

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

NOME: APARECIDA DA CONCEIÇÃO ALEXANDRE
DATA DE NASCIMENTO: 09/10/1900 ESTADO CIVIL: SOLTEIRA
CPF: 627.120.111-69 RG: 20189681425 PROFISSÃO: ESTUDANTE
ENDEREÇO: RUA P 19, Nº 840
BAIRRO: ALCANTARA CIDADE/ESTADO: BARCELINA - CE

OUTORGADOS: Dr. **MILTON CORREIA DE ALMEIDA**, brasileiro, solteiro, Advogado, inscrito na OAB-CE sob o número 22660 e Dr. **DR. MARCONDES YURI DE SOUSA DAMASCENO**, brasileiro, solteiro, advogado OAB-CE 24.600, ambos com escritório profissional localizado na Rua Raimundo Machado da Silva, N° 40, sala nº 110, 1º andar, CEP.: 63041187, Triângulo, Juazeiro do Norte - CE.

PODERES: O(a) outorgante confere aos outorgados amplos poderes para o foro em geral, com cláusula "ad judicium et extra", para representá-lo(s) (a) em repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, autarquias, para tratar de assuntos do seu interesse, assinando requerimentos e outros papéis, requerer benefícios previdenciários e suas revisões, transformações, desistências, obter vistas em procedimento administrativo, conferindo-lhe ainda poderes para em qualquer juízo, Instância ou Tribunal, propor ações revisional e/ou concessão de benefício, seguindo-a até o final, utilizando-se dos recursos legais e acompanhando-os sendo expressamente autorizados a confessar, prestar depoimento pessoal, desistir, renunciar valores excedentes ao teto em razão do procedimento especial, transigir, firmar compromissos e acordos, receber e dar quitação, receber alvarás, levantar valores existentes em contas judiciais, precatórios, RPV, deduzindo e compensando os seus créditos pessoais por despesas de verba honorária contratual, e as decorrentes da sucumbência, nas respectivas prestações de contas, receber intimações, citações administrativas ou judiciais, agindo tudo em conjunto ou separadamente, requerer e assinar para o completo desempenho, deste mandato, inclusive substabelecer com ou sem reserva de poderes.

DECLARAÇÃO DE POBREZA:

O(a) outorgante declara, que não tem condições de arcar com as custas processuais sem prejuízo do sustento próprio e da família, necessitando, portanto, dos benefícios da justiça gratuita, nos termos da Lei 1.060/50.

Juazeiro do Norte - CE, 07 de MAIO de 20 19.

Aparecida da Conceição Alexandre



PREFEITURA DE
Barbalha
SECRETARIA DE SAÚDE

PREFEITURA MUNICIPAL DE BARBALHA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Rua Princesa Isabel, 187 - Centro - Barbalha/CE
Fone: (88) 3532-2055

RECEITUÁRIO

Apresente a carteira

Residente no bairro de
Sociedade de São João, com
fratura do osso da
cabeça da mão esquerda

Dr. Fco. Danning Figueiredo Lucena

MÉDICO
CRM-CE: 13227/05-1720480
1720480

03 DEZ. 2018

Em

VOLTANDO A CONSULTA TRÁZER ESTA RECEITA
NÃO DÊ HOSPEDAGEM AO MOSQUITO DA DENGUE
FAÇA SUA PARTE. DENGUE MATA.



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 421 - 1846 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **01/08/2018 11:50:52**
Data / Hora da Ocorrência: **10/06/2018 14:20:00**
Endereço da Ocorrência: **AVENIDA SANTO EXPEDITO**
Complemento:
Bairro: **MALVINAS** Município: **BARBALHA/CE**
Ponto de Referência:

Noticiante(s)

Nome: **APARECIDA DA CONCEIÇÃO ALEXANDRE**
Nascimento: **09/05/2000** CPF: **623.720.513-69**
RG: **20181681425** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **FRANCISCA MARIA DA CONCEIÇÃO**
JOSE SÁVIO ALEXANDRE
Endereço: **RUA P-19, 140**
Bairro: **MALVINAS** CEP:
Município: **BARBALHA/CE**
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 9415-1828**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **PNI0078** Uf: **CE** Município: **BARBALHA** Chassi:
9C2KC2200GR009379 Renavam: **1067792195** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CG 160 FAN ESDI** Ano
Fabricação: **2015** Ano Modelo: **2016** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**
Cor: **PRETA** Proprietário: **ANTONIO JOSE ALEXANDRE** Situação: **NÃO**
INFORMADO Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

Afirma a noticiante, advertida nas penalidades descritas nos art. 340 e 342, ambos do CP, que sofreu um acidente de trânsito no dia 10/06/2018, por volta das 14h20min, na Avenida Santo Expedito, Malvinas, no município de Barbalha; Que estava na garupa da motocicleta HONDA/CG 160 FAN ESDI, ANO 2015/2016, DE COR PRETA, DE PLACA PNI-0078, RENAVAM 1067792195, EM NOME DE ANTONIO JOSÉ ALEXANDRE, tendo como piloto a pessoa de Antonio Pinto dos Santos, na via pública quando o mesmo foi desviar do buraco e a noticiante se desequilibrou e caiu da moto quebrando o dedo da mão esquerda, machucou o joelho esquerdo e bateu a cabeça, em razão disso, desmaiou e, poucos minutos depois, acordou sendo levada para o Hospital São Vicente de Paula não sendo levada para outro local; Que a pessoa de Clara de Sousa dos Santos, residente na Rua P-23, 166, Santa Terezinha II, nesta urbe, viu o acidente e a pessoa de Paulinna dos Santos Pereira, residente na Rua P-16, 136, Santa Terezinha II, nesta urbe, não viu o acidente, mais viu quando a noticiante foi levada para o Hospital; Que não foi preciso acionar os órgãos de trânsito e nem a ambulância, pois a noticiante foi pela irmã Lurdes Francisca Alexandre para o hospital; Que está fazendo o presente Boletim de Ocorrência para fins de requerer seguro DPVAT; que foi expedido guia de exame de corpo de delito; que a pessoa que vai requer o seguro DPVAT através da noticiante é Ivanildo e nada mais disse. *X Aparecida da Conceição Alexandre*



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE BARBALHA



BOLETIM DE Ocorrência Nº 421 - 1846 / 2018

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE BARBALHA

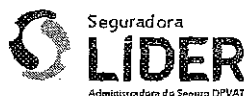
RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

FRANCISCO SILVANO REINALDO FILHO - MAT.: 300601-1-3

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: X. Aparecida da conceição Alexandre

VISTO DO DELEGADO(A) :

JULIO CESAR AGRELLI LOBO - MAT.: 198795-1-8



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 interditada 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

APARECIDA DA CONCEIÇÃO ALEXANDRE

CPF da Vítima

623.720.513-69

Data do Acidente

10/06/2018

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.

Dedaro 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.

Juazeiro do Norte 05 outubro 2018

Local e Data

Aparecida da Conceição Alexandre

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, ANTONIO JOSÉ ALEXANDRE,RG nº 2088543458-7, data de expedição 02/07/2003,Órgão _____, portador do CPF nº 066.210.093-05, comdomicílio na cidade de BARBALHA, no Estado deCeará, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)RUA P. 19 BAIRRO MALVINAS, nº 140,

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima Aparecida da Conceição Alexandre cujo o condutor eraAntônio Pinto dos Santos.Veículo: MOTOModelo: HONDA/CG 160 FAN ES DIAno: 2016Placa: PN10078Chassi: 9C2KC2200GR009379Data do Acidente: 11/06/2018Local e Data: NA PUCVINA SANTO EXPEDITO ENTRE P. 22-23. NAS MALVINASAntônio José Alexandre

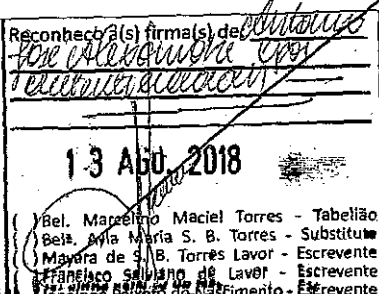
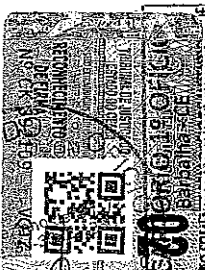
Assinatura do Declarante

(Com reconhecimento de firma por autenticidade ou verdadeira)

Antônio Pinto dos Santos

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

(Sem reconhecimento de firma)



RECEBIDO EM:



Ficha de Anamnese de Urgência/Emergência

Unidade Prestadora: HOSPITAL MATERINIDAD SAO VICENTE DE PAULO

SENHA:

Dados do Paciente

Usuário do Cadastro:
Usuário do Atendimento:DBAMV
SVELOSO

Nome: APARECIDA DA CONCEICAO ALEXANDRE

Paciente: 102182

Nome da Mãe: FRANCISCA MARIA DA CONCEICAO

Sexo: FEMININO

Data Nascimento: 09/05/2000

Idade: 18 Anos / 1 Mês / 1 Dia

Endereço: RUA P DEZESSEIS

Bairro: MALVINAS

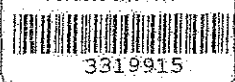
CEP: 63180970

Cidade: BARBALHA

Telefone: 36320521

Profissão Declarada: ESTUDANTE

Atendimento



3319915

Número: 104

Dados do Atendimento

Data: 10/06/2018

Hora: 15:02:23

CONVÊNIO: SUS - AMBULATORIO

Especialidade: CLINICO GERAL

Serviço: CLINICA GERAL

Queixas:

T:

PA:

P:

FARMACOVIGILÂNCIA Alérgico: () Sim (X) Não A que?

Hora médica: _____

Tipos fúria de dor
Para queda de peso e mais de
30 ms. não mais

Hipótese Diagnóstica:

Alcoolismo

Cód. COD 10:

□ □ □ □ □ □

(1) Trans

Procedimento

☐ Imagem:☐ Laboratório:☐ Outros:

Condução
D. Coletar 1.000 ml
S. Soro 1.000 ml
15:56
PBRW 15:56

Assinatura do Paciente ou Responsável

JOAO EDIVALDO DE SOUZA (HMSVP)
CRM: H9544

RECEBIDO EM:

16/11/18

**Hospital Maternidade São Vicente de Paulo****Radiologia - HMSVP**

Atendimento: 3319915
Paciente.....: 102182 - APARECIDA DA CONCEICAO ALEXANDRE
Solicitante.....: CARLA SILVA NOBRE ROCHA PESSOA(HMSVP)
Convênio.....: SUS - AMBULATORIO
Bloco.....: PRONTO SOCORRO ADULTO

Pedido.....: 833443
Idade.....: 18a 1m 10d
Atendido.....: 10/06/2018
Laudo.....: 10/06/2018

JOELHO ESQUERDO

- Contornos articulares e interlinhas de aspectos normais.
- Estrutura óssea conservada.
- Partes moles sem alterações.

Dr. Fábio Damasceno
10/06/2018

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

PROIBIDO REPRODUZIR

ASSINATURA DO TITULAR

Polgar Direito

CARTeira DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
623.720.513-69

Nome
APARECIDA DA CONCEICAO ALEXANDRE

Nascimento
09/05/2000

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2018168142 - 5 **DATA DE EXPEDIÇÃO** 04/07/2018

NOME
APARECIDA DA CONCEIÇÃO ALEXANDRE

FILIAÇÃO
JOSE SÁVIO ALEXANDRE

FRANCISCA MARIA DA CONCEIÇÃO

NATURALIDADE
BARBALHA - CE

DATA DE NASCIMENTO
09/05/2000

DOC. ORIGEM
CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: 1 OFÍCIO TERMO: 32824 FOLHA: 163

LIVRO: A-72 BARBALHA - CE

CPF 623.720.513-69

1 VIA

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

P.: 98

RECEBIDO EM:

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - 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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima 623.720.513-69	Nome completo da vítima APARECIDA DA CONCEIÇÃO ALEXANDRE
---------------------------	---------------------------------	---

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	APARECIDA DA CONCEIÇÃO ALEXANDRE		CPF titular da conta	62372051369	Profissão	AUTONOMA
Endereço	RUA P-19 SANTA TEREZINHA II		Número	140	Complemento	
Bairro	SANTA TEREZINHA	Cidade	BARBALHA	Estado	CEARA	CEP
Email	leizecruzna@gmail.com				Telefone (DDD)	(88)988570463

Dedaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR. ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	☐ SEM RENDA ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	☐ SEM RENDA	☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

☐ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)
☒ **CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)**

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)
BANCO
 Nome NRO

AGÊNCIA
 NRO.

1957

D/V

(Informar dígito se existir)

CONTA
 NRO.

53273

D/V

(Informar dígito se existir)

CONTA
 NRO.

6

D/V

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

JUAZEIRO DO NORTE, 13/NOVEMBRO DE 2018

Local e Data

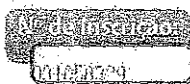
* Aparecida da conceição do monte

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



13/11/2018



DADOS DO CLIENTE

Nome: APARECIDA DA CONCEIÇÃO ALEXANDRE

End. Ladeira do P. 19. 140. PFL. VIVAS

Cidade: JARAGUÁ

CEP: 47100-000

Cidade: Jaraguá

CEP:

Local: 032 Setor: 001 Quadra: 01-10 Lote: R971 Comp: 0000

ECONOMIAS

Residencial: 001 Comercial: 000 Industrial: 000 Pública: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volume (m³)	Média Semestral (m³)
ÁGUA	R15F203327	253	273	20	7

DATAS

Leitura Atual: 05/10/2018

Leitura Anterior: 05/10/2018

Leitura Anterior: 05/10/2018

Leitura Anterior: 05/10/2018

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Bacteriologia
Engel	0.10	0.15	0.05	0.15	0.15
Amplificador	0.05	0.05	0.05	0.05	0.05
Em conformidade	0.10	0.15	0.15	0.15	0.15

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Constatamos debito de R\$ 45,78. Caso pago, desconsiderar.
DIGITE ARCE NA PLAY STORE E BAIXE O APLICATIVO DA ARCE.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME
ÁGUA	67,75	Setor: 01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 08, 09, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100
ÁGUA DE 2º	0,90	Setor: 01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 08, 09, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100
JUROS DE 0,033% AO DIA	0,28	Setor: 01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 08, 09, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100

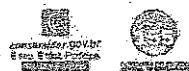
TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO	Valor (R\$)	SUBSIDIO	Valor (R\$)
PIS	0,68	VALOR DO SERVIÇO	78,68
COFINS	3,28	VALOR DO SUBSIDIO	9,68
		VALOR TOTAL A PAGAR	88,03

MES/ANO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
10/2018	05/11/2018	88,03

05/11/2018 11:35:28 35678605-798892 L: 0418 H: 08:30:04 R: 074 P: 001



É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme resoluções das Agências Reguladoras.
Entidades Reguladoras: Fortaleza: ACFOR - Agência de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental: 0800-285-1919. Demais localidades: ARCE - Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará: 0800-275-3838. O endereço eletrônico é: www.arce.ce.gov.br.
Mais informações pelo telefone: 0800-275-3153, nas lojas de atendimento de 8h às 17h, no site: www.arce.ce.gov.br ou na Central de Atendimento da Cagece: 3101-1918, de 8h às 12h e 13h às 17h.



DADOS DO CLIENTE 35678605-798892 0418

RECEBIDO EM

16.11.18

Documento assinado digitalmente por MARCONDES YURI DE SOUSA DAMASCENO e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 08/05/2019 às 18:24, sob o número 00056509020190600043. Para verificar o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 00056509-90.2019.8.06.0043 e código 4836BDC.