



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE LIMOEIRO DO NORTE



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 491 - 2562 / 2017



AUTENTICAÇÃO

AUTENTICO a presente cópia reprográfica
 a qual confere com o original. Dou fé,
 Limoeiro do Norte (CE),

29 AGO. 2017

) Encarregado do Departamento de Polícia Civil - Limoeiro do Norte
) Genivaldo Gomes de Oliveira - Delegado de Polícia Autorizada
) Cláudio Lopes Aragão - Encarregado
VÁLIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICIDADE

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE LIMOEIRO DO NORTE

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 491 - 2562 / 2017****Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **29/08/2017 11:40:46**
Data / Hora da Ocorrência: **05/02/2017 09:00:00**
Endereço da Ocorrência: **SITIO CABEÇA PRETA**
Complemento:
Bairro: **ZONA RURAL** Município: **LIMOEIRO DO NORTE/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **ITALO HELANIO DE OLIVEIRA RIBEIRO**
Nascimento: **08/02/1994** CPF:
CNH: **963661280** Orgão Emissor: **DETRAN**
Filiação: **MARIA MONICA DE OLIVEIRA RIBEIRO**
ANTONIO FERNANDO DE OLIVEIRA RIBEIRO
Endereço: **SITIO MARIA DIAS**
Bairro: **ZONA RURAL**
Município: **LIMOEIRO DO NORTE/CE**
País: **BRASIL** Telefone:

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **PMK6722** UF: **CE** Município: **LIMOEIRO DO NORTE** Chassi:
9C2JB0100HR203016 Renavam: **1114615754** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/POP 110** Ano Fabricação:
2016 Ano Modelo: **2017** Combustível: **GASOLINA** Cor: **VERMELHA**
Proprietário: **FRANCISCA MONICA DA CRUZ** Situação: **NÃO**
INFORMADO Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

QUE O DECLARANTE INFORMA QUE NO DIA, LOCAL E HORA ACIMA MENCIONADO, ERA O CONDUTOR DO VEICULO TIPO MOTOCICLETA HONDA POP 110, COR VERMELHA, PLACA PMK 6722, REGISTRADA NO DETRAN CE EM NOME DE FRANCISCA MONICA DA CRUZ, OCASIAO EM QUE UM CACHORRO ATRAVESSOU A VIA, VINDO A DERRUBA-LO; QUE AFIRMA QUE VINHA SOZINHO NA MOTO; QUE FOI SOCORRIDO PELO SAMU; QUE FOI LEVADO AO HOSPITAL REGIONAL DESTA CIDADE E DE LA FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL REGIONAL DA UNIMED, ONDE DEU ENTRADA E SE SUBMETEU A INTERVENÇÃO CIRURGICA NA PERNA ESQUERDA, QUE APRESENTAVA FRATURAS; QUE O DECLARANTE É HABILITADO

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE LIMOEIRO DO NORTE**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :**

LUCINILDA DE MOURA - MAT.: 404567-1-6

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Italo Helanio de Oliveira Ribeiro

VISTO DO DELEGADO(A) :

BRUNO ANTONIO DE SOUZA VARELA - MAT.: 19837319

PROIBIDO PLASTIFICAR 963661280		VÁLIDA EM TODOS O TERRITÓRIO NACIONAL 963661280	
IDENTIFICADO Stelio Mendes de Oliveira R. Lima CPF: 08604163375 DATA: 21/03/2018		IDENTIFICADO Stelio Mendes de Oliveira R. Lima CPF: 08604163375 DATA: 21/03/2018	
IDENTIFICADO Stelio Mendes de Oliveira R. Lima CPF: 08604163375 DATA: 21/03/2018		IDENTIFICADO Stelio Mendes de Oliveira R. Lima CPF: 08604163375 DATA: 21/03/2018	
IDENTIFICADO Stelio Mendes de Oliveira R. Lima CPF: 08604163375 DATA: 21/03/2018		IDENTIFICADO Stelio Mendes de Oliveira R. Lima CPF: 08604163375 DATA: 21/03/2018	



Rua Cel. Antônio Joaquim, 1421
Tel.: (88) 3423-6479 / 3447-8640 / 3447-8641
CEP 62.930-000
Limoeiro do Norte - CE

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

1ª VIA: FARMÁCIA

2ª VIA: PACIENTE

Nome Completo: FRANCISCO R. L.

CRM 11456 UF CE Nº 1

Endereço Completo e Telefone: Av. 1

Cidade: Limoeiro do Norte UF: CE

Eduardo de A. Carrari
Traumatologia Ortopedia
CREMEC 11.456

Paciente: STALO HELMIRIO DE OLIVEIRA

Endereço: BITÃO M. A. DIAS

Prescrição: USO ORAL

① LABORATOÓRIO DE (SONG) — 500
1.000.000

Tomar 01 comprimido 3x ao dia
08/08 HORAS EM CASO DE DOR F.

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Nome: _____

Ident.: _____ Org. Emissor: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

Assinatura do Farmacêutico

de _____ de 20 _____

Data



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria de Saúde

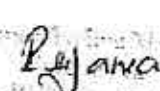


CERTIDÃO NARRATIVA

CERTIFICAMOS, em virtude da faculdade que nos é conferida por lei e, tendo em vista requerimento por escrito da parte interessada, que o **SAMU 192 CEARÁ** prestou atendimento ao **Sr. ITALO HELANIO DE OLIVEIRA RIBEIRO**, portador do RG 2006030045185 e inscrito no CPF 066.341.133-51, no dia 5/02/2017, às 9h22, no município de Limoeiro do Norte/CE, no Sítio Cabeça Preta, vítima de queda de moto, sendo encaminhado para o Hospital Municipal Dr. Deoclécio Lima Verde. E para constar eu, Ana Cristine Medeiros Silva Ana Cristine Medeiros Silva, Assessora Técnica, lavrei a presente Certidão, a qual vai datada e assinada por MARIA DAS GRAÇAS TORRES, ASSESSORA EXECUTIVA.

Eusébio, 08 de Agosto de 2017


Maria das Graças Torres
ASSESSORIA EXECUTIVA

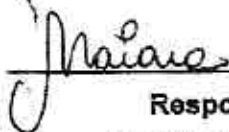

Ana Cristine Medeiros Silva
ASSESSORA TÉCNICA

SAMU 192 CEARÁ

Rua da Paz nº 29 e 30 - Centro Eusébio - Ce Fone: (85) 3433 7434 Fax: (85) 3260 2061
E-mail: samuceara.polo1@samu.saude.ce.gov.br

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins e efeitos, que o Sr.(a) **ITALO HELANIU DE OLIVEIRA RIBEIRO** esteve internado neste hospital do dia, **06/02/2017** até **09/02/2017** sob cuidados do médico(a) **LUIZ LOPES LIMA**



Responsável
Fortaleza, 04/03/2017

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins e efeitos, que o Sr.(a) **ITALO HELANIO DE OLIVEIRA RIBEIRO** recebeu atendimento médico, em **05/02/2017**, sob os cuidados do medico (a) da urgencia.

Maia
Hospital Regional
Unimed Fortaleza
Emergência 24 horas
Responsável
Fortaleza, 04/08/2017

ato declaratório

DIGITADO

PREFEITURA MUNICIPAL DE LIMOEIRO DO NORTE HOSPITAL REGIONAL DR. DEOCLECIO LIMA VERDE FICHA INDIVIDUAL DE ATENDIMENTO			
Nº Atendimento: 1062	CNS: 898003052439113	Data do Atend.: 05/02/2017	as 09:49:36
Nome do Paciente: ITALO HELANIO DE OLIVEIRA RIBEIRO		Data de Nasc.: 08/02/1994	
Endereço: MARIA DIAS	SN0014	LIMOEIRO DO NORTE Op: ELIANGELA	
Convênio: SUS	PSF: CORREGO DE AREIA	Tipo Atend.: AMBULATORIAL - INDIVIDUA	
Sexo: M	Idade: 22a 11m 25d	Estado Civil:	Profissão: Escolaridade: 99
Peso: () kg			
Sinais Vitais: P.A.: Sist. 130	Diast. 90	FC: 103 bpm	FR: 20 irpm Temp: () °C
Proc.: 0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA			
Motivo do atendimento (Queixa principal + Anamnese) Queda de moto e capote. Nego TCE ou trauma toraco-lombar. Q. anese, Q. síncope. Foco de contusão e deformidade em 1/3 superior da perna esquerda. GLASGOW 15.			
Hipótese Diagnóstica Provável / Atendimento Fratura de perna E			Data 1º Sintomas
Procedimentos complementares solicitados: () Patologia Clínica () Radiologia () Exame Prevencao () Ultrason Obstetrico () Outros			
Demais Procedimentos Realizados		Ass. Executor	Conselho Classe
Se o paciente ficou em observação MARQUE AQUI ()			
Encaminhamentos / Destino do Paciente: () Urgência Emergência () Internação domiciliar () Atend. Especializado () Internação Hospitalar () Observação 12h () PSF () Alta () Adm. Medicamentos () Observação 6h () Outros procedimentos () Transf. de emergência () Abertura de partograma () Indicação de Cesariana			
Parceria com Departamento Municipal de Trânsito: FOI ACIDENTE DE TRANSITO? Se positivo assinale o tipo de conducao da vítima: (X) SIM () NAO (X) MOTO () CARRO () BICICLETA () PEDESTRE () OUTROS			

Assinatura do Paciente ou Resp.

Assinatura do Profissional Executor

- 1) PA: 130/90
- 2) SF 0,9% 100 ml + 100mg propofol, EV.
- 3) Rx de perna E AP / perfil
- 4) Tramal 100 mg + 100 mL SF 0,9% EV.

Limioy E. de Lima Viana
Téc. de Enfermagem
CRP 100.225

13:30h

Pedro Raphael de Sousa
Médico
CREMEC 18994


Hospital Regional Unimed
**Paciente:** ITALO HELANIO DE OLIVEIRA RIBEIRO**Idade:** 22 anos, 11 meses e 24 dias**Sexo:** RECEPCAO EMERGENCIA E URGENCIA**Solicitante:** MEDICO DE URGENCIA**Atendimento:** 5166452**Pedido:** 2201225**Prontuário:** 71921328**Status/Sexo:** E / M**Data do Exame:** 05/02/2017**Ac.Number:** 2630383**Data Nascimento:** 08/02/1994www.hospitalregionalunimed.com.br

Av. Visconde do Rio Branco, 4.000

60055-172 Tauape, Fortaleza - CE

T (85) 3277-7000

F (85) 3277-7124

TOMOGRAFIA MULTISLICE DO JOELHO ESQUERDO

Exame realizado em equipamento multislice de 64 fileiras de detectores, sem a administração de contraste endovenoso.

LAUDO:

- Densificação pânículo adiposo subcutâneo da face anterior do joelho.
- Fratura multifragmentar do platô tibial com desnivelamento e subluxação de fragmentos, se estendendo em plano oblíquo no terço proximal da tibia.
- Demais estruturas ósseas de configuração, densidade e trabeculado sem alterações.
- Ligamentos colaterais e cruzados sem alterações identificáveis pelo método.
- Ligamento patelar sem lesões aparentes.
- Coleção intra-articular com extensão para a bursa suprapatelar.
- Fossa poplíteia sem evidências de formações expansivas.
- Grupos musculares estudados sem anormalidades apreciáveis.



Dr(a). FRANCISCO EVALDO DE OLIVEIRA
CRM: 6226

O presente exame é um método auxiliar, que somente poderá ser interpretado por seu médico assistente, dentro do contexto clínico

Hospital Regional Unimed



Paciente: **ITALO HELANIO DE OLIVEIRA RIBEIRO**

Idade: 22 anos, 11 meses e 24 dias
 Setor: EMERGENCIA 24H - ADULTA
 Solicitante: CLAUDIO CESAR R CASTRO
 Atendimento: 5166410
 Pedido: 2201205

Prontuário: 71921328 www.hospitalregionalunimed.com.br
 Status/Sexo: U / M Av. Visconde do Rio Branco, 4.000
 Data do Exame: 05/02/2017 60055-172 Tauape, Fortaleza - CE
 Ac.Number: 2630362 T (85) 3277-7000
 Data Nascimento: 08/02/1994 F (85) 3277-7124

RAIO X - PERNA ESQUERDA

LAUDO:

- Fraturas oblíquas com componentes cominutivos no terço proximal da tíbia, incluindo platô tibial.
- Pequeno desnivelamento do platô tibial.
- Fíbula conservada.
- Espaços articulares conservados.
- Partes moles sem alterações.

Dr(a). FRANCISCO EVÁLDIO DE OLIVEIRA
 CRM 6226

O presente exame é um método auxiliar, que somente poderá ser interpretado por seu médico assistente, dentro do contexto clínico

Digitador: TAIENE FARIAS CRUZ DOS SANTOS

Página: 1 de 1



VALEIMAGEM
CLÍNICA DE IMAGEM

Paciente ITALO HELANIO DE OLIVEIRA RIBEIRO
Médico LUIZ LOPES LIMA
Data 05/05/2017
Formulário 47715

RX PERNA E JOELHO ESQUERDO (2 INCIDÊNCIAS)

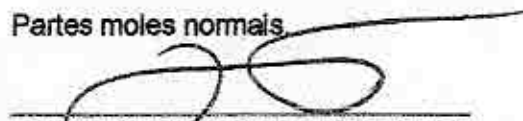
LAUDO RADIOLÓGICO

Fratura comprometendo a região proximal da tíbia com extensão a superfície articular do platô tibial, tratada cirurgicamente com placa e parafusos metálicos de osteossíntese, evoluindo com irregularidade dos côndilos medial e lateral, mas mantendo boa congruência entre os fragmentos ósseos.

Fêmur, patela e fíbula com estrutura óssea conservada, não se observando modificações de forma nem de contorno.

Articulações fêmoro-patelar e do tornozelo com superfícies e espaços articulares íntegros.

Partes moles normais.


DR. JOSE HOLANDA MAIA FILHO
MÉDICO RADIOLOGISTA - CRM 5703
MEMBRO TITULAR DO CBR

Todo exame deve ser guardado para futuras comparações. Traga-o consigo na próxima visita.

HAMILTON



Paciente **ITALO HELANIO DE OLIVEIRA RIBEIRO**
Médico **LUIZ LOPES LIMA**
Data **08/03/2017**
Formulário **44730**

RX JOELHO E PENA ESQUERDOS (AP/P)

LAUDO RADIOLÓGICO

Placa e parafusos metálicos de osteossíntese, para tratamento de fratura do platô tibial, com irregularidade tanto da superfície articular do côndilo-tibial medial como lateral, especialmente com afundamento do côndilo lateral e se estendendo a região diafisária tibial proximal, apresentando no entanto boa congruência entre os vários fragmentos ossos.

Fêmur, patela e fíbula com estruturas ósseas conservadas, não se observando modificações de forma nem de contorno.

Articulação fêmoro-patelar e do tornozelo com superfícies e espaços articulares íntegros.

Pequeno derrame articular na bolsa suprapatelar.

DR. JOSE HOLANDA MAIA FILHO
MEDICO RADIOLOGISTA - CRM 5703
MEMBRO TITULAR DO CBR

HAMILTON

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Italo Helomir de Oliveira Ribeiro, portador da carteira de identidade nº 2006030045185 e inscrito no CPF/MF sob o nº 066.341.133-51, residente e domiciliado na Sítio Maraculias, s/n, Zona Rural, Cidade Limoeiro do Norte, Estado Ceará, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- ☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Italo Helomir de Oliveira Ribeiro

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Limoeiro do Norte - Ce
03 de Maio de 2019
Local e data

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 013126529924
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: 01 CDD. RENAVAM: 1114615754 RNTTC: 0000000000 EXERCÍCIO: 2017

CRDD

NOME: FRANCISCA MONICA DA CRUZ

LIMOEIRO DO NORTE/CE

CRC/CNPJ: 04528038374 PLACA: FMK6722

PLACA ANT./UF: *****/CE CHASSI: 9CZJB0100HR203016

ESPECIE TIPO: PAS/MOTOCICLETO/NAO APLIC. COMBUSTIVEL: GASOLINA

MARCA/MODELO: HONDA/POP 110I ANO FAB.: 2016 ANO MOD.: 2017

CAP/POT/CIL: 2P/OCV/109CC CATEGORIA: PARTIC COR PREDOMINANTE: VERMELHA

COTA UNICA: VENC. COTA UNICA: 1º *****
 2º *****
 3º *****

FAKSA L.P.V.A. PARCELAMENTO/COTAS

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO: 00/00/0000

OBSERVAÇÕES

LOCAL: LIMOEIRO DO NORTE DATA: 07/04/2017

Assinado digitalmente por LAURA MARIA DE FREITAS MAIA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 15/05/2019 às 15:35, sob o número 00204933820198060115. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 00204933820198060115 e código 48AE264

CE Nº 013126529924 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2017

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
 PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
 AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
 SAC DPVAT 0600 022 1204

EXERCÍCIO: 2017 DATA EMISSÃO: 07/04/2017

VIA: 01 CPF/CNPJ: 04528038374 PLACA: FMK6722

RENAVAM: 1114615754 MARCA/MODELO: HONDA/POP 110I

ANO FAB.: 2016 CATEGORIA: 09 NR CHASSI: 9CZJB0100HR203016

PRÊMIO TARIFÁRIO

FAS (R\$) DENATRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL À SER PAGO SEMBRADO (R\$)

PAGAMENTO: ☐ COTA UNICA ☐ PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO: 00/00/0000

DESEMPENHANTE

LOTE/DOC: 154054/02 PLACA: FMK6722

MOTOR: JB01EGH202777

Assinado digitalmente por LAURA MARIA DE FREITAS MAIA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 15/05/2019 às 15:35, sob o número 00204933820198060115. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 00204933820198060115 e código 48AE264

957-2016

SINISTRO 3170487374 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** ITALO HELANIO DE OLIVEIRA RIBEIRO**COBERTURA** Invalidez**SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO** LIBIA CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME**BENEFICIÁRIO** ITALO HELANIO DE OLIVEIRA RIBEIRO**CPF/CNPJ:** 06634113351**Posição em 21-09-2017 08:37:58**

Pagamento liberado pela Seguradora Líder DPVAT.

Valor: R\$ 2.362,50

O prazo para recebimento da indenização no banco depende do tempo necessário ao processamento bancário, que é de até 5 dias úteis contados a partir da data de liberação.

Data do Pagamento	Valor da Indenizacao	Juros e Correção	Valor Total
22/09/2017	R\$ 2.362,50	R\$ 0,00	R\$ 2.362,50

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Italo Helânio de Oliveira Ribeiro,

RG nº 200603006185, data de expedição / / , Órgão ,

CPF nº 066.341.133-51, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Sítio Maria Clara</u>
Número	<u>44</u>
Apto / Complemento	<u>-</u>
Bairro	<u>Zona Rural</u>
Cidade	<u>Humaneiro do Norte</u>
Estado	<u>Ceará</u>
CEP	<u>62.930.000</u>
Telefone de Contato	<u>—</u>
E-mail	<u>—</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Humaneiro do Norte - Ce
03 de Maio de 2019

Assinatura do Declarante: Italo Helânio de Oliveira Ribeiro



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Serie B-4 | N° 568210986

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 150 | CEP: 60135-040 | Fortaleza-CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3A Tarifa Social de Energia Elétrica
foi criada pela Lei nº 10.438 de
26 de abril de 2002Esta é a segunda via de
ABR/2019Utilize o nº abaixo sempre
que entrar em contato conoscoNº DO CLIENTE
2506787 DV **7**VENCIMENTO
09/05/2019TOTAL A PAGAR (R\$)
49,29Rota 21 025063 60 069500 Medidor Poste
Nome ANTONIO FERNANDO DE OLIVEIRA RIBEIRO 0902905 0000 0
Endereço Postal

End. da Unidade Consumidora ST MARIA DIAS 00000 ST MARIA DIAS LIM, DO NORTE 62930000

RG / CPF / CNPJ 383.193.903-97 CGF

Classe B2 - 04-RURAL, MONOFÁSICA, BAIXA RENDA Fator de Potência 0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual	Leitura Anterior	Constante	Consumo (kWh)	Consumo Incl.	Consumo Faturado
12827	12698	1	129	0	129

DESCRIÇÃO DA CONTA	Quantidade	Tarifa	Valor (R\$)
ENERGIA			
Consumo faixa 0-30 Kwh	129	0,36277	46,79

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/ Apresentação	Prev. Próxima Leitura
30/04/2019	30/04/2019

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

0FC3.34BB.7343.564C.0CD3.5B3D.0917.6570

ICMS

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

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

ENERGIA	24,32
TRANSMISSÃO	2,59
DISTRIBUIÇÃO	13,85
ENCARGOS SETORIAIS	3,71
TRIBUTOS (ICMS, PIS/COFINS)	2,32

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

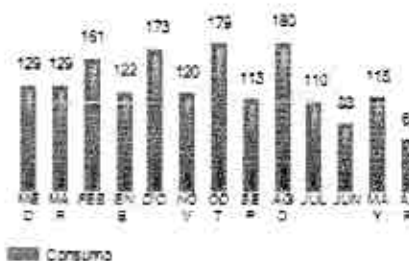
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 20,44

Conjunto LIMOEIRO DO NORTE

Mês FEV/ 2019

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC (h)	10,44	20,88	41,76	0,57	0,00	0,00
FIC (un)	7,52	15,04	30,09	1,00	0,00	0,00
DMIC (h)	5,58			0,57		

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

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

*FAÇA CADASTRAR SUA CONTA EM LÍQUIDO AUTOMÁTICO UTILIZANDO
SEU NÚMERO DO CLIENTE SEM O DÍGITO VERIFICADOR.*

Chame as vizinhas e amigos e entre no combate às mosquitos transmissores

NÃO É POSSÍVEL COLEIR LEITURA POR: - FALTA MÉDIA-
LEIT. BIMESTRAL ART. 66, PAR. 414

Este cliente constará quitado as faturas de consumo de energia
elétrica desta unidade consumidora vencidas até 31/12/2019.
conforme a legislação em vigor, o cliente não poderá solicitar
quitações anteriores.

Nº do Cliente:	2506787-7	Nº da Nota Fiscal:	568210986	Total a Pagar (R\$):	49,29
Data de Emissão:	03/05/2019	Referência:	ABR/2019	Nº de Controle:	0002506787 00202 4323 2 40

83820000000-2 49290031000-3 00025067870-5 02024323258-0



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu, Italo Helânio de Oliveira Ribeiro, brasileiro(a),
 portador(a) do RG nº
2006030045185 e do CPF nº 066.341.133-51, residente e
 domiciliado(a) a Atip. Milões, km 3, Rural, Il. de Norte - Ce.,
DECLARO, para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que não tenho
 condições de arcar com as despesas inerentes ao presente processo, sem prejuízo
 do meu sustento e de minha família, necessitando, portanto, da **Gratuidade da**
Justiça, nos termos do art. 2º, parágrafo único, da Lei nº 1.060/50.

Il. de Norte /CE, 03 de maio de 2019.

Italo Helânio de Oliveira Ribeiro
DECLARANTE



PITOMBEIRA & BANDEIRA
ADVOGADOS

PROCURAÇÃO

Ad Judicia / Ad Negotia

Italo Helânio de Oliveira Ribeiro, brasileiro, inscrito no RG: 2006038045185, CPF: 066.341.133-51, residente e domiciliado no Sítio Maria Dias, na Zona Rural, Limoeiro do Norte - Ceará.

Pelo presente instrumento de procuração, nomeia e constitui a Sociedade de Advogados **"PEDRO JULIÃO BANDEIRA RÉGIS JÚNNIOR - Sociedade Individual de Advocacia"**, inscrita na OAB/CE sob o registro de nº 1.917 e inscrita no CNPJ sob o nº 30.743.758/0001-80, representada neste ato pelos advogados **PEDRO JULIÃO BANDEIRA RÉGIS JÚNNIOR**, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/CE sob o nº 34.772; **EMANUELA DIÓGENES GUIMARÃES DE LIMA**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/CE sob o nº 22.191; **DIEGO EMMANUEL PITOMBEIRA BANDEIRA RÉGIS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/CE sob o nº 30.376; **MAGNO MCKENONN PITOMBEIRA BANDEIRA RÉGIS**, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/CE sob o nº 32.280; e **LAURA MARIA DE FREITAS MAIA**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/CE sob o nº 24.337, todos com escritório profissional na Rua Cel. Serafim Chaves, 365, salas 04/10 - PALAZZO Centro Médico Empresarial, Centro, Limoeiro do Norte/CE, CEP 62.930-000; Fone/Fax: (88) 3423.4854; contato@pbandeiraadvogados.com.br; www.pbandeiraadvogados.com.br.

Poderes: amplos, para o foro em geral, com a cláusula "*ad judicia*", em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defender nas contrárias, seguindo-as até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando-os. Confere, ainda, os poderes da cláusula "*ad negotia*", além de poderes especiais para confessar, desistir, transigir, firmar acordos ou compromissos, **receber e dar quitação**, requerer a expedição e levantamento de alvarás, levantar depósitos judiciais e extrajudiciais, bem como os poderes, expressos, de renúncia aos valores excedentes ao teto dos Juizados Especiais (Estadual/Federal); e representação do Outorgante perante a **Receita Federal do Brasil e Instituto Nacional do Seguro Social**, podendo tudo praticar, requerer, assinar, cadastrar senha para extratos e consultas previdenciárias via internet e agência, consultas e obtenção de cópias de laudos médicos periciais e processos administrativos. Enfim, com poderes para tudo requerer, e ainda praticar todos os demais atos que se fizerem necessários ao integral cumprimento do presente mandato. Agindo em conjunto ou separadamente, podendo ainda substabelecer esta em outrem, com ou sem reservas de poderes, dando tudo por bom firme e valioso.

Limoeiro do Norte/CE, 03 de maio de 2019.

Italo Helânio de Oliveira Ribeiro

OUTORGANTE