

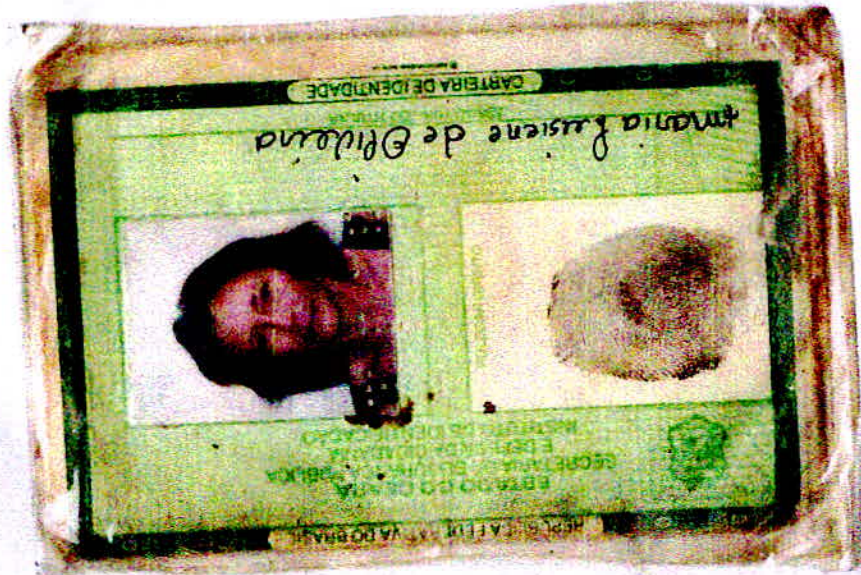
PROCURAÇÃO

Maria Auxiliene de Oliveira, brasileira, casada, pen-
tadora de RG de nº 2001.097.051-135 SSP/CE, inscrita no CPF sob
o nº 001.430.233-06, residente e domiciliada na Travessa Manoel
Rodrigues, nº 150, Sítio Tabuleiro Alto, Limoeiro do Norte-CE;

_____ ; pelo presente instrumento particular de procuração, nomeia e constituem seus bastantes procuradores, o Dr. CARLOS EDUARDO CELEDÔNIO, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/CE sob o número 18.628, com escritório profissional na Rua Cândido Olímpio G. de Freitas, 1058, Centro, Limoeiro do Norte/CE; a quem confere amplos poderes, com a cláusula Ad-Judícia, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, ou Procedimento Administrativo, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defende-lo (a) nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe, ainda poderes especiais para confessar, desistir, renunciar direitos, transigir, firmar compromisso ou acordos, receber e dar quitação, agindo em conjunto ou separadamente, podendo ainda substabelecer esta em outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, dando tudo por bom, firme e valioso, sempre no interesse do outorgado.

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

Maria Auxiliene de Oliveira
Requerente



CONFERE COM O ORIGINAL
(Art. 677, VII, § 2º da IN 77)
(Art. 425, IV do CPC)



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 09 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190020880

Vítima: MARIA LUSIENE DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 09/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FRANCISCO RENATO RAULINO DE OLIVEIRA

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), MARIA LUSIENE DE OLIVEIRA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequelas definitivas, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14167627

CONFERE COM O ORIGINAL
(Art. 677, VII, § 2º da IN 77)
(Art. 425, IV do CPC)
Carlos Eduardo Celedônio
OAB/CE 18628

Pag. 0152501526 - carta_04 - INVALIDEZ



Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por CARLOS EDUARDO CELEDONIO e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 23/04/2019 às 13:05, sob o número 00203911620198060115. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0020391-16.2019.8.06.0115 e código 47454D7

DECLARAÇÃO

Maria Lusiene de Oliveira, brasileira,
casada, inscrita no CPF sob o nº 001.430.233-06, portadora de RG
de nº 2001.097.051-135 SSP-CE, residente e domiciliada na
Travessa Manoel Rodrigues, nº 150, Sítio Tabuleiro Alto, Limoeiro
do Norte - CE;

**declaro perante à Justiça desta comarca, que sou pobre na
forma da Lei e que não posso pagar as custas processuais.**

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

Maria Lusiene de Oliveira
Requerente

CASA DE SAUDE MATERNIDADE CELESTINA COLARES
FICHA INDIVIDUAL DE ATENDIMENTO

Nº Atendimento: 1309 CNS: Data do Atend.: 09/09/2018 as 14:00:12
 Nome do Paciente: MARIA LUSIENE DE OLIVEIRA Data de Nasc.: 14/06/1956
 Endereço: ZILTAMIR CHAVES 620 TABULEIRO DO NORT Op: RONALDO
 Convênio: SUS PSF: CELESTINA COLARES Tipo Atend.: AMBULATORIAL - INDIVIDUAL
 Sexo: F Idade: 62a 2m 25d Est Civil: Esc.: Profissão:

Peso: () kg
 Sinais Vitais: P.A.: Sist. (120) Diast. (80) FC: (110) bpm FR: (18) irpm Temp: () °C

Proc.: 0301010072 CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA PS02 Cat 9670

Motivo do atendimento (Queixa principal + Anamnese)
 de note, Paciente última de archedu
 de 3 a TC e fuma a face
 Glasgow 15

Fatores de Risco: **Alergia:** **Class. Risco:** () ALTO (X) MODERADO () BAIXO
 OBS: **1**

HDA e Exame Físico: Escala de Glasgow 15
 Hta a 160 x 100 mmHg, fuma a face

Hipótese Diagnóstica Provável / Atendimento **Data 1º Sintomas**
 TC, fuma a face, escala de Glasgow 15

Procedimentos complementares solicitados: () Patologia Clínica () Radiologia () Exame Prevenção
 TAC de crânio () Ultrassom Obstétrico () Outros

Demais Procedimentos Realizados **Ass. Executor** **Conselho Classe**
 Hda com 500 mg de Suo e 500 mg de SDC 500 mg, 56007 e 500 mg de SDC 500 mg

Encaminhamentos / Destino do Paciente: **Se o paciente ficou em observação MARQUE AQUI ()**
 () 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 TRÂNSITO? **Se positivo assinale o tipo de condução da vítima:**
 () SIM () NAO () MOTO () CARRO () BICICLETA () PEDESTRE () OUTROS

Assinatura do Paciente ou Resp. **KAREL RICARDO COLLAZO**
 Passa rouca vesical de 1/2
 Dr. Karel Ricardo Collazo
 MÉDICO
 CRM-CE 18638
CONFERE COM O ORIGINAL
 (Art. 677, VII, § 2º da IN 77)
 (Art. 425, IV do CPC)
 Carlos Eduardo Celedônio
 OAB/CE 18628



ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE TABULEIRO DO NORTE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
E-mail: coordenapsf@gmail.com



Sistema
Único
de Saúde
Ceará

FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem: H. Tabuleiro do Norte

Distrito Sanitário: _____ Município: Tabuleiro do Norte

Nome: M^{te} Luíza da Oliveira Prontuário N°: _____

Sexo: M () F () Idade: 62 Ocupação: _____

Endereço: 550 doas Bairro: _____

Motivo do Encaminhamento: Distúrbio na fala e odontia após

cardiaca de um ano, com TAC de maxila

Resultados de Exames: Exames de maxila e zigomaxila

Conduta já realizada: Exames de maxila e zigomaxila

Impressão diagnóstica: Exames de maxila e zigomaxila

Assinatura do Encaminhante - n° Registro: 11200

Função: Medico C.I.D.: 09107100 Data: 17/02 Hora: 17:20

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: Ambulatorial () Hospitalar (x) Auxílio Diagnóstico ()

Especialidade: _____ Profissional: Platão

Unidade de Saúde: H. Tabuleiro do Norte Data: _____ Hora: _____

FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA (*)

Nome: _____ Sexo M () F () Idade: _____

Unidade de Referência: _____

Município: _____ Prontuário N° _____ Alta: _____ / _____ / _____

Resumo Clínico: _____

Resultado dos Exames: _____

Diagnóstico: _____ C.I.D.: _____

Conduta Realizada: _____

O problema justificou a referência? SIM ☐ NÃO ☐

O motivo da referência coincide com o diagnóstico? SIM ☐ NÃO ☐

CONFERE COM O ORIGINAL
(Art. 677, VII, § 2º da IN 77)
(Art. 425, IV do CPC)
Carlos Eduardo Celedônio
OAB/CE 18623

CONFERE COM O ORIGINAL
(Art. 677, VII, § 2º da IN 77)
(Art. 425, IV do CPC)
Carlos Eduardo Celedônio
OAB/CE 18628

Registro de Atendimento Emergencial

Por: MARIA DE NAZARE PINHEIRO UCHOA

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL				DATA/HORA: 12/09/2018 09:11:11	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE					
CNS: 704103132873570	NOME: MARIA LUSIENE DE OLIVEIRA		Registro: 5580263		
CPF: 00143023308	RG: 2001097051135	D. NASC: 14/06/1964	ESTADO CIVIL:	SEXO: F	RAÇA/COR: Parda
NOME DA MÃE: RAIMUNDA COSTA DE OLIVEIRA			NOME DO PAI: RAIMUNDO ROSENO DE OLIVEIRA		
TIPO DE LOGRADOURO: Rua	ENDEREÇO DO PACIENTE: ODETE RODRIGUES		Nº: 95	BAIRRO: CENTRO	
COMPLEMENTO:	TELEFONE: 998193856	MUNICÍPIO: SAO JOAO DO JAGUARIBE	UF: CE	CEP: 62965000	
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL					
NOME: AMB/ SAO JOAO DO JAGUARIBE		PARENTESCO: FILHAMARIA		TELEFONE: 998193856	
ACIDENTE DE TRABALHO					
TIPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:	COSIDO DO CNAER:		
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO					
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motociclista, Acidente de transporte sem colisão. Inclui: capotamento, queda ou projeção de uma motocicleta					
QUEIXAS: politrauma há dias, ecg15					
OBSERVAÇÕES:					
SINAIS VITAIS					
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Publica	Escala de Dor: Moderado		PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: AMARELO		
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO: CLINICA MEDICA					
ATENDIMENTO MEDICO					
Anamnese: Queda de moto último domingo ci fratura de costela na tórax e lesões bulbosais MIE					
Exame Físico: ECC 15					
Conduta: - AO BMP e avaliação CTQ					
TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:					
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:					
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:					
DATA E HORA DO ATENDIMENTO: 12/09/18		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA: Dr. Otílio José Nicolau Medicina Interna CREMEC 11959			

ARQUIVO GERAL. LEIA ESTA CÓPIA
CONFERE COM O ORIGINAL
DATA 25/02/2019
Assinatura: [assinatura]

INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA		Prefeitura de Fortaleza
FC: 36	Sat O2: 98%	
T(°C):	GLICEMIA:	
GLASCOW: 0	V/S M	
* Glicemia Se Glasgow < 8, TCE e História de Diabetes		
Rua Barão do Rio Branco, 1816 - Centro - CEP 60.025-061 Fortaleza, Ceará, Brasil. (085) 3255.5000		



PARECER MÉDICO - ESPECIALIDADE:

BMF

Data: / / às : h

Paciente vítima de trauma e par. Evolu. atendida
As exames físicos apresentando dor de cabeça, náuseas, vômitos,
hemiparesia lateral, incontinência urinária e fecal.
Exames de imagem: tomografia computadorizada de crânio e pescoço
mostrando fratura de C6.

CONDIÇÃO:

Alto + Retorno

0301050081

CONSULTA MÉDICA

ASSINATURA/CARIMBO MÉDICO:

PARECER MÉDICO - ESPECIALIDADE:

CTA

Data: / / às : h

histórico de traumatismo no
CTA (queimaduras) em duas
áreas. Sequela de queimadura
de 2º e 3º graus.

CONDIÇÃO:

Buco facial e Trauma

Retorno

ASSINATURA/CARIMBO MÉDICO:

PARECER MÉDICO - ESPECIALIDADE:

0301050081

CONSULTA MÉDICA

Data: / / às : h

CONDIÇÃO:

ASSINATURA/CARIMBO MÉDICO:

PARECER MÉDICO - ESPECIALIDADE:

Data: / / às : h

CONDIÇÃO:

ASSINATURA/CARIMBO MÉDICO:

PRESCRIÇÃO MÉDICA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

APRAZAMENTO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Sinais Vitais/MT (h) SN(h)

P.A:

T:

FC:

FR:

DESTINO - TRANSFERÊNCIA / ALTA

☐ Transferência

☐ Óbito

☐ Internação

☐ Alta Médica

☐ Alta à pedido

☐ Evasão

Data: / / às : h Ass./Carimbo Médico:

ÓBITO

Antes dos Primeiros Socorros: ☐ Sim ☐ Não

Data: / / às : h

Destino do corpo: ☐ PEFOCE ☐ SVO ☐ FAMÍLIA(D.O) Ass./Carimbo Médico:

CONFERE COM O ORIGINAL

(Art. 425 do CPC)

Carlos Eduardo Celedônio
OAB/CE 18628

Nome: MARIA LUZIENE DE OLIVEIRA

Data do Exame: 09/10/2018

Idade: 53 anos, 3 meses e 25 dias

Protocolo: 197478697



Num. Paciente: LIMOEIRO-13423 084540

Exame Num: LIMOEIRO-084540

Pagina 1 de 1

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CRÂNIO

Método

Exame realizado em tomógrafo helicoidal com múltiplas fileiras de detectores, sem a injeção intravenosa do meio de contraste.

Análise

Leve proeminência do sistema ventricular.

Leve hipotenuação da substância branca periventricular, comumente associada a gliose / microangiopatia.

Cisternas e sulcos corticais levemente proeminentes.

Restante do parênquima encefálico com morfologia e atenuação preservadas.

Não há efeitos de massa, sinais de sangramento intracraniano recente ou de coleções extra-axiais nos cortes obtidos.

Fratura cominutiva das paredes lateral e inferior da órbita direita e paredes superior, anterior e posterior do seio maxilar direito e do arco zigomático. Espessamento mucoso lobulado do seio maxilar direito.

Dr(a): LENINA DA ROCHA PITTA MARIN
CRM: 150777 - SP

Laudo assinado e liberado eletronicamente

Para acessar seu exame na INTERNET: <http://brasiltmi.com.br/resultados> e insira o protocolo: 197478697

CONFERE COM O ORIGINAL

(Art. 677, VII, § 2º da IN 77)

(Art. 425, IV do CPC)

Carlos Eduardo Celedônio
OAB/CE 18628

Nome: MARIA LUZIENE DE OLIVEIRA
Data do Exame: 09/09/2018
Idade: 53 anos, 2 meses e 26 dias
Protocolo: 229641



Num. Paciente: LIMOEIRO-13423 15458

Exame Num: LIMOEIRO-15458

Página 1 de 1

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CRANIO

METODOLOGIA:

Exame realizado com tomógrafo multislice através de aquisições volumétricas seguidas por reformatações multiplanares em Workstation. Não foi empregado contraste endovenoso.

ANÁLISE:

- Sistema ventricular de morfologia e dimensões normais.
- Sulcos, fissuras e cisternas do encéfalo usuais para a faixa etária.
- Parênquima encefálico com coeficientes de atenuação normais.
- Estruturas componentes da fossa posterior sem anormalidades ao método.
- Linha média sem desvios.
- Não são observadas calcificações patológicas.
- Ausência de coleções extra-axiais.

COMENTÁRIO FINAL:

Tomografia computadorizada do crânio sem alterações detectáveis ao método.

OBS: Fraturas oblíquas localizadas no osso maxilar direito, estendendo-se para o esfenoide e arco zigomático ipsilaterais, com hemossinus e envolvimento do assoalho da órbita associados. Convém correlação com exame específico.

Dr(a): TIAGO HOLANDA BEZERRA
CRM: 10041 - CE

Laudo assinado e liberado eletronicamente

CONFERE COM O ORIGINAL
(Art. 677, VII, § 2º da IN 77)

(Art. 425, IV do CPC)

Carlos Eduardo Celedônio
OAB/CE 18628

Para acessar seu exame na INTERNET: <http://brasilmti.com.br/resultados> e insira o protocolo: **229641**

**VALEIMAGEM**

Paciente MARIA LUSIENE DE OLIVEIRA
Médico PEDIDO PROPRIO
Data 11/10/2018
Formulário 79757

RX ANTEBRAÇO DIREITO (AP/P)**LAUDO RADIOLÓGICO**

Fratura transversa na região metafisária distal do rádio, já com calo ósseo bem expressivo.

Superfícies e espaços articulares íntegros.

Partes moles normais.

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

SELVARA

Todo exame deve ser guardado para futuras comparações. Traga-o consigo na próxima visita. **CONFERE COM O ORIGINAL**

(Art. 677, VII, § 2º da IN 77)

(Art. 425, IV do CPC)

Carlos Eduardo Celedônio
OAB/CE-18628

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE TABULEIRO DO NORTE

Impresso nº 2018179546



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 555 - 1180 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **25/10/2018 09:39:36**
Data / Hora da Ocorrência: **09/09/2018 13:40:00**
Endereço da Ocorrência: **RODOVIA BR 116**
Complemento:
Bairro:
Município: **TABULEIRO DO NORTE/CE**
Ponto de Referência: **PEIXE GORDO**

**Noticiante(s)**

Nome: **MARIA LUSIENE DE OLIVEIRA**
Nascimento: **14/06/1964** CPF: **001.430.233-06**
RG: **2001097051135** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **RAIMUNDA COSTA DE OLIVEIRA**
RAIMUNDO ROSENO DE OLIVEIRA
Endereço: **RUA DETE RODRIGUES, 87**
Bairro: **CENTRO** CEP:
Município: **SAO JOAO DO JAGUARIBE/CE**
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 99943-7627**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **OSQ1686** Uf: **CE** Município: **SAO JOAO DO JAGUARIBE** Chassi: **9C2KC1650ER013703** Renavam: **597696969** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 150 TITAN ESD** Ano Fabricação: **2013** Ano Modelo: **2014** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **VERMELHA** Proprietário: **FRANCISCA MARIA LUCAS ANASTACIO** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

Informa a noticiante que quando vinha de Limoeiro do Norte para São João do Jaguaribe, próximo a ponte de Peixe Gordo um porco atravessou a BR 116, mas não deu tempo o condutor da motocicleta parar, vindo a colidir com referido animal; QUE, o condutor do veículo era JOSÉ CLEUDIVAN DE LIMA, filho de ZACARIAS ELIZEU e MARIA CREUSA DO NASCIMENTO, nascido em 19/05/1980, RG 20160614761 SSPDS/CE e CPF nº 633.197.21-72; QUE, a noticiante vinha na garupa da motocicleta de PLACA OSQ-1686/CE; QUE, foi socorrida pela ambulância de Tabuleiro do Norte para a Casa de Saúde Maternidade Celestina Colares de Tabuleiro do Norte; QUE, em razão do acidente teve "FRATURA OBLÍCUAS LOCALIZADAS NO OSSO MAXILAR DIREITO, ESTENDENDO-SE PARA O ESFENÓIDE E ARCO ZIGOMÁTICO IPSILATERAIS, COM HEMOSSINUS E ENVOLVIMENTO DO ASSOALHO DA ÓRBITA ASSOCIADOS.", bem como "FRATURA TRANSVERSA DA REGIÃO METAFISÁRIA DISTAL DO RÁDIO". E nada mais disse e lhe foi perguntado

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE TABULEIRO DO NORTE**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:***Maria Lusiene de Oliveira***CONFERE COM O ORIGINAL**

DELEGACIA MUNICIPAL DE TABULEIRO DO NORTE

Consolidado em: 25/10/2018 10:21:18

(Art. 677, VII, § 2º da IN 77)

(Art. 425, IV do CPC)

Carlos Eduardo Celestino
OAB/CE 18623



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



Impresso nº 2018179546

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 555 - 1180 / 2018

LINAMÁRIA DE MELO OLIVEIRA - MAT.: 30089510

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: *Amario Resiane de Oliveira*

VISTO DO DELEGADO(A) : *[assinatura]*

VICENTE DESSOTO CAVALCANTI - MAT.: 30120426



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 014413228924
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 01 CÔD. RENAVAM 597696969 R.N.T.R.C. 0000000000 EXERCÍCIO 2018

NOME
FRANCISCA MARIA LUCAS ANASTACIO

SÃO JOÃO DO JAGUARIBE /CE

CPF / CNPJ 79423736300 PLACA USQ1686/CE

PLACA ANT. / UF /CE CHASSI 9C2KC1650ER013703

ESPÉCIE TIPO PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC. COMBUSTÍVEL GASOL/ALCO

MARCA / MODELO HONDA/CG 150 TITAN ESD ANO FAB 2013 ANO MOD. 2014

CAP. POT. / CIL 2P/OCV/149CC CATEGORIA PARTIC COR PRIM. DOMINANTE VERMELHA

COTA ÚNICA ***** VENC. COTA ÚNICA **/**/** VENC. COTAS 1*
IPV A FAIXA LPVA ***** PARCELAMENTO / COTAS ***** 2*
***** 3*

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

OBSERVAÇÕES

LOCAL SÃO JOÃO DO JAGUARIBE DATA 20/08/2018

Igor Ponte
Superintendente DETRAN-CE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

CE Nº 014413228924 BILHETE DE SEGURO DPVAT

79423736300 OSQ1686/CE

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 0800 022 1204

014413228924 83914167144

EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 20/08/2018

VIA 01 CPF / CNPJ 79423736300 PLACA OSQ1686

RENAVAM 597696969 MARCA / MODELO HONDA/CG 150 TITAN E

ANO FAB 2013 CAT. TARE PART Nº CHASSI 9C2KC1650ER013703

PRÊMIO TARIFÁRIO

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

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGADO PELO SEGURO (R\$)

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 00/00/0000

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

MOTOR: KC16E5E013703 07152



CONFERE COM O ORIGINAL
(Art. 677, VII, § 2º da IN 77)
(Art. 425, IV do CPC)



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | Nº **565917694**

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135 040 | Fortaleza CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 | 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
MAR/2019

Utilize o nº abaixo sempre
que entrar em contato conosco

Nº DO CLIENTE
820921 DV **9**

VENCIMENTO
26/03/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)
0,00

Rota 09 025060 01 0130000 Medidor 11989863 Poste 0000 0000
Nome ERISNALDO DA COSTA MAIA
Endereço Postal

End. da Unidade Consumidora TRV MANOEL RODRIGUES 00150 ST TAB ALTO LIM. DO NORTE
62930000

RG / CPF / CNPJ 001.800.153-03 CGF

Classe B1 - 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA Fator de Potência 0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual	Leitura Anterior	Constante	Consumo (kWh)	Consumo Incl.	Consumo Faturado
8683	8634	1	49	0	49

DESCRIÇÃO DA CONTA

Quantidade x Tarifa = Valor (R\$)

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/ Apresentação	Prev. Próxima Leitura
15/03/2019	12/04/2019

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

AB6C.FD45.1532.C327.54F3.33A8.BA1D.8466

ICMS

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

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

OUTROS PAGAMENTOS

SALDO PARA PAGAMENTO FUTURO	-26,17
JUROS DO MES	0,28
MULTA MORATORIA	0,90

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO ₂)	Compensado kg (CO ₂)	Consciência Ecológica(%CO ₂)
		0 100

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

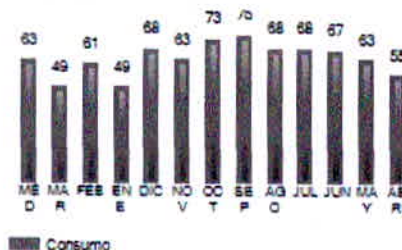
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 11,73

Conjunto LIMOEIRO DO NORTE

Mês JAN/ 2019

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

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



autenticação mecânica cliente

Nº do Cliente: **820921-9** Nº da Nota Fiscal: **565917694** Total a Pagar (R\$): **0,00**
Data de Emissão: **11/04/2019** Referência: **MAR/2019** Nº de Controle:

FATURA PAGA, NÃO RECEBER

CONFERE COM O ORIGINAL
(Art. 677, VII, § 2º da IN 77)
(Art. 425, IV do CPC)
Carlos Eduardo Celedônio
OAB/CE 18628