

PROCURAÇÃO AD JUDICIA**OUTORGANTE:**

Nome: <u>Francisco Leandro Alves da Silva</u>		Nacionalidade: <u>Brasileiro</u>	
Estado Civil: <u>Solteiro</u>	Profissão: <u>Lavador de Automóvel</u>	Carteira de Identidade: <u>2003097058977</u>	
CPF nº: <u>023.381.438-70</u>	Residência: <u>R. Bois Trevos, nº 834</u>		
Bairro: <u>Camandéguinho</u>	Cidade: <u>Fortaleza</u>	Estado: <u>CE</u>	CEP: <u>60731-030</u>

OUTORGADO:

ANTONIO KAIRO RODRIGUES SILVA, brasileiro, solteiro, advogado, OAB/CE – 24.805, com escritório profissional na rua Barão do Rio Branco, nº 1782, Bairro Centro, Fortaleza - CE CEP: 60.025-060, fone: **(85) 9657.0528**
e-mail: KAIRO_AKRS@YAHOO.COM.BR

PODERES:

Amplos poderes para o foro em geral, bem como nas vias administrativas, em qualquer juiz, instância 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.

Fortaleza (CE), 04 de junho de 2018.

Francisco Leandro Alves da Silva
Outorgante

DECLARAÇÃO

Eu, Francisco Leandro Alves da Silva,
brasileiro(a), Solteiro, Lav. de Automóvel, portador da Carteira de Identidade/RG nº
2003097058977 e inscrito no CPF/MF sob o nº 023.381.433-70, residente e
domiciliado na cidade de Fontalera, estado do Ceará, na Rua
Dois Irmãos, nº 834, declaro para os devidos fins
que possuo hiposuficiência 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.

Fontalera (CE), 04 de junho de 2.018.

Francisco Leandro Alves da Silva

**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 - 6418 / 2017****Dados da Ocorrência**Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**Data / Hora da Comunicação: **19/12/2017 09:33:05**Data / Hora da Ocorrência: **11/11/2017 08:40:00**Endereço da Ocorrência: **AVENIDA OSÓRIO DE PAIVA**

Complemento:

Bairro: **CANINDEZINHO**Município: **FORTALEZA/CE**Ponto de Referência: **AO LADO DA ESTAÇÃO DA CAGECE****Dados da(s) Vítima(s)**Nome: **FRANCISCO LEANDRO ALVES DA SILVA**Nascimento: **03/06/1986** CPF: **023.381.433-70**RG: **2003097058977**Orgão Emissor: **SSP**UF: **CE**Filiação: **MARIA IDILVA ALVES DA SILVA****FRANCISCO JOSÉ DA SILVA**Endereço: **RUA DOIS TREVOS, 834**Bairro: **CANINDEZINHO**Município: **FORTALEZA/CE**

CEP:

País: **BRASIL**Telefone: **(85) 98850-0160****Dados do(s) Veículo(s)****1) Placa: OST1804** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi:**9C2ND1110DR017002** Renavam: **566741946** Tipo do Veículo:**MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/XRE 300** Ano Fabricação: **2013**Ano Modelo: **2013** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **PRETA**Proprietário: **FRANCISCO JOSE DA SILVA** Situação: **NÃO INFORMADO**Envolvimento: **COLISAO****Histórico**

AFIRMA O DECLARANTE QUE NA DATA, HORA E LOCAL CITADOS; QUE, PILOTAVA A MOTOCICLETA DE PLACA OST-1804-CE; QUE TRAFEGAVA PELA AV. OSÓRIO DE PAIVA NA FAIXA DO MEIO; QUE UMA OUTRA MOTO DE PLACA NÃO ANOTADA, QUE VINHA A SUA FRENTE NA VIA, QUANDO ACIONOU OS FREIOS PARA DESVIAR DE UM VEICULO CARRO DE PLACAS NÃO ANOTADAS, QUE ESTAVA PARADO NA MEIO DA VIA E COMO A MOTO EM QUE ESTAVA A VITIMA VINHA TAMBÉM LOGO ATRÁS DA MOTO CITADA E NÃO DANDO TEMPO DE DESVIAR, ACONTECEU A COLISÃO COM A ESTA MOTO CITADA NA VIA; QUE, COM O IMPACTO, A VITIMA FOI AO SOLO E FICOU LESIONADA; QUE, A VITIMA FOI SOCORRIDA POR UM POPULAR QUE PASSAVA NO LOCAL SENDO LEVADA PARA ATENDIMENTO NO FROTINHA DE MESSEJANA. E NADA MAIS DISSE.//

OBS: FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO ART. 340 DO CPB.

PRAZO PREVISTO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL: 6 MESES.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :****CRISTIANO ALEX NOGUEIRA DA SILVA - MAT.: 300518-1-5****RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:** FRANCISCO LEANDRO ALVES DA SILVA

**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 - 6418 / 2017****VISTO DO DELEGADO(A) :****MARIA CÂNDIDA BRUM - MAT.: 126913-1-9**

Prefeitura
Fortaleza

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA MESSIANNA

Ato declaratório

fls. 11

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

DADOS PESSOAIS

NOME DO PACIENTE
FRANCISCO LEANDRO ALVES DA SILVA

NOME DA MÃE
MARIA IDILVA ALVES DA SILVA
ENDEREÇO
RUA DOS TREVOS 834 CANINDEZINHO
CONTATO
(85) 98589-2233

NASCIMENTO
03/06/1986 (31 ANOS)
NOME RESPOSTA
NI

5086840

M

PARCE

NI

CE

LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE E CAUSAS DO ACIDENTE

OCORRÊNCIA

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

ACIDENTE DE MOTO

51 ADULTO

QUEIXA
APRESENTANDO DEFORMIDADE E CORTE REGIÃO TORNOZELO APOS ACIDENTE

SINTOMAS
NI
PESO
NI KG
TEMPERATURA
NI °C
CLASSIFICAÇÃO
VERMELHO

PRESSÃO ARTERIAL
NI/NI
ALERGIAS
NEGA

SINAIS VITAIS

NI%

NI

NI

RESPONSÁVEL PELA RESPOSTA
MARA RACNELE ALVES DE SOUSA
ÁREA ATENDIMENTO

11/11/20

ÁREA DE ATENDIMENTO
02 - EMERGENCIA TRAUMATOLOGICA

ATENDIMENTO MEDICO

ANEXOS

Trauma col. humero + Beale -
fecho D + pele e punho (5

DIAGNOSTICO

SADT SOLICITADO: () HC () SU () US ABDOMINAL () TC CRANIO () RAIOS-X () OUTROS

PRESCRIÇÃO MEDICA

MEDICAMENTO

APRACAMENTO

M Beale AM =
M col. humero Beale AM =
M fecho D AM =

ALTA SAÍDA

() DECISÃO MÉDICA () PEDIDO () EVASÃO () TRANSFERÊNCIA () INTERNAÇÃO ÓBITO: () ATE 48 HORAS APOS 48 HRS

DESTINO DO CORPO: () FAMÍLIA () IML () ANAT. PATOL

DATA E HORA DO ATENDIMENTO

TIPO DE ALTA SAÍDA

Impresso por mara racnele alves de souza em 11/11/2017 09:34:09
Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas sobre as quais assumo todas as responsabilidades sob pena de anulação do documento e
Penal

M fecho D AM =

X LEO SIDNEY OLIVEIRA CABRAL

CONFERE COM ORIGINAL

05/12/17

Fran EXP 017-1

TESTADO

HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA

Av. Jornalista Torquato Coelho, 1578
Mossoró - CEP: 50.804-810

303090200

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIO KAIRO RODRIGUES SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 04/06/2018 às 14:54, sob o número 01372076920180600001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0137207-69.2018.8.06.0001 e código 3797F2A.



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

Francisco Leandro Alves da Silva

CPF da Vítima

023 38143370

Data do Acidente

11/11/17

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.

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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Ind. eu, 24 de 01 de 18
Local e Data

Francisco Leandro Alves da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Prefeitura
Fortaleza

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA MESSIANNA

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

NOME DO PACIENTE
FRANCISCO LEANDRO ALVES DA SILVA
CADSUS

NOME DA MÃE
MARIA IDILVA ALVES DA SILVA

ENDEREÇO
RUA DOS TREVOS 834 CANINDEZINHO

CONTATO
(85) 98589-2233

DADOS PESSOAIS

NASCIMENTO
03/06/1986(31 ANOS)
NOME RESPONSÁVEL
NI

5086840

M

NI

LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/CADOS DO ACIDENTE

OCORRÊNCIA

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

QUEIXA
APRESENTANDO DEFORMIDADE E CORTE REGIÃO TORNOZELO APOS ACIDENTE
SINTOMAS
NI

MOTIVO
ACIDENTE DE MOTO

5 (ADULTO)

PESO
NI KG
TEMPERATURA
NI °C
CLASSIFICAÇÃO
VERMELHO

PRESSÃO ARTERIAL
NI/NI
ALERGIAS
NEGA

SINAIS VITAIS

NI%

NI

NI

RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO
MARA RACNELE ALVES DE SOUSA

AREA ATENDIMENTO

AREA DE ATENDIMENTO
02 - EMERGENCIA TRAUMATOLOGICA

ATENDIMENTO MEDICO

*Tranque o col. direito + Beale -
fecho D + pl e punho 15*

DIAGNOSTICO

SADT SOLICITADO: () HC () SU () US ABDOMINAL () TC CRANIO () RAO-X () OUTROS

PRESCRIÇÃO MEDICA

MEDICAMENTO

APRAZAMENTO

*M Beale AM =
M col. direito Beale AM =
M fecho D AM*

ALTA SAIDA

() DECISÃO MEDICA () PEDIDO () EVASÃO () TRANSFERÊNCIA () INTERNAÇÃO OBITO: () ATÉ 48 HORAS APOS 48 HORAS
DESTINO DO CORPO: () FAMILIA () IML () ANAT. PATOL

DATA E HORA DO ATENDIMENTO

Impresso por mara racnele alves de souza em 11/11/2017 09:34:09

Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de anulação do documento e multa Penal

M fecho 15 AM

x LEO SIDNEY OLIVEIRA CABRAL

CONFERE COM ORIGINAL

05/12/17

Fran EXP 17-1

Teodoro @

04.835.197/0012-05
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON
BARROS DE OLIVEIRA

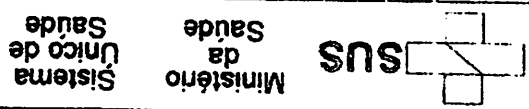
Av. Jornalista Tomaz Coelho, 1578
Mossoró - CEP: 60.864-810

Fort.

Contato

303040200

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR



Identificação do Estabelecimento de saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE _____
 2 - CNES _____
 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE _____
 4 - CNES _____

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE **Felipe Leal**
 6 - Nº PRONTUÁRIO _____
 7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) _____
 8 - DATA DO NASCIMENTO **03/06/1986**
 9 - SEXO ☒ Masculino ☐ Feminino
 10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL **Leiana Alves da Silva**
 11 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) **Rua dos Anjos 839/Imperatriz**
 12 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA _____
 13 - CID 10 PRINCIPAL _____
 14 - CID 10 SECUNDÁRIO _____
 15 - UF _____
 16 - CEP _____

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

LAUSASO TUBERCOSE COM FORTUITO NEGRO LITOMIA

10 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

LAUSASO TUBERCOSE COM FORTUITO NEGRO LITOMIA

PROCEDIMENTO SOLICITADO

17 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO _____
 18 - NOME DO PROCEDIMENTO SOLICITADO _____
 19 - NOME DO PROCEDIMENTO SOLICITANTE/ASSISTENTE _____
 20 - DATA DA SOLICITAÇÃO _____
 21 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO _____

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

22 - CNPJ DA SEGURADORA _____
 23 - CNPJ DA EMPRESA _____
 24 - CNPJ DA EMPRESA _____
 25 - SÉRIE _____
 26 - CBOA _____

AUTORIZAÇÃO

27 - VINCULO COM A RESIDÊNCIA _____
 28 - EMPREGADOR _____
 29 - AUTÔNOMO _____
 30 - DESEMPREGADO _____
 31 - APOSENTADO _____
 32 - NÃO SEGURADO _____
 33 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO _____
 34 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO _____
 35 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO _____
 36 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO _____
 37 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO _____
 38 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO _____
 39 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO _____
 40 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO _____
 41 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO _____
 42 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO _____
 43 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO _____
 44 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO _____
 45 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO _____
 46 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO _____
 47 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO _____
 48 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO _____
 49 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO _____
 50 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO _____

Grat.HDEBO-SAME-AIH-005

Av. João de Deus, 1578
 Mossoró - RN - CEP: 59.624-810

Fortaleza

 PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE FORTALEZA		 Prefeitura de Fortaleza		REGISTRO EMERGÊNCIA	MATRÍCULA NO HOSPITAL
PACIENTE: FRANCISCO LUANNO ALVES DA SILVA					
DATA DE OPERAÇÃO: 11/11/17		ENFERMARIA		LEITO	
2º AUXILIAR: Antonio Euzébio T. Rocha CRM: 4774 Traumato		1º AUXILIAR: R. GURSON			
3º AUXILIAR:		INSTRUMENTADOR:			
ANESTESISTA: MAYUANE		TIPO DE ANESTESIA:			
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: FEMUR EXPOSTO TOMBADO (E)					
TIPO DE OPERAÇÃO: UPODI CÍRURGICA FEMUR EXPOSTO					
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: FEMUR EXPOSTO MÚLTIPLA LACERAÇÃO TUBULAR TOMBADO (E)					
MÉDICO ORÇ. IMEDIATO: PATOLOGISTA					
EXAME RADIOLOGICO: NO SO					
ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO:					

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

- UPODI SF + Polidone
- CÍRURGICA
- UPODI SF
- DRENAGEM TUBULAR OBTURADA PELO TUBO
- UPODI SF
- SUTURA
- CÍRURGICA

CONFERE COM ORIGINAL

05/12/17

Av. José de Alencar, 1578
 Mesasjans - CEP: 60.884-810

Gráf HDEBO-SAME-Desc. Oper - 003

Fortaleza

Ceará

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIO KAIRO RODRIGUES SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 04/06/2018 às 14:54, sob o número 01372076920188060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0137207-69.2018.8.06.0001 e código 3797F2A.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO	
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1407055650	NOME FRANCISCO LEANDRO ALVES DA SILVA
	DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF 2003097058977 SSP CE
	CPF DATA NASCIMENTO 023.381.433-70 03/06/1986
	FILIAÇÃO FRANCISCO JOSE DA SILVA MARIA IDILVA ALVES DA SILVA
	PERMISSÃO ACC CATHAR ☐ ☐ ☒
PROIBIDO PLASTIFICAR 1407055650	Nº REGISTRO VALIDADE 1ª HABILITAÇÃO 06414165404 19/05/2020 15/07/2015
	OBSERVAÇÕES A:
	ASSINATURA DO PORTADOR FRANCISCO LEANDRO ALVES DA SILVA
	LOCAL DATA EMISSÃO FORTALEZA, CE 16/12/2016
	ASSINATURA DO EMISSOR 81602581846 CE157077640
DETRAN CE (CEARA)	

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		MINISTERIO DAS CIDADES	
DETTRAN - CE			
Nº 013571854143			
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO			
VIA	COD. RENAVAM	BNTRC	EXERCICIO
PPT 01	009667415143	0000000000	2017
NOME			
FRANCISCO JESSE DA SILVA			
/CE			
PLACA	CPL/CNPJ	CHASSI	
0511804/CE	17446313000	023111100017002	
ESPECIE TIPO			
PAS/MOTOCICLO			
MARGA/MODELO			
HONDA			
COR PREDOMINANTE			
PRETA			
CATEGORIA			
PARTIC			
VENO/COTA UNICA			
VENO/COTAS			
1. VENO/COTAS			
2. VENO/COTAS			
3. VENO/COTAS			
PREMIO TOTAL (R\$)			
DATA DE PAGAMENTO			
OBSERVAÇÕES			
LOCAL			
02/10/2017			

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

INA: sorteios de segunda-feira a sábado. Após

019-531399973-3

19/JAN/2018 HORA DF 11:21:12

LOT. 5.005749-9 TERM 011598

LOCALIDADE: FORTALEZA

AG. VINCULADA: 1047 CONTROLE: 19400545

COMPROVANTE DE ABERTURA DE POUF CAIXA FACIL

NOME: FRANCISCO LEANDRO ALVES DA SILVA

AGENCIA: 1047

OPERAÇÃO: 013

CONTA-DV: 000.000,055,701-4

DATA DA ABERTURA: 19/01/2018

LOTerias CAIXA

019-531399973-3

1ª VIA



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° 502971780

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
NOV/2017

Utilize o n° abaixo sempre
que entrar em contato conosco

N° DO CLIENTE
800481 DV **1**

VENCIMENTO
05/01/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)
0,00

DADOS DO CLIENTE
Rota 19 01230 14 0173000 Medidor 5257611 Poste 1346 0495
Nome MARIA IDILVA ALVES
Endereço Postal

End. da Unidade Consumidora RU DOIS TREVOS 00834 CANINDEZINHO FORTALEZA 60000000

RG / CPF / CNPJ 492.224.813-72 CGF
Classe 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
28572	28500	1	72	0	72

DESCRIÇÃO DA CONTA	Quantidade	Tarifa	Valor (R\$)
ENERGIA			
Consumo faixa 0-30 Kwh	30	0,18553	5,56
Consumo faixa 31-100 Kwh	42	0,31806	13,36

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/ Apresentação	Prev. Próxima Leitura
28/11/2017	28/12/2017

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

A4DC,607A,5FCB,3D26,28B7,EAFF,9A09,038A

ICMS

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

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

ENERGIA	9,06
TRANSMISSÃO	0,91
DISTRIBUIÇÃO	6,15
ENCARGOS SETORIAIS	2,13
TRIBUTOS (ICMS, PIS/COFINS)	1,35

OUTROS PAGAMENTOS

SALDO PARA PAGAMENTO FUTURO	-24,38
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA S. BAIXA RENDA	0,68
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL-CAP	4,78
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 1,80)	

(85) 9. 87740318
(85) 9. 87950002

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 E AVISOS DE VENCIMENTO

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

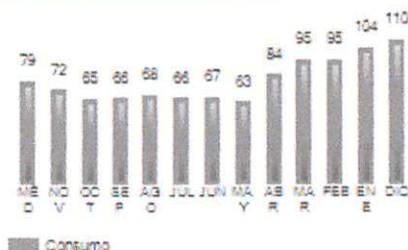
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 7,53

Conjunto BONSUCESSO

Mês SET/ 2017

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC (h)	5,07	10,15	20,30	0,00	9,62	0,00
FIC (un)	3,17	6,35	12,70	0,00	2,00	0,00
DMIC (h)	2,86			0,00		

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



autenticação mecânica cliente

N° do Cliente: **800481-1** N° da Nota Fiscal: **502971780** Total a Pagar (R\$): **0,00**
Data de Emissão: **19/12/2017** Referência: **NOV/2017** N° de Controle:

FATURA PAGA, NÃO RECEBER

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIO KAIRO RODRIGUES SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 04/06/2018 às 14:54, sob o número 01372076920188060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0137207-69.2018.8.06.0001 e código 3797F2A.

Rio de Janeiro, 17 de Abril de 2018

Carta nº: 12670584

A/C: FRANCISCO LEANDRO ALVES DA SILVA

Nº Sinistro: 3180105335
Vítima: FRANCISCO LEANDRO ALVES DA SILVA
Data do Acidente: 11/11/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: BRENA KELLY QUEIROZ MONTEIRO

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: FRANCISCO LEANDRO ALVES DA SILVA

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 104

Agência: 000001047

Conta: 0000055701-4

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 =	R\$	2.531,25
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

