

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA" E "ET EXTRA"

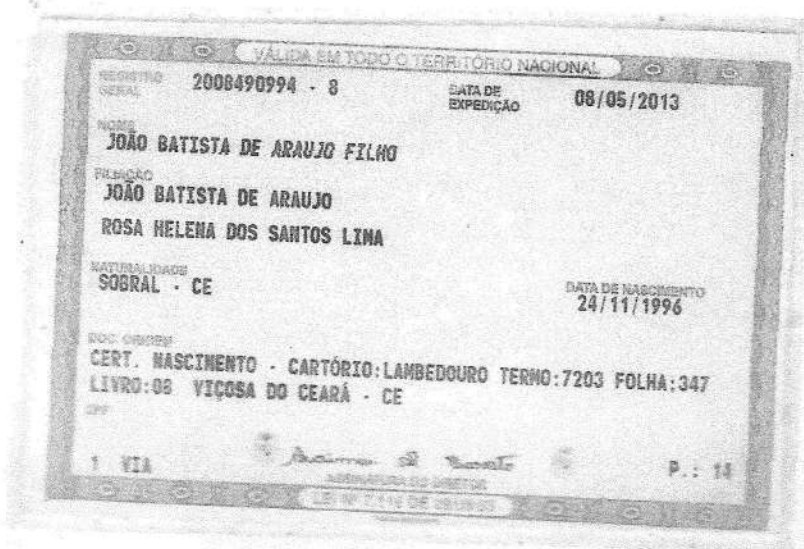
OUTORGANTE(S): João Batista de Araújo Filho,
brasileiro(a), solteiro (estado civil), agricultor (profissão),
portador (a) da cédula de identificação RG nº 200.8490994-8,
devidamente inscrito no CPF sob nº 070.526.303-70, residente e
domiciliado no Sto Cipriano
Viçosa do Ceará.

OUTORGADO(S), CARLOS ANTONIO BRITO DE OLIVEIRA, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE sob o Nº 31.972 e NATHANIEL MENDES DE VASCONCELOS, brasileiro, solteiro, advogado inscrito na OAB/CE sob o nº 34.325, ambos com escritório situado à Rua Padre José Beviláqua, nº 022, Bairro Centro, Viçosa do Ceará/CE, CEP 62300-000.

PODERES: Por este instrumento particular de procuração, nomeia e constitui seu bastante procurador e advogado, o outorgado acima qualificado, para o fim de representá-la com amplos poderes para o foro em geral, com a cláusula "ad judicium" e "et extra", em qualquer Fórum ou Tribunal, órgão ou instância administrativa Federal, Estadual ou Municipal, podendo propor contra quem de direito as ações cabíveis e defendê-la nas contrárias, seguindo umas e outras até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe(s), ainda, poderes especiais para confessar, transigir, desistir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, podendo ainda, substabelecer esta na pessoa de outrem, com ou sem reservas de iguais poderes dando tudo por bom, firme e valioso.

Viçosa do Ceará/CE, 08 de Outubro de 2015.

João Batista de Araújo Filho
(nome)
CPF nº 070.526.303-70



Nº DO CLIENTE
2176922-2
 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 Valdevino, 150
 CEP 60135-040 | Fortaleza CE
 CNPJ 07042251/0001-70 | CGF 06.105.848-3



CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº
 Rota 29 31142 01 008500 - 8 520806215
 Nome JOAO BATISTA DE ARAUJO Data de Emissão 11/04/2018
 End. Postal ST CIPUAL 00000
 LESTE - VICOSA CEARA - 62300000
 Medidor 9558507 Poste 0000 0000
 Classe 04-RURAL 01-AGROPECUARIA MONOFASICO
 RG / CPF / CNPJ 00000000000062605883 CGF
 Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência	Data de Apresentação	Previsão Próxima Leitura
Abr/2018	11/04/2018	11/05/2018

ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO
 Veja a legenda no verso desta conta.
 Conjunto VICOSA DO CEARA
 Mês: Fev/2018
 DICI = 0,00 P
 EUSD 11,18

ICMS

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

Padrão Individual

Mensal			Trim.			Anual		
DIC	5,31	10,62	21,25	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
FIC	3,23	6,47	12,95	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
DMIC	3,03							

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL
 E703.2441.3045.FA30.0EFD.5AB4.0F33.5A93

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (KWh)	Cons. Incl.	Cons. Fat.	Tarifa (R\$/KWh)	Valor (R\$)
FP 13340	13273	1,00	67	0,00	67	0,35081	23,63
11/04/18	12/03/18		30 DIAS		67		23,63
VALOR CONSUMO DO MES							23,63
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL							2,70
COB. SALDO FATURA ANTERIOR							31,19

VENCIMENTO 11/05/2018 **TOTAL A PAGAR (R\$)** 57,52

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	11,04
Transmissão	1,10
Distribuição	7,49
Encargos Setoriais	2,59
Tributos (PIS, COFINS)	1,41
TOTAL	23,63

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

Mês	Consumo (KWh)
81	67
82	100
83	107
84	80
85	78
86	74
87	78
88	74
89	78
90	74
91	78
92	74

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.	Compensação kg (CO ₂)	Consciência Ecológica (%CO ₂)
Emitido kg (CO ₂)	23,96	0,00

CONTAS EM ATRASO

AVISO DE DÉBITO (ENCERTE): Informamos existir débitos vencidos sem acréscimos legais até esta data, no valor de R\$ 34,71. Seu fornecimento de energia poderá ser suspenso em até 90 dias contados a partir da fatura vencida e não paga.

DÉBITOS ANTERIORES

Mês/Ano	Valor
11/2008	11,22
12/2008	13,80
02/2009	9,69

Consta desta fatura R\$ 1,41 referente a PIS e COFINS. Alíquotas: PIS: 1,08% e COFINS: 4,94%
 (Lei nº 9.990 de 1995 - ANEEL e Lei nº 10.637 de 2002 e 10.638 de 2002)
 Para este mês a bandeira será verde, sem custo adicional para os consumidores. Mais informações em www.aneel.gov.br

Declaração de Residência

(Lei nº 7.115/53)

Eu, João Batista de Araújo Filho, abaixo assinado, brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão agricultor, portador(a) do RG nº 3008490994-8 SSP/CE e CPF nº 070.526.303-70 filho de pai João Batista de Araújo e mãe Rosa Helena dos Santos Lima DECLARO, para os devidos fins, conforme artigo 1º da Lei 7.115/83, que sou residente e domiciliado na Sítio Cipuade, nº 5A, bairro rural, na cidade de Vicosa do Ceará - _____, ponto de referência (próximo à) _____.

DECLARO ainda ser conhecedor das sanções civis, administrativas e criminais a que estarei sujeito, caso o quanto aqui declarei não porte estritamente a verdade.

Por ser a expressão da verdade, firmo a presente declaração para que surta seus efeitos legais.

Vicosa do Ceará - CE, 08/10/2018.

João Batista de Araújo Filho

DECLARAÇÃO DE POBREZA

Eu João Batista de Araújo Filho
 nacionalidade brasileiro, estado civil solteiro
 profissão agricultor, RG nº 2008490994-8 SSP/CE
 CPF nº 070.526.303-70, residente e domiciliado(a) na
Sítio Cipriano, nº , bairro ruel
 na cidade de Vitoria do Ceará, venho por meio desta, Declarar, nos
 termos da Lei nº 7.115, de 29 de agosto de 1983 e, para todos os fins de direito, que
 não possuo condições financeiras de arcar com o pagar com o pagamento de custas
 processuais, honorários advocatícios e demais cominações legais sem prejuízo próprio
 e familiar, vindo requerer perante este Nobre Juízo, os benefícios da Justiça Gratuita
 sob as penas da Lei.

Declaro ainda, que tenho conhecimento das sanções penais que estarei sujeito caso
 inverídica a declaração prestada, sobretudo a disciplina no art. 299 do Código Penal.

Por ser verdade, firmo o presente.

Vitoria - Ce, 08 de Outubro de 20 18.

João Batista de Araújo Filho

Assinatura



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 570 - 1119 / 2017

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **12/07/2017 09:07:25**
Data / Hora da Ocorrência: **23/05/2017 15:00:00**
Endereço da Ocorrência: **SITIO CARAUBAS**
Complemento:
Bairro:
Município: **VICOSA DO CEARA/CE**
Ponto de Referência:



Noticiante(s)

Nome: **JOÃO BATISTA DE ARAUJO FILHO**
Nascimento: **24/11/1996** CPF: **070.526.303-70**
RG: **2008490994** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
Filiação: **ROSA HELENA DOS SANTOS LIMA**
JOÃO BATISTA DE ARAUJO
Endereço: **SITIO CIPOAL**
Bairro: **ZONA RURAL** CEP: **62.300-000**
Município: **VICOSA DO CEARA/CE**
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 9268-0754**

Histórico

O NOTICIANTE AFIRMA QUE AO CONDUZIR O VEÍCULO HONDA/CG150 FAN ESDI, ANO 2014, VERMELHA, PLACA ORU 5710, CHASSI 9C2KC1680ER512377, DE PROPRIEDADE DE JOSE SILVA DE SOUSA, ENVOLVEU-SE EM ACIDENTE DE TRANSITO, QUANDO AO PASSAR POR UM AREAL, PERDEU O CONTROLE DO VEÍCULO, CHEGANDO O MESMO A CAIR AO CHÃO, FICANDO COM LESÕES CORPORAIS CONFORME OS DOCUMENTOS EM ANEXO. ESTE B.O. É PARA FINS DE DPVAT.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE VICOSA DO CEARA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: 
SERGIO HENRIQUE OLIVEIRA FERREIRA - MAT.: 300265-1-9

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: João Batista de Araújo Filho

VISTO DO DELEGADO(A): GREGÓRIO JOSE DE OLIVEIRA NETO - MAT.: 198805-1-6





 Buscar no site

A COMPANHIA ▾ SEGURO DPVAT ▾ PONTOS DE ATENDIMENTO (/Pontos-de-Atendimento) CENTRO DE DADOS E ESTATÍSTICAS ▾ SALA DE IMPRENSA ▾ TRABALHE CONOSCO ▾ CONTATO ▾

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

Nova Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma segu 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3180286804 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA JOAO BATISTA DE ARAUJO FILHO

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO MARIA GECINEIDE FERREIRA NOBRE COR. SEGUROS EIRELI

BENEFICIÁRIO JOAO BATISTA DE ARAUJO FILHO

CPF/CNPJ: 07052630370

Posição em 10-08-2018 08:12:52

Seu pedido de indenização foi negado. Enviamos carta, para seu endereço, com mais informações sobre a conclusão da análise do seu proce

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
08/08/2018	Negativa Técnica - Sem sequelas	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/6i+GG4UWKytqbj7I1UYtPw==/QthJGxu2Yh3rapi_key=Vqnt69mayV3WNnWi__wpyvcRINRBfC15ITFHjVryYRvo=)
27/06/2018	Interrupção de Prazo	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/LFom7WVJM85bkZOcwR3qcw==/mLeUKMapi_key=Vqnt69mayV3WNnWi__wpyvcRINRBfC15ITFHjVryYRvo=)
26/06/2018	Aviso de Sinistro	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/x2nSZoCwfiVjvND1a4ePA==/CiPuVRbBx4api_key=Vqnt69mayV3WNnWi__wpyvcRINRBfC15ITFHjVryYRvo=)

ACESSIBILIDADE

 (/Pages/Acessibilidade.aspx)
  (/Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx)

A A A O

COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

Documentos Despesas Médicas (/Pages/Documentacao-Despesas-Medicass.aspx)

Documentos Invalidez Permanente (/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx)

Documentos Morte (/Pages/Documentacao-Morte.aspx)

Dicas Indispensáveis (/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)

Tiongue



FICHA DE REFERÊNCIA

mãe: Rosa Helena dos Santos Lima



SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS / CEARÁ 329 300 30909

Unidade de Origem: _____

Distrito Sanitário: _____

Município: _____

Nome: João Batista de Araújo Filho

Prontuário Nº: _____

Sexo: ☒ M ☐ F Data de Nascimento: 29 / 11 / 1996 Ocupação: _____

Endereço: St. Cipriano

Bairro: _____

Município: Vigama - CE

Fone: _____

Motivo do Encaminhamento:

Acidente no celeiro +
ferimento (cortado) pulso Dn.

Resultado do(s) Exame(s):

Exames: Fratura proximal radial +
luxação

Conduta já Realizada:

Impressão Diagnóstica: Fratura pulso Dn.

Fatima Cíntia S. P. da Cunha
CPF: 768.617.763-15
SECRETARIA DE SAÚDE

Assinatura do Encaminhante - N° Registro
Dr. Regis Monte Freire
CLÍNICA MÉDICA - 13.516

Função

Data

Hora

AGENDAMENTO

Encaminhamento para Atendimento:

☐ Ambulatorial

☐ Hospitalar

☐ Auxílio Diagnóstico

Procedimento: _____

Profissional: _____

Unidade de Referência: _____

Assinatura do Encaminhante - N° Registro

Função

Data

Hora

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA(*)

Unidade de Referência: _____

Município: _____

Prontuário Nº: _____

Data da Alta: ____/____/____

Resumo Clínico / Cirúrgico:

Confere com Original
19/04/18
Arquivista
Sociedade Beneficente São Camilo

Resultado do(s) Exame(s):

Diagnóstico: Principal

CID: _____

Secundário 1

CID: _____

Secundário 2

CID: _____

Proposta de Consulta para seguimento:

O problema justificou a referência? Sim ☐ Não ☐ O motivo da referência coincide com o diagnóstico? Sim ☐ Não ☐

Assinatura do Consultante - N° Registro

Função

Data

DADOS DO PACIENTE

Identificador	Atendimento	Nome do Paciente	CNS	Guia de Autorização
174274	0010	JOAO BATISTA DE ARAUJO FILHO	160339835570008	
Documento(s)	CPF: 070.526.303-70	Estado Civil	Sexo	
		Solteiro(a)	Masculino	
Data de Nascimento	Local	Idade		
24/11/1996	SOBRAL/CE	20 Ano(s)		
Pai	Mãe			
JOAO BATISTA DE ARAUJO	ROSA HELENA DOS SANTOS LIMA			
Endereço	Bairro	CEP	Município	UF
SITIO CIPAL, SN	ZONA RIURAL	62300-000	VICOSA DO CEARA	CE
Profissão	Empresa	Cônjuge	Telefone	
ESTUDANTE			88 96693526	
Responsável	CPF do Responsável	Endereço	Município	UF
JOAO BATISTA DE ARAUJO FILHO		SITIO CIPAL, SN	VICOSA DO CEARA	CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento	Hora	Convênio	Matrícula	CID
20/06/2017	07:40	SUS		
Profissional do Atendimento	CRM/UF	Tipo Atendimento		
DANILLO CONSERVA ARRUDA	16409/SP	RETORNO		
Indicador de Acidente	Funcionário			
	RENARA AGUIAR FONTENELE			

Observação

Data/Hora Liberação	Tipo de Saída
___/___/___ às ___ hs.	() Alta () Internação () Óbito

Sinais Vitais

Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)	R (mpm)	PA (mmHg)

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

Punho

Arquivado em 20/06/2017
07:41:04

Confere com Original
19/04/18
Arquivista
Sociedade Beneficente São Camilo

Ex. node de hf @

Ex. sonolento

cf. fch hrc

Dr. Danilo Conserva Arruda
ORTOPEDIA E TRAUMA
CRMCE 16409

DANILLO CONSERVA ARRUDA - CRM: 16409

Expendido - 04
Gessado 15 - 01

20 06 17

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: JOAO BATISTA DE ARAUJO