



CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

OUTORGADO: CAROLINA FREITAS MOREIRA, brasileira, solteira, advogada, inscrito na OAB/CE de

Outorgante: <u>Francisca Gessilândia Barbosa do N.</u>		Data Nasc: _____
Estado Civil: <u>solteira</u>	Profissão: <u>autônomo</u>	Nacionalidade: <u>brasileira</u>
RG: <u>2007423358-6</u>	CPF: <u>063.070.633-60</u>	
Endereço: <u>Rua: Joaquim Rocha Veiros</u>		<u>nº 1046</u>
Cidade: <u>Cumocim-a</u>	CEP: <u>62.400.000</u>	

nº 23.787, com escritório profissional na Rua Pedro Borges, nº 33, sala 516, Ed. Palácio Progresso, Centro, Cep: 60.055-10, Fortaleza-CE, fone: (85) 3055 9918.

PODERES: Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante nomeia e constitui, a outorgada sua bastante procuradora, 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, junto a qualquer companhia de seguro conveniada a FENASEC 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 demais atos necessários dos interesses dos serviços contratados podendo ainda, transigir, requerer, juntar retirar documentos, assinar livros, termos, recibos, dar ou receber quitações, fazer levantamento de valores depositados, firmar autorizações de pagamentos ou créditos de indenização de sinistro receber intimações para audiência e perícias médicas, em nome do outorgante, enfim todos os poderes necessários para o cumprimento amplo do objeto do presente mandato.

Fortaleza (CE), 05 de Abri de 20 09.

X FRANCISCA GESSILÂNDIA BARBOSA DO NASCIMENTO
OUTORGANTE



CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA

DECLARAÇÃO DE POBREZA

Declaro para os devidos fins que eu,
Francisca Gessilândia Barbosa do N. residente e
 domiciliado na Rua Joaquim Teófilo Xavier, nº 5066
 bairro: -, na cidade de Cumoeira, portador(a) do
 RG nº 2007723358-6, inscrito(a) no CPF nº 063.040.653-60,
 estou impossibilitado(a) de custear despesas judiciais sem prejuízo de meu
 próprio sustento e da família não podendo arcar com custas processuais pelo que
 declara ser pobre nos termos da lei nº 7.115 de 29 de agosto de 1983, pelo que
 assume inteira responsabilidade, requer os benefícios da Justiça Gratuita, com
 esteio na lei nº 1060/05.

Fortaleza, 05 de Abrel de 20 19.

X FRANCISCA GESSILÂNDIA BARBOSA DO NASCIMENTO
 DECLARANTE



CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Pela presente, o (a) Sr(a) Francisca Gessilândia Barbosa da N. Declara para os devidos fins de direito que tem total e plena consciência da propositura da AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT em seu nome, e que a demanda judicial tramitará no Estado do Ceará, mais precisamente na Comarca de Fortaleza, ressaltando, ainda, que até a presente data, não propôs nenhuma ação judicial contra qualquer seguradora do consórcio de seguro DPVAT, referente aos fatos narrados e aos documentos ora apresentados.

Outrossim, DECLARA, ainda, estar ciente de sua responsabilidade (civil e criminal) pelos fatos, informações e documentos apresentados e anexados ao processo judicial de cobrança de seguro DPVAT, principalmente em caso de falsa declaração com o fim de alterar a licitude sobre fato juridicamente relevante, exonerando a Dra. CAROLINA FREITAS MOREIRA, OAB/CE Nº 23.787, de qualquer responsabilidade civil e/ ou criminal.

Fortaleza, 05 de abril 2019

X FRANCISCA GESSILÂNDIA BARBOSA DO NASCIMENTO

DECLARANTE

TESTEMUNHAS:

1. NOME:

CPF:

ASSINATURA:

2. NOME:

CPF:

ASSINATURA:



CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Francisca Gessilândia Barbosa do Nas., brasi
leiro(a), solteira, autônoma, portador(a) de cédula
de identidade nº. 200772358-6, inscrito(a) no CPF sob o
nº 003.040.633-60, DECLARO que tenho domicílio e sou
residente na Rua Joaquim Rocha Kmº 106
Bairro -, CEP: - - -/CE, conforme
comprovante de endereço anexo em meu nome.

Fortaleza, 05 de Abril 2019.

X FRANCISCA GESSILÂNDIA BARBOSA DO NASCIMENTO

DECLARANTE

TESTEMUNHA:

1. _____

RG Nº:

CPF Nº:

2. _____

RG Nº

CPF Nº



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 430 - 424 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **05/02/2018 09:27:47**
Data / Hora da Ocorrência: **27/01/2018 06:40:00**
Endereço da Ocorrência: **RUA JOAQUIM ROCHA VERAS**
Complemento:
Bairro: **JARDIM DAS OLIVEIRAS** Município: **CAMOCIM/CE**
Ponto de Referência:

Noticiante(s)

Nome: **FRANCISCA GESSILANDIA BARBOSA DO NASCIMENTO**
Nascimento: **14/01/1995** CPF: **063.070.633-60**
RG: **2007723358-6** Órgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
Filiação: **FRANCISCA DAS CHAGAS ROCHA BARBOSA**
ERENILDO COSTA DE OLIVEIRA
Endereço: **RUA JOAQUIM ROCHA VERAS, 1046**
Bairro: **JARDIM DAS OLIVEIRAS** CEP:
Município: **CAMOCIM/CE**
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 99205-3566**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **PMI8574** Uf: **CE** Município: **CAMOCIM** Chassi:
9C2JB0100GR046717 Renavam: **1088158827** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/POP 110i** Ano Fabricação:
2016 Ano Modelo: **2016** Combustível: **GASOLINA** Cor: **BRANCA**
Proprietário: **FRANCISCA GESSILANDIA BARBOSA DO NASCIMENTO**
Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

informa a noticiante que em local e data acima descritos, era garupeira na motocicleta, conduzida por seu marido FRANCIVALDO LIMA DO NASCIMENTO, quando o mesmo colidiu com uma bicicleta que cruzou a frente da motocicleta; Que tanto a noticiante como seu marido, caíram ao solo; Que o marido da noticiante teve apenas escoriações leves, enquanto a noticiante sofreu lesão na cabeça e em seu nariz; Que a noticiante indica como testemunhas as pessoas de FRANCINILDA LIMA DO NASCIMENTO - RG Nº 2000098139844 SSP/CE e FRANCISCA DAS CHAGAS ROCHA BARBOSA - RG Nº 2015055237-2 SSPDS/CE

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE CAMOCIM

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

ANTONIO CHARLES FIGUEIRA - MAT.: 133153-1-0

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: FRANCISCA GESSILANDIA BARBOSA DO NASCIMENTO

VISTO DO DELEGADO(A) :

HERBERT PONTE E SILVA - MAT.: 014672-1-2

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
 Centro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
063.070.633-60

Nome
FRANCISCA GESSILÂNDIA BARBOSA DO NASCIMENTO

Nascimento
14/01/1995

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Francisca Gessilândia Barbosa do Nascimento

Polegar Direito

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL **2007723358-6** DATA DE EXPEDIÇÃO **23/05/2011**

NOME
FRANCISCA GESSILÂNDIA BARBOSA DO NASCIMENTO

FILIAÇÃO
ERENILDO COSTA OLIVEIRA

FRANCISCA DAS CHAGAS ROCHA BARBOSA

NATURALIDADE
CANOCIM - CE DATA DE NASCIMENTO
14/01/1995

DOC. ORIGEM
CERT. CASAMENTO - CARTÓRIO: 1 OFÍCIO TERMO: 3444 FOLHA: 90

LIVRO: B-14 CANOCIM - CE

CPF

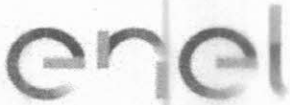
2 VTA

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

P.: 81

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por CAROLINA FREITAS MOREIRA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 05/04/2019 às 14:16, sob o número 01226755620198060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0122675-56.2019.8.06.0001 e código 46750AE.



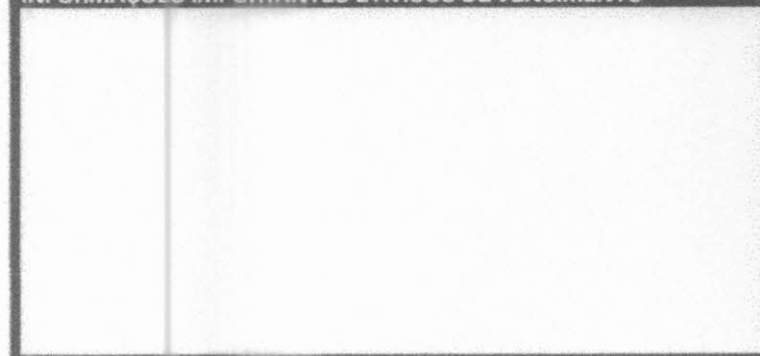
Esta é a segunda via de

NOV/2018Utilize o nº abaixo sempre
que entrar em contato conosco
Nº DO CLIENTE
8776455 DV **5**
VENCIMENTO
03/12/2018
TOTAL A PAGAR (R\$)
0,00
DESCRIÇÃO DA CONTA**ENERGIA**
Consumo faixa 0-30 Kwh
Consumo faixa 31-100 Kwh
OUTROS PAGAMENTOS**SALDO PARA PAGAMENTO FUTURO****INDENIZAÇÃO MENSAL DMIC****JUROS DO MES****MULTA MORATORIA****PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA S. BAIXA RENDA****ADICIONAL BANDEIRA AMARELA MES (R\$ 0,64)****CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)**

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO₂) Compensado kg (CO₂) Consciência Ecológica(%CO₂)

0 100

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

autenticação mecânica cliente

Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° **551333647****Companhia Energética do Ceará**Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3A Tarifa Social de Energia Elétrica
foi criada pela Lei nº 10.438 de
26 de abril de 2002**DADOS DO CLIENTE**

Rota 18 033000 02 01954

Medidor

Poste

Nome FRANCISCA GESSILANDIA B DO NASCIMENTO

0000 A36S

Endereço Postal

End. da Unidade

RU JOAQUIM ROCHA VERAS 01046 JARDIM DAS OLIV CAMOCIM

Consumidora

62400000

RG / CPF / CNPJ

063.070.633-60

CGF

Classe B1 - 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA, BAIXA RENDA

Fator de Potência

0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMOLeitura Atual ☒ Leitura Anterior ☒ Constante ☐ Consumo (kWh) ☒ Consumo Incl. ☐ Consumo Faturado

FP 779

705

1

74

0

74

Quantidade ☒ Tarifa ☐ Valor (R\$)**DATAS DE LEITURA**Data de Emissão/
ApresentaçãoPrev. Próxima
Leitura

26/11/2018

26/12/2018

AREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

FDBF.EB33.17A4.0BD2.DFFE.E52A.19E0.D2D6

ICMS

Base de Cálculo (R\$)

Alíquota

Valor do Imposto

ISENTO

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

ENERGIA	9,89
TRANSMISSÃO	1,05
DISTRIBUIÇÃO	5,63
ENCARGOS SETORIAIS	1,51
TRIBUTOS (ICMS, PIS/COFINS)	2,26

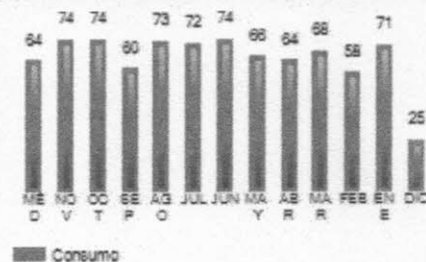
INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta. CM: 6,28

Conjunto CAMOCIM

Mês SET/ 2018

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC (h)	5,31	10,62	21,25	25,06	25,06	0,00
FIC (un)	3,30	6,60	13,20	1,00	1,00	0,00
DMIC (h)	3,03			25,06		

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

Nº do Cliente:

8776455-5Nº da Nota Fiscal: **551333647**Total a Pagar (R\$): **0,00**

Data de Emissão:

06/12/2018Referência: **NOV/2018**

Nº de Controle:

FATURA PAGA, NÃO RECEBER

AMARELO

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMOCIM - CE
UPA 24H FRANCISCO CLAUDIO GOMES
Rua da Independência, S/N - CENTRO
CAMOCIM / CEARA

fls. 24

UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

1800062727	27/01/2018 07:02:20	FICHA DE ATENDIMENTO		CLÍNICA MÉDICA	DIURNO	1
Paciente	Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário	
FRANCISCA GESSILANDIA BARBOSA DO NASCIMENTO	14/01/1995	23 A 0 M 15 D			00029665	
Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade
			F	CASADO(A)	PARDA	CAMOCIM - CE
Mãe	Pai					Nacionalidade
FRANCISCA DAS CHAGAS ROCHA BARBOSA	NI					BRASIL
Endereço						Ocupação
RUA - JOAQUIM ROCHA MELO - 1046 - GENAZARÉ - CAMOCIM - CE						
Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal	
AMARELO	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE					
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão
PRONTO ATENDIMENTO	URGÊNCIA	ILCA				120 x 80
Setor	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.	Registrado por:			
RECEPCAO	ESPONTÂNEA	ATENDIMENTO MEDICO EM UNIDADE	DAYANNE.FARIAS			
Queixa Principal	☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue					
DOR						
Anamnese de Enfermagem	PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOBILISTICO, COM LESÃO CORTANTE NA REGIÃO FRONTAL, RELATA DOR NO LOCAL, NÃO APRESENTOU VÔMITOS, SPO2 99, FC 73					GSC AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456
TOTAL						
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)						
Paciente vítima de acidente automobilístico de 6ª.						
Exame Físico						
BEG consciente, orientada, verbalizando, sinais de contusão de t 2 cm, superficial, limpa em saramento						
Hipótese Diagnóstica						
TC E base + fenda base - contusão em saramento						
SADT - Exames Complementares						
☐ RAIO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:						
PRESCRIÇÃO			APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO		
1) Analgesia - 10mg IM						
2) Assessoria						
3) Análise						
4) Sutura						
5) Condicionamento						
Condução						
☐ Alta por Decisão Médica ☐ Ambulatório						
☐ Alta a Pedido ☐ Observação (Até 24h)						
☐ Alta a Revelia ☐ Internação						
☐ Transferência para: Data e Hora da Saída/Alta: / / : :						
óbito						
Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ IML Anatomia Patológica / / : :						
Assinatura do Paciente ou Responsável			Carimbo e Assinatura do Médico			
Francisca Gessilândia Barbosa do Nascimento						
Impresso por: jairtonrodrigues						
Data Hora: 29/01/2018 14:43:58						
Lúcia M. dos Santos						
ENFERMEIRA						
Nº: 107305						



