

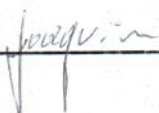


DEFENSORIA PÚBLICA GERAL
DO ESTADO DO CEARÁ

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

JOAQUIM SOUZA DA SILVA, BRASILEIRO, DIVORCIADO, EMPREGADO, PORTADOR DA CÉDULA DE IDENTIDADE Nº 2001034057276, COM CPF Nº 011.300.763-93, RESIDENTE E DOMICILIADO À RUA KALORE, N º 300, MURITI, CRATO-CE, TEL (88) 9 8841-1055. Declaro que sou pobre na forma da Lei e não posso arcar com custas processuais e honorários advocatícios sem prejuízo do próprio sustento e do de minha família, nos termos da Lei Federal nº 1.060 de 1950 e do Art. 5º, LXXIV, da Constituição Federal de 1988, razão pela qual requerem os benefícios da justiça gratuita e constitui, neste ato, a Defensoria Pública do Estado do Ceará para patrocinar seus interesses jurídicos, em feito administrativo ou judicial, independentemente de mandato, ressalvados os casos para os quais a lei exija poderes especiais, nos termos do que dispõe o art. 128, XI, da Lei Complementar nº 80/94, e o art. 5º, § 1º, da Lei Complementar Estadual nº 06/97.

CRATO – CE, 04 de abril de 2019.

 Joachim Souza da Silva
DECLARANTE

MINISTÉRIO DA FAZENDA



Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
011.300.763-93

Nome
JOAQUIM SOUZA DA SILVA

Nascimento
10/08/1986

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

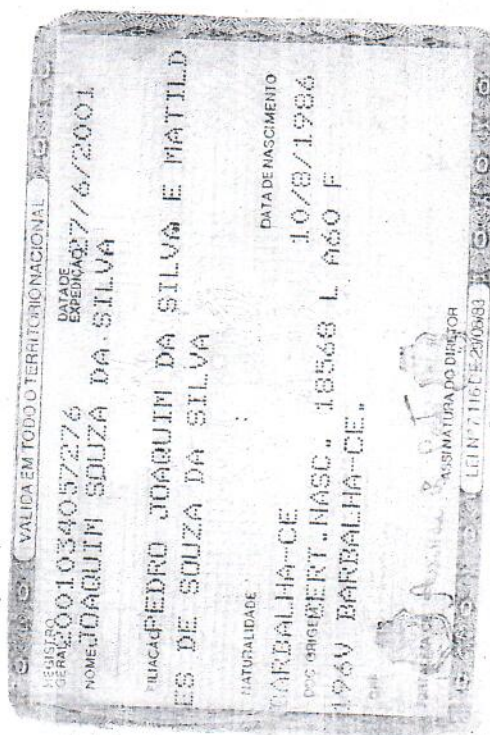


CÓDIGO DE CONTROLE
6134.58AE.5323.A943

A autenticidade deste comprovante deverá
ser confirmada na Internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 11:13:32 do dia 25/04/2016 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00



DADOS DO CLIENTE

Nome: JOSE SOARES DA SILVA FILHO

End. Entrega: RU CERELINO QUEIROZ F FILHO, 1025, FREI DAMIAO

Cidade: INCEIRO

CEP: 63031-210

End. Entrega:

Cidade:

CEP:

Local: 021

Setor: 001

Quadra: 0253

Lote: 0127

Comp: 0000

Subsetor: 00

Subquadra: 00

ECONOMIAS

Residencial: 001

Comercial: 000

Industrial: 000

Pública: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volumen(m³)	Média Semestral(m³)
ÁGUA	7120296902	173	492	9	11

DATAS

Leitura Atual: 07/12/2017

Emissão: 07/12/2017

Lacre Água: 1390509

Leitura Anterior: 06/11/2017

Próxima Leitura: 08/01/2018

Lacre Esgoto:

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 10/2017

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Exigidas	111	111	022	111	111
Analisadas	111	111	111	111	111
Em conformidade	111	111	110	113	111

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Constatamos debito de R\$ 27,22. Caso pago, desconsiderar.
RELATORIO DA QUALIDADE DA AGUA VEJA NO SITE CAGECE

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

Descrição	Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME	Esgoto (m³)
ÁGUA	23,10	Mês/Ano	Água (m³)
JUROS DE 0,0331 HO DIA	0,39	DEZ, 16	15
MULTA DE 2	0,53	JAN, 17	13
		FEB, 17	11
		MAR, 17	12
		ABR, 17	11
		MAI, 17	10
		JUN, 17	12
		JUL, 17	11
		AUG, 17	12
		SET, 17	11
		OCT, 17	11
		NOV, 17	11

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO

Descrição	Valor (R\$)	SUBSIDIO	Valor (R\$)
PIS	0,23	VALOR DO SERVIÇO	39,62
COFINS	1,14	VALOR DO SUBSIDIO	15,60
		VALOR TOTAL A PAGAR	24,02

MÊS/ANO

12/2017

VENCIMENTO

03/01/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

24,02

CÓDIGO PARA PAGAR POR FATURA: 1. 352967053810044 L: 0415 H: 10:41:31 R: 060 P: 001

Para mais informações, consulte o site www.cagece.com.br ou a Ouvidoria da Cagece: 3101.1918, de 8h às 17h e 13h às 17h. Ouvidoria estadual: 155. Site da ARCE: www.arce.ce.gov.br.
Entidades Reguladoras: ACFOR - Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental; 0800 285 1918. Demais localidades: ARCE - Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará: 0800 275 3838.

Central de Atendimento
Cagece
0800 275 0195

Cagece
MOBILE

É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme resoluções das Agências Reguladoras.

Mais informações pelo telefone: 0800 275 0195, nas lojas de atendimento, de 8h às 17h, no site www.cagece.com.br ou na Ouvidoria da Cagece: 3101.1918, de 8h às 12h e 13h às 17h. Ouvidoria estadual: 155. Site da ARCE: www.arce.ce.gov.br.
Entidades Reguladoras: ACFOR - Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental; 0800 285 1918. Demais localidades: ARCE - Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará: 0800 275 3838.

155
Ouvidoria do Estado

155
Ouvidoria do Estado

DADOS DO CLIENTE

Inscrição: 022518380

352967053810044 - 0415

Código do Responsável:

Mês/Ano: 12, 2017

Local: 021

Setor: 001

Quadra: 0253

Lote: 0127

Comp: 0000

Subsetor: 00

Subquadra: 00

Cidade: INCEIRO

Vencimento: 03/01/2018

Total (R\$): 24,02

82630000000 5 24020009300 5 02251838000 5 02005422015 5



		COMPANHIA ENERGÉTICA DO CEARÁ CNPJ 07.047.251/0001-70. C.G.F. 06.105.848-3 Rua Padre Valdevino, 150 CEP 60135 040 Fortaleza(CE)		NOVA PASTA Grupo B Série Livre - 1 NÚMERO	
DADOS DA EMPRESA					
ENDEREÇO RU KALORE 00300 BARRIO MURITI MUNICÍPIO CRATO				CEP 63000000 ESTADO	
RECIBO DE SEGUNDA VIA DE CONTA - SVA				CENTRO OPERATIVO CRATO	
Nº DO CLIENTE 8273246 - 9		ROTA: 07.011000.02.00134200		CLASSIFICAÇÃO: B1 - 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA	
MUNICÍPIO CRATO					
NOME CICERA IVANEIDE ANDRADE DE SOUZA					
ENDEREÇO RU KALORE 00300 - MURITI		CEP 63000000		SEQUENCIAL 3	
DOC 005 C.P.F. 032.792.503-58					
GRANDEZA		CÁLCULOS			
Mês/Ano	Vencimento	Cons. kWh	Valor em R\$		
12/2018	19/12/2018	170	143,75		
11/2018	19/11/2018	174	115,99		
10/2018	18/10/2018	147	97,48		
01/2019	07/01/2019	0	35,36		
01/2019	01/02/2019	0	14,63		
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA			TOTAL A PAGAR 407,21		
		RECIBO DE SEGUNDA VIA AGRUPADA-SVA			
COMPROVANTE ENEL		MUNICÍPIO CRATO			
Nº DO CLIENTE 8273246-9		ROTA 07.011000.02.00134200 TOTAL A PAGAR 407,21			
		838200000004-5 07210031000-9 00082732460-0 00031425206-1			
					



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



JOÃO F. FIGUEIREDO - Notário
Ulco de F. Martins - Substituto
Moura Matos - Escrevente

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 488 - 1967 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **NAO DELITUOSA**
Data / Hora da Comunicação: 24/01/2018 14:07:19
Data / Hora da Ocorrência: 02/12/2017 12:04:00
Endereço da Ocorrência: **AVENIDA TEODORICO TELES, 99**
Complemento:
Bairro:
Município: **CRATO/CE**
Ponto de Referência:

Noticiante(s)

Nome: **JOAQUIM SOUZA DA SILVA**
Nascimento: 10/08/1986 CPF: 011.300.763-99
RG: 2001034057276 Órgão Emissor: SSP
Filiação: **MATILDES DE SOUZA DA SILVA**
PEDRO JOAQUIM DA SILVA
Endereço: **RUA RECIFE, 4**
Bairro: **OSSIAN ARARIPE** CEP:
Município: **CRATO/CE**
País: **BRASIL** Telefone: (85) 98804-5077

Histórico

Afirma a noticiante, advertida das penalidades de falso testemunho e denúncia caluniosa que no dia, hora e local supra procurou atendimento médico no Hospital São Raimundo, na cidade de Crato-CE, pois sofrera um acidente de trânsito na cidade de Juazeiro do Norte-CE, momento em que deslocava-se para seu trabalho; QUE do acidente fraturou a falange do 5º dedo da mão esquerda; QUE na ficha de Atendimento Ambulatorial nº 457433 não consta que o noticiante fora vítima de acidente de trânsito ficando assim impedido de realizar o Boletim de Ocorrência de natureza "Acidente de trânsito", visto que é necessário preencher alguns requisitos e anexar documentação comprobatória, sendo um destes informar ao prontuário de atendimento médico que o paciente fora vítima de "acidente de trânsito". QUE sentiu-se prejudicado, então procurou a Defensoria Pública, esta por sua vez solicitou documentos para que o noticiante pudesse requerer, junto ao Hospital São Raimundo, ratificação de prontuário médico, sendo um destes, o Boletim de Ocorrência; QUE diante disto, veio registrar a presente ocorrência, e nada mais havendo, deu-se por encerrado o presente Boletim de Ocorrência.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

MARIA JULIETE PEREIRA SAMPAIO - MAT: 200624-1-0

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

* Joaquim Souza da Silva

VISTO DO DELEGADO(A):

INACIO MARCELA DE ALMEIDA LIMA - MAT: 200624-1-0

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

Data Emissão: 02/12/2017 12:2

N.Atendimento...: 457433
Data Atendimento: 02/12/2017 Hora:12:04
Médico Respons...: NARCIZO FRANCISCO FERREIRA FLO
Recepcionista...: JARLIANE
Setor Atend.....: CONSULTORIO
Convênio.: BPA SUS
Matricula: 162202966220001
Guia.:
Tipo de Atend...: AMBULATORIAL
Serviço: CONSULTA

=====IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE=====

Paciente.: JOAQUIM SOUZA DA SILVA
Dta Nasc.: 10/08/1986 - 31 Anos - Sexo: MASCULINO Est.Civil:SOLTEIRO
Endereço.: RUA RECIFE 4 CASA
Cep.....: 63132070 Bairro:OSSIAN ARARIPE
Estado....: CE Resp...: JOAQUIM SOUZA DA SILVA
Fone: 8898809507235233331
Pront: 22807
RG: 20010340572
Município:CRATO

DIAGNÓSTICO CONSULTA MÉDICA
Fratura fêmur se distal
CONDUTA
Moro E.

ENCAMINHAMENTO NATUREZA DO ATENDIMENTO
[] Resid. [] Ambul. [] Itern. [] Outro [] Clínica [] Cirurg [] Obst. [] Ped. [] Oftalmo. [] Outro

REQUISIÇÃO DE PROCEDIMENTOS

[] RAIO-X [] ULTRASSOM [] ENDOSCOPIAY

MOTIVO DO ATENDIMENTO
Torta luca imobilizada
DIAGNÓSTICO
Os dedos não seg.

PROCEDIMENTO

EXAMES

DATA DO ATENDIMENTO Data 18/11/18



Dr. (a) NARCIZO FRANCISCO FERREIRA FLORES
CRM: 007304 CPF: 40357740300

Paciente / Responsável





Rio de Janeiro, 06 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: JOAQUIM SOUZA DA SILVA
Nº Sinistro: 3180254039
Vítima: JOAQUIM SOUZA DA SILVA
Data do Acidente: 02/12/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: EVERARDO DE SOUSA LEITE

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180254039**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Boletim de ocorrência não conclusivo
- Comprovação de ato declaratório não conclusivo
- Certidão de casamento

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER 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

Carta nº 12920282