / Ortopedia

História Clínica:

Apresenta
trauma

Diagnóstico:

Fratura do osso

EXAMES SOLICITADOS

1)

3)

2)

4)

Assinatura e Carimho do Profissional Responsável:

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIOS	OBSERVAÇÃO	ASSINATURA

DESTINO DO PACIENTE

DATA SAÍDA

HORA SAÍDA

☐ Alta

☐ Transferência

☐ Óbito

Motivo do Óbito:

Assinatura do Paciente ou Responsável:

Francisco Arnaldo de Sousa



FICHA DE ATENDIMENTO EXTERNO DE EMERGÊNCIA

445/DM @ ALERGIA (-)

DATA: 17.05.18	HORÁRIO: 11:50	CLASSIFICAÇÃO: ALERGIA
PACIENTE: Sr. Arnaldo de Sousa		CLÍNICO () PEDIATRIA () DENTISTA
NOME DA MÃE: Josefa S. de Jesus		QUEIXA PRINCIPAL: paciente rejeita queda de dentes, com fratura no MIE.
IDADE: 68 a	DATA DE NASC: 24.06.50	PA: 227/1210 mmHg T: °C
SEXO: masc.	CONTATO: (85) 98921-8348	GLICEMIA: 146 mg/dL P: KG
ENDEREÇO: R. Acapulco, 318		PULSO: bpm SPO2: 100%
BAIRRO: Jurema	ESTADO: ce	ENFERMEIRA: [assinatura]
MUNICÍPIO: Caucaia	FUNCIONÁRIO: [assinatura]	

HISTÓRIA CLÍNICA: HAS (+)
Paciente sofreu queda de dente há 20 min, apresenta dor em região
segunda + pico presunho.
MIE → c/algia moderada
#Solicito RaioX MIE
Rx pronto socorro

DIAGNÓSTICO: CRÍSE HIPERTENSIVA	NOTIFICAÇÃO: SIM () NÃO (x)	NOTIFICAÇÃO / AGRAVO:
ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL: [assinatura] Lucena de Lima Médica C.R.C. 12.350		

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIOS	OBSERVAÇÕES	ASSINATURAS
12:03	1) Bupropion, 25mg, 2q, VO, qdia			
17/05/18	2) Amlodipina, 10mg, 1q, VO, qdia			
	3) Paracetamol, 1FA, 1q, VO, qdia			
	4) 1u PA qdia 1 hora			
	5) RaioX MIE			
	PA: 150 x 100	13:15 h		
13:19	ECG			
		Alta 13:45. C/ Prescrição + Rx.		

DESTINO DO PACIENTE	DATA SAÍDA	HORA SAÍDA
☒ ALTA ☐ TRANSFERÊNCIA ☐ ÓBITO		
MOTIVO DO ÓBITO:		
ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL: [assinatura]		

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ISABEL CRISTINA BRITO DOMINGUES e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 17/10/2018 às 10:29, sob o número 01701452020188060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0170145-20.2018.8.06.0001 e código 3E58244.

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: FRANCISCO ARISNALDO DE SOUSA, brasileiro,
DIVORCIADO, ASSESSOR JURÍDICO, PORTADOR DO CPF nº 539.485.647,
RG nº 100.953, RESIDENTE E DOMICILIADO À RUA ACAPULCO,
nº 518, POTIRA, CAUCAIA/CE.

OUTORGADO: ISABEL CRISTINA BRITO DOMINGUES, brasileira, solteira,
 OAB/CE 21.515, com escritório na Dr. Gilberto Studart, nº 55 Torre Sul, sala 1113,
 Duetts Office, bairro Cocó, nesta Capital

PODERES: Por este instrumento, outorgam todos os poderes AD ET EXTRA JUDICIA, e os demais enumerados no Art. 105¹ do Código de Processo Civil, especialmente para, em conjunto ou separadamente, possam os outorgados promover quaisquer ações de natureza possessória, interpor ações incidentais, arrazoar recursos, promover defesas, substabelecer a presente, com ou sem reserva de iguais poderes, se assim lhes convier, dando, assim, por bom e fiel o cumprimento da presente outorga, tudo no interesse pds outorgantes.

Fortaleza/CE, 09 de outubro de 2018

Francisco Arisnaldo de Sousa

¹ "Art. 105. A procuração geral para o foro, outorgada por instrumento público ou particular assinado pela parte, habilita o advogado a praticar todos os atos do processo, exceto receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, receber, dar quitação, firmar compromisso e assinar declaração de hipossuficiência econômica, que devem constar de cláusula específica."



fls. 20

700 Quirinalda
19.06.18

