

PROCURAÇÃO AD JUDICIA

OUTORGANTE

NOME:	Antonio Calixto da Silva
ESTADO CIVIL:	Solteiro
PROFISSÃO:	Autônomo
DOMICILIO:	Rua Pery Barbosa Barrocas 1556
RG/CPF/PIS PASEP:	96002227015

OUTORGADOS

JORGE ULISSES E SILVA FERREIRA LIMA, inscrito na OAB/CE sob o nº. 29.690, com escritório profissional situado na Rua Hercilio Pinheiro, nº 329, CEP 62960-000, Centro - Tabuleiro do Norte-CE.

Por meio do presente instrumento são outorgados amplos poderes, inerentes ao bom e fiel cumprimento deste mandato, bem como para o foro em geral, conforme estabelecido no artigo 105 da Lei nº 13.105, de 16 de março de 2015 (Código de Processo Civil), e os especiais para transigir, fazer acordo, firmar compromisso, substabelecer, renunciar, desistir, reconhecer a procedência do pedido, receber intimações, receber e dar quitação, praticar todos atos perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, e órgãos da administração pública direta e indireta, praticar quaisquer atos perante particulares ou empresas privadas, recorrer a quaisquer instâncias e tribunais, podendo atuar em conjunto ou separadamente, dando tudo por bom e valioso.

Local: Fontaleza/ce Data: 06/03/2020

Antonio Calixto da Silva
OUTORGANTE



MUNICÍPIO DE FORTALEZA - CEARÁ

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

NOME: Antonio Calixto da Silva

RG: 96002227015 **SSP/ e CPF:** 527.946.443-00

DECLARA de sua consciência e bem da verdade que VIVE E RESIDE em:

Logradouro: Rua Pery Barbosa Barboza

Complemento:

Bairro: Campo Novo **CEP:** 63.900-000

Que a presente declaração é a expressão da verdade, a qual é feita nos termos e sob as penas da lei, pelo que me responsabilizo pela presente

Fortaleza/Ce, 07 DE Março 2020

Antonio Calixto da Silva



RABELO LEAL ADVOCACIA e SERVIÇOS DE SEGUROS

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Nome: Antonio Calixto da Silva

Nacionalidade: Brasileiro Estado: Ceará Estado Civil: Solteiro

Profissão: Autônomo

Rg: 96002227015 SSP/ CE CPF: 527.946.443-00

Logradouro: Rua Pery Barbosa Barrocas

Desejamos obter os benefícios da "Justiça Gratuita", declaro, sob as penas da lei que não possui recursos suficientes para custear qualquer demanda, sem prejuízo do sustento próprio e da família, pelo que, nos termos da lei nº 1.060 de 05 de Fevereiro de 1950, faz jus aos benefícios da gratuidade da justiça.

Fortaleza/Ce: 07 de Março de 2020

Antonio Calixto da Silva

SINISTRO 3190653861 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA ANTONIO CALIXTO DA SILVA****COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO INVESTPREV****Seguradora S/A-Filial Fortaleza - CE****BENEFICIÁRIO ANTONIO CALIXTO DA SILVA****CPF/CNPJ: 52794644300****Posição em 12-03-2020 10:50:10**

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi negado, conforme carta enviada para o beneficiário.



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
 POLÍCIA CIVIL
 DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO
 Impresso nº 2019605414



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 2935 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
 Data / Hora da Comunicação: **30/08/2019 16:44:17**
 Data / Hora da Ocorrência: **01/10/2018 15:00:00**
 Endereço da Ocorrência: **ROD CE 060, CENTRO - ACARAPE/CE**
 Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **ANTONIO CALIXTO DA SILVA**
 Nascimento: **25/04/1968** CPF: **527.946.443-00**
 RG: **96002227015** Orgão Emissor: **SSP** UF: _____
 Filiação: **MARIA CALIXTO DA SILVA**
ANTONIO SIMÃO DA SILVA
 Endereço: **RUA BARÃO DO RIO BRANCO, 1921**
 Bairro: **CENTRO**
 Município: **FORTALEZA/CE** CEP: _____
 País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98937-2899**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: PNA7597 Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi:
9C2KC1680ER524161 Renavam: **1040547416** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CG150 FAN ESDI** Ano
 Fabricação: **2014** Ano Modelo: **2014** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**
 Cor: **PRETA** Proprietário: **ANASTACIO XIMENES DE CARVALHO ME**
 Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

QUE COMPARECE A ESTA ESPECIALIZADA A FIM DE REGISTRAR, QUE NA DATA CITADA, TRANSITAVA NA GARUPA DA MOTO DE PLACA PNA-7597 QUE ERA PILOTADA POR RAMON SILVA DE OLIVEIRA CNH: 02521431519 NA RODOVIA CE 060 QUE UM CICLISTA ATRAVESSOU NA FRENTE DA TRAJETÓRIA DA MOTO, QUE O PILOTO DESVIOU DO CICLISTA MAS PERDEU O CONTROLE DA MOTO E CAIU COM A VITIMA NO ASFALTO, FICANDO A VITIMA LESIONADA E SENDO SOCORRIDA PELO SAMU PARA O INSTITUTO DOUTOR JOSÉ FROTA. E NADA MAIS DISSE.//////////
 OBS: FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO NO ARTIGO 340 DO CPB.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

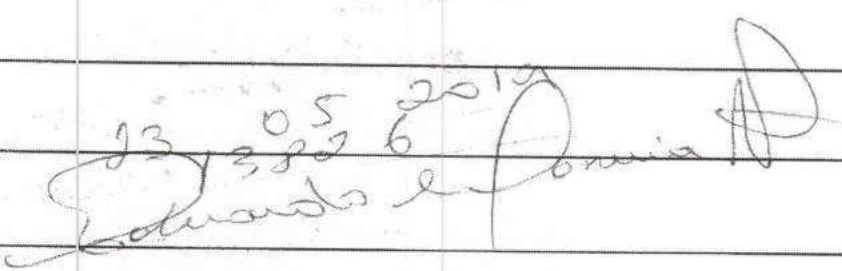
FRANCISCO DELÂNIO CAMPELO ALMEIDA - MAT.: 404836-1-6

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A) :

MARIA CAROLINA SANTOS BARREIRA - MAT.: 404579-1-7

Registro de Atendimento Emergencial

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL						DATA/HORA: 01/10/2018 17:51:01	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE							
CNS: 704203720777982	NOME: ANTONIO CALIXTO DA SILVA			Registro: 5583113			
CPF: 52794644300	RG: 96002227015	D. NASC: 25/04/1968	ESTADO CIVIL:	SEXO: M	RAÇA/COR: Parda		
NOME DA MÃE: MARIA CALIXTO DA SILVA			NOME DO PAI: ANTONIO SIMAO DA SILVA				
TIPO DE LOGRADOURO: Rua	ENDEREÇO DO PACIENTE: QUADRA A		Nº: 19	BAIRRO: MESSEJANA			
COMPLEMENTO: LOTE	TELEFONE: 999503466	MUNICÍPIO: FORTALEZA	UF: CE	CEP: 60874670			
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL							
NOME: SAMU CEARA USB 119 COND. JORGE		PARENTESCO:		TELEFONE: 999503466			
ACIDENTE DE TRABALHO							
TIPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:		CÓDIGO 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: QUEDA DE MOTO APRESENTANDO FRATURA EXPOSTA DE TIBIA E FIBULA + DOR MODERADA							
OBSERVAÇÕES: PROBLEMNAS EM EXTREMIDADES/FRATURA EXPOSTA							
SINAIS VITAIS							
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Publica	Escala de Dor: Moderado	PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: AMARELO					
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:							
ATENDIMENTO MÉDICO							
Anamnese:							
Exame Físico:							
Conduta:							
 23/05/2019							
TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:							
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:							
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:							
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:					



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde do Estado do Ceará
Coordenadoria de Regulação, Avaliação e Controle
CRESUS - Central de Regulação Estadual do SUS

LAUDO DE NUMERAÇÃO DE AIH
CÓDIGO DA SOLICITAÇÃO: 12600094932
NÚMERO DA AIH: 2318103170130

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

CNES/ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: 2529149 - IJF INSTITUTO DR JOSE FROTA CENTRAL
CNES/ESTABELECIMENTO EXECUTOR: INSTITUTO PRAXIS

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CNS/PACIENTE: 704203720777982 - ANTÔNIO CALIXTO DA SILVA
DATA DE NASCIMENTO - IDADE: 25/04/1968 - 50 anos
NOME DA MÃE: MARIA CALIXTO DA SILVA
NOME DO RESPONSÁVEL: O MESMO
ENDEREÇO: QUADRA A, Nº 19
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: 230440 - FORTALEZA

SEXO: MASCULINO
TELEFONE DE CONTATO:
TELEFONE DO RESPONSÁVEL:
BAIRRO: MESSEJANA
CEP:

UF:

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

DIAGNÓSTICO INICIAL: S723 - Fratura da diáfise do fêmur
DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO:
DIAGNÓSTICO CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO: 0408050519 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR
CARATER DA INTERNAÇÃO: URG/EMERGÊNCIA AIH EMITIDA APÓS INTERNAÇÃO
PROFISSIONAL SOLICITANTE: 182215039540018 - ANTONIO VALTERNO NOGUEIRA PINHEIRO
CLÍNICA: CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA
DATA-HORA SOLICITAÇÃO: 11/10/2018 - 15:54 DATA-HORA INTERNAÇÃO: 12/10/2018 - 11:29

CAUSAS EXTERNAS

DESCRIÇÃO DO ACIDENTE: NÃO SE APLICA



INSTITUTO Dr. JOSÉ FROTA
"24 horas de proteção à vida"



Fortaleza 2

fls. 15

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: **INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA** 2 - CNES: **2529149**
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: **INSTITUTO PRAXIS** 4 - CNES:

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: **ANTONIO CALIXTO DA SILVA** PRONTUÁRIO: **5583113**
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE: **70420372077982** 8 - DATA NASCIMENTO: **25/04/1968** 09-SEXO: **()M ()F** 10-RAÇA/COR: 10.1 - ETNIA:
11 - NOME DA MÃE/PAI: **MARIA CALIXTO DA SILVA** 12 - TELEFONE:
13 - NOME DO RESPONSÁVEL 14 - TELEFONE DE CONTATO:
15 - ENDEREÇO DO PACIENTE (RUA, Nº, BAIRRO): **QUADRA A-19 MESSEJANA Rec Peri Brancos - 1556 - Campo Novo**
16 - MUNICÍPIO: **FORTALEZA** 17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO: 18 - UF: **CE** 19 - CEP: **63900000**

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:
PACIENTE COM FRATURA DE FEMUR ,NECESSITANDO DE TRATAMENTO CIRURGICO .
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:
RISCO DE COMPLICAÇÕES E AGRAVOS
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS):
ANAMNESE + EXAME FÍSICO + EXAMES LABORATORIAIS
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL: **FX . FEMUR** 24 - CID 10: **S723** 25 - CID10 SECUNDÁRIO: 26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: **TRATAMENTO CIRURGICO DA FRATURA DE FEMUR** 28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: **0408050519**
29 - CLÍNICA: **TRAUMA** 30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: **EMERGENCIA** 31 - DOCUMENTO: **() CNS () CPF** 32 - Nº DOCUMENTO DO SOLICITANTE:
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: 34 - DATA SOLICITAÇÃO: **11/10/2018** 35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº CR):
Valter **Traumatologista** **6193**

PREENCHER EM CASO DE CAUSA EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO 39 - CNPJ DA SEGURADORA: 40 - Nº DO BILHETE: 41 - SÉRIE:
37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO 42 - CNPJ DA EMPRESA: 43 - CNAE DA EMPRESA: 44 - CBOR:
38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO
45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR: 52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR:
48 - DOCUMENTO: 49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: **Raimundo Sérgio Rodrigues de Castro**
() CNES () CPF **Auditor CRM - 2804**
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO CONSELHO): **CPF: 057.899.243 - 00**
6392 - Fortaleza

Preencher de forma legível e sem abreviaturas: 1ª via- SMS e 2ª via - Prontuário do paciente



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde do Estado do
Ceará
Coordenadoria de Regulação,
Avaliação e Controle
CRESUS - Central de Regulação
Estadual do SUS



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ

USUARIO: gleuce.lima - UNIDADE: IJF INSTITUTO DR JOSE FROTA CENTRAL - FORTALEZA

Operação:
Acompanhar Solicitação de
Internação

- Siga os passos abaixo:**
Seleção de situação
Seleção da solicitação
Visualização da solicitação
Lista de ocorrência
Inclusão de ocorrência
Visualização de ocorrência
Confirmação de cancelamento
Registro de transferência
Confirmação de transferência
Operação finalizada com sucesso

Atalho
Acesso / Desconectar
Operações

VISUALIZAÇÃO DA SOLICITAÇÃO

Para retornar a lista de solicitações clique em Voltar.

Identificação do paciente

CNS - PACIENTE

704203720777982 - ANTONIO CALIXTO DA
SILVA



NOME DA MÃE

MARIA CALIXTO DA SILVA

NÚMERO DO PRONTUÁRIO

5583113

DATA DE NASCIMENTO - IDADE

25/04/1968 - 50 anos

SEXO

MASCULINO

NOME DO RESPONSÁVEL

O MESMO

TELEFONE DO RESPONSÁVEL

ENDEREÇO

QUADRA A, Nº 19

BAIRRO

MESSEJANA

ESTADO DE RESIDÊNCIA

CEARA

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

FORTALEZA

Plantonista

MÉDICO

28945263349 - ANTONIO VALTERNO
NOGUEIRA PINHEIRO

TELEFONE PARA CONTATO

(85) 32555000

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

PACIENTE TRANSFERIDO P/ HOSP. DE APOIO
- INSTITUTO PRAXIS

Solicitação

NÚMERO

12600094932

SITUAÇÃO

SOLICITAÇÃO AGUARDANDO REGULAÇÃO

CENTRAL DE REGULAÇÃO

23044021 - FORTALEZA

DATA - HORA

11/10/2018 - 15:54

PROFISSIONAL

28945263349 - ANTONIO VALTERNO
NOGUEIRA PINHEIRO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

0408050519- - TRATAMENTO CIRURGICO DE
FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR

PROCEDIMENTO REALIZADO

CLÍNICA

13 - CIRURGICO -
ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

CLÍNICA COMPLEMENTAR

CARÁTER DA INTERNAÇÃO

5 - URG/EMERGÊNCIA AIH EMITIDA APÓS
INTERNAÇÃO

GRAU DE PRIORIZAÇÃO

4 - URGÊNCIA

Justificativa da internação

F I C H A D E I N T E R N A Ç Ã O

===[ADMISSÃO]==

Número 201821004797 Data 12/10/2018 Hora 11:29 Convênio PRAXIS Classificação SEM CLASSIFICAÇÃO
Caráter de Atendimento ELETIVO SISREG 12600094932 AIH 2318103170130
Origem do Paciente IJF Clínica/Especialidade CLÍNICA CIRÚRGICA/TRAUMA-ORTOPEDIA
Médico Solicitante 5342 - FRANCISCO CARLOS SOARES MACEDO Médico Responsável 5342 - FRANCISCO CARLOS SOARES MACEDO
Procedimento Solicitado 0408050519 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR Dias 4

===[IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE]==

Nome ANTONIO CALIXTO DA SILVA Sexo MASCULINO
Nascimento 25/04/1968 Idade 50 Anos Raça/Cor PARDA Estado Civil DIVORCIADO(A) Religião NÃO INFORMADO
Mãe MARIA CALIXTO DA SILVA Pai ANTONIO SIMAO DA SILVA
Conjuge Responsável IODARIA BEZERRA PINHEIRO Prontuário 2448071
CNS 704203720777982 Registro 201802570004364 Documento Informado RG: 96002227015 Emissão: 03/09/2007
País BRASIL Município de Naturalidade CANINDE/CE CEP 63900-000
Município de Residência QUIXADA/CE Logradouro RUA PERI BARROCOS
Número 1556 Complemento Bairro CAMPO NOVO
Fone Móvel (88)9995.03466 Fone Fixo (85)9963.03177 Ponto de Referência
Situação no Mercado de Trabalho/Profissão(CBO) EMPREGADO INFORMAL / PEDREIRO

===[CONTATO/ACOMODAÇÃO]==

Em caso de urgência avisar IODARIA BEZERRA Acomodação/Leito 224/4
Tipo de Acomodação ENFERMARIA Clínica CLÍNICA CIRÚRGICA Posto de Enfermagem POSTO DE ENFERMAGEM 03
Atendente: helenia Data: 12/10/2018 Hora: 11:43:20 Tempo: 00:13:56

===[TERMO DE RESPONSABILIDADE]==

IODARIA BEZERRA PINHEIRO, abaixo assinado, responsável pelo paciente ANTONIO CALIXTO DA SILVA, através do presente Termo de Responsabilidade, autoriza aos médicos do(a) HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES TÁVORA, a realizarem as investigações julgadas necessárias ao diagnóstico do referido paciente, bem como a executarem o tratamento adequado. Compromete-se, ainda, a respeitar todas as disposições contidas nos regulamentos do estabelecimento de saúde.

FORTALEZA(CE), 12 de outubro de 2018

RESPONSÁVEL

TESTEMUNHAS

Iodaria Bezerra Pinheiro

30460/1455
17/06/92
ARF - MATRIMÔNIO - CE

8.444 mg

CARTÓRIO JEREISSATI - REGISTRO CIVIL DA 2ª ZONA DAS PESSOAS NATURAIS - ESTADO DO CEARÁ
OFICIAL DO REGISTRO CIVIL MARIA DE SALETE JEREISSATI DE ARAUJO
R. Major Facundo, 709 - Centro - Fortaleza/CE - CEP: 60.025-190 - Tel: (85) 3251-2353 - Fax: (85) 3253-3004 - cartorio@cartoriojereissati.com.br

Certifico que esta fotocópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado, Fortaleza, 22 de outubro de 2018. Em teste da verdade.
MARIA DE SALETE JEREISSATI DE ARAUJO (OFICIALA) Valor Total R\$ 2,35
Válido somente com o selo de autenticidade.



MINISTÉRIO DA GOVERNANÇA
PAZ E PLANEJAMENTO
SECRETARIA DA REGISTRAÇÃO FEDERAL
CARTÓRIO JEREISSATI DE ARAUJO

Nº DE INSCRIÇÃO: 527946443-00

NOME COMPLETO: ANTONIO CALIXTO DA SILVA

NASCIMENTO: 25/04/1968

ASSINATURA: Antonio Calixto da Silva

TERA VALIDADE SOMENTE COM A APRESENTAÇÃO DO DOCUMENTO DE IDENTIDADE

CARTÓRIO JEREISSATI - REGISTRO CIVIL DA 2ª ZONA DAS PESSOAS NATURAIS - ESTADO DO CEARÁ
OFICIAL DO REGISTRO CIVIL MARIA DE SALETE JEREISSATI DE ARAUJO
R. Major Facundo, 709 - Centro - Fortaleza/CE - CEP: 60.025-190 - Tel: (85) 3251-2353 - Fax: (85) 3253-3004 - cartorio@cartoriojereissati.com.br

Certifico que esta fotocópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado, Fortaleza, 22 de outubro de 2018. Em teste da verdade.
MARIA DE SALETE JEREISSATI DE ARAUJO (OFICIALA) Valor Total R\$ 2,35
Válido somente com o selo de autenticidade.



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL: 96002227015 DATA DE EXPEDIÇÃO: 03/09/2007

NOME: ANTONIO CALIXTO DA SILVA

FILIAÇÃO: ANTONIO SIMÃO DA SILVA
MARIA CALIXTO DA SILVA

NACIONALIDADE: CANINDE - CE DATA DE NASCIMENTO: 25/04/1968

DOC. ORIGEM: CERT. CASAMENTO - CARTÓRIO: 1 OFÍCIO TERMO: 5521 FOLHA: 350
LIVRO: B 18 CANINDE - CE

CPE

2 VIA

ASSINATURA DO TITULAR: [Assinatura]

P.: 1

CARTÓRIO JEREISSATI - REGISTRO CIVIL DA 2ª ZONA DAS PESSOAS NATURAIS - ESTADO DO CEARÁ
OFICIAL DO REGISTRO CIVIL MARIA DE SALETE JEREISSATI DE ARAUJO
R. Major Facundo, 709 - Centro - Fortaleza/CE - CEP: 60.025-190 - Tel: (85) 3251-2353 - Fax: (85) 3253-3004 - cartorio@cartoriojereissati.com.br

Certifico que esta fotocópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado, Fortaleza, 22 de outubro de 2018. Em teste da verdade.
MARIA DE SALETE JEREISSATI DE ARAUJO (OFICIALA) Valor Total R\$ 2,35
Válido somente com o selo de autenticidade.



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO MILTON BARBOSA DE SOUZA

Polgar Direito

Assinatura: Antonio Calixto da Silva

CARTÓRIO JEREISSATI - REGISTRO CIVIL DA 2ª ZONA DAS PESSOAS NATURAIS - ESTADO DO CEARÁ
OFICIAL DO REGISTRO CIVIL MARIA DE SALETE JEREISSATI DE ARAUJO
R. Major Facundo, 709 - Centro - Fortaleza/CE - CEP: 60.025-190 - Tel: (85) 3251-2353 - Fax: (85) 3253-3004 - cartorio@cartoriojereissati.com.br

Certifico que esta fotocópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado, Fortaleza, 22 de outubro de 2018. Em teste da verdade.
MARIA DE SALETE JEREISSATI DE ARAUJO (OFICIALA) Valor Total R\$ 2,35
Válido somente com o selo de autenticidade.



Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por JORGE ULISSES E SILVA FERREIRA LIMA e esaj.tce.jus.br, protocolado em 26/03/2020 às 12:24, sob o número 02203680620208060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0220368-06.2020.8.06.0001 e código 637234F.



2º Via
Nº de Inscrição:
0019483090

DADOS DO CLIENTE

Nome: FRANCISCA ROBERIA DE OLIVEIRA SILVA
End. Leitura: RU PERY BARBOSA BARROCAS, 1556, CAMPO NOVO
Cidade: QUIXADA CEP: 63.900-000
End. Entrega:
Cidade: CEP:
Local: 017 Setor: 009 Quadra: 0039 Lote: 0332 Comp: 0000
Subsetor: Subquadra:

ECONOMIAS

Residencial: 001 Comercial: 000 Industrial: 000 Pública: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volume(m³)	Média Semestral (m³)
AGUA	A07S215313	362	360	4	4

DATAS

Leitura Atual: 11/07/2019 Emissão: 22/07/2019 Lacre Água: 3234140
Leitura Anterior: 11/06/2019 Próxima Leitura: 10/08/2019 Lacre Esgoto:

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE À: 05/2019

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Exigidas	054	054	010	054	054
Analisadas	056	056	012	056	056
Em conformidade	056	056	012	054	056

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Diga não ao abuso e a exploração sexual contra a criança e o adolescente. DENUNCIE! Disque 100 ou procure o Conselho Tutelar mais próximo de sua residência. Não precisa se identificar. O sigilo é garantido.
Agradecemos sua pontualidade. Água tratada e saúde.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME		
		Mês/Ano	Água (m³)	Esgoto (m³)
AGUA	28,30	JUL/2018	4	3
ESGOTO	12,45	AGO/2018	2	1
		SET/2018	3	2
		OUT/2018	2	1
		NOV/2018	2	1
		DEZ/2018	2	1
		JAN/2019	4	3
		FEV/2019	10	8
		MAR/2019	3	2
		ABR/2019	3	2
		MAI/2019	4	3
		JUN/2019	4	3

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO

Descrição	Valor (R\$)	SUBSÍDIO	Valor (R\$)
PIS	0,39	Descrição	
COFINS	1,94	VALOR DO SERVIÇO	73,98
		VALOR DO SUBSÍDIO	33,23
		VALOR TOTAL A PAGAR	40,75

MÊS/ANO

07/2019

VENCIMENTO

05/08/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

40,75

ONDE PAGAR SUA FATURA

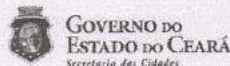
Bancos: Bradesco, BNB, Itaú, BIC, Banco do Brasil, Caixa Econômica Federal, Santander, Triângulo. Outros: PagFacil. A Cagece disponibiliza o serviço de débito em conta de sua fatura. Ative já este serviço. Consulte sua agência.



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

Maiores informações pelo telefone: 0800 275 0195, nas lojas de atendimento, de 8h às 17h, no site www.cagece.com.br ou na Ouvidoria Cagece: 3101.1918, de 8h às 12h e 13h às 17h. Ouvidoria estadual: 155. Site da ARCE: www.arce.ce.gov.br

Entidades Reguladoras: Fortaleza: ACFOR - Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental: 0800 285 1919 - Demais Localidades: ARCE - Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará: 0800 275 3838.



Fatura Mensal
Via do agente arrecadador

DADOS DO CLIENTE

Inscrição: 0019483090 Código de Responsável: Mês/Ano: 07/2019
Local: 017 Setor: 9 Quadra: 0039 Lote: 0332 Comp: 0000
Subsetor: Subquadra:
Cidade: QUIXADA Vencimento: 05/08/2019 Total (R\$): 40,75

82680000000-0 40750009200-9 01948309001-5 03003731025-4



EMISSION: GESSE 22/07/2019 12:21:45