

PROCURAÇÃO PARTICULAR**OUTORGANTE:**

Nome: Emilio Maciel da Costa Neto
 CPF: 036.737.833-78 RG: 2001012043949
 Estado civil: Solteiro. Profissão: Estudante.
 Endereço: Rua: 620 Nº 65
 Complemento: _____ Bairro: Conj. Ce
 Cidade / Estado: Fortaleza - Ce CEP: 60.531-600

OUTORGADO: Dr. FRANCISCO RAIMUNDO MALTA DE ARAÚJO, brasileiro, solteiro, advogado, com escritório na Av. Domingos Olímpio, 1323 – Benfica, Fortaleza – Ce, inscrito na OAB-Ce no. 11.817 e CPF 191.389.203-44.

PODERES: pelo presente instrumento de procuração nomela e constitui seu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confere amplos poderes para o foro em geral, com a cláusula ad-judicia e et-extra, em qualquer juízo, instância ou tribunal, podendo propor as ações competentes, e, defendê-la nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe, ainda, poderes especiais para confessar, desistir, transigir, renunciar, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, dar ciência e anuência, receber citação, notificação e intimações, bem como representar na ação de reparação de cobrança e/ou indenização ou execução contra seguradora (DPVAT), agindo em conjunto ou separadamente, podendo ainda representa-lo junto aos órgãos públicos Federais, Estaduais e Municipais, bem como instituições financeiras, substabelecer esta procuração a outrem, com ou sem reserva de iguais poderes, dando tudo por bom, firme e valioso.

Fortaleza (CE) 08/10. 2015

Assinatura:

Emilio Maciel da Costa Neto

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO	
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
NOME EMILIO MACIEL DA COSTA NETO	
DOC. IDENTIDADE / C.R.S. (ISSUE) / F. 2001012042949 SSP CE	
CPF 036.737.633-78	
DATA NASCIMENTO 12/03/1991	
FILIAÇÃO HAROLDO MACIEL DA COSTA SILVANIRA MARIA DE LIMA	
PERMISSÃO PERMISSÃO	ACC ACC
CATEGORIA A2	
Nº REGISTRO 05244530360	VALIDADE 27/11/2015
	1ª HABILITAÇÃO 27/11/2014
OBSERVAÇÃO SEM OBSERVAÇÃO:	
Assinatura do Portador Emilio Maciel da Costa Neto	
LOCAL FORTALEZA, CE	DATA EMISSÃO 28/11/2014
Assinatura do Emissor 46418402568 CEL43640933	
DETRAN (CE/DETRAN)	

VÁLIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS

1029284960

PROIBIDA PLASTIFICAR

1029284960



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **036.737.833-78**

Nome da Pessoa Física: **EMILIO MACIEL DA COSTA NETO**

Data de Nascimento: **12/03/1991**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **10/07/2006**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **10:21:42** do dia **14/10/2015** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **B9FA.ADF8.6462.E46C**

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço www.receita.fazenda.gov.br.

Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)

Nº DO CLIENTE

456109-0

Rua Padre Valdevino, 150

CEP 81250-000 - Fortaleza CE

coelce

fls. 14

Para agitar seu atendimento, utilize o Fatores sempre que entrar em contato conosco.

Linha 07 040/25/10001-70 CEP 06105-000
A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002.

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA | GRUPO B | SÉRIE 4 | Nº

Rota 16 01248 28 414200 - 0 Data de Emissão 22/04/2015

Nome SILVANIRA MARIA DE LIMA

End. Postal RU 0620 CONJ CEARA 20065

CONJUNTO CEARA - FORTALEZA - 60000000

Medidor 1251100

Poste 0073 537W

Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASICO

Fator de Potência 0,00

RG / CPF / CNP 161294583-04

CGF

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência Data de Apresentação Próxima Leitura
Abr/2015 22/04/2015 21/05/2015

ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Vejá o índice no verso desta conta.

Conjunta

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

ICMS

Base de Cálculo (R\$) Aliquota Valor do Imposto
153,34 27,00% 41,40

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

8409,0042,0039,0210,1558,9927,5806,0905

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Let. Anual	Let. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Const. Inc.	Const. For.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
909	783	1,00	238	0,00	308	9,45472	153,34
22/04/15	12/03/15		48 DIAS		238		153,34

DESCRIÇÃO

DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)
VALOR CONSUMO DO MES	153,34
MULTA MORATORIA REF 03/2015	2,28
JUROS DO MES	0,30
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	12,06
PLANO ODONTO SYSTEM - 3131-8888 1/1	44,90
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 19,86)	

VENCIMENTO

04/05/2015

TOTAL A

PAGAR (R\$)

212,90

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	153,34
Transmissão	2,28
Distribuição	0,30
Encargos Setoriais	12,06
Tributos (ICMS PIS/COFINS)	44,90
TOTAL	212,90

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

134	130	126	122	118	114	110	106	102	98	94	90
134	130	126	122	118	114	110	106	102	98	94	90

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Emissão kg(CO ₂)	Compensado kg(CO ₂)	Compensação (%)
99,41	0,00	0,00

informações importantes e avisos de vencimento

Bandeira Vermelha - PRELIM

Consta desta fatura R\$ 9,10 referente a PIS e COFINS.

Linha 9 040/25/10001-70 CEP 06105-000 e 040/25/10001-70

Caro Cliente, confirmamos quitadas as faturas de consumo de energia elétrica desta unidade consumidora vencidas até 31/12/2014, conforme a Lei N. 12.007/2009. Esta declaração substitui quitacoes anteriores.

Nº do Cliente:

456109-0

Referência:

Abr/2015

Data de Emissão:

22/04/2015

Total a Pagar (R\$):

212,90

Nº da Nota Fiscal:

384093935

Nº de Controle:

00004561

3488 39222 00

8387000002-8 12880031000-0 00004561290-8 04883022286-0



DECLARAÇÃO

Nome:	Emilio Maciel da Costa Neto		
CPF:	036.737.833-78	RG:	2001012043949
Estado civil:	Solteiro.	Profissão:	Estudante
Endereço:	Rua: 620	Nº	65
Complemento:	Bairro: Long. Ce		
Cidade / Estado:	Fortaleza - Ce	CEP:	60.531-600

DECLARA, nos termos da Constituição Federal/88, art. 5º, inciso LXXIV; da Lei nº. 1.060/50; da Lei nº. 5.478/68, § 3º; Lei nº. 7.115/83; e Lei nº. 10.537/2002, que dispõe sobre prova documental para fins de direito, inclusive para fazer prova junto à Justiça Gratuita, que não pode custear as despesas processuais, pelo que assumo inteira e total responsabilidade, sob as penas da lei, por esta declaração.

Fortaleza (CE), 08.10.2015

Assinatura:

Emilio Maciel da Costa Neto



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DO 12. DISTRITO POLICIAL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 112 - 6271 / 2015

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **DANO**
 Data / Hora da Comunicação: **07/05/2015 20:36:56**
 Data / Hora da Ocorrência : **06/05/2015 18:30:56**
 Endereço da Ocorrência: **R SAIGADO FILHO**

ANTONIO BEZERRA FORTALEZA /CE
 Ponto de Referência: **FABRICA SCHINCARIOL**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **EMILIO MACIEL DA COSTA NETO**
 Nascimento : **12/03/1991**
 RG: **2001012043949** Órgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE** - CPF: **03673783378**
 Filiação: **HAROLDO MACIEL DA COSTA**
SILVANIRA MARIA DE LIMA
 Endereço: **R 620 65 1ª ETAPA**
CONJUNTO CEARÁ
FORTALEZA CE BRASIL Telefone: **87958035**

Histórico

Informa que conduzia sua motocicletta HONDA/CG150 FAN ESDI, de placa PMN 2017, chassi 9C2KC1680FR554783, registrada em seu nome, quando no local acima indicado, um veículo até então não identificado, avançou a preferencial colidindo em sua moto, o mesmo vinha em sentido contrário, entrou a esquerda sem sequer sinalizar, em seguida, evadiu-se do local sem prestar socorro, esclarecendo que sua moto ficou toda danificada, tendo feito um levantamento inicial, o prejuízo foi totalizado em R\$ 1.779,00 (mil setecentos e setenta e nove) reais. E nada mais disse. ELMI TEMPO, O DECLARANTE COMPARECEU NESTA DELEGACIA, HOJE DIA 02/07/15, ÀS 20:18 HORAS, PARA ADITAR ESTA OCORRÊNCIA, INFORMANDO QUE APÓS ESTE ACIDENTE NARRADO EM TEIA, FOI SOCORRIDO POR AMBULÂNCIA DO SAMU E LEVADO AO HOSPITAL UF-CENTRO, COM LESÕES MAIS GRAVES NO BRACO E PERNA ESQUERDOS. E NADA MAIS DISSE.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 12. DISTRITO POLICIAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

ADRIANNE CHARLLES RODRIGUES DE ASSIS - MAT.: 135144-1-7

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO : *Emilio Maciel da Costa Neto*

VISTO DO DELEGADO(A) :

PEDRO VIANA DE LIMA JUNIOR - MAT.: 132633-1-0

Adriane Charles Rodrigues de Assis
 Escrivão de Polícia Civil
 Matr. 135144-1-7

Emitido em: 06/05/2015 19:36:48

Por: ELIZETE CONCEIÇÃO RIOS

Registro de Atendimento Emergencial

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL				DATA/HORA: 06/05/2015 19:36:48	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE					
CNS: 2042793930009	NOME: EMILIO MACIEL DA COSTA NETO		Registro: 5370104		
CPF:	RG:	D. NASC: 12/03/1961	ESTADO CIVIL:	SEXO: M	RACIA/COR: Br/102
NOME DA MÃE: SILVANIRA MARIA DE LIMA			NOME DO PAI: HAROLDO MACIEL DA COSTA		
TIPO DE LOGRADOURO: Rua	ENDEREÇO DO PACIENTE: 620		Nº: 65	BARRIO: CONJUNTO CEARA I	
COMPLEMENTO:	TELEFONE CONTATO:	MUNICÍPIO: FORTALEZA	UF: CE	CEP: 90531600	
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL					
NOME: SAMU URB 10	PARTECIDÁRIO:		TELEFONE: 98264722		
TÍTULOS E DE TRABALHO					
TIPO DE VINCULO:	CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:	CÓDIGO DO CNAER:		
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motociclista. Colisão com um carro, pickup ou caminhão					
HISTÓRIA: trauma cranioencefalico por colisão moto carro há 1 hora					
OBSERVAÇÕES: trauma cranioencefalico grau moderado					
SINAIS VITAIS					
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área 2000m	Escala de Dor: Moderado	PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: LARANJA			
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO: CLÍNICO GERAL					
ATENDIMENTO MÉDICO					
Paciente em observação					
ECG = 15 - 15 min. está em 15 min					
TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:					
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:					
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:					
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:			

Edson Bandeira Lima Neto
Médico
0202-5520

0301080004
CONSULTA MÉDICA

PARECER MÉDICO 1

ESPECIALIDADE:	DATA/HORA DA SOLICITAÇÃO: / / AS H	CARIMBO E ASS. MÉDICO SOLICITANTE:
EXAME CLÍNICO: Exame físico. Coração normal, pulmões sem alterações. Ausculta normal. OK.		
DIAGNÓSTICO: D. Pulmão (fumo)	CÓDIGO:	CID:
CONDUÇÃO:		
DATA E HORA DO ATENDIMENTO: / / AS H	CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA: 0301080064	

PARECER MÉDICO 2

ESPECIALIDADE:	DATA/HORA DA SOLICITAÇÃO: / / AS H	CARIMBO E ASS. MÉDICO SOLICITANTE:
EXAME CLÍNICO: Exame físico. Coração normal, pulmões sem alterações. Ausculta normal. OK.		
DIAGNÓSTICO: D. Pulmão (fumo)	CÓDIGO:	CID:
CONDUÇÃO:		
DATA E HORA DO ATENDIMENTO: / / AS H	CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:	

PRESCRIÇÃO MÉDICA

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÕES

1. Difenidramina 50mg (2 amp.) 2. Difenidramina 50mg (2 amp.)		
---	--	--

☐ Decisão Médica ☐ Transferência ☐ A Pedido ☐ Internação ☐ Evasão ☐ Óbito	CARIMBO/ ASS. MÉDICO ASSISTENTE: DATA: HORA:
--	--

INTERNAÇÃO

PROCEDIMENTO:	CARIMBO/ ASS. MÉDICO ASSISTENTE:	DATA:	HORA:
---------------	----------------------------------	-------	-------

ÓBITO

ANTES DOS PRIMEIROS SOCORROS? ☐ SIM ☐ NÃO	CARIMBO/ ASS. MÉDICO ASSISTENTE: DATA ÓBITO: HORA:
--	--

OBSERVAÇÕES:

DESTINO DO CORPO: ☐ IML ☐ SVO ☐ ENTREGUE A FAMÍLIA (Assinatura do Responsável):

3. FUTURESEG

Bem vindo: 36 - veridiana silva

Home
 Pré Cadastro
 Buscar
 Arquivo Menu
 Sair

DETALHES DO PROCESSO

Motor Seguro:	3150/735873	Garante:	02 - Ipe / Invalidez		
Veículo:	08 - Moto / Motocicleta				
Data Seguro:	08/05/2015	Data Receção:	08/06/2015	Data Rateio:	15/09/2015
Seguradora:	MBM - Seguradora	Assurador:	veridiana silva bernardo		
Procurador:	Julliana Prestes Jorge				
Analista:	Yasmin Ilidia Leal				
Colunista:	Pago				
Outro:	MBM Serviços de Seguros Protocolo: 0				

DATAS DE ENVIO

Data de Envio:	27/08/2015	Nº Carta:	1583
----------------	------------	-----------	------

VÍTIMAS

Nome:	Emílio Maciel da Costa Neto	Estado:	CE
Endereço:	Rua : 620,85 - Conjunto Ceará - Fortaleza - CE		
Cep:	60.531-600		
Telefone:	(88) 9991-1457		

DOCUMENTOS

Descrição:	1. Extrato.		
Data de Solicitação:	08/06/2015	Data Receção:	17/08/2015
Descrição:	2. Boletim de Ocorrência.		
Data de Solicitação:	08/06/2015	Data Receção:	27/08/2015
Descrição:	3. Prontuário.		
Data de Solicitação:	08/06/2015	Data Receção:	27/08/2015

SENEFIICIÁRIOS / PAGAMENTOS

Beneficiário:	o mesmo				
CPF:	035.737.832-78				
Data Rateio:	00/00/0000	Data Pagamento:	00/00/0000		
Agência:	3238-7	Conta Corrente:	4152-1		
Banco:	Bradesco	Tipo Conta:	Conta Corrente		
Valor Encargação:	4.050,00	Valor Nota Fiscal:	0,00	Data Pagamento:	15/09/2015
Valor Reanálise:	0,00	Valor Nota Fiscal:	0,00	Data Pagamento:	00/00/0000
Valor Reanálise 2:	0,00	Valor Nota Fiscal:	0,00	Data Pagamento 2:	00/00/0000
Valor Reanálise 3:	0,00	Valor Nota Fiscal:	0,00	Data Pagamento 3:	00/00/0000
Valor Fletado:	13.500,00				
Diferença:	9.450,00				

CORRETORA

Código:	1
Nome:	veridiana silva bernardo
Responsável:	veridiana
Endereço:	Barão do rio branco, nº 2027 sl. 02
Telefone:	(88) 9991-1457