

ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS - ADVOGADA - OAB/CE Nº. 34.613
ADVOCACIA: TRABALHISTA, CÍVEL, CRIMINAL E PREVIDENCIÁRIA

End. Profissional: Rua Dr. João Tomé, nº 979, Sala 103, Fátima I - Crateús-Ce
 Cep. 63.700-000 - Tel.: (Fax): (88) 3692 - 3794 - E-mail: deranysantos@hotmail.com

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Nome: <i>Jonildo Zaux Moura</i>		Nacionalidade: BRASILEIRA	
Estado Civil: <i>Posado</i>	Profissão: <i>Agenteiro</i>	Carteira de Identidade: <i>2009093023076</i>	
CPF nº: <i>754.725.543-49</i>	Residência: <i>Rua Gentil Boneira, 303</i>		
Bairro: <i>Plomatto Novo</i>	Cidade: <i>Crateús</i>	Estado/UF: <i>CE</i>	CEP: <i>63.700-000</i>

OUTORGADO: ANTONIA DERANY MOURÃO DOS SANTOS, brasileira, solteira, advogada inscrita na OAB/CE sob o nº 34.613; com endereço profissional na Rua Dr. João Tomé, nº. 979, Sala 103, Fátima I, Crateús/CE, CEP nº 63.700-000; Fone/Fax: (88) 3692.3794.

PODERES: Pelo presente instrumento particular de procuração, o(a) outorgante nomeia e constitui, o outorgado, seu bastante procurador, conferindo-lhe os poderes da cláusula "ad judicium et extra", podendo agir em conjunto ou separadamente perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, bem como conferindo os poderes especiais para promover a Ação Judicial competente para o **recebimento da indenização que lhe cabe, como beneficiário, em virtude de acidente de trânsito, cobertos pelo seguro DPVAT**, junto a qualquer companhia de seguro conveniada a SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT, participante do Convenio DPVAT, podendo firmar compromissos, contratos, promover ações de seu interesse, podendo representar em qualquer juízo com poderes para promover; acordos judiciais e extrajudiciais e demais atos necessários dos interesses dos serviços contratados podendo ainda, transigir, requerer, juntar e retirar documentos, assinar livros, termos, recibos, dar ou receber quitações, firmar autorizações de pagamentos ou créditos de indenização de sinistro **receber intimações para audiência e perícias medicas**, em nome do(a) outorgante, enfim todos os poderes necessários para o cumprimento amplo do objeto do presente mandato.

CRATEÚS - CE., 19 de Abril de 2018.

Jonildo Zaux Moura
 (outorgante)

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ

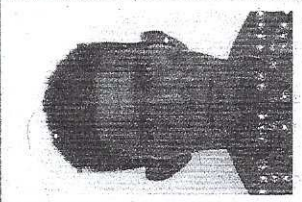
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO HUMANA E PERÍCIAS BIOMÉTRICAS

CARTEIRA DE IDENTIDADE

ASSINATURA DO TITULAR

Iranildo Sousa Moura

Polegar Direito





VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2009098023076 **DATA DE EXPEDIÇÃO** 14/10/2014

NOME IRANILDO SOUSA MOURA

FILIAÇÃO SEBASTIÃO LUIS DE MOURA
MARIA DE FATIMA SOUSA MOURA

NATURALIDADE CRATEÚS - CE **DATA DE NASCIMENTO** 06/03/1975

DOC. ORIGEM
CERT. CASAMENTO - CARTÓRIO: 1 OFÍCIO TERMO: 4910 FOLHA: 043V
LIVRO: B-17 CRATEÚS - CE

CPF 754.725.543-49

2 VIA

Daiana de Barros
ASSINATURA DO DIRETOR

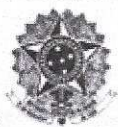
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

P.: 36



**Ministério da Fazenda
Receita Federal**

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF



Número

754.725.543-49

Nome

IRANILDO SOUSA MOURA

Nascimento

06/03/1975

CÓDIGO DE CONTROLE

0954.0DA3.29B0.7521



Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 11:12:15 do dia 19/04/2018 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



DECLARAÇÃO

Declarante: <u>Iranildo Sousa Moura</u>		Nacionalidade: Brasileira
Residência: <u>Rua Gentil Bonina, 303</u>		Profissão: <u>Apoqueiro</u>
CPF nº: <u>754.725.543-49</u>	RG nº: <u>2009092023076</u>	Estado Civil: <u>Casado</u>
Bairro: <u>Plano Alto Novo</u>	Cidade: <u>Crateús</u>	Estado/UF: <u>CE</u>
CEP: <u>63.700-000</u>	Telefone: <u>_____</u>	

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.

Crateús - CE, 19 de Abril de 2018.

Iranildo Sousa Moura

Declarante

ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS - ADVOGADA - OAB/CE Nº. 34.613
ADVOCACIA: TRABALHISTA, CÍVEL, CRIMINAL E PREVIDENCIÁRIA

End. Profissional: Rua Dr. João Tomé, nº 979, Sala 103, Fátima I - Crateús-Ce
 Cep. 63.700-000 - Tel.: (Fax): (88) 3692 - 3794 - E-mail: deranysantos@hotmail.com

DECLARAÇÃO

Declarante: <u>Iranildo Sousa Moura</u>		Nacionalidade: Brasileira
Residência: <u>Rua Gentil Boneiro, 303</u>		Profissão: <u>Açougueiro</u>
CPF nº: <u>754.725.543-49</u>	RG nº: <u>2009098023076</u>	Estado Civil: <u>Casado</u>
Bairro: <u>Planalto Novo</u>	Cidade: <u>Crateús</u>	Estado/UF: <u>CE</u>
CEP: <u>63.700-000</u>	Telefone: _____	

DECLARO que resido no endereço acima citado e forneço os dados pessoais, documentos e demais declarações para a propositura de Ação Judicial em desfavor de qualquer seguradora conveniada DPVAT- FENASEG, E QUE FUI VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO. Sendo de minha total responsabilidade a declaração de invalidez ou óbito fornecida.

Crateús - CE, 19 de Abril de 2018.

Iranildo Sousa Moura
 (declarante)



ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA DA CIDADANIA
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
GRUPO DE SOCORRO DE URGÊNCIA
REGISTRO DE SOCORRO

fls. 11



Nº 3478

ESTAÇÃO: CRATEUS DATA: 06/08/17 Nº DA ASS.
NOME: RAYNOLD DE SOUSA MOURA
IDADE: 43 SEXO: F () M (X)
LOCAL DA OCORRÊNCIA: CE 187
BAIRRO: CAMPO VELHO

HORA DA OCORRÊNCIA: 19:05
CHEGADA AO LOCAL: 19:15
SAÍDA DO LOCAL: 19:25
CHEGADA AO HOSPITAL: 19:35

TIPO DE OCORRÊNCIA:

- | | | |
|-----------------------------|------------------------|------------------------------|
| 01 (X) ACIDENTE DE TRÂNSITO | 05 () AFOGAMENTO | 09 () MAL SÚBITO |
| 02 () AGRESSÃO | 06 () QUEIMADURA | 10 () EMERGÊNCIA OBSTÉTRICA |
| 03 () DESABAMENTO | 07 () CHOQUE ELÉTRICO | 11 () JÁ REMOVIDO |
| 04 () INTOXICAÇÃO | 08 () QUEDA | 12 () FALSO AVISO |

RAZÃO DO ATENDIMENTO: COLISÃO DE MOTOCICLETA

DOENÇAS ANTERIORES:

MEDICAMENTOS:

ALERGIAS:

COR	PELE	RESPIRAÇÃO
CIANÓTICO () PÁLIDO (X) CONGESTO () NORMAL ()	QUENTE () FRIA (X) NORMAL ()	SECA () ÚMIDA () NORMAL () AUSENTE (X)
PULSO RADIAL	ENCHIMENTO CAPILAR	SANGRAMENTO
FORTE () FRACO () REGULAR (X)	IRREGULAR () AUSENTE ()	NORMAL () RETARDADO () AUSENTE ()
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA INICIAL	FALA	PUPILAS
ALERTA () RESPONDE A COMANDO (X) RESPONDE A DOR () SEM RESPOSTA ()	NORMAL (X) CONFUSA () ININTELIGÍVEL () NENHUMA ()	2 3 4 5 6 7 8 REAGENTE () SEM REAÇÃO ()

SINAIS VITAIS: HORA:

P.A.:

PULSO:

FR:

NATUREZA DA DOENÇA OU LESÕES PRINCIPAIS: LACERAÇÃO NA REGIÃO FRONTAL DO CRÂNIO E NO SUPEROLHO DIREITO

OBSERVAÇÕES:

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

- | | |
|--------------------------|------------------------------|
| () ASPIRAÇÃO | (X) CURATIVOS |
| () OXIGÊNIO | (X) BANDAGENS |
| () ASSIST. VENTILATÓRIO | (X) IMOBILIZAÇÕES DE MEMBROS |
| () RCP | (X) FÉRULA DE TRAÇÃO |
| () ASSIST. OBSTÉTRICA | () LÍQUIDO EV. |

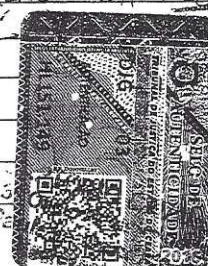
CONDIÇÕES DE CHEGADA AO HOSPITAL:

- () MELHORADO
() PIORADO
(X) INALTERADO

HOSPITAL DE DESTINO: H52

ÓBITO

- () ANTES DO SOCORRO
() ANTES DO TRANSPORTE
() NO TRANSPORTE



03 OUT. 2017

de verdade
de verdade
de verdade

PRANCHAS LONGA
PRANCHAS CURTA
COLAR CERVICAL
OUTRO

ÓBITO

- () ANTES DO SOCORRO
() ANTES DO TRANSPORTE
() NO TRANSPORTE

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 20/04/2018 às 16:36. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0126039-70.2018.8.06.0001 e código 358790F.



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS

fls. 12



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 445 - 5012 / 2017

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **13/12/2017 12:25:28**
Data / Hora da Ocorrência: **06/08/2017 16:30:00**
Endereço da Ocorrência: **ESTRADA CE-187**
Complemento:
Bairro:
Município: **CRATEUS/CE**
Ponto de Referência: **DETRAN**

Noticiante(s)

Nome: **ELTON SOUSA MOURA**
Nascimento: **16/05/1980** CPF: **981.226.573-20** UF: **CE**
CNH: **06068086505** Orgão Emissor: **DETRAN**
Filiação: **MARIA DE FÁTIMA SOUSA MOURA**
SEBASTIÃO LUIS DE MOURA
Endereço: **RUA LUIS LOPES VERAS, 383 CONJ FREI DAMIÃO** CEP:
Bairro: **VENÂNCIOS**
Município: **CRATEUS/CE** Telefone: **(88) 9425-6147**
País: **BRASIL**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **PMW7696** Uf: **CE** Município: **CRATEUS** Chassi:
9C2KC1680FR202605 Renavam: **1042406666** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CG150 FAN ESDI** Ano
Fabricação: **2015** Ano Modelo: **2015** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**
Cor: **VERMELHA** Proprietário: **SERGIO SOUSA MOURA** Situação: **NÃO**
INFORMADO Envolvimento: **ABALROAMENTO**

Histórico

O DECLARANTE AFIRMA QUE VINHA CONDUZINDO A MOTOCICLETA ACIMA DESCRITA, LEVANDO COMO PASSAGEIRO A PESSOA DE IRANILDO DE SOUSA MOURA, RESIDENTE NA TRAVESSA PROFESSOR LISBOA RODRIGUES, 78, BAIRRO FÁTIMA II, NESTA URBE; QUE AO PASSAR PELO LOCAL ACIMA ESPECIFICADO, UM VEÍCULO HILUX, FEZ UMA ULTRAPASSAGEM EM ALTA VELOCIDADE, FECHANDO O DECLARANTE E O PASSAGEIRO, MOMENTO EM QUE PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA VINDO A CAIR AO SOLO, JUNTAMENTE COM IRANILDO; QUE O MOTORISTA DA HILUX PROSSEGUIU EM DIREÇÃO À ZONA URBANA DE CRATEÚS SEM PRESTÁ-LOS SOCORRO; QUE NÃO CONSEGUIU VERIFICAR A PLACA DA HILUX EM VIRTUDE DE SUA ALTA VELOCIDADE; QUE SOFREU ESCORIAÇÕES NO BRAÇO E NA PERNA DIREITAS E QUE O PASSAGEIRO SOFREU UMA FORTE PANCADA NA CABEÇA; QUE LIGOU PARA O 193 E SOLICITOU O SOCORRO DOS BOMBEIROS; QUE APÓS 15 MINUTOS OS MILITARES CHEGARAM AO LOCAL, PRESTANDO O SOCORRO A IRANILDO, CONDUZINDO-O PARA O HOSPITAL SÃO CAMILO, NESTA URBE. E NADA MAIS DISSE

As informações contidas neste Boletim de Ocorrência são de inteira responsabilidade do queixoso, sendo ao mesmo informado que a comunicação de crime não ocorrido ou fato inexistente é crime punível na forma da lei (art. 339 e 340 do CPB).

ELTON SOUSA MOURA

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS

**BOLETIM DE Ocorrência Nº 445-5012 / 2017****DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS****RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :****KAYRO CHRYSOSTOMO CAVALCANTE - MAT.: 300782-1-7****RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:***ELTON SOUSA MOURA***VISTO DO DELEGADO(A) :****ANA PAULA ALVES SCOTTI - MAT.: 300817-1-4***+ Elton Sousa Moura*



SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO
HOSPITAL SAO LUCAS
FICHA DE INTERNAÇÃO E ALTA

fls. 15

DADOS DO PACIENTE

Nome: IRANILDO SOUSA MOURA		País Nacionalidade: Brasil		Prontuário/Atendimento: 003289/0138	
Data de Nascimento: 03/1975		Idade: 42 Ano(s)		Religião: CATÓLICA	
Local: CRATEUS		Estado Civil: Casado(a)		CNS: 70.8602.536.6856-88	
Raça/Cor: Branca		Município: CRATEUS-CE		CEP: 63700-000	
Número de Documento: 2009098023076		Número: 260		Bairro: CAMPO VELHO	
Profissão: ACOGUEIRO		Empresa:		Fone Empresa:	
CPF do Responsável:		Fone Responsável:		Cônjuge: DEUSILANIA GERALDO ALENCAR	
Pai: SEBASTIAO LUIS DE MOURA		Mãe: MARIA DE FATIMA SOUSA MOURA		Observação: DR. ORLINDO	

DADOS DA INTERNAÇÃO

Data/Hora: 06/08/2017 21:00		Quarto/Leito: 056-0001		Aposento: ENFERMARIA	
Matrícula:		Clínica: CIRURGICA		Setor: CLINICA CIRURGICA	
Autorização:		Dias: 0		Guia: CRM 6253	
CID Complementar:		Procedimento SUS:		Sisprenatal:	
Observação: DR. ORLINDO		Usuário Saída:		Data Saída:	
Jsuário: ZILDILANIA DE SOUSA LINHARES		Condição da Saída:		Hora:	

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

Autorizo a internação do acima citado, neste Hospital, bem como os tratamentos clínicos, cirúrgicos e realização de necropsia, que se fizer necessário. Outrossim, tomo ciência e submeto-me às disposições gerais contidas no regulamento do Hospital. OBS: O Hospital só se responsabiliza por objetos e valores dos pacientes ou acompanhantes, quando guardados na Tesouraria.

CRATEUS, 6 de agosto de 2017.

Assinatura do paciente
Responsável pela Impressão: ZILDILANIA DE SOUSA LINHARES

Assinatura do responsável

Hospital São Lucas

ADMINISTRAÇÃO  SÃO CAMILO

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

R. S. L.

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

R. S. L.

2 - CDES

24811073

4 - CDES

24811073

Identificação do Paciente

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

3289

5 - NOME DO PACIENTE

Tranildo Sousa Moura

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

08/03/1975

9 - SEXO

Masc. ☒

Fem. ☐

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Maria de Fátima Sousa Moura

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Rua José Lavalcante de Melo, 260, Campo Selha

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Cratús

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

CE

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Uzina de Aneurisma de Tumor
do fuso TRAUMATISMO

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Risco de vida

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

Mine 15

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Tumor de fuso

21 - CID 10 PRINCIPAL

5018

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Tratamento

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0308010019

26 - CLÍNICA

1

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

2

28 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

21048975304

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

05/08/17

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

CRIMEC-CE 10692
Médico - Auditor
CPF: 004.736.473-46

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOA

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

CRIMEC-CE 10692
Médico - Auditor
CPF: 004.736.473-46

Hospital São Lucas

ADMINISTRAÇÃO  SÃO CAMILO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

PACIENTE: Lincoln Lima

DN: ____/____/____

NOME DA MÃE: _____

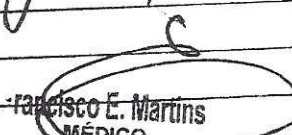
PRONTUÁRIO: _____

SETOR: _____

LEITO: _____ CONVÊNIO: _____

DATA: ____/____/____

	PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO
01		
02	① Dor Lma	
03	② Profunctivo + 1 vol SF	
04	12/12h	
05		
06		
07		
08	③ AEM 400 mg / 12	
09		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		


Francisco E. Martins
MÉDICO
CRM - 6253

Evolução Médica: _____

Assinatura e Carimbo

DATA	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM	Assinatura legível e nº COREN
09.08.17	as 07:10h paciente consciente, orientado, verbaliza, deambula, acamado, respiração estável, normocárdio e normotensão. Apresenta sutura e hematomas em face. Refere alguma dor. 5566	[Assinatura] 51100730
09.08.17	as 12:40h paciente recebe medicação de rotina conforme prescrição.	[Assinatura]
09/08	As 15:00h paciente em repouso no leito. Refere alguma dor, apresenta edema e fadiga na face.	[Assinatura]
	As 16:40h paciente com melhora da dor recebe alho.	[Assinatura]
	*Larissa Spica Moura	



Policlínica Regional Raimundo Soares Resende

Paciente: Iranildo Sousa Moura

Data: 08/08/2017

Idade: 42 anos

Cidade: Crateús

TC DO CRÂNIO

TÉCNICA:

Exame realizado em projeção axial com cortes de 5 mm de espessura para a fossa posterior e para região supra-tentorial, sem administração de contraste.

COMENTÁRIOS:

- Nota - se hematossinus em seio etmoidal e maxilar bilateral.
- Nota - se fraturas em projeção do arco zigomático direito, asa maior do esfenoide direita, maxila direita, compartimento lateral da órbita direita, no aspecto superior do osso nasal.
- Edema de partes moles, sobretudo frontal.
- Diminutos focos de pneumoencéfalo esparsos.
- Parênquima encefálico apresenta-se com morfologia, contornos e valores de atenuação normais.
- O tronco cerebral está normosituado, de morfologia, contornos e valores de atenuação normais.
- As estruturas que compõem o espaço subaracnoideo (sulcos corticais e fissuras, cisternas basais e da convexidade dos hemisférios cerebrais), estão normais para a faixa etária.
- Sistema ventricular de topografia, forma e coeficientes de atenuação normais.
- Ausência de coleções extra-axiais ou de calcificações patológicas intracranianas.
- Não há desvio das estruturas da linha média.


Dr. Hovanes Boyadjian
CRM 12439



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | Nº **519826048**

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135 040 | Fortaleza CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

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

Esta é a segunda via de

ABR/2018

Utilize o nº abaixo sempre
que entrar em contato conosco

Nº DO CLIENTE
9140492 DV **4**

VENCIMENTO
01/05/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)
0,00

DESCRIÇÃO DA CONTA

End. da Unidade Consumidora RU GENTIL BARREIRA 00303 PLANALTO NOVO CRATEUS 63700000

RG / CPF / CNPJ 754.725.543-49

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 20065 0 1 9 0 30

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/ Apresentação 04/04/2018 Prev. Próxima Leitura 04/05/2018

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

3A01.7269.E891.C611.6777.9F91.C747.594F

ICMS

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

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

OUTROS PAGAMENTOS

SALDO PARA PAGAMENTO FUTURO -15,12

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

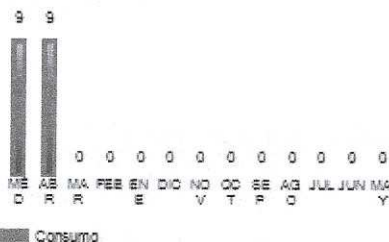
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 0,00

Conjunto

Mês FEV/ 2018

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC (h)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
FIC (un)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
DMIC (h)	0,00			0,00		

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



autenticação mecânica cliente

Nº do Cliente: **9140492-4** Nº da Nota Fiscal: **519826048** Total a Pagar (R\$): **0,00**
Data de Emissão: **19/04/2018** Referência: **ABR/2018** Nº de Controle:

FATURA PAGA, NÃO RECEBER

SINISTRO 3180012881 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA IRANILDO SOUSA MOURA
COBERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO SEGURADORA LIDER DPVAT -
REGULAÇÃO
BENEFICIÁRIO IRANILDO SOUSA MOURA
CPF/CNPJ: 75472554349

Posição em 05-03-2018 17:06:00
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
02/02/2018	R\$ 3.375,00	R\$ 0,00	R\$ 3.375,00

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 20/04/2018 às 16:36 , sob o número 01260397020188060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0126039-70.2018.8.06.0001 e código 358790F.