

PROCURAÇÃO AD JUDÍCIA**OUTORGANTE:**

Nome: <u>Raulo José de Souza</u>		Nacionalidade: <u>Brasileiro</u>	
Estado Civil: <u>Divorciado</u>	Profissão: <u>Motoboy</u>	Carteira de Identidade: <u>2008963537-4</u>	
CPF nº: <u>574.781.123-15</u>	Residência: <u>R. Labibe Belém, 448</u>		
Bairro: <u>Jangururu</u>	Cidade: <u>Fortaleza</u>	Estado: <u>CE</u>	CEP: <u>60.000-000</u>

OUTORGADO:

ANTONIO KAIRO RODRIGUES SILVA, brasileiro, solteiro, advogado, OAB/CE – 24.805, com escritório profissional na Rua Meton de Alencar, nº 106, Altos, Centro, Fortaleza - CE CEP: 60.035-160, fones: **(85) 98225-8282 (85) 3121-8383**
E-mail: **KAIRO AKRS@YAHOO.COM.BR**

PODERES:

Amplos poderes para o foro em geral, bem como nas vias administrativas, em qualquer juiz, instancia ou Tribunal, Superior ou não, Repartição Pública, podendo promover contra quem de direito as ações que julgarem convenientes e defendê-lo (a) nas contrárias, interpor recursos, com especiais poderes para, agindo em conjunto ou em separado, receber citações, renunciar e desistir de direitos decorrentes deste mandato e dos oriundos desta ação, desistir, transigir, interpor todos os recursos permitidos em direito, produzir e requerer provas e justificações, opor embargos, prestar compromisso de inventariante e assinar o respectivo termo, fazer declarações de lei, requerer remissão, adjudicação de bens, ordenar protestos de títulos, levantar depósitos judiciais em nome do(s) outorgantes, assinar recibos, representá-los em quaisquer repartições federais, estaduais, municipais ou autarquias, fazer tudo o que for necessário para o bom e fiel cumprimento da presente, inclusive substabelecer, com ou sem reserva de iguais poderes, o que darei tudo por firme, justo e valioso como próprio fora, dando a mesma caráter irrevogável.

Poderes especiais: Receber e fazer levantamento de alvará judicial, em nome dos outorgantes, em qualquer banco e/ou instituição financeira.

Fortaleza (CE), 07 de Março de 2019.

x Raulo José de Souza
Outorgante

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu, Paulo José de Souza,
 brasileiro(a), Divorciado, brasiliano, portador(a) da Carteira de
 Identidade/RG nº 2008963537-4, inscrito(a) no CPF/MF sob o
 nº 574.781.123-75, residente e domiciliado(a) na Rua
Lábice Belem, nº 778, Complemento _____,
 Cep nº 60000-000, Fontalba-CE, declaro para os devidos fins que possuo
 hipossuficiência financeira, não possuindo condições de arcar com custas processuais e
 honorários advocatícios sem prejudicar o meu sustento próprio e o de minha família,
 consoante o que dispõe a Lei nº 1.050/60.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

Fontalba (CE), 07 de março de 2019

x Paulo José de Souza

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 3805 / 2018****Dados da Ocorrência**Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**Data / Hora da Comunicação: **29/08/2018 11:31:36**Data / Hora da Ocorrência: **10/07/2018 23:20:00**Endereço da Ocorrência: **AVENIDA DEPUTADO PAULINO ROCHA, 220**

Complemento:

Bairro: **CAJAZEIRAS**Município: **FORTALEZA/CE**Ponto de Referência: **PROX AO VIADUTO BR 116****Dados da(s) Vítima(s)**Nome: **PAULO JOSE DE SOUZA**Nascimento: **17/04/1974** CPF: **574.781.123-15**CNH: **00529693613**Orgão Emissor: **DETRAN**UF: **CE**Filiação: **ODETE MARIA DE SOUZA****CICERO ANDRADE DE SOUZA**Endereço: **RUA LABIBE BELEM, 448**Bairro: **JANGURUSSU**Município: **FORTALEZA/CE**

CEP:

País: **BRASIL**Telefone: **(85) 98738-8932****Dados do(s) Veículo(s)**1) Placa: **PMF0383** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi:**9C2KD1000GR019150** Renavam: **1086826784** Tipo do Veículo:**MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/NXR 160 BROS** AnoFabricação: **2016** Ano Modelo: **2016** Combustível: **GASOLINA** Cor:**VERMELHA** Proprietário: **EUCLIDES FERREIRA DO ESPIRITO SANTO**Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO****Histórico**

AFIRMA O DECLARANTE QUE NA DATA, HORA E LOCAL CITADOS; QUE PILOTAVA A MOTOCICLETA DE PLACA PMF-0383-CE; QUE TRAFEGAVA PELA AV. DEPUTADO PAULINO ROCHA; QUE UM ANIMAL(CACHORRO) ATRAVESSOU A VIA E NAO DANDO TEMPO DE DESVIAR, ATROPELOU O MESMO(CACHORRO), VINDO A PERDER O CONTROLE DA MOTO E ACONTECEU A QUEDA NA VIA; QUE, APÓS O IMPACTO, A VITIMA FOI AO SOLO E FICOU LESIONADO; QUE A VITIMA FOI SOCORRIDO POR MEIOS PRÓPRIOS ATÉ A EMPRESA EM QUE TRABALHA E LOGO E SEGUIDA FOI TAMBÉM POR MEIOS PRÓPRIOS TER ATENDIMENTO NO FROTINHA DE MESSEJANA. E NADA MAIS DISSE.///

OBS.:FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO NO ART. 340 DO CPB.

PRAZO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL:6 MESES.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

CRISTIANO ALEX NOGUEIRA DA SILVA - MAT.: 300518-1-5

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Paulo Jose de Souza.

VISTO DO DELEGADO(A) :

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 3805 / 2018****JOSE RODRIGUES JUNIOR - MAT.: 126788-1-9**

DECLARAÇÃO

Declaro a pedido do (a) Senhor (a) Paulo José de Souza
CPF nº 574.781.123-15, filho (a) de Acacio Andrade de Souza e
Odete Maria de Souza que o (a) mesmo (a) foi atendido (a)
nesta unidade Hospitalar no dia 11 de Julho de 20 18 as 07:59 horas.

O mesmo INFORMA que foi vítima de acidente de trânsito, porém não testemunhamos a referida de ocorrência.

Orientamos o (a) mesmo (a) a relacionar testemunhas e registrar um Boletim de Ocorrência na Delegacia de Polícia Civil Especializada.

Caso o (a) mesmo (a) tenha sido socorrido (a) pela ambulância do SAMU, informamos que aquele órgão possui documentação própria relatando o tipo de atendimento.

Fortaleza, 23 de Agosto de 20 18.

Atenciosamente,


DIRETOR EXECUTIVO
HDEBO

PACIENTE

Grat.HDEBO-SAME-Desc. Oper.-003

Dr. Antônio José L. de Castro
Ortopedista
CRM-CE 8970 TEOT 11423

HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON
BARROS DE OLIVEIRA
Av. Jornalista Tormaz Coelho, 1570
Mossoró - CEP: 60.854-010

04.000.187/0012-05

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO - TÁTICO E TÊC LIGADURAS DRENAGEM - SUTURA - MATERIAL EMPREGADO - ASPECTOS VISCERAS

1) Aspers. / cav. deperic
2) Incis. por abcos
3) Roduz. f. de radio dist
4) f. de radio dist
5) f. de radio dist
6) f. de radio dist
7) f. de radio dist
8) f. de radio dist
9) f. de radio dist
10) f. de radio dist
11) f. de radio dist
12) f. de radio dist
13) f. de radio dist
14) f. de radio dist
15) f. de radio dist
16) f. de radio dist
17) f. de radio dist
18) f. de radio dist
19) f. de radio dist
20) f. de radio dist
21) f. de radio dist
22) f. de radio dist
23) f. de radio dist
24) f. de radio dist
25) f. de radio dist
26) f. de radio dist
27) f. de radio dist
28) f. de radio dist
29) f. de radio dist
30) f. de radio dist
31) f. de radio dist
32) f. de radio dist
33) f. de radio dist
34) f. de radio dist
35) f. de radio dist
36) f. de radio dist
37) f. de radio dist
38) f. de radio dist
39) f. de radio dist
40) f. de radio dist
41) f. de radio dist
42) f. de radio dist
43) f. de radio dist
44) f. de radio dist
45) f. de radio dist
46) f. de radio dist
47) f. de radio dist
48) f. de radio dist
49) f. de radio dist
50) f. de radio dist
51) f. de radio dist
52) f. de radio dist
53) f. de radio dist
54) f. de radio dist
55) f. de radio dist
56) f. de radio dist
57) f. de radio dist
58) f. de radio dist
59) f. de radio dist
60) f. de radio dist
61) f. de radio dist
62) f. de radio dist
63) f. de radio dist
64) f. de radio dist
65) f. de radio dist
66) f. de radio dist
67) f. de radio dist
68) f. de radio dist
69) f. de radio dist
70) f. de radio dist
71) f. de radio dist
72) f. de radio dist
73) f. de radio dist
74) f. de radio dist
75) f. de radio dist
76) f. de radio dist
77) f. de radio dist
78) f. de radio dist
79) f. de radio dist
80) f. de radio dist
81) f. de radio dist
82) f. de radio dist
83) f. de radio dist
84) f. de radio dist
85) f. de radio dist
86) f. de radio dist
87) f. de radio dist
88) f. de radio dist
89) f. de radio dist
90) f. de radio dist
91) f. de radio dist
92) f. de radio dist
93) f. de radio dist
94) f. de radio dist
95) f. de radio dist
96) f. de radio dist
97) f. de radio dist
98) f. de radio dist
99) f. de radio dist
100) f. de radio dist

PACIENTE		Paulo José de Souza	
DATA OPERAÇÃO:		20/07/18	
ENFERMARIA		18	
LEITO:			
1º AUXILIAR		Dr. Teófilo M. Rodrigues	
2º AUXILIAR		Dr. Antônio José L. de Castro	
ANESTESISTA		CRM-CE 8970 TEOT 11423	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO		F. de radio dist	
TIPO DE OPERAÇÃO		Aspers. / cav. deperic	
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO		F. de radio dist	
RELATÓRIO IMEDIATO PATOLOGISTA:			
EXAME RADIOLOGICO NO ATO:		51	
ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO:		NS	



Prefeitura de
Fortaleza

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA MESSEJANA

fls. 12

Delânia Cavalcante
Enfermeira
COREN-CE 63.152
CPF: 472090973-68

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

NOME DO PACIENTE PAULO JOSE DE SOUZA		DADOS PESSOAIS	
CADUS	NASCIMENTO 17/04/1974(44 ANOS)	Nº DO PRONTUÁRIO 5115089	Nº DO SE 289169
NOME MAE ODETE MARIA DE SOUZA	ROGUE RESPONSÁVEL NI	SEXO M	RACIA/COR PARDOS
ENDEREÇO RUA OLÍMPIO DE NORONHA 118 MONDUBIM	MUNICÍPIO FORTALEZA	UF CE	CEP 60.761-580
CORREIO (85) 98738-8932	LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/ADUROS DO ACIDENTE		
OCORRÊNCIA		CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	
PACIENTE EM JEJUM PARA REALIZAR REDUÇÃO.		MOTIVO AVLIAÇÃO TRAUMATOLOGICA	
SINAIS VITAIS		ESCALA DE DOR 99 (ADULTO)	
PESO NI KG	PRESSÃO ARTERIAL NI/NI	SAT O2 NI%	PULSO NI
TEMPERATURA NI °C	ALERGIAS NI	GLICEMIA NI	
CLASSIFICAÇÃO VERDE	RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO DELANIA ALBUQUERQUE CAVALCANTE	DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO 11/07/2018 07:59:04	
ÁREA DE ATENDIMENTO 02 - EMERGENCIA TRAUMATOLOGICA		ÁREA ATENDIMENTO	

ATENDIMENTO MÉDICO	
relato queda de moto ontem refere dor no punho dir td: fratura no osso distal dir cd: Examinado ao CC para redução.	
DIAGNÓSTICO Fratura do osso distal do punho dir	COD. PROCEDIMENTO 0303090224
SADI SOLICITADO () HC () SU () US ABDOMINAL () TC CRÂNIO () RAIO-X	() OUTROS

MEDICAMENTO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÕES

Obs: Fratura do osso distal do punho dir importante

no plano sagital. (Raios)

Dr. A. Barros Pl. no. univ. 4

TIPO DE ALTA/SAÍDA	ÓBITO: () ATÉ 48 HORAS () APÓS 48 HORAS
() DECISÃO MÉDICA () A PEDIDO () EVASÃO () TRANSFERÊNCIA	() INTERNAÇÃO
DESTINO DO CORPO: () FAMÍLIA () IML () ANAT. PATOL	

DATA E HORA DO ATENDIMENTO

Impresso por DELANIA ALBUQUERQUE CAVALCANTE em 11/07/2018 07:59:04

declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 299 do Código Penal.

Dr. Francisco Manoel Costa
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC 15003 / TECT 1º

CONFIRMAR COM ORIGINAL
08/08/18
Paulo Jose de Souza

PAULO JOSE DE SOUZA

04.365.157/0012-05
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON
BARROS DE OLIVEIRA

Av. Jornalista Tormaz Coelho, 1578
Messegem - CEP: 60.864-810

Fortaleza

Ceará



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA EXECUTIVA REGIONAL VI
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA



Prefeitura de
Fortaleza

RELATÓRIO DE ALTA

PACIENTE

Paulo Sr de Souza

PRONTUÁRIO

UNIDADE

ENFERMARIA

LEITO

55

INÍCIO DO TRATAMENTO

10/07/18

DATA DA ALTA

27/07/18

DATA DO RETORNO

06/08/18

MÉDICO(A) PARA RETORNO

ANTONIO

RESUMO DA HISTÓRIA CLÍNICA

114

DE

DIAGNÓSTICOS

PRINCIPAL

fratura do pé

ACESSÓRIO 1:

ACESSÓRIO 2:

EXAMES ESPECIAIS REALIZADOS

TRATAMENTO CLÍNICO OU CIRÚRGICO REALIZADO

operação 26/07/18

TERAPÊUTICA APÓS ALTA

take care!

CONDIÇÕES DA ALTA:

☐ CURADO

☒ MELHORADO

☐ PIORADO

☐ ÓBTOS

☐ OUTROS

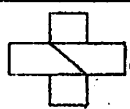
OUTRAS RECOMENDAÇÕES

DATA:

27.07.18

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

[Signature]



Ministério
da
Saúde

Sistema
Único de
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DO NASCIMENTO

9 - SEXO

Masculino ☒ Feminino ☐

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CÓD. IBGE MUNIC

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente sofreu queda de motocicleta com trauma no punho direito.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Tr. ungueais

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Amniotese + Ex. físico + Rx

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Fratura do rádio distal

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

Dr. Max Wendell B. Lopes

18/03/18

Dr. Max Wendell B. Lopes

Ortopedia e Traumatologia

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

CREMEC: 10107

33 - ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº BILHETE

CREMEC: 10107

39 - CNPJ DA EMPRESA

40 - CNIE EMPRESA

41 - CBO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

☐ EMPREGADO

☐ EMPREGADOR

☐ AUTÔNOMO

☐ DESEMPREGADO

☐ APOSENTADO

☐ NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - Nº AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

☐ CNS

☐ CPF

46 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

47 - DATA DO DOCUMENTO

48 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

HOSPITAL DISTRITAL EDILSON

MARQUES DE OLIVEIRA

Av. Jornalista Tomaz Coelho, 1578
Mossoró - CEP: 60.864-810

Gráf. HDEBO-SAME-AIH-005

Mossoró

Ceará



Prefeitura de Fortaleza

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA MESSEJANA

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

NOME DO PACIENTE PAULO JOSE DE SOUZA		DADOS PESSOAIS		Nº DO PRONTUÁRIO 5115099		Nº DO BILHETE 289147	
CADSUS		NASCIMENTO 17/04/1974(44 ANOS)		SEXO M		RAÇA/COR PARDO	
NOME MAE ODETE MARIA DE SOUZA		NOME RESPONSÁVEL NI		CEP 60.761-580		UF CE	
ENDEREÇO RUA OLÍMPIO DE NORONHA 118 MONDUBIM		MUNICÍPIO FORTALEZA					
CONTATO (85) 98738-8932							

LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/DADOS DO ACIDENTE		OCORRÊNCIA	
QUEIXA DOR E EDEMA EM PUNHO DIREITO		CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	
SINTOMAS DOR NO PUNHO DIREITO		MOTIVO AVALIAÇÃO TRAUMATOLOGICA	
		ESCALA DE DOR 99 (ADULTO)	

PESO NI KG		PRESSÃO ARTERIAL NI/NI		SAT O2 NI%		PULSO NI		GLICEMIA NI	
TEMPERATURA NI °C		ALERGIAS NEGA							
CLASSIFICAÇÃO AMARELO		RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO ECILIA BEZERRA DE ARAUJO				DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO 10/07/2018 23:55:56			

ÁREA DE ATENDIMENTO 02 - EMERGENCIA TRAUMATOLOGICA		ÁREA ATENDIMENTO	
--	--	------------------	--

ATENDIMENTO MÉDICO	
<i>fratura no</i> <i>PM do B93940211</i>	

DIAGNÓSTICO		COD. PROCEDIMENTO		CID	
SADT SOLICITADO: () HC () SU () US ABDOMINAL () TC CRANIO () RAIOS-X () OUTROS					

MÉDICAMENTO		PRESCRIÇÃO MÉDICA		APRAZAMENTO		OBSERVAÇÕES	

TIPO DE ALTA/SAÍDA	
☐ DECISÃO MÉDICA ☐ A PEDIDO ☐ EVASÃO ☐ TRANSFERÊNCIA ☐ INTERNAÇÃO ÓBITO: ☐ ATÉ 48 HORAS ☐ APÓS 48 HORAS	
DESTINO DO CORPO: ☐ FAMÍLIA ☐ IML ☐ ANAT. PATOL	

DATA E HORA DO ATENDIMENTO

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA

Impresso por ECILIA BEZERRA DE ARAUJO em 10/07/2018 23:55:56

Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sob as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 299 do Código Penal.

PAULO JOSE DE SOUZA

CONFERE COM ORIGINAL
23/08/18
[Assinatura]

04.535.197/0012-05
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON
BARROS DE OLIVEIRA
Av. Jornalista Tornaz Coelho, 1578
Messejana - CEP 60.864-810

Fortaleza

Ceará

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIO KAIRO RODRIGUES SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 07/03/2019 às 08:43, sob o número 011153295420198060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 01153295-54.2019.8.06.0001 e código 451206D

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

Paulo José de Souza

Polegar Direito

CARTEIRA DE IDENTIDADE

ASSINATURA DO TITULAR

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2008963537 - 4

DATA DE EXPEDIÇÃO 13/11/2014

NOME PAULO JOSÉ DE SOUZA

FILIAÇÃO CÍCERO ANDRADE DE SOUZA

ODETE MARIA DE SOUZA

NATURALIDADE FORTALEZA - CE

DATA DE NASCIMENTO 17/04/1974

DOC. ORIGEM CERT. CASAMENTO - CARTÓRIO: 4 ZONA TERMO: 24424 FOLHA: 087V

LIVRO: B-42 FORTALEZA - CE

CPF 574.781.123-15

1 VIA

Assinado por Paulo José de Souza

ASSINATURA DO DIRETOR

RG: ANT: 178778489

P.: 6

LEI Nº 7.116 DE 29/08/85

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
PAULO JOSE DE SOUZA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
 178778489 SSP CE

CPF
 574.781.123-15

DATA NASCIMENTO
 17/04/1974

FILIAÇÃO
 CICERO ANDRADE DE SOUZA
 ODETE MARIA DE SOUZA

PERMISSÃO
 ACC CATIAH A

Nº REGISTRO
 00529693613

VALIDADE
 01/04/2019

1ª HABILITAÇÃO
 04/03/1999

OBSERVAÇÕES
 A ;

Paulo Jose de Souza
 ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
 FORTALEZA, CE

DATA EMISSÃO
 04/04/2014

Idor Vasconcelos Ponte
 ASSINATURA DO EMISSOR

28083165898
 CE141190175

DETRAN - CE (CEARA)

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
950627242

PROIBIDO PLASTIFICAR
950627242

023



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | Nº
Companhia Energética do Ceará
 Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135-040 | Fortaleza CE
 CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

533635230

A Tarifa Social de Energia Elétrica
 foi criada pela Lei Nº 10.438 de
 26 de abril de 2002

DADOS DO CLIENTE

Rota 11 01210 50 045400 - 9 Medidor 1842313 Poste 0000 J57C
 Nome ODETE MARIA DE SOUZA
 Endereço Postal RU LABIBE BELEM 00448 - JANGURUSSU - FORTALEZA
 CEP 60000-000

End. da Unidade RU LABIBE BELEM 00448 - FORTALEZA
 Consumidora

RG / CPF / CNPJ 168131623-49 CGF

Classe RESIDENCIAL MONOFASICO

Fator de Potência 0,00

JUL/2018

Utilize o Nº abaixo sempre
 que entrar em contato conosco

Nº DO CLIENTE

2564218

9

VENCIMENTO

20/08/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

55,71

DESCRIÇÃO DA CONTA

VALOR CONSUMO DO MES 69 0,80745 55,71
 ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES [R\$ 5,14]

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual 2811 Leitura Anterior 2741 Constante 1 Consumo (KWh) 69 Consumo Inc. 0 Consumo Faturado 69
 17/07/18 18/06/18 29 DIAS

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/ Apresentação 20/07/2018 Prev. Próxima Leitura 17/08/2018

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

0A39.689E.7213.5090.5368.8888.ED29.6D91

ICMS

Base de Cálculo (R\$) Aliquota Valor do Imposto
 55,71 27,00% 15,04

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia 20,47
 Transmissão 2,18
 Distribuição 11,66
 Encargos Setoriais 3,13
 Tributos (ICMS PIS/COFINS) 18,27
 Total 55,71

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto MONDUBIM

Mês MAI/2018 - EUSD 21,09

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC (h)	4,95	0,00	0,00	2,00	0,00	0,00
FIC (uh)	3,17	0,00	0,00	2,00	0,00	0,00
DMIC (h)	2,77			1,17		

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.
 Emitido kg (CO₂) Compensado kg (CO₂) Consciência Ecológica (%CO₂)
 27 0 0%

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

A ENEL AGRADECE E PARABENIZA PELA PONTUALIDADE NOS SEUS PAGAMENTOS.

*PARA CADASTRAR SUA CONTA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZE

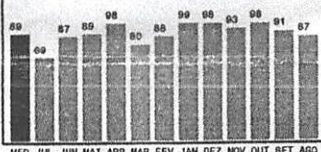
SEU NÚMERO DO CLIENTE SEGUIDO DO DÍGITO VERIFICADOR.*

Chame os vizinhos e amigos e entre no combate ao mosquito transmissor

Consta desta fatura R\$ 3,23 referente a PIS e COFINS. Aliquotas: PIS: 1,04% e COFINS: 4,78%. [Art. 9 Res. 100/2005 - ANEEL e Lei n. 10.637/02 e 10.833/03]

Estamos em Bandeira vermelha patamar 2 em julho-18 com custo de 5,00

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



Consumo médio dos 12 últimos meses

185) 987740318
 185) 30356947



3180469480

DECLARAÇÃO

Declaro a pedido do (a) Senhor (a) Paulo Jose de Souza
CPF nº 574.781.123-15, filho (a) de Luero Andrade de Souza e
Odete Maria de Souza que o (a) mesmo (a) foi atendido (a)
nesta unidade Hospitalar no dia 10 de julho de 20 18 as 23:55 horas.

O mesmo INFORMA que foi vítima de acidente de trânsito, porém não testemunhamos a referida de ocorrência.

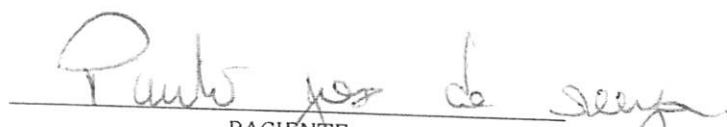
Orientamos o (a) mesmo (a) a relacionar testemunhas e registrar um Boletim de Ocorrência na Delegacia de Polícia Civil Especializada.

Caso o (a) mesmo (a) tenha sido socorrido (a) pela ambulância do SAMU, informamos que aquele órgão possui documentação própria relatando o tipo de atendimento.

Fortaleza, 07 de novembro de 20 18.

Atenciosamente,


Marcelo de Vasconcelos Costa
Diretor Executivo - HDEBO
Matrícula 730623-02
Município 257.500-15
DIRETOR EXECUTIVO
HDEBO


PACIENTE

SINISTRO 3180469480 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA PAULO JOSE DE SOUZA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO LIBIA

CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME

BENEFICIÁRIO PAULO JOSE DE SOUZA

CPF/CNPJ: 57478112315

Posição em 07-03-2019 08:28:32

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento. O valor abaixo será creditado na conta que você indicou no formulário de autorização de pagamento. O prazo para o banco confirmar o pagamento é de até 5 dias úteis. Caso não identifique o valor em sua conta após esse período, volte a consultar o processo aqui no site.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
19/12/2018	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50