

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA ET EXTRA"**OUTORGANTE:**

Nome: <u>João Mangueira da Cunha</u>	Nacionalidade: <u>BRASILEIRA</u>		
Estado Civil: <u>solteiro</u>	Profissão: <u>autônomo</u>	Carteira de Identidade: <u>311789796</u>	
CPF nº: <u>995.792.353-68</u>	Residência: <u>Pq. Conde do Tape 6500</u>		
Bairro: <u>Ananau</u>	Cidade: <u>Ananau</u>	Estado/UF: <u>Ceará</u>	CEP: <u>62580-000</u>

OUTORGADO: ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS, brasileira, solteira, advogada inscrita na OAB/CE sob o nº 34.613; com endereço profissional na Rua Dr. João Tomé, nº. 998-A, Centro, município de Crateús/CE, CEP nº 63.702-885; Celular/WhatsApp: (88) 99619-6396.

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**, inclusive pedido de Alvará Judicial, 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 Março de 2019.



Carlos Wellington da Vasconcelos Nascimento
Impressão Digital do(a) Outorgante

Carlos Wellington da Vasconcelos Nascimento
Nome: Carlos Wellington Vasconcelos Nascimento
RG: 99097020728 e CPF nº. 970.884.803-44

Assinatura a rogo pelo(a) outorgante

Ana Landolina de Freitas

Nome: Ana Landolina de Freitas

RG: 20074919797 e CPF nº. 056.489.243-21

Assinatura da Testemunha

Daniel Lima dos Santos

Nome: Daniel Lima dos Santos

RG: 2012050318-0 e CPF nº. 082.941.983-74

Assinatura da Testemunha

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO



ANTONIO MOURAO DOS SANTOS

CARTERA DE IDENTIDADE

RECEITA FEDERAL

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas
Número de Inscrição
995.792.353-68

Nome
ANTONIO MOURAO DOS SANTOS

Nascimento
07/03/1970

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 3117897-96 DATA DE EMISSÃO 09.06.1996

Nome JOAO MARQUES DA CUNHA

FILIAÇÃO Nelson Marques da Cunha

Matrícula Maria Tereza de Sousa

Agraul/Oc. 07.03.1970

NATURALIDADE Cert. Ins. 2769 IV. A-7 M.S. 86

DOC. ORIGINAL Cert. Agraul/Oc.

PORTA EZA CE

LEI Nº 7.110 DE 29/06/83

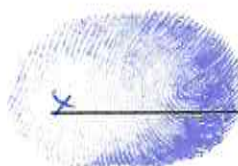
DECLARAÇÃO DE POBREZA

Declarante: <u>João Marques da Cunha</u>		Nacionalidade: <u>Brasileira</u>
Residência: <u>Condego Tope</u>		Profissão: <u>autônomo</u>
CPF nº: <u>995.792.353-68</u>	RG nº: <u>311789796</u>	Estado Civil: <u>solteiro</u>
Bairro: <u>Ananau</u>	Cidade: <u>Acanau</u>	Estado/UF: <u>Pernambuco</u>
CEP: <u>62580-000</u>	Telefone: <u>(85)996919968</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.

Acanau - Ce., 19 de Março de 2019.



Carlo Wellington de Vasconcelos e Silva

Declarante



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DPI/DELEGACIA REGIONAL DE ACARAÚ
UNIDADE POLICIAL DE CRUZ
Rua Monsenhor Sabino, s/n - centro - Cruz/CE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº UPC-431/2017

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: Lesão acidental no trânsito
Data e Hora do Fato: 28/06/2017, às 12:15 horas
Local do Fato: Rua do Papoco - s/n - Canema - Cruz/CE
Data e Hora do Registro: 21 de dezembro de 2017 às 09:50 horas

Vítima

NOME: JOÃO MARQUES DA CUNHA Data do Nascimento: 07/03/1970
Filiação: Nelson Marques da Cunha e Maria Neusa de Sousa
Endereço: Córrego do Tope - zona rural - Acaraú/CE
Doc. Ident: RG 3117897-96 SSPCE
Fone de contato: NI

Veículos Envolvidos

Tipo: MOTOCICLETA	Marca/Modelo: HONDA/CG 150 FAN	Ano Mod/Fab: 2013
Placa: OST 9421-CE	Chassi: 9C2KC1670DR010463	Renavan: 508655714
Proprietário: JOSÉ RUBENS DA ROCHA		

Histórico

Compareceu o/a declarante a esta Unidade Policial para informar sob sua inteira responsabilidade, que no dia e hora acima informados sofreu lesão corporal em decorrência de acidente de trânsito quando era conduzido na garupa da motocicleta acima identificada. Afirma que foi colidido por outra motocicleta, a qual atingiu a sua perna direita, sofrendo fratura exposta. Que o condutor da motocicleta, JOSÉ RUBENS DA ROCHA, nada sofreu. Que foi socorrido ao hospital desta cidade pelas testemunhas MARIA ELIENE DO NASCIMENTO, residente Rua Presidente Tancredo Neves, 650 - Cruz/CE e GIZELA CRISTINA DE SOUSA FEITOZA, residente na Rua Tancredo Neves, s/n- Cruz/CE. Que no mesmo dia foi transferido para a Santa Casa de Misericórdia de Sobral, onde passou por cirurgia. Nada mais declarou. O NOTICIANTE É INFORMADO NESTE ATO QUE PRESTAR INFORMAÇÃO FALSA EM BOLETIM DE OCORRÊNCIA É CRIME. Por não ser alfabetizado, o noticiante prestou as declarações na presença da testemunha MARIA CLEONICE ARAUJO, que assina a seu rogo.

Encarregado do Registro: _____

Responsável p/ Informação: _____

Visto do Delegado: _____

x A ROGO - Maria Cleonice Araújo

- ❖ Informação falsa prestada em Boletim de Ocorrência é crime previsto no Art. 340, do CPB, punido com detenção, de 1 (um) a 6 (seis) meses, ou multa.
- ❖ Este documento não dá direito ao portador conduzir veículo sem a devida CNH.

ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE CRUZ
SECRETARIA DA SAÚDE
Hospital Municipal D. Maria Muniz



BOLETIM DE ATENDIMENTO DE PACIENTE EXTERNO

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: João Marques da Cunha
DN: 07.03.70 Idade: 49 Sexo: M Est. Civil: casado
Endereço: Topo
Cidade: Acaracé - E Profissão: Agricultor
Funcionário do SAME: Kécia

Data 28/06/17 Hora 12:10
Documento: _____
Naturalidade: Acaracé
Bairro: Zona Rural
Telefone: () _____

2. CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

URGENCIA ☐

NÃO URGENCIA ☒

VERMELHO

LARANJA

AMARELO

VERDE

AZUL

3. DOENÇAS DE BASE

- ☐ Hipertensão
☐ Diabetes
☐ Asma
☐ DPOC
☐ Depressão
☐ Câncer
☐ AVE
☐ Insuficiência Renal
☐ Calciolíticas
☐ Outros

4. SINAIS VITAIS

Peso: _____ kg
Pulso: 96 bpm
Saturação: 98 %
Temperatura: 36 °C
Respiração: 22 insp/min
P.A.: 120 x 80 mmHg
Glicemia: _____ mg/dL

ACOLHIMENTO:

CONFERE COM
O ORIGINAL

5. QUEIXA PRINCIPAL:

Francisca Luana de Farias
Diretora
CPF 049.374.337-7

6. HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL: PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO, APRESENTANDO TRAUMA CONTATO COM MIO, COM DEFORMIDADE FÍSICA E EXPOSIÇÃO ÓSSEA. LIMITAÇÃO MOTORA E DOR. 64560W L.S.

7. EXAMES SOLICITADOS: SOL. RX.

8. IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

9. CONDUTA TERAPÊUTICA: 1. SRL SOL. EV
2. CEFALOTINA 2g EV. 12:20h
3. VOUTAREV 750mg IV. 12:20h

João Marques da Cunha
ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

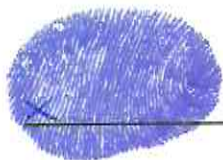
ASSINATURA DO PROFISSIONAL

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Declarante: <u>João Mangueira da Cunha</u>		Nacionalidade: <u>Brasileira</u>
Residência: <u>Córrego do Tope</u>		Profissão: <u>autônomo</u>
CPF nº: <u>995.792.353-68</u>	RG nº: <u>311789796</u>	Estado Civil: <u>solteiro</u>
Bairro: <u>Ananau</u>	Cidade: <u>Ananau</u>	Estado/UF: <u>Ceará</u>
CEP: <u>62580-000</u>	Telefone: <u>(88) 996919968</u>	

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.

Ananau - Ce., 19 de Março de 2019.



João Mangueira da Cunha
(declarante)

Nº DO CLIENTE
2854463
Para agilizar seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei Nº 10.438 de 26 de abril de 2002
Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150
CEP 50135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

enel

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

Rota 26 35021 01 030900 - 8 560917138
Nome MARIA CLEONICE ARAUJO Data de Emissão 07/02/2019
End. Postal PV CORREGO DO TOPE 06500
ARANAU - ACARAU - 62580000
Medidor 12319282 Poste 0000 0000
Classe B2 - 04-RURAL 10-RESIDENCIA RURAL MONOFASICO
RG/CPF/CNPJ 716273323-91 CGF
Nome do Responsável

DATAS
Mês de Referência 11/03/2019 Data da Apresentação 11/03/2019 Previsão Próxima Leitura 11/03/2019

ÍNDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO
Veja a legenda no verso desta conta.
Conjunta ADARAU
Mês Dez/2018 EUSD 43,23

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

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL
0014.7504.2102.8409.4865.8250.6667.5470

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (KWh)	Cons. Ind.	Cons. For.	Tarifa (R\$/KWh)	Valor (R\$)
31169	30914	1,00	255	0,00	255	2,34636	599,42

DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)
VALOR CONSUMO DO MES	93,42
MULTA MORATORIA REF 11/2013	2,18
JUROS DO MES	0,52
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	16,96

VENCIMENTO 18/03/2019

TOTAL A PAGAR (R\$) 113,08

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	48,06
Transmissão	5,13
Distribuição	27,96
Encargos Setoriais	1,51
Tributos (TAXAS PIS/COFINS)	5,51
TOTAL	99,55

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

255	255	249	258	267	256	291	255	255	253	266	250	215
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

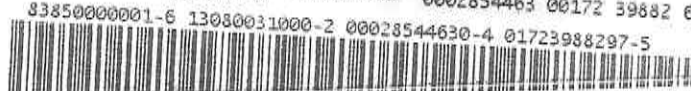
CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica	Consciência Ecológica (%)
Emitido kg (CO ₂) 99,55	Comparado kg (CO ₂) 0,00

INFORMAÇÕES IMPORTANTES PARA O CLIENTE
"PARA CADASTRAR SUA CONTA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZE SEU NÚMERO DO CLIENTE SEM O DÍGITO VERIFICADOR."
Chame os vizinhos e amigos e entre no Combate ao mosquito transmissor Da dengue, Zika e Chikungunya. Ministério da Saúde, Gov. Federal

NÃO FOI POSSÍVEL COLHER LEITURA POR: FALTA DE LEIT. BIMESTRAL ART. 65 RES. 414
Consta desta fatura R\$ 5,51 referente a PIS e COFINS. Alíquotas: PIS: 0,98% e COFINS: 4,93%
Caro Cliente, constam quitadas as faturas de consumo de energia elétrica desta unidade com sumidora vencidas até 31/12/2018, conforme a Lei N. 12.007/2009. Esta declaração substitui quitacoes anteriores.

Nº do Cliente: 2854463 Referência: Fev/2019
Data de Emissão: 07/02/2019 Total a Pagar (R\$): 113,08
Nº da Nota Fiscal: 560917138 Nº de Controle: 0002854463 00172 39882 65



Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3180184002 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA JOAO MARQUES DA CUNHA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE

INDENIZAÇÃO Sabemi Seguradora S/A-Filial Fortaleza-CE

BENEFICIÁRIO JOAO MARQUES DA CUNHA

CPF/CNPJ: 99579235368

Posição em 09-07-2019 11:59:33

Conforme solicitação, o pedido do Seguro DPVAT por invalidez permanente foi revisado e, após perícia médica e análise da documentação apresentada, não foram identificadas novas sequelas ou agravamento da(s) sequela(s) que já foi(foram) indenizada(s). O pedido de indenização foi finalizado, permanecendo o valor pago.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
25/05/2018	R\$ 3.375,00	R\$ 0,00	R\$ 3.375,00

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO
REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ALVARO

CARTeira DE IDENTIDADE



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 3117897-96 DATA DE EMISSÃO 09.06.1996

NOME JOÃO MARQUES DA CUNHA

FILIAÇÃO Nelson Marques da Cunha

Mãe Maria de Sousa

Acervo/Oc. 07.03.1970

Cert. Nos. 2739 Liv. 1-7 Fls. 86

Cert. Arquivo/Acervo/Oc.

LEI Nº 7.116 DE 29/06/81

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas
Número de Inscrição
995.792.353-68

Nome
JOÃO MARQUES DA CUNHA

Nascimento
07/03/1970

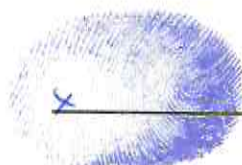
DECLARAÇÃO DE POBREZA

Declarante: <u>João Marques da Cunha</u>		Nacionalidade: <u>Brasileira</u>
Residência: <u>Conjunto Torre</u>		Profissão: <u>autônomo</u>
CPF nº: <u>995.492.353-68</u>	RG nº: <u>311789796</u>	Estado Civil: <u>solteiro</u>
Bairro: <u>Ananau</u>	Cidade: <u>Acanau</u>	Estado/UF: <u>Ceará</u>
CEP: <u>62580-000</u>	Telefone: <u>(85)996919968</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.

Acanau - Ce., 19 de Março de 2019



Carle Wellington de Vasconcelos e Silva
Declarante



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DPI/DELEGACIA REGIONAL DE ACARAÚ
UNIDADE POLICIAL DE CRUZ
Rua Monsenhor Sabino, s/n – centro – Cruz/CE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº UPC-431/2017

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: Lesão acidental no trânsito
Data e Hora do Fato: 28/06/2017, às 12:15 horas
Local do Fato: Rua do Papoco - s/n - Canema - Cruz/CE
Data e Hora do Registro: 21 de dezembro de 2017 às 09:50 horas

Vítima

NOME: JOÃO MARQUES DA CUNHA Data do Nascimento: 07/03/1970
Filiação: Nelson Marques da Cunha e Maria Neusa de Sousa
Endereço: Córrego do Tope - zona rural - Acaraú/CE
Doc. Ident: RG 3117897-96 SSPCE
Fone de contato: NI

Veículos Envolvidos

Tipo: MOTOCICLETA	Marca/Modelo: HONDA/CG 150 FAN	Ano Mod/Fab: 2013
Placa: OST 9421-CE	Chassi: 9C2KC1670DR010463	Renavan: 508655714
Proprietário: JOSÉ RUBENS DA ROCHA		

Histórico

Compareceu o/a declarante a esta Unidade Policial para informar sob sua inteira responsabilidade, que no dia e hora acima informados sofreu lesão corporal em decorrência de acidente de trânsito quando era conduzido na garupa da motocicleta acima identificada. Afirma que foi colidido por outra motocicleta, a qual atingiu a sua perna direita, sofrendo fratura exposta. Que o condutor da motocicleta, JOSÉ RUBENS DA ROCHA, nada sofreu. Que foi socorrido ao hospital desta cidade pelas testemunhas MARIA ELIENE DO NASCIMENTO, residente Rua Presidente Tancredo Neves, 650 – Cruz/CE e GIZELA CRISTINA DE SOUSA FEITOZA, residente na Rua Tancredo Neves, s/n- Cruz/CE. Que no mesmo dia foi transferido para a Santa Casa de Misericórdia de Sobral, onde passou por cirurgia. Nada mais declarou. O NOTICIANTE É IMFORMADO NESTE ATO QUE PRESTAR INFORMAÇÃO FALSA EM BOLETIM DE OCORRÊNCIA É CRIME. Por não ser alfabetizado, o noticiante prestou as declarações na presença da testemunha MARIA CLEONICE ARAUJO, que assina a seu rogo.

Encarregado do Registro: _____

Responsável p/ Informação: _____

Visto do Delegado: _____

x A ROGO - Maria Cleonice Araújo

- ❖ Informação falsa prestada em Boletim de Ocorrência é crime previsto no Art. 340, do CPB, punido com detenção, de 1 (um) a 6 (seis) meses, ou multa.
- ❖ Este documento não dá direito ao portador conduzir veículo sem a devida CNH.

ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE CRUZ
SECRETARIA DA SAÚDE
Hospital Municipal D. Maria Muniz



BOLETIM DE ATENDIMENTO DE PACIENTE EXTERNO

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: João Marques da Cunha
DN: 07.03.70 Idade: 49 Sexo: M Est. Civil: casado
Endereço: Topo
Cidade: Acaracé - E Profissão: Agricultor
Funcionário do SAME: Kécia

Data 28/06/17 Hora 12
Documento: _____
Naturalidade: Acaracé
Bairro: Zona Rural
Telefone: () _____

2. CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

URGENCIA ☐

NÃO URGENCIA ☒

VERMELHO

LARANJA

AMARELO

VERDE

AZUL

3. DOENÇAS DE BASE

- ☐ Hipertensão
☐ Diabetes
☐ Asma
☐ DPOC
☐ Depressão
☐ Câncer
☐ AVE
☐ Insuficiência Renal
☐ Osteoporose
☐ Outros

4. SINAIS VITAIS

Peso: _____ kg
Pulso: 96 bpm
Saturação: 98 %
Temperatura: 36 °C
Respiração: 22 insp/min
P.A.: 120 x 80 mmHg
Glicemia: _____ mg/dL

ACOLHIMENTO:

CONFERE COM
O ORIGINAL

5. Q.T.A. PRINCIPAL:

Francisca Luana de Farias
Diretora
CPE 040.337-7

6. HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL: Paciente vítima de acidente de trânsito, apresentando trauma contuso em MIO, com deformidade física e exposição osseas. Limitação motora e dor. 64560W (ds).

7. EXAMES SOLICITADOS: SOL. EX.

8. IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

9. CONDUTA TERAPÊUTICA: 1. SRL 500g EV
2. CEFALORINA 2g EV. 12:00h
3. VOLTAREL 75mg IV. 12:00h

Maria Cléia do Nascimento
ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

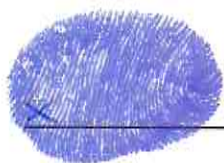
ASSINATURA DO PROFISSIONAL

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Declarante: <u>João Mangueira da Cunha</u>		Nacionalidade: <u>Brasileira</u>
Residência: <u>Conjunto do Tope</u>		Profissão: <u>autônomo</u>
CPF nº: <u>995.792.353-68</u>	RG nº: <u>311789796</u>	Estado Civil: <u>solteiro</u>
Bairro: <u>Aranauí</u>	Cidade: <u>Aranauí</u>	Estado/UF: <u>Ceará</u>
CEP: <u>62580-000</u>	Telefone: <u>(88) 996919968</u>	

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.

Aranauí - Ce., 19 de Março de 2019.



Paulo Wellington de Macedo Nascimento
(declarante)

CLIENTE
2854463
 Para agilizar seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei Nº 10.438 de 26 de abril de 2002
Companhia Energética do Ceará
 Rua Padre Valdevino, 150
 CEP 80135-040 | Fortaleza CE
 CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

enei

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 560917138
 Rota 26 35021 01 030900 - 8
 Nome MARIA CLEONICE ARAUJO
 End. Postal PV CORREGO DO TOPE 06500
 ARANAU - ACARAU - 62580000
 Medidor 12319282
 Classe B2 - 04-RURAL 10-RESIDENCIA RURAL MONOFASICO
 RG / CPF / CNPJ 716273323-91
 Nome do Responsável CGF
 Data de Emissão 07/02/2019
 Poste 0000 0000

DATAS			INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO		
Mês de Referência	Data de Apresentação	Próxima Leitura	Veja a legenda no verso desta conta.		
Fev/2019	11/03/2019	11/03/2019	Conjunto ACARAU		
ICMS			Mês Dez/2018		
Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto	Potência Média (kW) 2,00		
ISENTO			Apuração Individual		
ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL			Mensal Trim. Anual Mensal Trim. Anual		
0014.7504.2002.8829.4068.0250.6667.5470			DQC 10,44 26,00 41,76 0,47 5,70 26,96		
INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO			FIC 7,59 15,19 30,39 1,00 2,00 14,00		
			DMIC 5,58		
Leit. Atual	Leit. Anterior	Cons. Cons. (kWh)	Cons. Incl.	Cons. Fat.	Tarifa (R\$/kWh)
31169	30914	1,00	255	0,25	0,25026
					Valor (R\$)
					93,42
VALOR CONSUMO DO MES					93,42
MULTA MORATORIA REF 11/2013					2,18
JUROS DO MES					0,52
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL					16,96

VENCIMENTO 18/03/2019

TOTAL A PAGAR (R\$) 113,08

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	40,06
Transmissão	3,10
Distribuição	27,98
Encargos Setoriais	7,34
Impostos (PIS e COFINS)	5,51
TOTAL	93,42

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

255	255	249	258	267	256	291	255	253	266	250	215
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)
 Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica
 Emitido kg (CO₂) 99,55
 Compensado kg (CO₂) 0,00
 Consciência Ecológica (% CO₂) 0%

"PARA CADASTRAR SUA CONTA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZE SEU NÚMERO DE CLIENTE 884-0 DIGITO-VERIFICADOR."
 Chame os vizinhos e amigos e entre no Combate ao mosquito transmissor Da dengue, zika e chikungunya. Ministério da saúde. Gov. Federal

NÃO FOI POSSÍVEL COLHER LEITURA POR: FAT. MEDIA-LEIT. BIMESTRAL ART. 06 RES. 414
 Consta desta fatura R\$ 6,51 referente a PIS e COFINS. Alíquotas: PIS:0,99% e COFINS:4,90%
 Caro Cliente, constam quitadas as faturas de consumo de energia elétrica desta unidade com sumidora vencidas até 31/12/2018, conforme a Lei N. 12.007/2009. Esta declaração substitui quitacoes anteriores.

Nº do Cliente: 2854463
 Data de Emissão: 07/02/2019
 Nº da Nota Fiscal: 560917138
 Referência: Fev/2019
 Total a Pagar (R\$): 113,08
 Nº de Controle: 0002854463 00172 39882 65
 8385000001-6 13080031000-2 00028544630-4 01723988297-5



Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3180184002 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA JOAO MARQUES DA CUNHA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO Sabemi Seguradora S/A-Filial Fortaleza-CE

BENEFICIÁRIO JOAO MARQUES DA CUNHA

CPF/CNPJ: 99579235368

Posição em 09-07-2019 11:59:33

Conforme solicitação, o pedido do Seguro DPVAT por invalidez permanente foi revisado e, após perícia médica e análise da documentação apresentada, não foram identificadas novas sequelas ou agravamento da(s) sequela(s) que já foi(foram) indenizada(s). O pedido de indenização foi finalizado, permanecendo o valor pago.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
25/05/2018	R\$ 3.375,00	R\$ 0,00	R\$ 3.375,00