

16 20020 52 041500 - 4 Data de emissão 26/04/2007

Nome CLAUDIO HAGINARA DA SILVA

End. postal ST HIGINO 00000 - JACARECORA - CASCAVEL

Medidor 7650563 Poste 0000 B37N

COELCEAv. Barão de Studart, 791 - CEP 80127-0 - Fone: (41) 3251-1000
CNPJ 07.047.251/0001-70 - GCF 04.103.0-1

Societária

2ª. Voto

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Endereço ST HIGINO 00000

Classif. RURAL MONOFASICO

G. CPF / CNPJ 021525668-90

Nome do responsável

Fator de potência 0,00

CGF

Nº DO CLIENTE 1660940-9

COMPOSIÇÃO DE VALOR DO CONSUMO VALOR (R\$)

Energia	31,25
Transmissão	1,72
Distribuição	36,72
Encargos Setoriais	5,09
Tributos (ICMS PIS/COFINS)	4,31
Total	79,09

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Medidor	Leitura anterior	Const.	Consumo (kWh)	Const. ins.	Const. fat.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
953	19187	1	349	0	349	0,22663	79,09
04/17	26/03/07		30 DIAS		349		79,09

INDICADORES DE CONTINUIDADE

Conjunta CASCAVEL	Mês	FEV/2007
Padrão mensal individual	Apuração mensal individual	
DIC	35,00	DIC 5,41
FIC	25,00	FIC 3,00
DMIC	17,50	DMIC 3,18

RESERVAÇÃO

VALOR (R\$)

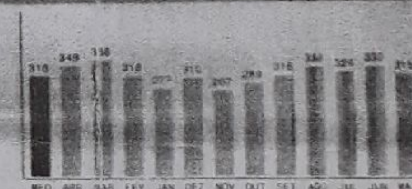
Valor consumo do mês	79,09
Taxa moratória ref 03/2007	1,66
Outros	0,78

ICMS

Base de cálculo	ISENTO	Mês referência	ABR/2007
Alíquota		Apresentação	02/05/2007
Valor do imposto		Próx. fatura	25/05/2007

DATAS

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



consumo mensal consumo médio dos últimos 12 meses (exceto consumo zero)

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

6705.5DA3.6864.9627.983F.40E5.6D45.BB95

Importante

NTAS EM ATRASO

AVISO DE VENCIMENTO:

Foram existir debito vencido sem acrescimos legais ate esta data, no valor de R\$ 84,22. Conforme Resolucao Aneel 456/00, Art. 91, podera ser suspenso o fornecimento de energia eletrica, apos decorridos 15 dias do envio deste comunicado. Caso o debito relacionado ao lado tenha sido pago, favor desconsiderar este aviso.

DEBITOS ANTERIORES

MES/ANO	VALOR R\$
03/2007	84,22

Inst. desta fatura R\$ 4,31 referente a PIS e COFINS. (Art. 9 Res. 100/2005 - ANEEL e leis n. 10.637/02 e 10.833/03)

autenticação mecânica cliente

Nº do Cliente 1660940-9

Data de Emissão 26/04/2007

Nº da Fatura 83207857

autenticação mecânica arrecador

REFERÊNCIA

ABR/2007

TOTAL A PAGAR (R\$)

81,53

Nº DE CONTROLE

0001660940 00392 406 12 47



83630000000-4 81530031000-1 00016609400-3 03924063247-9

Atenção!

Fique em dia com suas contas para aproveitar todas as vantagens que a Coelce tem para você.

Cupom não apto para troca.

Veja a promoção no verso.



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de Inscrição

014.813.103-48

Nome

EDUARDO SILVA COSTA

Nascimento

21/03/1977



CAIXA
CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

3002/01/INT

Emissão

Cartão social intransferível.
Deve ser apresentado com um documento de identidade.

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 98099044200

DATA DE EMISSÃO 15/12/1978

NOME EDUARDO SILVA COSTA

FILIAÇÃO MANOEL SILVA DA COSTA E MARIA SILVA COSTA

NATURALIDADE

CASCAVEL-CE

DOC ORIGEM CERT. NASC. 5813

164 CASCAVEL-CE

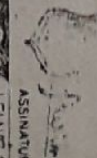
CPF

FORTALEZA-CE

ASSINATURA DO DETENTOR

LEI Nº 115 DE 26/05/73

DATA DE NASCIMENTO 21/03/1977





REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

E DEFESA DA CIDADANIA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

POLEGAR DIREITO

21/03/1977







MINISTÉRIO DA DEFESA
CERTIFICADO DE DISPENSA
DE INCORPORAÇÃO
25008M

RA 25035204604-0

EDINALDO SILVA COSTA

EM CASO DE CONVOCAÇÃO DEVE APRESENTAR-SE IMEDIATAMENTE

FILIAÇÃO

PAI: MANUEL SILVA DA COSTA

MÃE: MARIA SILVA COSTA

DATA NASCIMENTO

NATURALIDADE

1.03.77 CASCAVEL

CE

Dispensado do Serviço Militar em 01.09.2003
por residir em MNT

Out/Outro Dir

Francisco de Assis Silva Costa (1.º TE)
Delegado da 1.ª Companhia 25.º CSM

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

TÍTULO ELEITORAL

NOME DO ELEITOR: EDINALDO SILVA COSTA

DATA DE NASCIMENTO: 21/03/1977

CPF: 057663710787

DATA DE EMISSÃO: 01/09/2003

CASCAVEL/CE

ASSINATURA DO INTERESSADO: Edinaldo Silva Costa

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ASSINATURA DO INTERESSADO: Edinaldo Silva Costa

DECLARAÇÃO DE POBREZA

Eu, EDINALDO DA SILVA COSTA,
BRASILEIRO CASADO, AGRICULTOR, com CPF nº.
034.813.703-48, podendo ser intimado na Rua
SÍTIO HIGIENO .n. 514 Bairro: JACARECANGA
Cidade: CASCAVEL - CE. Declaro para os devidos fins de Direito, e que
se fizerem necessário, especialmente da Comarca de CASCAVEL - CE em
ação, c/c Reparação de Danos, que sou pobre na forma da Lei, não tendo
condições financeiras de prover as despesas e custos processuais com a
demanda. Declaro ainda ser conhecedor das sanções administrativas, cíveis e
Criminais, caso a presente não retrate a verdade dos fatos. Nada mais a
declarar, lavro o presente para que surta seus jurídicos e legais efeitos.

CASCAVEL - CE, EM 02 de Agosto de 2007.

Declarante:

Edinaldo Silva-Costa

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

Outorgante:

Sr(a). EDINALDO DA SILVA COSTA
Brasileiro(a), CASADO, AGRICULTOR, portador do
RG nº 98099044200, CPF nº. 044.813.103-48
podendo ser intimado no(a)
51410 HIGIENO S/N JACARECUMA
cidade de CASCADEL,

Outorgado:

O Bel. WAMBERTO BALBINO SALES, brasileiro, casado, advogado com OAB/PB nº 6846, e JOÃO JOSÉ SARAIVA COELHO, brasileiro, casado, advogado, OAB/CE nº 19.188-A ambos, podendo ser intimados na Rua CORONEL BIA, nº. 1859, CENTRO, nesta cidade de CASCADEL/CE, ao qual confere amplos e gerais poderes para o foro em geral com a cláusula "ad Judicia", art. 38 parte final do CPC, **COM FIM ESPECIAL DE ENTRAR NA JUSTIÇA COM AÇÃO DE COBRANÇA PARA FINS DE RECEBIMENTO DE DPVAT.** Podendo o outorgado, confessar, assinar, desistir, propor acordo, receber intimações, dar quitações, transigir, apresentar réplica, oposições, firmar, apresentar recurso e contra razões, e ainda requerer seguro de vida, junto bem como, substabelecer esta com ou sem reservas de poderes, podendo e acompanhar todo processo até o final do julgamento, representado ainda o outorgante, para fins dos dispostos dos artigos 447 e 448 do Código de Processo Civil, podendo finalmente, praticar todos os atos necessários ao bom e fiel desempenho deste mandato. **Os honorários advocatícios, em não havendo contrato que os regule, serão pagos a base de 20% (vinte por cento), sobre o valor bruto da condenação final, apurado em liquidação de sentença, sem prejuízo dos honorários de sucumbências, conforme aqui pactos através do presente Instrumento.**

CASCADEL CE, 02/08/2004.

Outorgante: Edinaldo - Silva - Costa

* Isento de reconhecimento de Firma, em face de Lei nº. 8.952, de 13/12/1994, que dá nova redação ao art. 38 do CPC.



Av. Desembargador Moreira, 2283 - CEP 60170-002 - Dionísio Torres
Fortaleza - Ce Tel. 244 - 2144 Fax 224-7225
e-mail psahosp@baydentel.com.br - C.G.C 07.272.297/0001-93



Registro de Atendimento Médico Hospitalar

Atesto e declaro que EDINALDO SILVA COSTA - Residente á rua : Á RUA FELICIANO ATAIDE - VILA PACHECO CASCAVEL CEARA -. Com prontuário de Nº 126781- Deu entrada neste Hospital dia 17/03/07. Com acompanhamento Médico de DR. ANTONIO VALTERNO PINHEIRO NOGUEIRA Paciente portador de FRATURA DA CLAVICULA DIREITO, submetido ao tratamento cirurgico DE REDUÇÃO + FIXAÇÃO CIRURGICA DE FRATURA COM PROCEDIMENTO 39006042 CID S 420. Paciente recebeu alta hospitalar dia 22/03/07, encontra-se em tratamento ambulatorial, incapacitado para o trabalho sem previsão de alta definitiva.

Fortaleza, 18 de abril de 2007.

SAME: SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E ESTATÍSTICA

Fátima Gomes da Silva

FATIMA GOMES ~~Responsável do SAME~~

RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO:

ESCLARECIMENTOS:

- 1- O REFERIDO REGISTRO É EM CUMPRIMENTO DA LEI Nº 12.530, DE 21 DE DEZEMBRO DE 1995, PUBLICADA NO DIÁRIO OFICIAL DO ESTADO DO CEARÁ Nº 16.728, DE 05 DE FEVEREIRO DE 1996.
- 2- SO DEVERÁ SER PREENCHIDA PARA PACIENTES INTERNADOS DO SUS.
- 3- DEVERÁ SER ENTREGUE AO PACIENTE OU A FAMILIARES POR OCASIÃO DE ALTA HOSPITALAR, OU EM CASO DE TRANSFERÊNCIA PARA OUTRO HOSPITAL.

Dr. Apurton Valério
do Ortopedia

Fratura

Valterno Pinheiro
Traumatologia - Ortopedia
CRM 6193

Valterno Pinheiro
Traumatologia - Ortopedia
CRM 6193



ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE CASCAVEL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

OCORRÊNCIA Nº 1364/2007 DATA/HORA DO REGISTRO: 6/5/2007 11:31

NOME: EDINALDO SILVA COSTA

DATA NASC.: 21/03/1977 NAT.: Cascavel - CE

FILIAÇÃO: Manuel Silva da Costa e Maria Silva Costa

ENDEREÇO: Rua Feliciano de Ataíde s/nº perto do antigo Clube do Zé Mauro Cascavel - CE

TELEFONE: 9107 9788

IDENTIDADE: 98099044200 SSP-CE

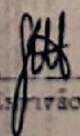
NATUREZA DA OCORRÊNCIA: LESÃO CORPORAL (de trânsito)

LOCAL: Vila Xexéu Cascavel - CE

HISTÓRICO: Afirma o declarante que no dia 17/03/2007, por volta das 03:20h, trafegava de moto, entregando frangos, na Travessa Santa Luzia, quando teve sua moto abalroada na traseira pelo veículo F4000 pertencente ao senhor JOSÉ GOMES, morador da Vila Xexéu. Que da batida, sofreu uma queda e lesões na clavícula direita. Que sofreu intervenção cirúrgica no Pronto Socorro dos Acidentados, em Fortaleza, para redução da clavícula e inserção de platina junto ao ombro direito. Que a moto em que trafegava tratava-se de uma HONDA CG 125 TITAN KS de placas HUY 8683 e chassi 9C2JC3010YR031070, de cor prata, pertence ao senhor BENEDITO RONDINELE MONTE FERREIRA. E mais não disse e nem lhe foi perguntado. Eu, Escrivão de Polícia que o digitei. / / / / /

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO

Edinaldo-silvacosta


Escrivão de Polícia

NOTA: A comunicação FALSA de crime também é CRIME, legalmente tipificado no Código Penal Brasileiro.
OBS. Em caso de perda ou furto de Documentos, este B.O. tem validade de CERTIDÃO pelo prazo de 30(trinta) dias, conforme Lei nº 6.015 de 31/12/1973 do Código Civil



526 ATESTADO MÉDICO



ATESTO que o segurado

Eduardo delyp
delyp

portador da carteira profissional n.º

Série _____, necessita de 15 (*Quinze*),

dias de afastamento do Trabalho, a partir desta data, por

Motivo de

Fratura de costela E

Valério Pinheiro
CRM 6193
Traumatologia - Ortopedia

Ass do Médico - CRM n.º

Fortaleza, 17, 03, 2007

NOTA - Este atestado é válido para as finalidades previstas no Art. 86 do RGPS, aprovado pelo Decreto N.º 60.501, de 14/03/87 e será expedido para justificativa de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho.



Av. Desembargador Moreira, 2233 - CEP 60170-002 - Dionísio Torres
Fortaleza - Ce Tel. 244 - 2144 Fax 224-7225
e-mail psahosp@baydenet.com.br - C.G.C 07.272.297/0001-93



Registro de Atendimento Médico Hospitalar

Atesto e declaro que EDINALDO SILVA COSTA - Residente á rua : Á RUA FELICIANO ATAIDE - VILA PACHECO CASCAVEL CEARA -. Com prontuário de Nº 126781- Deu entrada neste Hospital dia 17/03/07. Com acompanhamento Médico de DR. ANTONIO VALTERNO PINHEIRO NOGUEIRA Paciente portador de FRATURA DA CLAVICULA DIREITO, submetido ao tratamento cirurgico DE REDUÇÃO + FIXAÇÃO CIRURGICA DE FRATURA COM PROCEDIMENTO 39006042 CID S 420. Paciente recebeu alta hospitalar dia 22/03/07, encontra-se em tratamento ambulatorial, incapacitado para o trabalho sem previsão de alta definitiva.

Fortaleza, 18 de abril de 2007.

SAME: SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E ESTATÍSTICA

Fátima Gomes da Silva

FÁTIMA GOMES ~~Responsável do SAME~~

RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO:

ESCLARECIMENTOS:

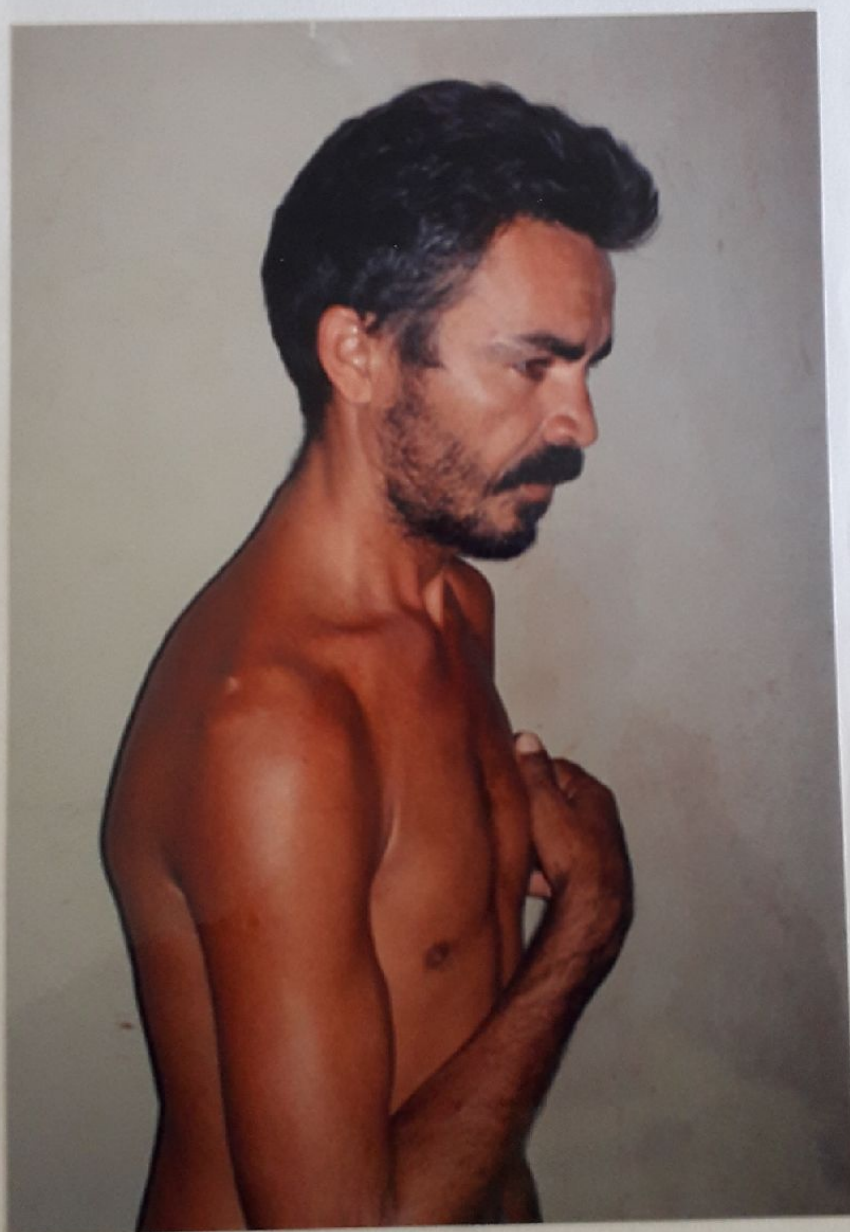
- 1- O REFERIDO REGISTRO É EM CUMPRIMENTO DA LEI Nº 12.530, DE 21 DE DEZEMBRO DE 1995, PUBLICADA NO DIÁRIO OFICIAL DO ESTADO DO CEARÁ Nº 16.728, DE 05 DE FEVEREIRO DE 1996.
- 2- SÓ DEVERÁ SER PREENCHIDA PARA PACIENTES INTERNADOS DO SUS.
- 3- DEVERÁ SER ENTREGUE AO PACIENTE OU A FAMILIARES POR OCASIÃO DE ALTA HOSPITALAR, OU EM CASO DE TRANSFERÊNCIA PARA OUTRO HOSPITAL.

Dr. Apurto Talxir Freitas
do Ortopedia

Valterno Pinheiro
Traumatologia - Ortopedia
CRM 6193

Valterno Pinheiro
Traumatologia - Ortopedia
CRM 6193

SECRETARIA
da
7ª. Vara
21



Seite
2.
P. 22



