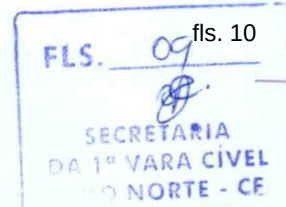


Faltiano



ACTUS
Advogados Associados



“PROCURAÇÃO “AD JUDICIA”

Cícero Renato Vieira, brasileiro, solteiro, agricultor, portador
do RG nº 200787246-5 SSP/CE e do CPF nº 519.635.
903-68, residente e domiciliado na R. Ché, nº 401, St.
Paulista, Juazeiro do Norte/CE

pelo presente nomeia e constitui bastante procurador, THOMAZ ANTONIO NOGUEIRA BARBOSA, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/CE sob o n.º 20.787, e-mail: thomazbarbalha@yahoo.com.br, ANTÔNIO ALLAN LEITE SARAIVA, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/CE sob o n.º 23.502, e-mail: allan.saraiva@hotmail.com, todos com escritório situado à Rua Zuca Sampaio, 649 em Barbalha/CE, onde recebe intimações e avisos, a quem confere os poderes para o foro em geral, com a cláusula “ad judicium”, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-lo nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe, ainda, poderes especiais para confessar, desistir, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, agindo em conjunto ou separadamente, podendo, ainda substabelecer esta em outrem, com ou sem reserva de poderes, dando tudo por bom, firme e valioso.

Barbalha-CE, 21 de Setembro de 2016.

x Cícero Renato Vieira

Rua Zuca Sampaio, 649, Santo Antônio, Barbalha - CE, CEP 63180-000
Tel.: (88) 3532-2203



ACTUS
Advogados Associados



fls. 11

DECLARAÇÃO DE INSUFICIÊNCIA DE RECURSOS

Creio Renato Vieira, brasileiro, solteiro, portador do RG nº: 2007787246-5 SSP/CE e do CPF nº 519.635.903-68, residente e domiciliado na Vl. Chã, nº 401, St. Santa Helena do Norte (CE)

DECLARA nos termos da Lei nº 7.115, de 29 de agosto de 1983 e, para os devidos fins, de que são pobres na acepção jurídica do termo, não dispondo de condições econômicas para custear as despesas judiciais, sem sacrifício de seu sustento e de sua família.

Por ser a expressão da verdade, assumindo inteira responsabilidade pelas declarações acima sob as penas da lei, assino a presente declaração para que produza seus efeitos legais.

BARBALHA-CE, 21 de Setembro de 2016

x Creio Renato Vieira

<http://www.seguradoralider.com.br/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx?optconsultasemsinistro=true>

SINISTRO 3160463461 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA CICERO NONATO VIEIRA

COBERTURA Invalidez

SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO MBM SEGURADORA S/A #772

BENEFICIÁRIO CICERO NONATO VIEIRA

CPF/CNPJ: 51963590368

Posição em 19-09-2016 08:51:40

Pagamento liberado pela Seguradora Líder DPVAT.

Valor: R\$ 3.375,00

O prazo para recebimento da indenização no banco depende do tempo necessário ao processamento bancário, que é de até 5 dias úteis contados a partir da data de liberação.



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

SECRETARIA
DA 1ª VARA CÍVEL
JUAZEIRO DO NORTE - CE

BOLETIM DE Ocorrência N° 488 - 10719 / 2016

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **11/07/2016 11:19:06**
Data / Hora da Ocorrência: **30/06/2016 16:30:00**
Endereço da Ocorrência: **SÍTIO POPO**
Complemento:
Bairro: **ZONA RURAL** Município: **JUAZEIRO DO NORTE/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **CICERO NONATO VIEIRA**
Nascimento: **12/12/1974** CPF: **519.635.903-68**
RG: **20077872465** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **FRANCISCA MARIA DA SILVA VIEIRA**
RAIMUNDO NONATO VIEIRA
Endereço: **VILA CHA, 401 SÍTIO LEITE**
Bairro: **ZONA RURAL** CEP:
Município: **JUAZEIRO DO NORTE/CE**
País: **BRASIL** Telefone:

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **HWI4625 UE** Município: **JUAZEIRO DO NORTE** Chassi:
9C2JD17101R005419 Renavam: **750887462** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca /
Modelo: **HONDA/XLR 125** Ano Fabricação: **2001** Ano Modelo: **2001** Combustível:
GASOLINA Cor: **VERMELHA** Proprietário: **MARIA ELISABETE SEVERO DOS SANTOS**
Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

Advertido das penalidades cominadas ao crime de falso testemunho, relata a Vítima/Noticiante **QUE NÃO É HABILITADO** e conduzia a motocicleta, acima identificado, após ter ingerido bebida alcoólica, tendo colidido com outra Motocicleta, vindo a sofrer Trauma Cranioencefálico, e algumas escoriações, sido socorrido pelo SAMU para o HRC. E nada mais disse.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

JOSE ORISMAR RICARTE JUNIOR - MAT.: 404965-1-3

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Cicero Nonato Vieira

VISTO DO DELEGADO(A):

FRANCISCO MARCELO MOURA DE ALMEIDA - MAT.: 133829-1-3

CARTORIO DO 5º OFÍCIO

ESTÁ CONFORME O ORIGINAL.

Conferi e autentico de acordo com o Art. 7º da Lei 8.935/94. DOU FÉ

CRATO-CE, 12/07/2016

- () TEÓFILO ANTÔNIO COELHO RODRIGUES - Tabelião
- () MARCELINO FARIAS DE LAVOR - Escrevente
- () EUCLIDES BORGES DE ALMEIDA - Escrevente
- () MARIA LUCIVALDA DE LIMA - Escrevente
- () INGRID LASHARA FERRERA LOPES - Escrevente

Rua Tristão Gonçalves, 290, Centro, Crato-CE - CEP: 63.100-100, Fone: 3521-6190

DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

FLS. 13
14
SECRETARIA
DA 1ª VARA CÍVEL
DO NORTE - CE

Eu, Bicero Norato Vieira, portador da carteira de identidade nº 2007787246-5 e inscrito no CPF/MF sob o nº 519.635.903-68 residente e domiciliado na Vila Cha, 401 - Sítio Leite Cidade Quazeiro do Norte, Estado Ceará, 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:

- () Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
(☒) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido 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 a 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.

Declaro 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 impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

* Bicero Norato Vieira

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Quazeiro do Norte - ce. 14/07/16

Local e data

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, MARIA ELISABETE SEVERO DOS SANTOS,
 RG nº 1.375.686, data de expedição 25/09/1992,
 Órgão SSP-CE, portador do CPF nº 939.906.187-15, com
 domicílio na cidade de SUAZUIRO, no Estado de
CEARA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
SITIO POPO, nº 54,
 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 * Cileno nonato Viúva cujo o condutor era
* Cileno nonato Viúva.

Veículo: motocicleta
 Modelo: XL R J25
 Ano: 2001
 Placa: HWI 4625
 Chassi: 9C23D17101R005419
 Data do Acidente: 30/06/16
 Local e Data: Crato-CE 12/07/16

Cartório 5º Ofício
 CRATO - CE

Maria Elizabete Severo dos Santos
 Assinatura do Declarante

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

CARTÓRIO DO 5º OFÍCIO

Reconheço por AUTENTICIDADE a(s) firma(s) de:

MARIA ELIZABETE SEVERO DOS SANTOS

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
 XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
 XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

CRATO-CE 12/07/2016

TEÓFILO ANTÔNIO CORREIA RODRIGUES - Tabelião
 MARCELINO FARIAS DE LAVOR - Escrevente
 EUCIDES BORGES DE ALMEIDA - Escrevente
 MARIA LUCIVALDA DE LIMA - Escrevente
 INGRID LASHARA FERREIRA LOPES - Escrevente

Rua Triângulo Gonçalves, 290, Centro, Crato-CE - CEP: 63.100-100, Fone: 3621-6190

INSTITUTO DE SAÚDE E GESTÃO HOSPITALAR - ISGH
HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI - HRC
ORGANIZAÇÃO SOCIAL SAÚDE



FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: CICERO NONATO VIEIRA
Data Nasc.: 12/12/1974 Idade: 41 ano(s) 6 mes(es) e 30 dia(s)
Mãe: FRANCISCA MARIA DA SILVA VIEIRA
Sexo: Masculino RG: 20077872465
CEP: Bairro: RURAL
Endereço: SÍTIO POPO
Prontuário: 117895 Admissão: 30/06/2016
Telefone: 88 92414069
Município: JUAZEIRO DO NORTE

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: LARANJA Classificador: SASKIA EVELLINE FREIRE SANTOS SENA Horário: 17:03
Queixa: paciente vítima de acidente de moto, colisão moto-moto, afirma uso de bebida alcoólica, refere cefaleia intensa e apresenta hematoma e edema em olho d
Fluxograma: TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO
Discriminador: MECANISMO DE TRAUMA SIGNIFICATIVO
Sato02: Glasgow: Temp.: Glicemia: 88 Régua: Pulso/FC:

ATENDIMENTO

Médico: DAISY TEIXEIRA DE MENEZES CRM: 15536 Nº 330266 P.A.:
Acidente: Sim Agressão: Não Peso:
Eixo: OBSERVAÇÃO INTERMEDIÁRIA II
Hipótese Diagnóstico: MOTOCICLISTA TRAUMATIZADO EM OUTROS ACIDENTES DE TRANSPORTE E EM ACIDENTES DE TRANSPORTE NÃO ESPECIFICADOS
Comorbidade:
HDA/Exame Físico:
PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, ALCOOLIZADO, APRESENTANDO DOR E EDEMA PERIORBITÁRIO DIREITO, APÓS COLISÃO MOTO-MOTO, HÁ MAIS OU MENOS 3H. REFERINDO CEFALÉIA INTENSA, E VERTIGEM
REG, CONSCIENTE, ORIENTADO, AFEBRIL, EUPNEICO
ACP: FISIOLÓGICO

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Data	Fluxograma	Discriminador	Risco	Profissional
30/06/2016 17:03:00	TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO	MECANISMO DE TRAUMA SIGNIFICATIVO	LARANJA	SASKIA EVELLINE FREIRE SANTOS SENA

EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação
RX TORAX PA (0204030170)	30/06/201 17:35	Não	Realizado
TC CRANIO SEM CONTRASTE (0206010079)	30/06/201 20:21	Não	Realizado
RX MAO D APIOBLIQUO (0204040094) AMB	30/06/201 17:35	Não	Realizado

Rua Catulo da Paixão Cearense, S/N, Triângulo - CEP 63041-162 - Juazeiro do Norte - CE
Unidade mantida com recursos públicos, provenientes de seus impostos e contribuições sociais.

FLS. 16

SECRETARIA
DA 1ª VARA CÍVEL
JUIZADO DE ORTE - CF

EVOLUÇÃO

Data Cadastro	Usuário Cadastro	Descrição
30/06/2016 00:00	CINTHYA PINTO SILVA	PACIENTE RELATA SER VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, SOFRENDO TRAUMA EM REGIÃO DE TERÇO SUPERIOR E MEDIO DA FACE. RELATA PERDA DA CONSCIENCIA, RELATA ALTERAÇÃO VISUAL, RELATA PARESTESIA, RELATA DIFICULDADE RESPIRATORIA, RELATA DIFICULDADE DE ABERTURA BUCAL. NEGA EMESE, NEGA EPISTAXE, NEGA ALTERAÇÃO OCLUSAL. AO EXAME FISICO OBSERVA-SE SINAL SUGESTIVO DE FRATURA FACIAL. APRESENTA EDEMA E EQUIMOSE EM REGIÃO PERIORBITARIA A DIREITA. AO EXAME TOMOGRAFICO DO CRANIO OBSERVA-SE SINAL SUGESTIVO DE FRATURA FACIAL. HD: FRATURA DE FRONTAL + FRATURA ORBITO-ZIGOMATICO. CD: 1-AGUARDAR EVOLUÇÃO DO QUADRO CLINICO E ALTAS DA DEMAIS ESPECIALIDADES, POSTERIORMENTE AGENDAMENTO CIRURGIA ELETIVA PELA BUCOMAXILO: 2-VIDE
01/07/2016 00:00	EDUARDO FERNANDO CHAVES MORENO	ctbmf PACIENTE COM HISTORIA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO (SIC) HA CERCA DE 20 HORAS, REFERE PERDA DE CONSCIENCIA, NEGA VOMITOS, NO MOMENTO : CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO, DEAMBULANDO. AO EXAME FACIAL: HEMATOMA/EQUIMOSE PERIORBITAL DIREITA COM OCLUSAO PALPEBRAL, MAXILA E MANDIBULA FIXOS A PALPACAO. AO EXAME TOMOGRAFICO : FRATURA DO COMPLEXO ORBITOZIGOMATICO DIREITO SEM DESLOCAMENTO SIGNIFICATIVO CD- ORIENTACOES + PRESCRICAO + RETORNO AMBULATORIAL CTBMF + ALTA CTBMF AOS CUIDADOS DA CIRURGIA GERAL

Dr. Jofrânio Bandeira F. de Caldas**Clínica Médica - Cirurgia Geral**

- Especialização em Medicina da Família e Comunidade.
- Pós-Graduação (Residência Médica em Cirurgia Geral)

Afasto por o Sr. Dr. Jofrânio Bandeira F. de Caldas que é um homem viúvo sofreu um acidente de trânsito no dia 30/06/2016 que resultou em traumatismo crânio-cervical e moderado superior e inferior e confusão de consciência e fratura de fêmur. Também sofreu um acidente de trânsito com efeito definitivo, porém agente paciente neurologista e um do limite de 30% no abertura do boca e 30% do movimento do lado direito

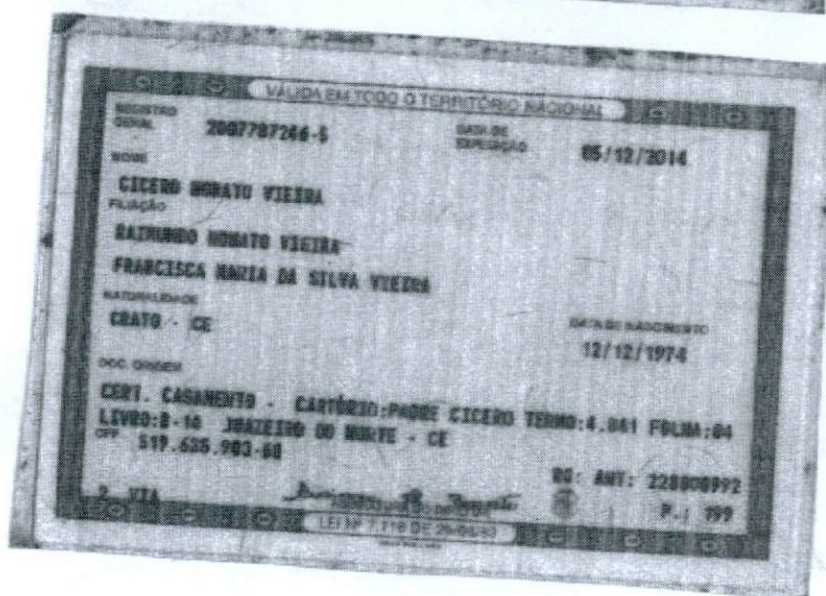
16/08/2016

Dr. Jofrânio B. F. de Caldas
Médico

CREMEC - 6795

Av. Allton Gomes, 2478 - Pirajá - Juazeiro do Norte-CE - Px. ao Banco do Brasil
Anexo Laboratório Vidanalise

(88) 3571.1449 / 0800.0791441 / 8829.6724 / 9689.5332





Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **519.635.903-68**

Nome da Pessoa Física: **CICERO NONATO VIEIRA**

Data de Nascimento: **12/12/1974**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **27/02/1993**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **13:07:16** do dia **14/07/2016** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **767C.1454.423A.B0F1**

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

Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

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

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS - CAUBADOL POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE SUA TERCEIREDADE, POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

CE Nº 011992847805 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2015 24/06/2015

VIA AIR MAIL
01 93980618415 HW1625
00760887462 HONDAXLR 125

2001 04 90230171012005419

PRÊMIO TARIFÁRIO		
Piso (R\$)	Derivado (R\$)	Custo do Seguro (R\$)
129,04	14,34	143,38

COSTO TOTALE (€)	CF (€)	TIR (€)
4,18	1,17	292,01

DATA DE EMISSÃO: 23/06/2013

SECRETARIA LIDER PRIVAT

CHPJ 05.241.0002001-04

01222

SECRETARIA
DA 1ª VARA CÍVEL
1 DO NORTE - CF

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Gicero Norato Vieira
PORTADOR(A) DO RG Nº 20077872465 EXPEDIDO POR SSP-CE EM 05/12/14 E
CPF 519635903-68 / CNPJ _____, PROFISSÃO agricultor
E RENDA MENSAL DE R\$ 500,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Gicero Norato Vieira, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, 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 da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0032-9 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 70895-6

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

João do Monte - CE 14 de Julho de 2016 x Gicero Norato Vieira
LÓCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de **R\$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de **até R\$13.500,00** em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de **até R\$ 2.700,00** em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



DV-9

Nº DO CLIENTE
6939063-0

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

coelce

Para agitar seu abastecimento, utilize o medidor
sempre que entrar em contato conosco.

Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60135-040 Fortaleza CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 CGF 06.505.948-3

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA - GRUPO B - SERIE B-4 - FIP

Rota 38 13608 50 191583 - 1 Data de Emissão 24/06/2016

Nome CICERO NONATO VIEIRA

End. Postal VL CHA 00401

ST LEITE - JUAZEIRO DO NORTE - 63010970

Medidor 2732127

Poste 0000 0000

Classe 04-RURAL MONOFASICO

Fator de Potência 0,00

RG / CPF / CNPJ 519635903-68

CGF

Nome do Responsável

DATA
Mês de Referência Jun/2016
Data de Apresentação 24/06/2016
Próxima Letram 26/07/2016

ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda desta conta
Conjunto BR/2016
Mês DIC/16 = 0,00 P
DIO 5,95

Rote de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto	Padrão Individual	Apuração Individual		
				Mensal	Trím.	Anual
ISERV			Mensal	10,44	28,68	41,76
			Trím.		0,00	0,00
			Anual			0,00
			DIC	7,59	15,19	30,39
			FIC		0,00	0,00
			DNIC	5,98		0,00

ÁREA RE-SERVADA AO CONTROLE SOCIAL
0698.2400.0070.4874.4976.6808.0011.2178

INFORMAÇÕES SOBRE O PAGAMENTO DO CONSUMO

Let. Atual	Let. Anterior	Cont.	Consumo (kWh)	Cont. Int.	Cont. Ext.	Cont. Tot.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
509	500	1,00	35	0,00		35	0,35	12,25
24/06/16	24/05/16		31 DIAB			35		12,25

DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)
VALOR CONSUMO DO MÊS	12,25
SALDO PARA PAGAMENTO FUTURO	-12,25

VENCIMENTO

01/08/2016

TOTAL A PAGAR (R\$)

0,00

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Medição	0,00
Variação	0,00
Distribuição	0,00
Encargos Setoriais	0,00
Tributos (ICMS FIE COPING)	0,00
TOTAL	12,25

HISTÓRICO DE CONSUMO

42	39	36	43	37	41	41	42	45	44	49	47	0
----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	---

contatos
(88) 3572-0398
(88) 99779.2255