

PROCURAÇÃO AD JUDICIA**OUTORGANTE:**

Nome: <u>Enivaldo florencio da SILVA</u>		Nacionalidade: <u>Brasileiro</u>
Estado Civil: <u>casado</u>	Profissão: <u>Agricultor</u>	Carteira de Identidade: <u>84353484</u>
CPF nº: <u>43.772.953-49</u>	Residência: <u>R. SIMÃO LOPES, s/nº</u>	
Bairro: <u>Centro</u>	Cidade: <u>OCARA</u>	Estado: <u>CE</u> CEP: <u>62755-000</u>

OUTORGADO:

ANTONIO KAIRO RODRIGUES SILVA, brasileiro, solteiro, advogado, OAB/CE – 24.805, com escritório profissional na rua Barbara de Alencar, nº 1920, apto 301, bloco,E, aldeota, Fortaleza - CE CEP: 60.140-000, fone: **(85) 9657.0528**
e-mail: KAIRO_AKRS@YAHOO.COM.BR

PODERES:

Amplios 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.

Fortaleza (CE), 12 de Junho de 2018.

x Enivaldo florencio da SILVA
Outorgante

DECLARAÇÃO

Eu, Enivaldo Florencio da SILVA,
 brasileiro(a), conado, agricultor, portador da Carteira de Identidade/RG nº
84353487, e inscrito no CPF/MF sob o nº 243.772.955-49, residente e
 domiciliado na cidade de Olinda, estado do Ceará, na Rua
Simão Lopes, nº 51N, declaro para os devidos fins
 que possuo hiposuficiência 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.

Fortaleza (CE), 12 de junho de 2.018.

x Enivaldo Florencio da Silva



AMTP

AUTARQUIA MUNICIPAL DE TRÂNSITO E TRANSPORTE DE PACAJUS

BOAT – BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO

AUTO DE INFRAÇÃO Nº

BOAT Nº

016/2018

DA OCORRÊNCIA

Local da Ocorrência: R. CÔNEGO EDUARDO APARECIDA, Nº 1811		
Bairro: CENTRO	Referência: EM FRENTE AO GUARATU	
Hora do Acidente: 14.10	Hora da chegada no acidente: 14.30	Data: 16/02/2018
Condições do tempo: ☒ Bom () Chuva () Neblina () Garoa () Outro		
Condições da Via: ☒ Seca () Molhada () Oleosa () Danificada () Em Obras () Outro		
Tipo de Pavimentação: () Terra ☒ Asfalto () Calçamento () Paralelepípedo () Outro		
Condições da Sinalização Semafórica: () Normal () Com defeito () Desligado ☒ Inexistente		
Condições da Sinalização Vertical: () Boa () Ruim ☒ Inexistente		
Condições da Sinalização Horizontal: () Boa ☒ Ruim () Inexistente		
Classificação do Acidente:		Número de Vítimas:
() Sem vítima ☒ Com vítima () Fatal		() Mortos ☒ Feridos 01
Natureza do Acidente:		
() Col. Frontal () Col. Lateral () Col. Traseira ☒ Col. Transversal () Tombamento () Capotamento		
() Choque c/Obj. Fixo () Atropelamento de Pedestre () Atropelamento de Animal () Engavetamento		

DADOS DOS ENVOLVIDOS

CONDUTOR/VEICULO 01		FONE: 99113-3866	
Nome do Condutor:		Sexo: ☒ Masculino () Feminino	
JOSE FILHO MONTEIRO DE OLIVEIRA		☒ CNH () PD () Não Habilitado	
Endereço: R. F. DE ASSIS LIMA, Nº 151		Data Nascimento: 11-10-1981	
CNH: 05054068115	RG: 338600099	Validade CNH: 24-06-18	Categoria: AB UF: CE
Placa: NJ25277	Marca: HONDA	Modelo: FAN	Cor: VERMELHA
Nome do Proprietário:		CPF/CNPJ:	
ANA MARIA PASCOAL		923.226.623-72	
Endereço: PACAJUS			
Veic. Liberado ☒	Para: PRÓPRIO CONDUTOR	Categoria/CNH: —	
Veic. Recolhido/Depósito ()	CNH: —		
CONDUTOR/VEICULO 02		FONE: 99212-5302	
Nome do Condutor:		Sexo: ☒ Masculino () Feminino	
ERIALDO FLORENCIO DA SILVA		☒ CNH () PD () Não Habilitado	
Endereço: SERENO DE CIMA (OCARA)		Data Nascimento: 05-05-1966	
CNH: 04356408572	RG: 84353484	Validade CNH: 20-02-18	Categoria: A UF: CE
Placa: 0020892	Marca: HONDA	Modelo: BR03	Cor: PRETA
Nome do Proprietário:		CPF/CNPJ:	
PRÓPRIO CONDUTOR			
Endereço: CONDUTOR		(VEÍCULO S/ CONDIÇÕES DE TRANSITAR)	
Veic. Liberado ☒	Para: FRANKLINE BANDEIRA DA SILVA	Categoria/CNH: B	
Veic. Recolhido/Depósito ()	CNH: 06010937250		

DAS VÍTIMAS

VÍTIMA 01		Sexo: ☒ Masculino () Feminino	
Nome da Vítima:		Data Nascimento: C.V-2	
CONDUTOR VEÍCULO 02 (CV-2)		Fone: C.V-2	
Endereço: C.V-2			
Ferimento:	Condições da Vítima:	Condução da vítima:	
() Leves ☒ Graves () Fatais	☒ Condutor () Passageiro () Pedestre	☒ Ambulância/Hosp. () Veic. Particular/Hosp. () Outros	
VÍTIMA 02			
Nome da Vítima:		Sexo: () Masculino () Feminino	
		Data Nasc:	
Endereço:		Fone:	
Ferimento:	Condições da Vítima:	Condução da vítima:	
() Leves () Graves () Fatais	() Condutor () Passageiro () Pedestre	() Ambulância/Hosp. () Veic. Particular/Hosp. () Outros	

TESTEMUNHA 01 Confirma versão: Condutor/V1 () Condutor/V2 ()		
Nome:	RG/CPF:	Sexo: () Masculino () Feminino
Endereço:		Data Nascimento:
TESTEMUNHA 02 Confirma versão: Condutor/V1 () Condutor/V2 ()		
Nome:	RG/CPF:	Sexo: () Masculino () Feminino
Endereço:		Data Nascimento:
		Fone:

DIAGRAMA

☐ AUTOMÓVEL
 ☐ ÔNIBUS OU CAMINHÃO
 ☐ TREM
 ☐ VEIC. DE 2 RODAS
 ☐ VEIC. DE 3 RODAS
 ☐ MARCHA À FRENTE
 ☐ MARCHA À RE
 ☐ ANTES DO LOCAL

☐ LOCAL DO ACIDENTE
 ☐ DEPOIS DO ACIDENTE
 ☐ DERRAPAGEM
 ☐ CAPOTAMENTO/TOMBAMENTO
 ☐ PEDESTRE
 ☐ ANIMAL
 ☐ OBJETO FIXO
 ☐ SEMÁFORO

NARRATIVA

SEGUNDO CONDUTOR DO V-01, O MESMO TRANSITAVA SENTIDO BANGUÊ CENTRO QUANDO V-02 CRUZOU A VIA PROVOCANDO A COLISÃO.

DAS AVARIAS

Referente ao V1:	PEDAIS, PAINEL, RETROVISOR E GUERDA AVARIADOS.
Referente ao V2:	TAMPA DO MOTOR QUEBRADA E PEDAL DE FREIO AVARIADO.

PERÍCIA CIVIL - ATENDIMENTO URGENTE

Perito:	Motorista:	Placa:	Nº. Viatura:
---------	------------	--------	--------------

AGENTE(S) ENCARGADO DO ATENDIMENTO

Nome:	Matrícula:	Assinatura:
A.T. PEDRO	120892	
Nome:	Matrícula:	Assinatura:
CHARLES	129698	

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIO KAIRO RODRIGUES SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 12/06/2018 às 10:03, sob o número 01391121220188060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0139112-12.2018.8.06.0001 e código 37F7E7C.

Ato Declaratório



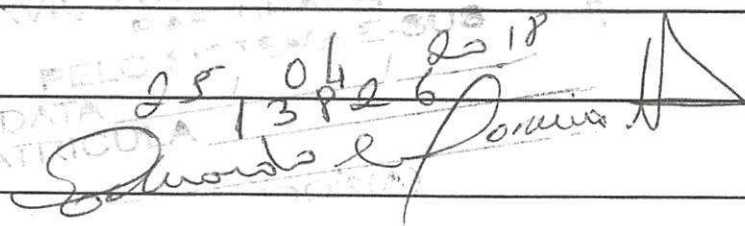
INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA



Emitido em: 25/04/2018 14:31:58

Por: EDUARDO MOREIRA

Registro de Atendimento Emergencial

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL						DATA/HORA: 16/02/2018 15:58:21	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE							
CNS: 700203470210627	NOME: ERIALDO FLORENCIO DA SILVA				Registro: 5550491		
CPF: 24377295349	RG: 84353484	D. NASC: 05/05/1966	ESTADO CIVIL:	SEXO: M	RAÇA/COR: Parda		
NOME DA MÃE: MARIA CORREA LIMA				NOME DO PAI: LUIS CORREIA RODRIGUES			
TIPO DE LOGRADOURO: Rua	ENDEREÇO DO PACIENTE: VILA SAO MIGUEL		Nº: S/N	BAIRRO: SEDE			
COMPLEMENTO:	TELEFONE: 991809599, 991255553	MUNICÍPIO: OCARA	UF: CE	CEP: 62755000			
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL							
NOME: SAMU CE USB 84 COND DAVI		PARENTESCO: O MSM		TELEFONE: 991809599, 991255553			
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 motociclista, Colisão com um veículo a motor de duas ou três rodas							
QUEIXAS: COLISAO MOTO/MOTO APRESENTANDO EXPOSIÇÃO DE TENDAO NO PE D							
OBSERVAÇÕES: FERIDAS/HEMORRAGIA MENOR INCONTROLAVEL							
SINAIS VITAIS							
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Publica	Escala de Dor: Moderado	PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: AMARELO					
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:							
ATENDIMENTO MÉDICO							
Anamnese:							
Exame Físico:							
Conduta:							
 25/04/2018 13h26							
TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:							
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:							
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:							
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:				CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:			

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interdita com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Erialdo Florencio da Silva

CPF da Vítima

243.772.953-49

Data do Acidente

16/02/18

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

- ☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☒ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

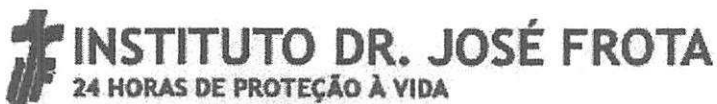
Fortaleza, 14 de Maio de 18

Local e Data

Erialdo Florencio da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Servico de Traumatologia-Ortopedia

Laudo Médico/Resumo de Alta -

No. HOSPGESTOR: 36811

LEITO:

NOME: ERIALDO FLORENCIO DA SILVA

DATA DE INTERNACAO: 16/ 02/ 2018

DATA DA ALTA: 28/02/2018

BE/PRONT: 5550491

CIDADE DE ORIGEM: OCARA

NASCIMENTO: 05051966

IDADE: 51

DIAGNOSTICOS: FRATURA - LUXAÇÃO PÉ DIR (OPERADA)

CONDUTAS E CUIDADOS POS-
OPERATORIOS:

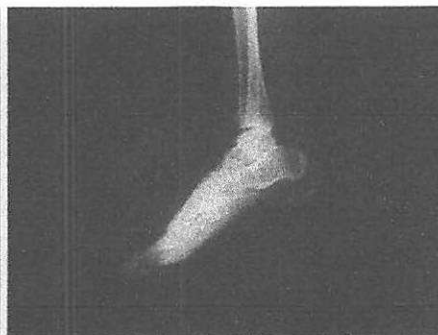
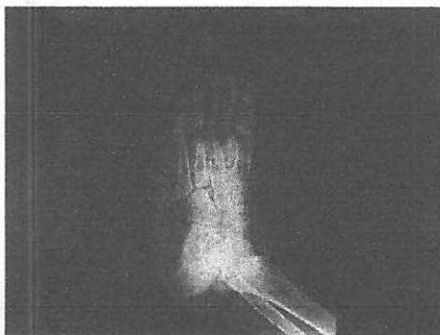
TELEFONE:

CELULAR:

STAFF QUE OPEROU NA
EMERGENCIA:

STAFF DO LEITO: STAFF INDEFINIDO

RESIDENTE DO LEITO: RESIDENTE INDEFINIDO



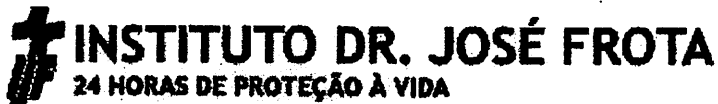
Mapa de Cirurgias

Dias Int.	#	Hora	Leito	Cirurgião	Residente	Material
-----------	---	------	-------	-----------	-----------	----------

Observação	Status da marcação
------------	-----------------------

Ass.: <i>Dr. Angelo Luz</i> <i>cirurgião do Joelho</i>		Retornar dia: ____/____/____ Hora: ____ para
Data: 28/02/18		Dr. <i>Nelson Fereira</i>
Imprimir		

HospGestor - Sistema de Gestao de Residencias Medicas

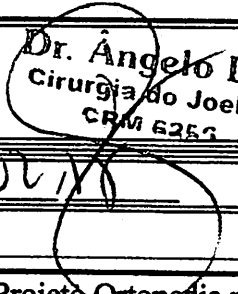
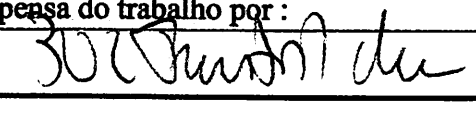


Atestado - Serviço de Traumatologia-

Ortopedia

Atesto para fins de comprovacao junto ao trabalho, que os dados abaixo sao a verdade e servem de informacao sobre as condicoes e razoes da internacao neste Hospital em relacao ao Servico de Traumatologia-Ortopedia.

NOME:	ERIALDO FLORENCIO DA SILVA		
LEITO:			
DATA DE INTERNACAO:	16 02 2018	DATA DA ALTA:	28/02/2018
BE/PRONT:	5550491	CIDADE DE ORIGEM:	OCARA
IDADE:	51		
DIAGNOSTICOS:	FRATURA - LUXAÇÃO PÉ DIR (OPERADA)		
CONDUTA DECIDIDA PARA CADA LESAO:			
STAFF QUE OPEROU NA EMERGENCIA:			
STAFF DO LEITO:	STAFF INDEFINIDO		
RESIDENTE DO LEITO:	RESIDENTE INDEFINIDO		

Ass:  Dr. Angelo Luz Cirurgião do Joelho CRM 6256	Retornar dia: ____ / ____ / ____ Hora: ____ para Dr. _____
Data : 28/02/18	Dispensa do trabalho por : 
Imprimir	

OrtoGestor - Projeto Ortopedia na Web



INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

Registro de Atendimento Emergencial



Emitido em: 25/04/2018 14:31:58

Por: EDUARDO MOREIRA

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL				DATA/HORA: 16/02/2018 15:58:21	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE					
CNS: 700203470210627	NOME: ERIALDO FLORENCIO DA SILVA			Registro: 5550491	
CPF: 24377295349	RG: 84353484	D. NASC: 05/05/1966	ESTADO CIVIL:	SEXO: M	RAÇA/COR: Parda
NOME DA MÃE: MARIA CORREA LIMA			NOME DO PAI: LUIS CORREIA RODRIGUES		
TIPO DE LOGRADOURO: Rua	ENDEREÇO DO PACIENTE: VILA SAO MIGUEL		Nº: S/N	BAIRRO: SEDE	
COMPLEMENTO:	TELEFONE: 991809599, 991255553	MUNICÍPIO: OCARA	UF: CE	CEP: 62755000	
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL					
NOME: SAMU CE USB 84 COND DAVI		PARENTESCO: O MSM		TELEFONE: 991809599, 991255553	
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 motociclista, Colisão com um veículo a motor de duas ou três rodas					
QUEIXAS: COLISAO MOTO/MOTO APRESENTANDO EXPOSIÇÃO DE TENDAO NO PE D					
OBSERVAÇÕES: FERIDAS/HEMORRAGIA MENOR INCONTROLAVEL					
SINAIS VITAIS					
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Publica	Escala de Dor: Moderado		PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: AMARELO		
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:					
ATENDIMENTO MÉDICO					
Anamnese:					
Exame Físico:					
Condução:					
TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:					
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:					
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:					
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:			

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO	
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
NOME ERIALDO FLORENCIO DA SILVA	
DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF 84353484 SSP CE	
CPF DATA NASCIMENTO 243.772.953-49 05/05/1966	
FILIAÇÃO LUIZ CORREIA RODRIGUES MARIA CORREIA LIMA	
PERMISSÃO ACC CATEGORIA A	
Nº REGISTRO 04356408572	VALIDADE 20/02/2018
1ª EMISSÃO 08/05/2008	
OBSERVAÇÕES SEM OBSERVAÇÃO;	
Assinatura do Portador <i>Erialdo Florencio da Silva</i>	
LOCAL QUIXADA, CE	DATA EMISSÃO 20/03/2013
Assinatura do Emissor <i>Igor Vasconcelos Ponte</i> IGOR VASCONCELOS PONTE	58808421061 CE134449517
DETRAN - CE (CEARA)	

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
737624140

PROIBIDO PLASTIFICAR
737624140

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 013356056106
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 01 Cód. RENAVAM 00325041261 R.N.T.R.C. 00000000000 EXERCÍCIO 2017

Nome
ERIALDO FLORENCIO DA SILVA

OCARA /CE

CPF / CNPJ 24377295349 PLACA OCQ0892/CE

PLACA ANT / UF /CE CHASSI 9C2KD0550BR010805

ESPÉCIE TIPO PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC. COMBUSTÍVEL GASOL/ALCO

MARCA / MODELO HONDA/NXR150 BROS ES ANO FAB. 2011 ANO M.O. 2011

CAP / POT / CIL 2P/OCV/149CC CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. / COTAS
I P V A ***** ** **/**/** 1 *****
FAIXA I.P.V.A. PARCELAMENTO / COTAS 2 *****
***** ***** ** 3 *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO *****

OBSERVAÇÕES

LOCAL OCARA DATA 19/04/2017

Igor Ponte
Superintendente DETRAN-CE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

fls. 17

CE Nº 013356056106 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2017 DATA EMISSÃO 19/04/2017

VIA 01 Cód. RENAVAM 00325041261 R.N.T.R.C. 00000000000 EXERCÍCIO 2017

MARCA / MODELO HONDA/NXR150 BROS ES ANO FAB. 2011 ANO M.O. 2011

CAP / POT / CIL 2P/OCV/149CC CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. / COTAS
I P V A ***** ** **/**/** 1 *****
FAIXA I.P.V.A. PARCELAMENTO / COTAS 2 *****
***** ***** ** 3 *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO *****

OBSERVAÇÕES

LOCAL OCARA DATA 19/04/2017

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

MOTOR: KD05E5B010805

01036



Prefeitura Municipal de Pacajus

Autarquia Municipal de Trânsito e Transportes de Pacajus- AMTP

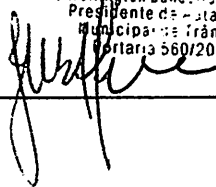
TERMO DE ENTREGA DE B.O.A.T

DECLARO PARA DEVIDO FINS QUE FIZ A ENTREGA DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO E TRANSPORTES – B.O.A.T. REFERENTE AO ACIDENTE DO DIA **16/02/2018** OCORRIDO ÀS **14:10HRS** NA RUA: **CONÊGO EDUARDO ARARIPE 1811** AO SR. **ERIALDO FLORÊNCIO DA SILVA** ENVOLVIDO NO ACIDENTE.

Pacajus, 04 DE ABRIL DE 2018

Assinatura Responsável de Entrega: _____

José Wellington Bandeira de Almeida
Presidente da Autarquia
Municipal de Trânsito
Portaria 560/2017





Poupança

A4657-4 C.5617-0

7669364-3

Para agilizar seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

Companhia Energética do Ceará
Rua Pedro Valdevino, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

enel

fls. 20

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

515345530

Rota: 01 20090 42 105800 - 8 Data de Emissão: 02/03/2018
 Nome: ERIVALDO FLORENCIO DA SILVA
 End. Postal: RU SIMAO LOPES 00000
 CENTRO - OCARA - 62755000
 Medidor: 6895747 Poste: 0000 0000
 Classe: 01-RESIDENCIAL 01-NORMAL MONOFASICO
 RG/CPF/CNPJ: 243772953-49 CGF:
 Nome do Responsável:

(85)987740318
(85)988994932

DATAS			INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO		
Mês de Referência	Data de Apresentação	Previsão Próxima Leitura	Veja a legenda no verso desta conta.		
Mar/2018	02/03/2018	02/04/2018	Conjunto	B-4-PRTE	
			Mês	Jan. 2018	
				EURE 6,75	

ICMS			Padrão Individual			Apuração Individual		
Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
ISENTO								
ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL			DIC	5,01	10,00	01,05	0,00	0,00
			FIC	5,30	5,30	13,20	0,00	0,00
			DMIC	3,20			0,00	

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO									
Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. Fat.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)		
FP 8541	8540	1,00		1	0,00				
02/03/18	01/02/18		29 DIAS		36		17,86		

VALOR CONSUMO DO MES	14,86
MULTA MORATORIA REF 02/2018	0,30
JUROS DO MES	0,09
SALDO PARA PAGAMENTO FUTURO	-15,25

VENCIMENTO	09/03/2018	TOTAL A PAGAR (R\$)	0,00
------------	------------	---------------------	------

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO		HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)	
Energia	7,05		
Transmissão	0,70		
Distribuição	4,79		
Encargos Setoriais	1,66		
Tributos (ICMS, PIS, COFINS)	0,65		
TOTAL	14,86		

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO ₂ (kg/kWh)		
Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.		
Emitido kg (CO ₂)	Compensado kg (CO ₂)	Consciência Ecológica (%CO ₂)
12,97	0,00	0

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO	
CONTAS EM ATRASO	
Prezado Cliente, constam em nossos controles contas em atraso. Segue o detalhamento do Débito. O não pagamento da dívida implica na possibilidade de suspensão do fornecimento da energia em 15 dias após a entrega desta, conforme previsto na Res. ANEEL 414/10, Arts. 172 e c/c 173, bem como o envio das informações aos ÓRGÃOS DE PROTEÇÃO AO CREDITO E CARTÓRIO DE PROTESTO. Caso já tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar o aviso. FATURADO PARA MÍNIMA. Consta desta fatura R\$ 0,65 referente a PIS e COFINS. Alíquotas: PIS=0,75% e COFINS=3,64%. Para o mês de março -18 a bandeira será VERDE, sem custo adicional para os consumidores.	
DEBITOS ANTERIORES Mês de Referência: 02/2018 Total: 52,94	

Nº do Cliente: 7669364-3 Referência: Mar/2018
 Data de Emissão: 02/03/2018 Total a Pagar (R\$): 0,00
 Nº da Nota Fiscal: 515345530 Nº de Controle: 0007669364 00020 39212 46

PARA CONFERENCIA: Esta fatura por ter valor inferior do mínimo para cobrança, não necessita pagamento. Assim, este valor será acrescido na próxima fatura mensal sem qualquer incidência de multas ou encargos.



Esta é a segunda via de
MAR/2018

Utilize o n° abaixo sempre
que entrar em contato conosco

N° DO CLIENTE

7988688

DV **4**

VENCIMENTO

14/03/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

126,44

DESCRIÇÃO DA CONTA

Quantidade x Tarifa = Valor (R\$)

OUTROS PAGAMENTOS

MULTA MORATORIA

2,11

ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL-CAP

10,35

Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° **516055401**

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135 040 | Fortaleza CE

CNPJ 07.647.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

A Tarifa Social de Energia Elétrica

foi criada pela Lei n° 10.438 de

26 de abril de 2002

DADOS DO CLIENTE

Rota 04 01140 42 0327000

Medidor

Poste

Nome RAIMUNDO ALVES RODRIGUES

25008378

0000 0

Endereço Postal

End. da Unidade

RU CHASTINET GUIMARAES 00528 AP 103 VILA ELLERY

Consumidora

FORTALEZA 60320275

RG / CPF / CNPJ

095.990.703-30

CGF

Classe 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA

Fator de Potência

0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual - Leitura Anterior + Constante = Consumo (kWh) + Consumo Incl. = Consumo Faturado

FP 11036

10871

1

165

0

165

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/
Apresentação

Prev. Próxima
Leitura

07/03/2018

05/04/2018

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

2CF0.6849.4315.5CE3.E9C9.5B66.8BCD.7B60

ICMS

Base de Cálculo (R\$)

113,98

Aliquota

27%

Valor do Imposto

30,77

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO₂)

Compensado kg (CO₂)

Consciência Ecológica(%CO₂)

0 100

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

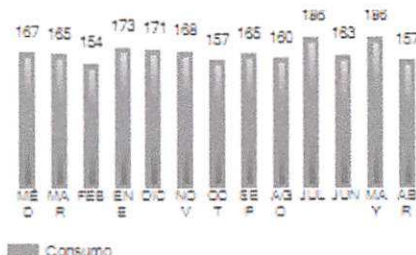
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 38,93

Conjunto PRESIDENTE KENNEDY

Mês JAN/ 2018

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC (h)	4,95	9,91	19,82	4,00	0,00	0,00
FIC (un)	3,05	6,10	12,20	1,00	0,00	0,00
DMIC (h)	2,77			0,00		

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



autenticação mecânica cliente

N° do Cliente:

7988688-4

N° da Nota Fiscal: **516055401**

Total a Pagar (R\$): **126,44**

Data de Emissão:

02/04/2018

Referência: **MAR/2018**

N° de Controle: **0007988688 00015 4320 2 10**

83800000001-7 26440031000-6 00079886880-5 00154320289-3



SINISTRO 3180228230 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA ERIALDO FLORENCIO DA SILVA
COBERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO LIBIA
CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME
BENEFICIÁRIO ERIALDO FLORENCIO DA SILVA
CPF/CNPJ: 24377295349

Posição em 12-06-2018 09:44:29

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento na conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
06/06/2018	R\$ 5.062,50	R\$ 0,00	R\$ 5.062,50