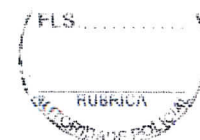




SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DO 23. DISTRITO POLICIAL



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 123 - 1186 / 2017

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **LESAO CORPORAL CULPOSA - TRANSITO**
Data / Hora da Comunicação: **03/07/2017 11:48:23**
Data / Hora da Ocorrência: **04/05/2017 08:00:00**
Endereço da Ocorrência: **AVENIDA CONTORNO LESTE**
Complemento:
Bairro: **CONJ. NOVA METRÓPOLE** Município: **CAUCAIA/CE**
Ponto de Referência: **PONTO MOTOTAXISTA**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **JOÃO DE SOUSA ALMEIDA**
Nascimento: **18/12/1943** CPF: **173.752.073-72**
RG: **2007606377-6** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
Filiação: **LUISA MOREIRA DE SOUSA**
MANUEL ALMEIDA QUINTELA
Endereço: **RUA LEANDRO BEZERRA, 1370**
Bairro: **CONJ. METROPOLITANO**
Município: **CAUCAIA/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98813-8556**

Histórico

AFIRMA A VÍTIMA QUE NO DIA, HORA E LOCAL ACIMA CITADOS, CAMINHAVA EM VIA PÚBLICA, QUANDO FOI ATROPELADA PELA MOTOCICLETA DE PLACA OCT 5635, OPORTUNIDADE EM QUE FOI ARREMESSADA AO SOLO, TENDO SIDO SOCORRIDA E LEVADA PELO SAMU PARA O HOSPITAL MUNICIPAL DE CAUCAIA COM UMA FRATURA NA QUARTA VÉRTEBRA, LOCAL DE ONDE FOI TRANSFERIDA PARA O INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA, TENDO ALI SIDO SUBMETIDA A EXAMES E NO DIA SEGUINTE, RECEBEU ALTA MÉDICA; QUE O GUIADOR DA MOTOCICLETA QUE LHE ATROPELOU, SE IDENTIFICOU POR IAGO, CUJO ENDEREÇO NÃO SABE INFORMAR. NADA MAIS DISSE.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 23. DISTRITO POLICIAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

MANOEL XAVIER DE FREITAS - MAT.: 134006-1-X

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: X

João de Souza Almeida

VISTO DO DELEGADO(A) :

DOMINGOS SAVIO DIOGENES PINHEIRO - MAT.: 133815-1-8

Nº DO CLIENTE

1559568-4

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 Valdivino, 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 18 22008 10 007800 - 1 483029117
Nome JOAO DE SOUZA ALMEIDA Data de Emissão 26/06/2017
End. Postal RUA LEANDRO BEZERRA 01370
NOVA METROPOLE - CAUCAIA - 61604000

Medidor 3068589 Poste 0000 0000
Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASICO BAIXA RENDA Potência 0,00
RG/CPF/CNPJ 173752073-72 CGF
Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência: Jun/2017
Data de Apresentação: 26/06/2017
Previsão Próxima Leitura: 26/07/2017

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO
Veja a legenda no verso desta conta.

Mês	DICI = 0,00 P			EURO 6,00		
	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
OIC	10,73	21,46	42,92	0,00	1,00	0,00
IC	7,67	15,34	30,69	0,00	1,00	0,00
MIC	5,78			0,00		

ICMS

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

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

6400.5477.2099.8808.4005.9198.0683.8888

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. Fat.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
19769	19725	1,00	44	0,00	30 14	0,17598 0,30168	5,27 4,23
26/06/17	26/05/17		31 DIAS		44		9,50

VALOR CONSUMO DO MES
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA
COB. SALDO FATURA ANTERIOR

VALOR (R\$)
9,50
0,88
20,24

VENCIMENTO 10/07/2017

TOTAL A PAGAR (R\$)

30,62

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	4,39
Transmissão	0,44
Distribuição	2,98
Encargos Setoriais	1,03
Tributos (ICMS PIS/COFINS)	1,54
TOTAL	10,38

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

MED	Jun	Jul	Abr	Mar	Fev	Jan	Dez	Nov	Out	Set	Ago	Jul
	41	44	49	39	42	36	37	47	42	40	39	43

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.
Emitido kg (CO₂) 19,02
Compensado kg (CO₂) 0,00
Consciência Ecológica(%CO₂) 0

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

Consta desta fatura R\$ 1,54 referente a PIS e COFINS. Aliquotas: PIS: 1,26% e COFINS: 1,77%
Art. 9 Res. 100-2005 - ANEEL e Lei n. 10.637/02 e 10.833/03

DECLARAÇÃO
(LEI Nº 1.060/50)

NOME: <u>João de Sousa Almeida</u>		
NACIONALIDADE: <u>Brasileira</u>	ESTADO CIVIL: <u>Casado</u>	
PROFISSÃO: <u>Aposentado</u>	DATA DE NASCIMENTO: <u>18/12/1943</u>	
C.P.F.: <u>173.752.073-72</u>	R.G.: <u>20076063776</u>	
ENDEREÇO: <u>Rua: Leandro Bezerra, 1370</u>		
BAIRRO: <u>Nova Metrópole</u>	CIDADE: <u>Lauro de</u>	U.F.: <u>ce</u>
C.E.P.: <u>61.604-000</u>	FONE:	

A pessoa acima qualificada, declara para os devidos fins de direito e sob as penas da Lei que não possui condições financeiras de arcar com as custas processuais, sob pena de prejuízo da manutenção própria e da própria família, nos termos do art. 5º, LXXIV, e na Lei nº 1.060/50 e alterações supervenientes.

Fortaleza - ce, 18 de Outubro de 2017.

João de Sousa Almeida
Declarante



Prefeitura de
CAUCAIA
Secretaria de Saúde

SECRETARIA DE GESTÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE
COORDENAÇÃO DE REDE HOSPITALAR

SINAIS VITAIS				
Horário:				
P.A.				
Temper:				
Peso:				
Estat.:				

FICHA DE ATENDIMENTO EXTERNO DE EMERGÊNCIA

Data: 04/05/17		Horário: 08:54		Paciente chegou:		☐ Andando ☐ Ambulância		☐ Automóvel ☐ Outros	
Paciente: João de Jesus Almeida									
Nome da Mãe: Luísa Moreira de Sousa									
Idade: 73		Sexo: M		Data de Nascimento: 18/12/43		Identidade: 20046063276		Telefone residencial: 39335536	
Endereço (Rua, nº): R. João de Deus, 1370									
Bairro: O. Metropolitano		Cidade: Ceará		Estado: CE		Nome do Funcionário SAME: M. Silva			

PROCEDIMENTOS		OUTROS		TIPOS DE ATENDIMENTOS
	02.021.01-3			Clínica Médica
	07.011.01-6			Clínica Pediátrica
	07.011.04-0			Clínica Cirúrgica

História Clínica:

Ref. Trauma pda SAAU, Valente
de Oropendulo, com dor em
região ombro
solto Rx

EXAMES SOLICITADOS

3)

Diagnóstico:

EXAMES SOLICITADOS

1) _____ 3)

2) _____ 4)

Assinatura e Carimho do Profissional Responsável:

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIOS	OBSERVAÇÃO	ASSINATURA
	Preferido 1º dia			
	Fratura do L1, (incompleta), diagn			
	fratura do L1, anularmente			
	fratura do L1, anularmente			

DESTINO DO PACIENTE			DATA SAÍDA	HORA SAÍDA
☐ Alta	☐ Transferência	☐ Óbito		
Motivo do Óbito:				
Medico T.O.C. e odo				
do Hunsingiro				

Assinatura do Paciente ou Responsável

Amesbury, 1964



INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA



Emitido em: 16/08/2017 8:6:9

Registro de Atendimento Emergencial

Por: JOSE URBANO DA MOTA COELHO

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL						DATA/HORA: 04/05/2017 20:48:09	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE							
CNS: 704700759693936	NOME: JOAO DE SOUSA ALMEIDA			Registro: 5507085			
CPF: 17375207372	RG: 20076063776	D. NASC: 18/12/1943	ESTADO CIVIL:	SEXO: M	RAÇA/COR: Parda		
NOME DA MÃE: LUISA MOREIRA DE SOUSA			NOME DO PAI: MANOEL ALMEIDA QUINTELA				
TIPO DE LOGRADOURO: Rua	ENDEREÇO DO PACIENTE: LEANDRO BEZERRA		Nº: 1370	BAIRRO: CON METROPOLITANO			
COMPLEMENTO:	TELEFONE CONTATO:	MUNICÍPIO: ITAPIPOCA	UF: CE	CEP: 62500000			
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL							
NOME: ANA CELIA FEITOSAVINDO DE AMBULANCIA		PARENTESCO: NETA		TELEFONE: 988883069			
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 ciclista, Colisão com um veículo a motor de duas ou três rodas							
QUEIXAS: trauma cranio e lombar há 12 horas, ecg15							
OBSERVAÇÕES:							
SINAIS VITAIS							
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Publica	Escala de Dor: Leve		PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: AMARELO				
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:							
ATENDIMENTO MÉDICO							
Anamnese:							
Exame Físico:							
Conduta:							
TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:							
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:							
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:							
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:					

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA ET EXTRA"

OUTORGANTE:

NOME: <u>João de Sousa Almeida</u>		
NACIONALIDADE: <u>Brasileiro</u>	ESTADO CIVIL: <u>Casado</u>	
PROFISSÃO: <u>Aposentado</u>	C.P.F.: <u>173.752.073-72</u>	
ENDEREÇO COM CEP: <u>Rua: Leonardo Bezerra, 1370. Cep. 61.604-000</u>		
BAIRRO: <u>Nova Metrópolis</u>	CIDADE: <u>Itaocara</u>	U.F.: <u>CE</u>

OUTORGADO: JOSÉ ADENILSON LUZ DE AZEVEDO, brasileiro, advogado, casado, inscrito na OAB/CE sob o nº 34.130, com endereço para intimações e notificações, nesta urbe, na Rua Viriato Ribeiro, 323, A, bairro Bela Vista, CEP 60.442-642, Fortaleza/CE, onde recebe intimações de estilo (art. 106 do NCPC).

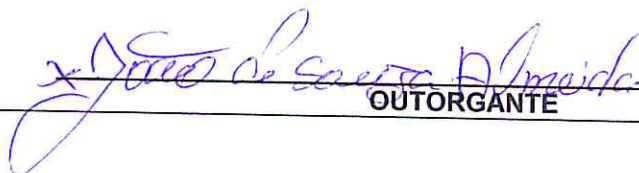
PODERES: Por este instrumento o(a) Outorgante supra qualificado, nomeia e constitui o Outorgado acima identificado, seu bastante procurador, conferindo-lhe os mais amplos poderes para o foro em geral, com a cláusula "Ad Judicia Et Extra", para agir, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-las nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando-os, representar o mesmo perante os Órgãos Públicos, nomear peritos e assistentes, promover reivindicações e impugnações, prestar lícitos compromissos, promover requerimentos administrativos, assinar termo, substabelecer com ou sem reserva de poderes, e praticar ainda, todos e quaisquer atos necessários e convenientes ao bom e fiel desempenho deste mandato.

PODERES ESPECÍFICOS: A presente procuração outorga ainda ao Advogado acima descrito, os poderes para, em nome do(a) Outorgante, receber citação judicial ou administrativa, receber intimações, prestar depoimento pessoal, reconhecer a procedência do pedido, confessar, transigir, desistir, renunciar ao direito em que se funda a ação, firmar acordos ou compromissos, receber e dar quitação, levantar, requerer ou receber alvarás, levantar valores em contas bancárias, receber valores, inclusive, em cheques decorrentes de condenação judicial, renunciar a quaisquer valores superiores ao teto dos Juizados Especiais em razão de eventual ajuizamento no procedimento especial (art. 3º da Lei 10.259/2001 e Lei 9.099/1995), pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, além de outros não expressamente constantes nesse mandato (art. 105 do NCPC).

Os poderes nesta procuração descritos poderão ser substabelecidos no todo ou em parte, com ou sem reservas, dando tudo por bom, firme e valioso, para o fiel cumprimento deste mandato.

DECLARAÇÃO: O(a)s outorgantes(s) **DECLARA(M)**, para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que não tem condições de arcar com as despesas inerentes à presente ação, sem prejuízo de seu sustento e de sua família, necessitando, portanto, da gratuidade judiciária, indicando como seus advogados os outorgados acima nomeados, nos termos do § 4º do art. 5º, da Lei nº 1.060 de 1950 e art. 98 e ss. do NCPC.

Fortaleza - CE, 18 de Outubro de 2017


OUTORGANTE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO HUMANA E PERÍCIAS BIOMÉTRICAS

Polegar Direito

João de Sousa Almeida
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2007606377 - 6 DATA DE EXPEDIÇÃO 16/07/2010

NOME
JOÃO DE SOUSA ALMEIDA

FILIAÇÃO
MANUEL ALMEIDA QUINTELA
LUISA MOREIRA DE SOUSA

NATURALIDADE
ITAPIPOCA - CE

DATA DE NASCIMENTO
18/12/1943

DOC. ORIGEM
CERT. CASAMENTO - CARTÓRIO:1 OFÍCIO TERMO:733 FOLHA:175
LIVRO:B-18 CAUCAIA - CE

CPF

RG: ANT: 223732-81
P.: 32

1 VIA

Assimila B. Costa
ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

CIC

NASCIMENTO 18.12.43	INSCRIÇÃO NO CPF 173 752 073 72
CONTRIBUINTE JOAO DE SOUZA ALMEIDA	


 SECRETÁRIO DA RECEITA FEDERAL

MINISTÉRIO DA FAZENDA
 SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL
 COORDENAÇÃO DO SISTEMA DE INFORMAÇÕES ECONÔMICO-FISCAIS

CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO DO CONTRIBUINTE
 DOCUMENTO COMPROBATÓRIO DE INSCRIÇÃO NO
 CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS
 VÁLIDO EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL

ASSINATURA DO CONTRIBUINTE
