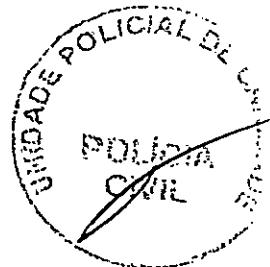




GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
PÓLICIA CIVIL  
UNIDADE POLICIAL DE CARIDADE/CE

## BOLETIM DE OCORRÊNCIAS – B.O.



### ➤ DADOS DA OCORRÊNCIA

NATUREZA DO FATO: ACIDENTE DE TRÂNSITO

Nº B.O.: 0377/2016

DATA/HORA DA COMUNICAÇÃO: 10/03/2016 as 11:40 hs

DATA/HORA DA OCORRÊNCIA: 02/06/2015 as 8:00 hs

ENDEREÇO DA OCORRÊNCIA: FLORESTA – BOA VIAGEM/CE

HISTÓRICO: O queixoso informa que no dia e hora acima citados, que encontrava-se pilotando a motocicleta marca HONDA/NXR 150 BROS ES, placa OSA 2616/CE, cor PRETA, ano 2013, chassi 9C2KD0550DR368865, licenciada em nome de VALDENI VERISSIMO MARTINS, relata que saia da localidade de Floresta com destino a cidade de Boa Viagem, quando no meio do trajeto, ao tentar desviar de um buraco, o pneu dianteiro da motocicleta derrapou e perdeu o controle da motocicleta e veio a cair ao solo, foi socorrido para o Hospital Casa de Saúde Adilia Maria em Boa Viagem, a vítima sofreu queimaduras na perna direita. A vítima não teve nenhum atendimento da Guarda e nem do SAMU. NADA MAIS DISSE, E NEM LHE FOI PERGUNTADO, ONDE VAI DEVIDAMENTE ASSINADO.

### ➤ DADOS DA VITIMA (A):

NOME: FRANCISCO NUNES DE ARAUJO

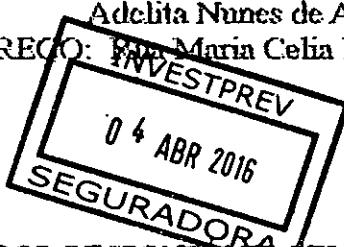
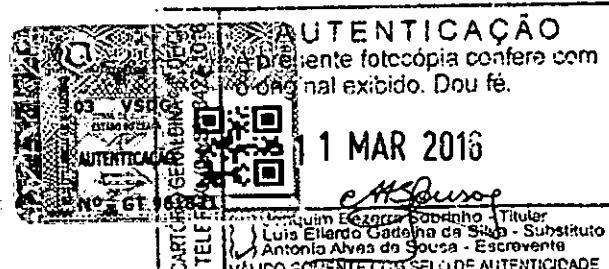
RG: 2002014014430 SSPDC/CE CPF: 004.577.778-00

DATA DE NASCIMENTO: 07/07/1958

FILIAÇÃO: João Sabino Araujo

Adelita Nunes de Araújo

ENDERECO: Rua Maria Celia Macedo de Araújo nº 114 - Floresta – Boa Viagem/CE.



SERVIDOR RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

MATRÍCULA: 28488-1-3

Francisco Nunes de Araújo  
Socorro Unidade Policial  
Mat: 28488-1-3

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Francisco Nunes de Araújo

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 29/07/2016

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO NUNES DE ARAUJO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04370

CONTA: 00000020950-5

---

Nr. da Autenticação 3D23DADCCF779073

# Dr. José Carlos Martins Filho

Ortopedia - Traumatologia

Francisco Nunes de Souza

## Receituário

Paciente apresenta trauma em perna direita, com ferimentos e lesões de tendões de Aquiles. Submete-se a tratamentos conservador, com dor, claudicação, diminuição da força de perna direita. Compre- metimentos de 50% das funções da perna direita.

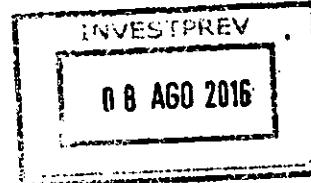
02/07/16

Paciente

Data

Dr. José Carlos Martins  
Assinatura EMEC 6076  
Traumatologista

agressão não deixa



DOCUMENTO 1 \*T1%\*



# Dr. José Carlos Martins Filho

## Ortopedia - Traumatologia

# Ortopedia - Traumatologia

## Karlosso Nunes de Araujo

### Brasília

## Receituário

Receituário  
Paciente apren trauma  
em perna direita,  
com ferimentos e lesões  
de tendões de Aquiles.  
Submetem-se a tratamen-  
tos conservador,  
com dor, claudicação,  
diminuições de força  
de perna Dto. Compõe  
metade de 50% das  
funções da perna Dto  
02/07/16

Pacientes

## Data

Dr. José Carlos Martins  
Assinatura REMEC 6076  
Traumatologista

August 15th 1882

DOCUMENTO 1 \* T10%  




14 JUL 2016



## PROCURAÇÃO PARTICULAR

### OUTORGANTE (Beneficiário)

Nome: **FRANCISCO NUNES DE ARAUJO**Nacionalidade: **BRASILEIRO**Estado Civil: **SOLTEIRO**Profissão: **AGRICULTOR**Identidade: **2002014014430 SSP CE**CPF: **004.577.778-00**Endereço: **RUA: MARIA CELIA MACEDO** - Bairro: **FLORESTA**Cidade: **BOA VIAGEM - CEARÁ**CEP: **63.870-000**

### OUTORGADO (Procurador)

Nome: **MARIA LUISA TIBURCIO ARAUJO**Nacionalidade: **BRASILEIRA**Estado Civil: **SOLTEIRA**Profissão: **AGRICULTORA**Identidade: **2009098015502 SSP CE**CPF: **040.870.013-00**Endereço: **RUA : MARIA CELIA MACEDO**Bairro: **FLORESTA**Cidade: **BOA VIAGEM - CEARÁ**CEP: **63.870-000**

Com este documento particular de procuração, autorizo ao meu procurador representar-me perante a Seguradora Líder dos Consórcios DPVAT ou qualquer outra Seguradora conveniada ao Seguro Obrigatório DPVAT, para que em meu nome possa efetuar assinaturas nos formulários relacionados ao Seguro Obrigatório DPVAT e para acompanhamento de meu(s) sinistro(s) DPVAT, no entanto esta procuração NÃO oferece poderes para que meu procurador ou qualquer outra pessoa receba a indenização em meu nome.

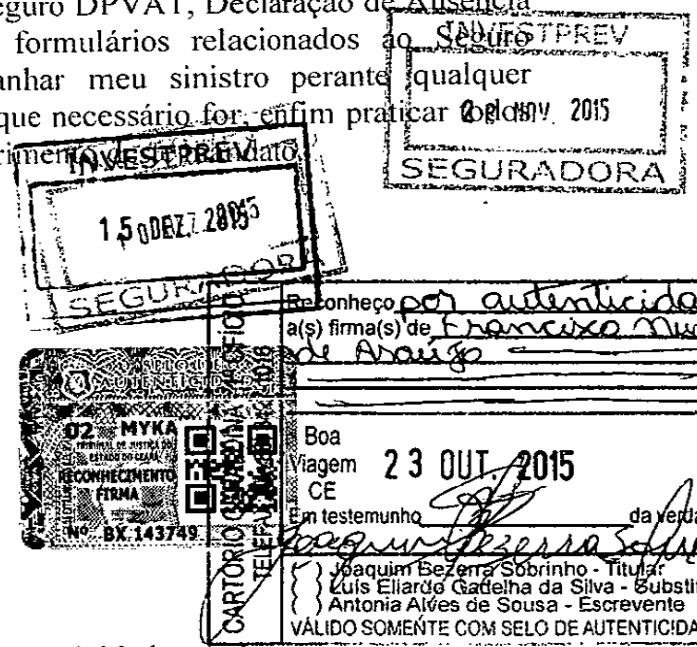
Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio **poderes específicos** para representar-me perante a **Seguradora Líder dos consórcios DPVAT** ou qualquer outra Seguradora conveniada ao Seguro Obrigatório DPVAT, podendo para tanto efetuar em meu nome assinaturas nos formulários de Protocolo de Recepção de Documentos, Autorização de Pagamento de Indenização do Seguro DPVAT, Declaração de Ausência de Laudo do IML e demais documentos e formulários relacionados ao Seguro Obrigatório DPVAT, podendo ainda acompanhar meu sinistro perante qualquer Seguradora, requerer e assinar em meu nome o que necessário for, enfim praticar todos os atos de direito, permitidos para perfeito cumprimento de todos os deveres legais.

Local e data:

BOA VIAGEM/CE, 23 de OUTUBRO de 2015.

*Francisco Nunes de Araujo*  
Assinatura do Outorgante (Beneficiário)

Reconhecer firma da assinatura em cartório por autenticidade



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN-CE CERTIFICADO DE REGISTRO E AENCIAIMENTO DE VEÍCULO  
EXERCÍCIO 2013  
01 593647106 000 2013

VALDENTIR  
BOA VIDA  
05834874320 0SA2616

PLACA 05834874320 0SA2616

CONSISTÊVEL CO/CASOL

MARCA/MODELO HONDA/NXR150 BROS ES

ANOTAB. 2013 AÑO MOD. 2013

CAP/POT/ACH 22/DCVAT 69071

PLATEADO/ESTA

PREMIO TARIFARIO 00/00/0000

AL. FIO. ADMIS. 100% INSTITUCIONAL HOND  
DATA 03/12/2013

BOA VIDA 05834874320 0SA2616

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAS CAUSADOS POR AUTOMÓVEIS DE VEÍCULO, OU POR SUA CARGA, À PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO, SEGURO DPVAT

CE N° 010308755275 BILHETE DE SEGURO DPVAT

EXERCÍCIO 2013  
CPF / CNPJ 05834874320 PLACA 0SA2616

BILHETE DE SEGURO DPVAT

EXERCÍCIO 2013 DATA EMISSÃO 03/12/2013

VIA 01 CPF / CNPJ 05834874320 PLACA 0SA2616

RENAVAM 593647106 MARCA / MODELO HONDA/NXR150 BROS ES

ANO FAB. 2013 CAT TARIF. 09 N° CHASSI 9C2KD0550DR368865

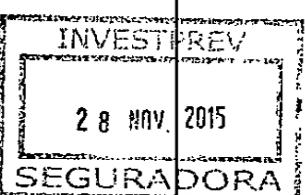
PRÉMIO TARIFÁRIO

FMS (R\$) DENATRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

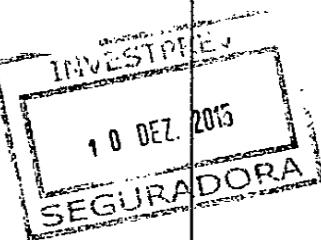
CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$)

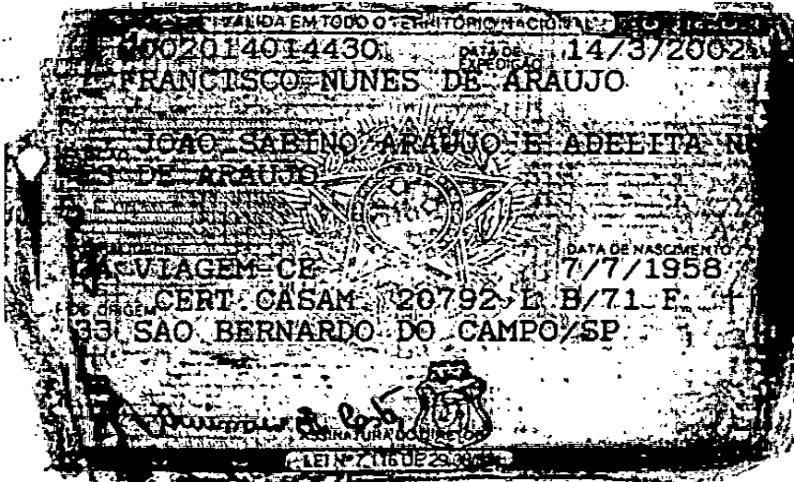
COTA ÚNICA  PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 00/00/0000

Seguradora Eldorado Consórcios  
LOTE/DOC. 11136729 - LACRE  
MOTOR: KI0925008869  
CNPJ: 09.248.608/0001-04

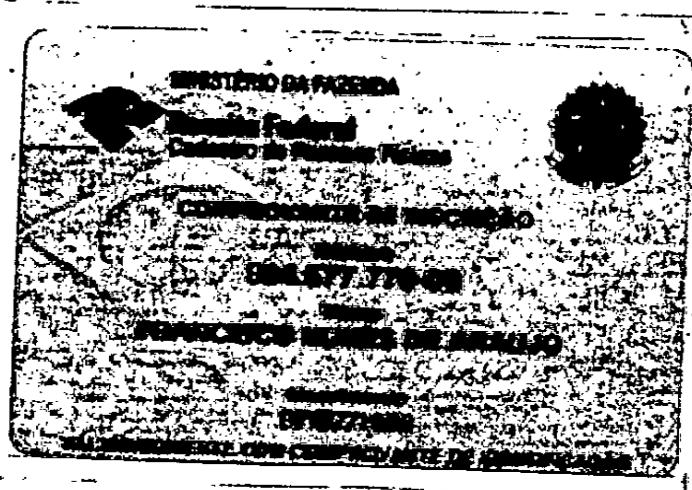


DOCUMENTO 6 \*T6%\*





Tel. 91 Contato:  
(88) 99787-2450



INVESTPROV  
29 NOV 2015  
SEGURADORA

DOCUMENTO 5 "T5%"



Ministério da Fazenda  
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **004.577.778-00**

Nome da Pessoa Física: **FRANCISCO NUNES DE ARAUJO**

Data de Nascimento: **07/07/1958**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **anterior a 10/11/1990**

Dígito Verificador: **00**

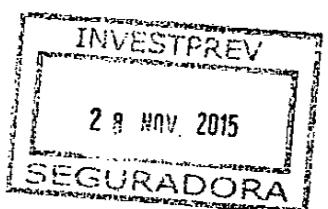
Comprovante emitido às: **09:18:33** do dia **12/11/2015** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **6E4B.2DC9.12BC.948C**

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](http://www.receita.fazenda.gov.br).

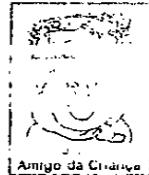
Este documento não substitui o “Comprovante de Inscrição no CPF”.

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





**PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VIAGEM**  
**CSAM - CASA DE SAÚDE ADÍLIA MARIA**  
Rua São Vicente de Paula, 100 - Centro  
Tel: (88) 3427-1699 / 3427-1136  
CNPJ: 07.806.680/0001-84



**FICHA DE SERVIÇO DE PRONTO ATENDIMENTO (SPA)**

DATA ATENDIMENTO: 02/06/15 HORÁRIO: 11:15hs SEXO: M  
NOME: Adelita Nere de Oliveira DATA NASC.: 7/7/10

RG: 11.111.111-4 CPF: 111.111.111-11 CARTÃO DO SUS N°:

PAIS: João Sabino Oliveira MÃE: Adelita Nere de Oliveira

NATURALIDADE: PA PROCEDENCIA: PA

ESTADO CIVIL: Casado PROFISSÃO: Aposentada

ENDEREÇO: Zona Rural N°: 01  
RC: Floripa CIDADE: BO CE: 01

MÍTICA PRINCIPAL:

EXAME FÍSICO: Volto - Padrão I DATA: 28/06/2015 INVEST/REV:

EXAMES SOLICITADOS:  SEGURADORA:

ANEXOS:

ANOTACOES DE ENFERMAGEM:

DOCUMENTO 4 T4%

PESO:  TEMPERATURA:  PA:  CRÉDITO:

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL: Adelita Nere de Oliveira ASSINATURA E CARIMBO MÉDICO: DR. LUIZ CARLOS MACHADO

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL: Adelita Nere de Oliveira ASSINATURA E CARIMBO MÉDICO: DR. LUIZ CARLOS MACHADO

ESTA FICHA SÓ TERÁ VALIDADE PARA REGISTRO DE ATENDIMENTO HOSPITALAR COM CARIMBO E ASSINATURA DA DIRETORA DESTA UNIDADE DE SAÚDE

Esta cópia contém com a  
original dos nossos serviços.  
Responsável - CSAM

CNPJ: 07.806.680/0001-84  
Casa de Saúde Adília Maria  
Rua São Vicente de Paula, 100 - Centro  
10 DEZ 2015  
CNPJ: 07.806.680/0001-84  
Fone: (88) 3427-1136  
Boa Viagem-CE



HOSPITAL MUNICIPAL DE BOA VIAGEM  
C.S.A.M  
SECRETARIA DE SAÚDE-SUS

RECEITUÁRIO

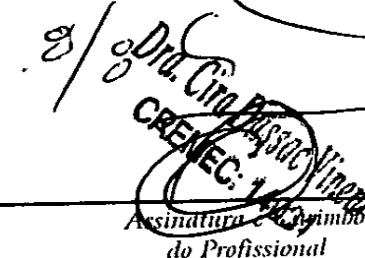


Francisco Nunes  
Assist.

① - Cefalexina (300mg)  
x 14/12/15

30 ml

② - Infrafer (300mg)  
x 14/12/15



21/11/15

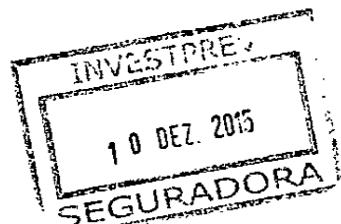
Data

Nosso Hospital foi premiado pela Organização Mundial de Saúde  
Unicef e Ministério da Saúde

INVESTPREV

28 NOV. 2015

SEGURADORA





## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, **VALDENIR VERISSIMO MARTINS**, RG nº 2009010346095, data de expedição 17/07/2009 Órgão SSP-CE, portador. Do CPF nº 058.348.743-20, com domicílio na cidade de **BOA VIAGEM**, no Estado de **CEARA**, onde resido na (Rua /Avenida/Estrada) **VAZEA DOS BENTOS N° 5/N complemento ZONA RURAL**, declaro, sob as penas da lei, que o veículo abaixo mencionado é (era) de minha propriedade na data do acidente 02/06/2015 ocorrido com a vítima. **FRANCISCO NUNES DE ARAUJO** Cuja o condutor era. **FRANCISCO NUNES DE ARAUJO**

VEÍCULO: MOTO

Ano: 2013/2013

Modelo: HONDA/NXR 150 BROS ES

Placa: OSA 2616/CE

Chassi: 9C2KD0550DR368865

data do acidente: 02/06/15  
Local e data: 10 DE JULHO DE 2015

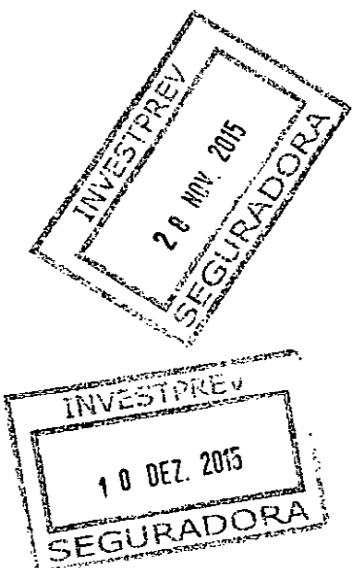
Valdenir Verissimo Martins

Assinatura do Declarante

Francisco Nunes de Araujo

Assinatura do condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

SELO DE AUTENTICIDADE	Reconheço POR AUTENTICIDADE a(s) firma(s) de <b>VALDENIR VERISSIMO MARTINS</b> .
SELO N.º 02	Boa Viagem 10 JUL. 2015
RECONHECIMENTO DE FIRMA	Um testemunho <u>Antonio Alves de Sousa</u> da verdade.
Nº 804.679	( ) Joaquim Bezerra Sobrinho - Titular ( ) Luis Eliardo Gadelha da Silva - Substituto (✓) Antonio Alves de Sousa - Escrivente
CARTÓRIO TELEFÔNICO	VALIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE



## DECLARAÇÃO

### Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT. contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.  
<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu **MARIA LUISA TIBURCIO ARAUJO**, portador(a) do

RG nº **2009098015502** expedido por **SSP CE**, em

**16/02/2009** CPF/CNPJ nº **040.870.013-00**

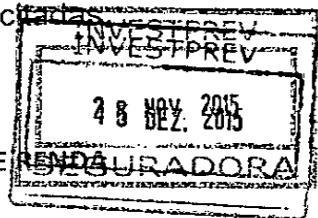
na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) **FRANCISCO NUNES DE ARAUJO** do sinistro de **DPVAT** da natureza **INVALIDEZ**

da vítima **FRANCISCO NUNES DE ARAUJO**, e conforme

determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

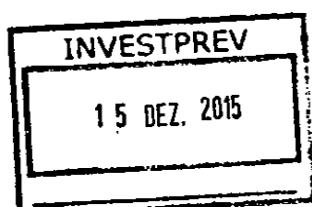
Profissão: **AGRICULTORA** Renda Mensal: *Recurso-me*

Documentos comprobatórios: **NÃO POSSUO COMPROVANTE DE PROFISSÃO E**



*Maria Luisa Tiburcio Araujo*

ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Francisco Nunes de Araújo

RG nº 2002014014430 data de expedição 14/03/2002 Órgão SSP CE

CPF nº 804.577.778-00, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Maria Lúcia Mendes de Araújo</u>
Número	<u>194</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Floriano</u>
Cidade	<u>Boa Viagem</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>63.870-000</u>
Telefone de Contato	<u>88 - 3422 7120</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Boa Viagem/PE; 30/11/15

Assinatura do Declarante: X Francisco Nunes de Araújo

INVESTPREV

15 DEZ. 2015

940984-0

Rua Pedro Valdebeno, 750  
CEP 01.050-000 - São Paulo - SP  
CNPJ 04.725.100/0001-70 CGF 06.105.426-1  
A Eletro Sistel de Energia Elétrica S.A. Ltda  
CNPJ 01.050.438/0001-28 de 28 de abril de 2002.

COLEÇÃO

## [CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA] GRUPO B-1 SÉRIE B-4 | N°

N.º 02 36040 02 041200 - 6 Data de Emissão 05/05/2015

Nome MARIA LUISA TIBURCIO ARAUJO

End. Postal RU MARIA CELIA MACEDO DE ARAUJO 001114  
FLORESTA - BOA VIAGEM - 63870000

Medidor 5281521 Poste 0000 0000

Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASICO BAIXA RENDA Fator de Potência 0,00

RG / CPF / CNPJ 040870013-00 CGF

Nome do Responsável

## DATAS

Data de Referência	Data de Apresentação	Previsão Próxima Leitura
Mai/2015	05/05/2015	02/06/2015

## INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto BOA VIAGEM

Mês Mai/2015 EU00 9,95

DICR 0,00 F

## ICMS

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

Padrão Individual		Apuração Individual			
Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	
DIC	5,43	10,86	21,73	0,00	0,00
FIC	3,42	6,85	13,70	0,00	0,00
DMIC	3,11			0,00	

## ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

C004.2BF2.B20E.0745.7027.F00D.5E43.7E68

## INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Alt. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. Falt.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
22214	22094	1,00	120	0,00	0,00	0,1727,0	20,19
				0,00	0,00	0,2461,0	28,74
				0,00	0,00	0,4441,4	8,89
35/05/15	02/04/15	+ 33 DIAS		120			34,79

## DESCRIÇÃO

	VALOR (R\$)
VR. CONSUMO DO MES PRECO NORMAL	59,21
DESCONTO TARIFA SOCIAL-BAIXA RENDA	-24,42
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	16,55
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA	2,03
TIT CAPITAL BOA AÇAO BOA SORTE-0800 600 0560	2,99
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES ( R\$ 4,22 )	

VENCIMENTO

12/05/2015

TOTAL A PAGAR (R\$)

56,36

## COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia .....	21,76
Transmissão .....	6,45
Distribuição .....	8,49
Incêndios Setoriais .....	1,21
Tributos (ICMS PIS/COFINS)...	4,91
TOTAL .....	53,37

## HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

	103	120	99	103	119	28	0	151	98	101	124	104	102
MED Mo : Abr Mar Abr Jan Dez Nov Out Set Ago Jul Jun													

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO<sub>2</sub> (Kg/kWh)

Consumo consciente para consumo de energia elétrica através do Ecobase  
1 milhão kg(CO<sub>2</sub>) | Compensado kg(CO<sub>2</sub>) | Consciência Ecológica (% CO<sub>2</sub>)

51,86 0,00

INVESTPREV

5 DEZ. 2015

## informações

A ANEEL APROVOU REAJUSTE MÉDIO DE 7,15% DAS TARIFAS DE BAIXA TENSÃO DA COELCE, APLICADAS A PARTIR DE 22 DE ABRIL DE 2015, CONFORME RESOLUÇÃO HOMOLOGATÓRIA NÚM. 1882 DE 14-04-2015.

A COELCE ACREDITA E APPARENCIA PELA PONTUALIDADE NOS SEUS PAGAMENTOS.

INVESTPREV

10 DEZ. 2015

SEGURADORA

Bandeira Tarifária: VERMELHA

Consta desta fatura R\$ 4,91 referente a PIS e COFINS.

14,11 % Bas. 100,00% ANFEL + 10,14 % 10,14,00% 10,14,00% 10,14,00%

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

INVESTPREV  
10 DEZ. 2015  
SEGURADORA

N.º do Cliente 940984-0 Referência Mai/2015  
Data de Emissão 05/05/2015 Total a Pagar (R\$) 56,36  
N.º do Recibo 385187783 N.º do Documento 0000940984 00489 39472



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Francisco Nunes de Araújo

RG nº 2002014014430 data de expedição 14/03/2002 Órgão SSP CE

CPF nº 804.577.778-00, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Maria Lúcia Mendes de Araújo</u>
Número	<u>194</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Floriano</u>
Cidade	<u>Boa Viagem</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>63.870-000</u>
Telefone de Contato	<u>88 - 3422 7120</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Boa Viagem/PE; 30/11/15

Assinatura do Declarante: X Francisco Nunes de Araújo

INVESTPREV

15 DEZ. 2015

940984-0

Rua Pedro Valdemos, 750  
CEP 01.050-000 - São Paulo - SP  
CNPJ 04.725.100/0001-70 CGF 06.105.426-1  
A Eletro Sistel de Energia Elétrica S.A. Ltda  
CNPJ 01.050.438/0001-26 de abril de 2002.

COLEÇÃO

## [CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA] GRUPO B-1 SÉRIE B-4 | N°

N.º 02 36040 02 041200 - 6 Data de Emissão 05/05/2015

Nome MARIA LUISA TIBURCIO ARAUJO

End. Postal RU MARIA CELIA MACEDO DE ARAUJO 001114  
FLORESTA - BOA VIAGEM - 63870000

Medidor 5281521 Poste 0000 0000

Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASICO BAIXA RENDA Fator de Potência 0,00

RG / CPF / CNPJ 040870013-00 CGF

Nome do Responsável

## DATAS

Data de Referência	Data de Apresentação	Previsão Próxima Leitura
Mai/2015	05/05/2015	02/06/2015

## INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto BOA VIAGEM

Mês Mai/2015 EUSD 9,95

DICR 0,00 F

## ICMS

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

Padrão Individual		Apuração Individual				
Mensal	Trim.	Anual	Mensal			
DIC	5,43	10,86	21,73	0,00	0,00	0,00
FIC	3,42	6,85	13,70	0,00	0,00	0,00
DMIC	3,11			0,00		

## ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

CABA.2BF2.B20E.0745.7027.F0ED.5E43.7E68

## INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Alt. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. Falt.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
22214	22094	1,00	120	0,00	0,00	0,1727,0	20,19
						0,2461,0	58,74
						0,4441,4	8,89
35/05/15	02/04/15	+ 33 DIAS			120		34,79

## DESCRIÇÃO

	VALOR (R\$)
VR. CONSUMO DO MES PRECO NORMAL	59,21
DESCONTO TARIFA SOCIAL-BAIXA RENDA	-24,42
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	16,55
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA	2,03
TIT CAPITAL BOA AÇAO BOA SORTE-0800 600 0560	2,99
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES ( R\$ 4,22 )	

VENCIMENTO

12/05/2015

TOTAL A PAGAR (R\$)

56,36

## COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia .....	21,76
Transmissão .....	6,45
Distribuição .....	8,49
Incêndios Setoriais .....	1,21
Tributos (ICMS PIS/COFINS)...	4,91
TOTAL .....	53,37

## HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

	103	120	99	103	119	28	0	151	98	101	124	104	102
MED Mo : Abr Mar Abr Jan Dez Nov Out Set Ago Jul Jun													

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO<sub>2</sub> (Kg/kWh)

Consumo consciente para consumo de energia elétrica através do Ecobase  
1 milhão kg(CO<sub>2</sub>) | Compensado kg(CO<sub>2</sub>) | Consciência Ecológica (% CO<sub>2</sub>)

51,86 0,00

INVESTPREV

5 DEZ. 2015

## informações

A ANEEL APROVOU REAJUSTE MÉDIO DE 7,15% DAS TARIFAS DE BAIXA TENSÃO DA COELCE, APLICADAS A PARTIR DE 22 DE ABRIL DE 2015, CONFORME RESOLUÇÃO HOMOLOGATÓRIA NÚM. 1882 DE 14-04-2015.

A COELCE ACREDITA E PAPAENTZA PELA PONTUALIDADE NOS SEUS PAGAMENTOS.

INVESTPREV

10 DEZ. 2015

SEGURADORA

Bandeira Tarifária: VERMELHA

Consta desta fatura R\$ 4,91 referente a PIS e COFINS.  
14,11 % Bas. 100,000% ANFIP - 10,14 % 10,14,027 Bas. 10,14,027

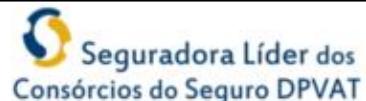
Caro Cliente, constam quitadas as faturas de consumo de energia elétrica desta unidade consumidora vencidas ate 31/12/2014, conforme a Lei N. 12.007/2009. Esta declaracao substitui quitacoes anteriores.

INVESTPREV  
10 DEZ. 2015  
SEGURADORA

Nº do Cliente: 940984-0 Referência: Mai/2015  
Data de Emissão: 05/05/2015 Total a Pagar (R\$): 56,36  
Número do Recibo: 385187783 N.º do Documento: 0000940984 00489 39472



# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3151025326      **Cidade:** Boa Viagem      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FRANCISCO NUNES DE ARAUJO      **Data do acidente:** 02/06/2015      **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** TRAUMA CORTO-CONTUSO NO CALCÂNEO DIREITO.

**Descrição do exame médico pericial:** APRESENTA LIMITAÇÃO LEVE DE DORSO-FLEXÃO DO PÉ

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR COM MEDICAÇÃO, REPOUSO, IMOBILIZAÇÃO, FISIOTERAPIA (4SS). EVOLUIU COM LIMITAÇÃO LEVE DE DORSO-FLEXÃO DO PÉ.  
SEM COMPLICAÇÕES.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL LEVE DO PÉ DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 27/07/2016

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Greive Freitas Cavalcante

**CRM do médico:** 9050

**UF do CRM do médico:** CE

## DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		<b>Total</b>	<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

## PRESTADOR

SAUDESEG Sistemas de Saude Ltda.

**Médico revisor:** MARCUS VINICIUS CARVALHO FREIRE

**CRM do médico:** 21102

**UF do CRM do médico:** PE

**Assinatura do médico:**