

PROCURAÇÃO AD JUDÍCIA**OUTORGANTE:**

Nome: João Paulo Batista de Freitas		Nacionalidade: Brasileiro	
Estado Civil: Casado	Profissão: Recebedor	Carteira de Identidade: 99025020128	
CPF nº: 816.147.673-27	Residência: Rua: Pedro Lopes nº 590		
Bairro: Menefiana	Cidade: Fortaleza	Estado: CE	CEP: 60843-290

OUTORGADO:

ANTONIO KAIRO RODRIGUES SILVA, brasileiro, solteiro, advogado, OAB/CE – 24.805, com escritório profissional na Rua Meton de Alencar, nº 106, Altos, Centro, Fortaleza - CE CEP: 60.035-160, fones: (85) 98225-8282 (85) 3121-8383
E-mail: **KAIRO AKRS@YAHOO.COM.BR**

PODERES:

Amplios poderes para o foro em geral, bem como nas vias administrativas, em qualquer juiz, instancia ou Tribunal, Superior ou não, Repartição Pública, podendo promover contra quem de direito as ações que julgarem convenientes e defendê-lo (a) nas contrárias, interpor recursos, com especiais poderes para, agindo em conjunto ou em separado, receber citações, renunciar e desistir de direitos decorrentes deste mandato e dos oriundos desta ação, desistir, transigir, interpor todos os recursos permitidos em direito, produzir e requerer provas e justificações, opor embargos, prestar compromisso de inventariante e assinar o respectivo termo, fazer declarações de lei, requerer remissão, adjudicação de bens, ordenar protestos de títulos, levantar depósitos judiciais em nome do(s) outorgantes, assinar recibos, representá-los em quaisquer repartições federais, estaduais, municipais ou autarquias, fazer tudo o que for necessário para o bom e fiel cumprimento da presente, inclusive substabelecer, com ou sem reserva de iguais poderes, o que darei tudo por firme, justo e valioso como próprio fora, dando a mesma caráter irrevogável.

Poderes especiais: Receber e fazer levantamento de alvará judicial, em nome dos outorgantes, em qualquer banco e/ou instituição financeira.

Fortaleza (CE), 04 de Janeiro de 2019.

x → João Paulo Batista de Freitas
Outorgante

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu, João Paulo Batista de Freitas,
brasileiro(a), casado, Recife, portador(a) da Carteira de
Identidade/RG nº 99025020128, inscrito(a) no CPF/MF sob o
nº 816.117.673-29, residente e domiciliado(a) na Rua
Pedro Lopes, nº 590, Complemento Menezes,
Cep nº 60843-290, Fortaleza-CE, 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.

Fortaleza (CE), 04 de fevereiro de 2019.

x João Paulo Batista de Freitas

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

**BOLETIM DE Ocorrência Nº 301 - 2021 / 2018****Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
 Data / Hora da Comunicação: **10/05/2018 13:18:03**
 Data / Hora da Ocorrência: **15/04/2018 18:00:00**
 Endereço da Ocorrência: **AVENIDA ODILON GUIMARAES**
 Complemento:
 Bairro: **MESSEJANA** Município: **FORTALEZA/CE**
 Ponto de Referência: **PROX. A YPIOCA**

**Dados da(s) Vítima(s)**

Nome: **JOÃO PAULO BATISTA DE FREITAS**
 Nascimento: **28/09/1981** CPF: **016.147.673-27**
 RG: **99025020128** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
 Filiação: **MARIA BATISTA DE FREITAS**
ANTONIO TORRES DE FREITAS
 Endereço: **RUA PEDRO LOPES, 590**
 Bairro: **MESSEJANA**
 Município: **FORTALEZA/CE** CEP: **60.843-290**
 País: **BRASIL** Telefone:

Histórico

QUE, COMPARECE A ESTA ESPECIALIZADA A FIM DE REGISTRAR QUE, NA DATA CITADA, ATRAVESSAVA A AV. ODILON GUIMARÃES PEDALANDO UMA BICICLETA QUANDO FOI ATROPELADO POR UM CARRO DE PLACAS NÃO ANOTADAS, CAINDO A VITIMA NO ASFALTO, FICANDO LESIONADA SENDO SOCORRIDA PARA O HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA - MESSEJANA POR MEIOS PRÓPRIOS. E NADA MAIS DISSE./////////
 OBS: COMUNICAÇÃO FALSA É CRIME CAPITULADO NO ART.340 DO CPB.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :****FRANCISCO DELÂNIO CAMPELO ALMEIDA - MAT.: 404836-1-6****RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:***XadapauloBatista***VISTO DO DELEGADO(A) :****JOSE RODRIGUES JUNIOR - MAT.: 126788-1-9**

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

NOME DO PACIENTE JOAO PAULO BATISTA DE FREITAS		DADOS PESSOAIS	
CAIUS			
NOME NAE MARIA BATISTA DE FREITAS		Nº DO BE PROCTUÁRIO 271114	
ENDEREÇO RUA PEDRO LOPES 590 GUAJIRU		PROCTUÁRIO 0104703	
CARTÃO		SEXO M	
		DATA DO NASCIMENTO 28/09/1981 (36 ANOS)	
		NOME RESPONSÁVEL NI	
		MARCA DO FORTALEZA	
		CEP 60.843-290	
LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/DADOS DO ACIDENTE			
OCCORRÊNCIA			
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO			
PCTE VÍTIMA DE ACIDENTE, DIGO FOI ATROPELADO E ENCONTRA-SE COM DORES EM FLANCO DIREITO, CONSCIENTE, ORIENTADO COM DIFICULDADE DE DEAMBULAR.			
SINTOMAS DOR INTENSA EM FLANCO DIREITO.			
PESO NI KG		SINAIS VITAIS	
TEMPERATURA NI °C		SAT O2 NI %	
	PRESSÃO ARTERIAL NI/NI		
	ALTERAÇÃO NEGA		
CLASSIFICAÇÃO VERDE		RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO ANTÔNIA DELANNE DOS SANTOS-SANTANA	

ÁREA ATENDIMENTO	RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO ANTÔNIA DELANNE DOS SANTOS-SANTANA	CLASSIFICAÇÃO 15/04/21 21:22:4
ÁREA ATENDIMENTO		
ATENDIMENTO MÉDICO		
Problema de saúde de emergência a ser resolvido as áreas costais de emergência do 1º andar direto e lateral de emergência no 1º andar D. D. de emergência de emergência Problema de saúde de emergência a ser resolvido as áreas costais de emergência do 1º andar direto e lateral de emergência no 1º andar D. D. de emergência de emergência		

DIAGNÓSTICO	COO. PROCEDIMENTO	CD.
SOLICITADO: () HC () SU () US ABDOMINAL () TC CRÂNIO () RAIO X		
PRESCRIÇÃO MÉDICA		
MEDICAMENTO		
Dr. Marcelo D. AP/B		
As áreas costais de emergência		
Dr. Marcelo D. AP/B		
Dr. Marcelo D. AP/B		

ALTA/BAIXA:	TIPO DE ALTA/BAIXA
() DECISÃO MÉDICA () A PEDIDO () EVASÃO () TRANSFERÊNCIA () INTERNAÇÃO () ATÉ 48 HORAS () APÓS 48 HORAS	
DESTINO DO CORPO: () FAMÍLIA () IMPLANTAR PATOL. () ANAT. PATOL. () OUTROS	
DATA E HORA DO ATENDIMENTO	
Impresso por: ANTONIA DELANNE DOS SANTOS-SANTANA	
Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas e assumo a responsabilidade por todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 298 do Código Penal.	

Assinatura do Médico Especialista
JOAO PAULO BATISTA DE FREITAS

04.953.1970/12-05
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON
BARROS DE OLIVEIRA

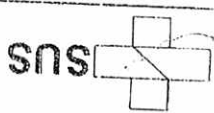
Av. Jornalista Tomaz Costa 1078
Fortaleza - CEP 60.843-290

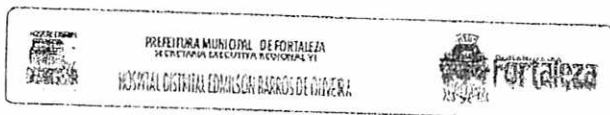
Fortaleza

[illegible]

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Ministerio da Saúde
Sistema Único de Saúde





REGISTRO EMERGÊNCIA

MATRÍCULA NO HOSPITAL

5704709

PACIENTE: João Paulo Batista de Freitas

DATA OPERAÇÃO: 18/06/18

ENFERMARIA: II

LEITO: 32

Dr. Paulo de Freitas

1º AUXILIAR:

2º AUXILIAR:

3º AUXILIAR:

INSTRUMENTADOR:

ANESTESISTA: Dr. Lucas

TIPO DE ANESTESIA:

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

Fratura do tornozelo de c/ lesão ligamentar

TIPO DE OPERAÇÃO:

Osteotomia + reparação ligamentar tornozelo de c/

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO:

RELATÓRIO IMEDIATO PATOLOGISTA:

EXAME RADIOLÓGICO NO ATO:

ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO:

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO - TÁTICO E TÉCNICAS LIGADURAS DRENAGEM - SUTURA - MATERIAL EMPREGADO - ASPECTOS VISCERAS

Quilodactilose de dedo anelar e 4º dedo
 Sutura de pele no dorso do pé
 Sutura de pele no dorso do pé e do tornozelo
 por plano. Visualização e sutura de fratura
 do tornozelo de c/ reparação de ligamentos. Reparações
 ligamentares do tornozelo. Sutura por plano
 Quilodactilose e tela pericárdica.

5704709
 Edmilson Barros de Oliveira
 18/06/18

04.885.197/0012-05

HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON
BARROS DE OLIVEIRAAv. Jornalista Tormaz Contreiras, 1578
Meiosejane - CEP: 61.060-100

Fortaleza

Gráf. HDEBO-SAME-Desc. Oper.-003

CONFERE COM ORIGINAL

08/05/2018

Germ

RELATÓRIO DE ALTA			
PACIENTE <i>João Paulo Batista de Freitas</i>			
FRONTIÁRIO <i>5104709</i>	UNIDADE <i>Graciosa</i>	ENFERMARIA	LEITO <i>32</i>
INÍCIO DO TRATAMENTO <i>15/04/2018</i>	DATA DA ALTA <i>20/04/18</i>	DATA DO RETORNO <i>30/04/18</i>	MÉDICO(A) RESPONSÁVEL <i>Dr. Paulo Tasso C. Castro</i>

Dr. Paulo Tasso C. Castro
CRM: 10880
Otorrinolaringologista

RESUMO DA HISTÓRIA CLÍNICA

Qued

DIAGNÓSTICOS

PRINCIPAL	<i>Infecção</i>
ACESSÓRIO 1	
ACESSÓRIO 2	
EXAMES ESPECIAIS REALIZADOS	
<i>U</i>	

TRATAMENTO CLÍNICO OU CIRÚRGICO REALIZADO

Empi

TERAPÊUTICA APÓS A ALTA

ANH + AB

CONDIÇÕES DA ALTA:

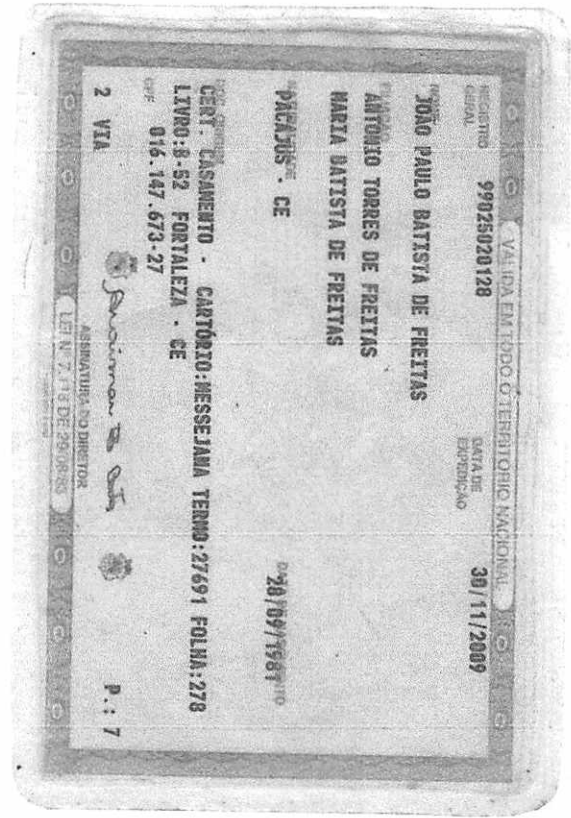
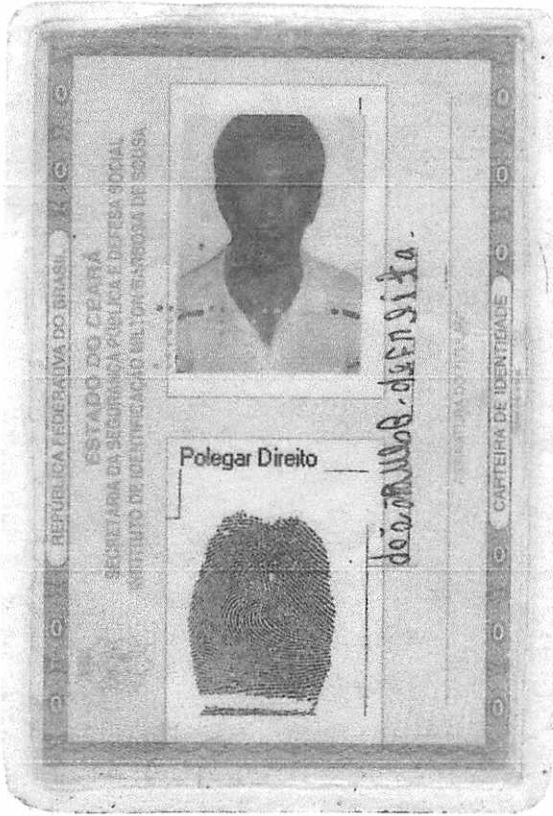
☐ CURADO
 ☒ MELHORADO
 ☐ PIORADO
 ☐ ÓBTOS
 ☐ OUTROS

OUTRAS RECOMENDAÇÕES

DATA:

20.04.18

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO



CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 508455207
Rota 06 01260 27 253800 - 5 Data de Emissão 10/01/2018
Nome RITA DE CASSIA CLEMENTE RIBEIRO
End. Postal RU PEDRO LOPES 00590
MESSEJANA - FORTALEZA - 60843290
Medidor 5053256 Poste 1234 0000
Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASICO BAIXA RENDA Potência 0,00
RG/CPF/CNPJ 711474033-68 CGF
Nome do Responsável

(85)987740318
(85)988994932

DATAS			INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO		
Mês de Referência	Data da Apresentação	Previsão Próxima Leitura	Veja a legenda no verso desta conta.		
Jan/2018	10/01/2018	07/02/2018	Conjunto	Nov/2017	EUSD 21,83
			Mês	FICRI = 0,00 P	
ICMS			Padrão Individual		Apuração Individual
Base de Cálculo (R\$)	Aliquota	Valor do Imposto	Mensal	Trim.	Anual
ISENTO			5,07	18,15	20,30
			DIC	0,00	0,00
			FIC	3,17	6,35
			DMIC	2,06	
			Anual	20,30	0,00
			Mensal	0,00	0,00
			Trim.	0,00	0,00
ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL					
F040.B7C9.B520.0043.AE9C.E8D8.8458.D376					
INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO					
Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. Fat.
18021	17958	1,00	63	0,00	0,00
			Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)	
			0,17125	10,71	
10-01-18	12-12-17		29 Dias	63	15,47
DESCRIÇÃO			VALOR (R\$)		
VALOR CONSUMO DO MES			15,47		
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA			0,94		
SALDO PARA PAGAMENTO FUTURO			-26,84		
COB. SALDO FATURA ANTERIOR			10,43		

VENCIMENTO	17/01/2018	TOTAL A PAGAR (R\$)	0,00
COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO		HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)	
Transmissão	1,79	65	63
Distribuição	0,70	58	57
Encargos Setoriais	4,93	73	64
Tributos (ICMS PIS/COFINS)...	1,71	68	61
TOTAL	1,79	69	60
		60	0

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO ₂ (kg/kWh)		
Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.		
Emitido (kg CO ₂)	Compensado (kg CO ₂)	Consciência Ecológica (% CO ₂)
0,00	0,00	0

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

PARA CANCELAR ESTA CONTA EM DEBITO ADMINISTRATIVO UTILIZE SEU NÚMERO DO CLIENTE SEGUIDO DO DÍGITO VERIFICADOR.

Chame os vizinhos e amigos e entre no combate ao mosquito transmissor da dengue, zika e chikungunya. Ministério da Saúde, Gov. Federal

Consta desta fatura R\$ 1,79 referente a PIS e COFINS. Aliquotas: PIS: 1,00% e COFINS: 4,5%.

Para o mês de Janeiro-18 a bandeira será VERDE, sem custo adicional para os consumidores.

8212761-1 Jan/2018

Nº do Cliente: 10/01/2018 Referência: 0,00
Data de Emissão: 508455207 Total a Pagar (R\$): 0008212761 00010 39102 98
Nº da Nota Fiscal: Nº de Controle:

PARA CONFERÊNCIA: Esta fatura por ter valor inferior ao mínimo para cobrança, não necessita pagamento. Assim, este valor será acrescido na próxima fatura mensal sem qualquer incidência de multas ou encargos.

SINISTRO 3180228293 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA JOAO PAULO BATISTA DE FREITAS
COBERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO LIBIA
CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME
BENEFICIÁRIO JOAO PAULO BATISTA DE FREITAS
CPF/CNPJ: 01614767327

Posição em 04-01-2019 14:22:33

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento. O valor abaixo será creditado na conta que você indicou no formulário de autorização de pagamento. O prazo para o banco confirmar o pagamento é de até 5 dias úteis. Caso não identifique o valor em sua conta após esse período, volte a consultar o processo aqui no site.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
23/11/2018	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50