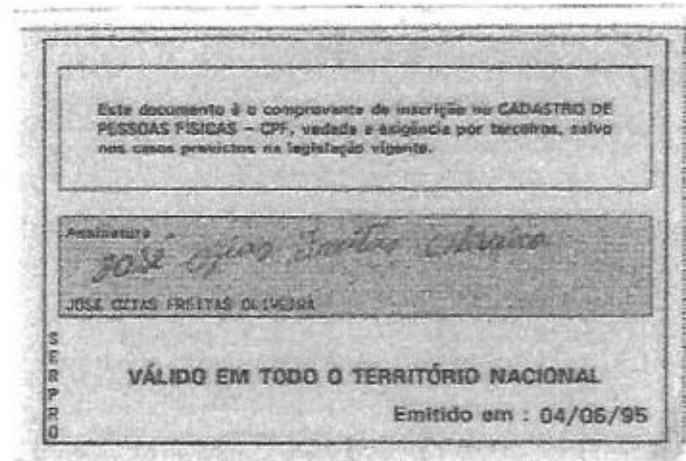
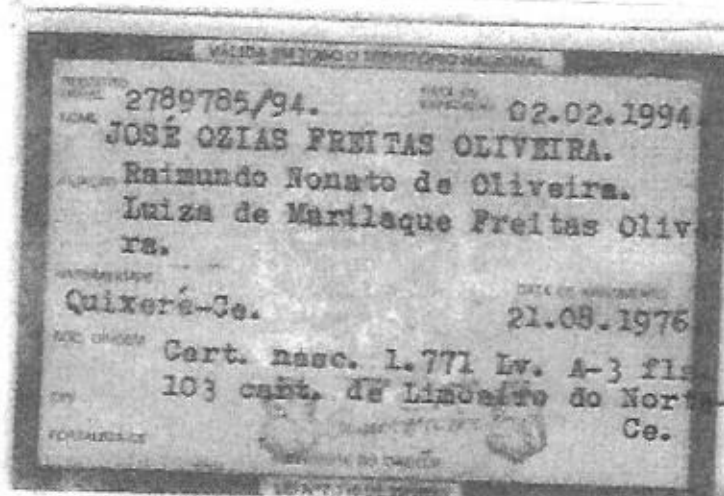




REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO PARTIDÃO NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
MAIA DE OLIVEIRA FERNANDO OLIVEIRA	
VÁLIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS 630293548	IDENTIFICAÇÃO DO TITULAR 270718504 25P CE
	CN 748.288.403-72 21/08/1974
	PRACON FERNANDO NONATO DE OLIVEIRA CATEG. DE HABILITAÇÃO FERNANDO OLIVEIRA
	TITULAR 25/08/2007 24/08/2007
DATA DE EMISSÃO: 25/08/2007	
DATA DE VALIDADE: 24/08/2007	
DATA DE EXPIRAÇÃO:	
ASSINATURA:	
LOCAL: RUA... CE DATA: 03/08/2007	
642.0360481 030356048	
DETRAN-CE (CEARA)	



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° 576207265

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07047251/0001-70 | 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
MAI/2019

Utilize o nº abaixo sempre
que entrar em contato conosco

Nº da Conta	
5178420	3
Data de Emissão	
04/06/2019	
Valor a Pagar (R\$)	
141,97	

Rota 19 025060 02 0200000 Medidor Poste
Nome MARIA CELMA DOMINGOS OLIVEIRA 2582252 0000 Z99Z
Endereço Postal

End. da Unidade Consumidora C/ ESTRADA DAS FLORES RUA 109 01091 QD G LUIZ ALVES DE F
LIM. DO NORTE 62930000

RG / CPF / CNPJ 003.861.823-02 CGF

Classe B1 - 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA, BAIXA RENDA Fator de Potência 0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual	Leitura Anterior	Constante	Consumo (kWh)	Consumo Incl.	Consumo Faturado
10286	10086	1	200	0	200

DESCRIÇÃO DA CONTA	Quantidade	Tarifa	Valor (R\$)
ENERGIA			
Consumo faixa 0-30 Kwh	30	0,26246	7,87
Consumo faixa 31-100 Kwh	70	0,44995	31,49
Consumo faixa 101-220 Kwh	100	0,67494	67,50

OUTROS PAGAMENTOS

PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA S. BAIXA RENDA	1,93
ICMS COMPLEMENTAR BAIXA RENDA-CONV CONFAZ 079	11,64
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL-INT	21,54
ADICIONAL BANDEIRA AMARELA MES (R\$ 1,87)	

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/ Apresentação	Prev. Próxima Leitura
28/05/2019	27/06/2019

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

BC1E.D45B.37A8.3850.ACEC.8D03.E29F.D33C

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Aliquota	Valor do Imposto
106,86	27%	40,49

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

ENERGIA	40,69
TRANSMISSÃO	3,22
DISTRIBUIÇÃO	23,90
ENCARGOS SETORIAIS	5,42
TRIBUTOS (ICMS, PIS/COFINS)	47,20

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

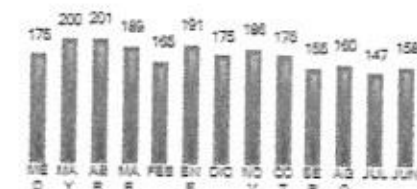
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 29,21

Conjunto LIMOEIRO DO NORTE

Mês MAR/ 2019

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC (h)	5,19	10,38	20,77	0,00	0,00	0,00
FIC (un)	3,23	6,47	12,95	0,00	0,00	0,00
DMIC (h)	2,94			0,00		

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO ₂)	Compensado kg (CO ₂)	Consciência Ecológica(%CO ₂)
		0 100

INFORMAÇÕES IMPORTANTES PARA O CLIENTE

autenticação mecânica cliente

Nº do Cliente: 5178420-3 Nº da Nota Fiscal: 576207265 Total a Pagar (R\$): 141,97
Data de Emissão: 04/06/2019 Referência: MAI/2019 Nº de Controle: 0005178420 00079 4380 2 40

83890000001-3 41970031000-9 00051784200-9 00794380215-3



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

(LEI Nº. 1.060/50)

Eu, Jose Ozias Freitas Oliveira, Profissão _____, Estado Civil solteiro, RG nº. 2789785/94, e CPF nº. 748.252.403-72, residente e domiciliado a Ej. Estradas das Flores, Rua 109, 1091, Bairro _____, Cidade Beimoeiro do Norte, Estado Ceará, declaro para os devidos fins de direito e sob as penas da Lei arcar com as custas processuais, sob pena de prejuízo da manutenção própria e de minha família, nos termos da Lei 1.060/50 e alterações supervenientes.

Beimoeiro do Norte - CE, 11 de junho de 2019.

x Jose Ozias Freitas Oliveira

Declarante



INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO

Outorgante: Jose Ozias Freitas Oliveira, brasileiro,
solteiro, RG: 2789785/94, CPF: 748.252.
403-72, residente e domiciliado em
1ª Estrada das Flores, Rua 109, 1091,
1º município de Limoeiro do Norte,
Ceará.

Outorgados: **CHARLES FERNANDO MAIA DE OLIVEIRA**, brasileiro, casado, advogado, inscrito na Ordem dos Advogados do Brasil sob o nº. 20.106, **RAFAEL CABÓ LIMA**, brasileiro, casado, advogado, inscrito na Ordem dos Advogados do Brasil sob o nº. 30.366, ambos com endereço profissional na Avenida Dom Aureliano Matos, 1928, Centro, Limoeiro do Norte – Ceará.

Poderes: Conferindo-lhe os poderes de cláusula “AD JUDITIA” e “EXTRA JUDITIA” para, propor ação, defender os direitos do Outorgante, em qualquer foro, juízo, instância ou Tribunal de qualquer comarca como autor ou réu e mais poderes especiais para celebrar acordos, confessar, transigir, desistir, receber importância ou valores, assinar recibos, dar e receber quitação, promover quaisquer medidas ou processos probatórios, preventivos ou incidentes, podendo inclusive substabelecer a presente a quem convier, com ou sem reservas de poderes.

Limoeiro do Norte, CE, 11 de junho de 2019.

Jose Ozias Freitas Oliveira
OUTORGANTE



(1)

Buscar no site

A
COMPANHIASEGURO
DPVATPONTOS DE ATENDIMENTO (/Pontos-de-
Atendimento)CENTRO DE DADOS E
ESTATÍSTICASSALA DE
IMPRESSATRABALHE
CONOSCO

CONTATO

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

Nova Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3170442165 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA JOSE OZIAS FREITAS OLIVEIRA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO GENTE SEGURADORA S/A

BENEFICIÁRIO JOSE OZIAS FREITAS OLIVEIRA

CPF/CNPJ: 74825240372

Posição em 04-06-2019 11:17:28

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento. O valor abaixo será creditado na conta que você indi

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
30/08/2017	R\$ 2.531,25	R\$ 0,00	R\$ 2.531,25

Histórico das correspondências enviadas

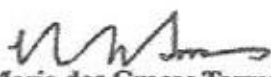
Data da Carta	Referência	Ver Carta
06/09/2017	Pagamento de Indenização, com memória de cálculo de invalidez	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/HAP9IXWFaugr___CiLVS5Pw?api_key=XF9wMpOirHuH8H2cxGLf8fU+dcn1hIEjsr6IRW9eB9Y=)
23/08/2017	Interrupção de Prazo	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/kLpTaf8hFuvj___Z5HRNalg?api_key=XF9wMpOirHuH8H2cxGLf8fU+dcn1hIEjsr6IRW9eB9Y=)
17/08/2017	Aviso de Sinistro	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/mTFzrWqc+Tt8LTdz___AH?api_key=XF9wMpOirHuH8H2cxGLf8fU+dcn1hIEjsr6IRW9eB9Y=)



CERTIDÃO NARRATIVA

CERTIFICAMOS, em virtude da faculdade que nos é conferida por lei e, tendo em vista requerimento por escrito da parte interessada, que o **SAMU 192 CEARÁ** prestou atendimento ao **SR. JOSE OZIAS FREITAS OLIVEIRA**, portador do RG 2789785/94 e inscrito no CPF 748252403-72, no dia 4/05/2017, às 6h40, no município de Limoeiro do Norte/CE, na rua Sabino Roberto, no bairro Carnaubinha, vítima de colisão moto com moto, sendo encaminhado para o **Hospital Municipal Dr. Deoclécio Lima Verde**. E para constar eu, Ana Cristine Medeiros Silva, Ana Cristine Medeiros Silva, Assessora Técnica, lavrei a presente Certidão, a qual vai datada e assinada por **MARIA DAS GRAÇAS TORRES**, **ASSESSORA EXECUTIVA**.

Eusébio, 30 de Maio de 2017


Maria das Graças Torres
ASSESSORIA EXECUTIVA



AUTENTICAÇÃO
 O presente é cópia reprográfica
 e deve ser conferida com o original. Data: 24 JUL 2017

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE LIMOEIRO DO NORTE



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 491 - 1585 / 2017

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Data / Hora da Comunicação: **07/06/2017 08:49:40**

Data / Hora da Ocorrência: **04/05/2017 06:40:00**

Endereço da Ocorrência: **RUA SABINO ROBERTO**

Complemento:

Bairro: **CARNAUBINHA**

Município: **LIMOEIRO DO NORTE/CE**

Ponto de Referência: **BNS**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **JOSÉ OZIAS FREITAS OLIVEIRA**

Nascimento: **21/08/1976** CPF: **748.252.403-72**

RG: **278978594**

Órgão Emissor: **SSP**

UF: **CE**

Filiação: **LUIZA DE MARILAUQUE FREITAS OLIVEIRA**

RAIMUNDO NONATO DE OLIVEIRA

Endereço: **RUA 109-CONJUNTO ESTRADA DAS FLORES, 1091**

Bairro: **LUIZ ALVES DE FREITAS**

CEP:

Município: **LIMOEIRO DO NORTE/CE**

País: **BRASIL**

Telefone: **(88) 9208-4834**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **HYV5908** Uf: **CE** Município: **LIMOEIRO DO NORTE** Chassi:

9C2KC08507R026607 Renavam: **906332702** Tipo do Veículo:

MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CG 150 TITAN ES** Ano

Fabricação: **2006** Ano Modelo: **2007** Combustível: **GASOLINA** Cor:

VERMELHA Proprietário: **JOSE OZIAS FREITAS OLIVEIRA** Situação:

NÃO INFORMADO Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

O NOTICIANTE INFORMA QUE É HABILITADO E ESTAVA PILOTANDO A SUA MOTO TITAN 150, PLACA HYV8908/CE NO DIA 04/05/2017; QUE O NOTICIANTE VINHA NO SENTIDO DE FLORES PARA O CENTRO DE LIMOEIRO DO NORTE/CE. OCASIÃO EM QUE NA RUA SABINO ROBERTO, BAIRRO CARNAUBINHA, COLIDIU COM UMA BIZ VERMELHA PILOTADA POR UM HOMEM DESCONHECIDO; QUE O ACIDENTE OCORREU EM RAZÃO DO NOTICIANTE ESTAR SEGUINDO NA PREFERENCIAL, MOMENTO EM QUE A BIZ CRUZOU O SEU CAMINHO, PROVOCANDO O ACIDENTE; QUE O NOTICIANTE FOI LEVADO PELO SAMU 192 CEARÁ ATÉ O HOSPITAL MUNICIPAL DEOCLECIO LIMA VERDE, DO QUAL DEU ENTRADA ÀS 06h:59min; QUE O NOTICIANTE SOFREU LESÕES NO TORNOZELO E NAS COSTELAS. E NADA MAIS DISSE.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE LIMOEIRO DO NORTE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

João Marcos Moura de Oliveira
 JOSE MARCOS MOURA DE OLIVEIRA - MAT.: 30100719

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Jose Ozias Freitas Oliveira

VISTO DO DELEGADO(A):

DELEGACIA MUNICIPAL DE LIMOEIRO DO NORTE

Pág. 1 de 2



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
 POLÍCIA CIVIL
 DELEGACIA MUNICIPAL DE LIMOEIRO DO NORTE



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 491 - 1686 / 2017

BRUNO ANTONIO DE SOUZA VARELA - MAT.: 19837319

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DETRAN - CE CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
Nº 013129289991 CE Nº 013129289991		EXERCÍCIO 2016	
PPT 01	VA 00906332702	PLACA HYV590B/CE	CHASSI 9C2K10B507R026607
JOSE OLIVAS FREITAS OLIVEIRA LIMOEIRO DO NORTE			
CPF: 021.103.17 PLACA ANT. LIT CE			
PAS/MOTOCICLO/MOTO AP. 11C. HONDA/CG 150 TITAN ES 2P/OCV/149CC			
CATEGORIA PARTIC		ANO FAB. 2006	
VERNO/DOZ. LINHA VERMELHA		VERNO/DOZ. 2007	
PREMIO TARIFARIO 129,04			
PREMIO TOTAL 143,38			
DATA DE PAGAMENTO 04/10/2016			
DATA DE EMISSÃO 04/10/2016			
RECEBI O CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENÇA.			
RECIBO CE Nº 013129289991			
ASSINATURA			

PREFEITURA MUNICIPAL DE LIMOEIRO DO NORTE HOSPITAL REGIONAL DR. DEOCLECIO LIMA VERDE FICHA INDIVIDUAL DE ATENDIMENTO				DIGITADO	
Nº Atendimento:	1053	CNS:		Data do Atend.:	04/05/2017 as 06:59:25
Nome do Paciente:	JOSE OZIAS FREITAS OLIVEIRA			Data de Nasc.:	21/08/1976
Endereço:	ESTRADA DAS FLORES	1091	LIMOEIRO DO NORTE Op: FRANCELIO		
Convênio:	SUS	PSF:	LUIS ALVES DE FREITAS	Tipo Atend.:	AMBULATORIAL - INDIVIDUAL
Sexo:	M	Idade:	40a 8m 14d	Estado Civil:	
Peso:	() kg	Profissão:	230	Escolaridade:	2
Sinais Vitais:	P.A.: Sist. ()	Diast. ()	FC: () bpm	FR: () irpm	Temp: () °C
Proc.: 0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA					
Motivo do atendimento (Queixa principal + Anamnese) <i>Acidente de moto</i>					
Fatores de Risco: _____ Alergia: _____					
Class. Risco: () ALTO () MODERADO () BAIXO					
OBS: _____					
HDA e Exame Físico:					
Hipótese Diagnóstica Provável / Atendimento					Data 1º Sintomas
Procedimentos complementares solicitados: () Patologia Clínica () Radiologia () Exame Prevenção () Ultrassom Obstétrico () Outros <i>R de fratura de D + R Torax PA</i>					
Demais Procedimentos Realizados			Ass. Executor	Conselho Classe	
Se o paciente ficou em observação MARQUE AQUI ()					
Encaminhamentos / Destino do Paciente:					
() Atend. Especializado		() Internação Hospitalar	() Observação 12h	() PSF	
() Alta		() Adm. Medicamentos	() Observação 6h	() Outros procedimentos	
() Transf. de emergência		() Abertura de partograma	() Indicação de Cesariana		
Parceria com Departamento Municipal de Trânsito:					
FOI ACIDENTE DE TRANSITO?		Se positivo assinala o tipo de condução da vítima:			
(X) SIM () NAO		(X) MOTO () CARRO () BICICLETA () PEDESTRE () OUTROS			

Josefa Rodrigues de Sousa S.
Assinatura do Paciente ou Resp.

Assinatura do Profissional Executor

Mª da Conceição P. Nunes
Técnica de Enfermagem
COBEN-CE 600-231

20:20
Pedro Raphael R. de Sousa
Médico
CRM 30000



Articulare

ATESTADO MÉDICO

NOME: JOSÉ OZIAS FREITAS OLIVEIRA

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O PACIENTE FOI VÍTIMA DE ACIDENTE COM MOTOCICLETA EM 04/05/2017, COM TRAUMATISMO EM MEMBRO INFERIOR DIREITO E CONSEQUENTE FRATURA DE MALEOLO MEDIAL, AGUARDANDO TRATAMENTO CIRURGICO, NECESSITA DE 60 (SESSENTA) DIAS DE AFASTAMENTO LABORAL.

CID10: S82.5

LIMOEIRO DO NORTE – CEARÁ, 04 DE MAIO DE 2017

Eduardo de A. Carrari
Traumatologia/Ortopedia
CREMEC 11.458



DR. EDUARDO DE ARAÚJO CARRARI

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

CREMEC: 11.458

R. Cel. Sarafim Chaves, 365, Centro, sala 13
Palazzo Centro Médico Empresarial
Limoeiro do Norte, Ceará
CEP 62930-000

(85) 3423.4854
(85) 99944.9992