



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° 542192788

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 2002Esta é a segunda via de
SET/2018Utilize o n° abaixo sempre
que entrar em contato conoscoN° DO CLIENTE
1197060 DV **0**VENCIMENTO
27/09/2018TOTAL A PAGAR (R\$)
162,02

DESCRIÇÃO DA CONTA

Rota 13 025070 07 0208000
Nome MARIA BEZERRA DA SILVA
Endereço PostalMedidor 6009362
Poste 0000 0000

End. da Unidade Consumidora R RDO VIANA 01118 MORADA NOVA 62940000

RG / CPF / CNPJ 560.830.923-53

CGF

Classe B1 - 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA

Fator de Potência 0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual Leitura Anterior Constante Consumo (kWh) Consumo Incl. Consumo Faturado

FP 43085 42918 1 167 0 167

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/
ApresentaçãoPrev. Próxima
Leitura

20/09/2018

19/10/2018

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

11BE.62B9.2E70.C72E.585C.5EC1.1EBA.077F

ICMS

Base de Cálculo (R\$) Aliquota Valor do Imposto
128,18 27% 34,60

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

OUTROS PAGAMENTOS

JUROS DO MES	0,71
MULTA MORATORIA	2,67
SEGURO SUPER 3 + 1	3,86
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL-INT	26,60
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 11,81)	

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

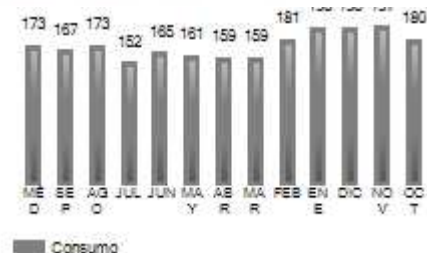
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 36,38

Conjunto MORADA NOVA

Mês JUL/ 2018

	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)



autenticação mecânica cliente

N° do Cliente:	1197060-0	N° da Nota Fiscal:	542192788	Total a Pagar (R\$):	162,02
Data de Emissão:	27/09/2018	Referência:	SET/2018	N° de Controle:	0001197060 00529 4365 2 64

83880000001-1 62020031000-6 00011970600-8 05294365242-4



Width1Wi
dth3Widt
h993Widt
h3Width8
643



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



Width1Width3Width993Width3Width8643

BOLETIM DE OCORRÊNCIAS – B.O.

➤ DADOS DA OCORRÊNCIA

NATUREZA DO FATO: ACIDENTE DE TRÂNSITO

Nº B.O.: 504-01430/2015 CIOPS: -

DATA/HORA DA COMUNICAÇÃO: 04/04/2015 07:30

DATA/HORA DA OCORRÊNCIA: 30/11/2014 17:00

**ENDEREÇO DA OCORRÊNCIA: AV PRESIDENTE GEISEL
ALTO TIRADENTE MORADA NOVA/CE**

PONTO DE REFERÊNCIA:

MATERIAL(IS) ROUBADO(S)/APREENDIDO(S):

HISTÓRICO: O noticiante informa que no dia 30/11/2014, por volta das 17:00 horas, sofreu um acidente de trânsito quando trafegava na garupa da motocicleta abaixo descrita:

Dados Veículo

RENAVAM: 283893842

Número Chassi: 9C2JC4820BR008783

Placa: NVD4189

Marca/Modelo: HONDA/BIZ 125 ES

Ano de Fabricação: 2011

Ano do Modelo: 2011

Cor: PRETA

Tipo Veículo: MOTONETA

Quantidade de Passageiros: 2

Potência: 0

Cilindradas: 124

Categoria: PARTICULAR

Espécie PASSAGEIRO

Combustível: GASOLINA/ALCOOL

Tipo Carroceria: NAO APLICAVEL

Número de Eixos: 0

Número Motor: JC48E2B008783

Dados do Proprietário

Joelão da Silva Cavalcante

[Assinatura]



Proprietário: MARIA BEZERRA DA SILVA
 CPF/CNPJ Proprietário: 56083092353
 Endereço: RUA RAIMUNDO VIANA 1118
 Bairro: ALTO TIRADENTES
 Cidade: MORADA NOVA
 CEP: 62940000

QUE no referido dia, seguia pelas ruas do bairro Alto Tiradente, tendo como guiadora do veículo sua genitora, instante em que a referida pessoa perdeu o controle da motocicleta, onde ambos caíram; QUE o noticiante foi socorrido por populares para a Fundação São Lucas de Morada Nova/CE; QUE sofreu trauma no tornozelo esquerdo (MIE); QUE sua genitora é portadora de CNH; QUE manifesta o desejo de ser beneficiado com o SEGURO DPVAT. E nada mais disse.

➤ DADOS DA VÍTIMA

NOME: JORDÂNIO DA SILVA CAVALCANTE
 RG: 20070043706 ORG?O EMISSOR: SSP UF: CE
 DATA DE NASCIMENTO: 14/07/1990
 FILIAÇÃO: JOSÉ ÍLIO CAVALCANTE
 MARIA BEZERRA DA SILVA
 ENDEREÇO: R RAIMUNDO VIANA 1118
 ALTO TIRADENTES
 MORADA NOVA/CE
 TELEFONE: 88-97139019

➤ DADOS DO NOTICIANTE

NOME: VÍTIMA

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE MORADA NOVA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: _____

MATRÍCULA: --

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Jordânio da Silva Cavalcante
 VISTO DO DELEGADO(A): _____

Laudo Funcional para Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT.

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

I. Informações do Paciente

NOME: Jordânio da Silva Baralcaute
CPF: 052.312.413-93

Essa perícia foi realizada por um profissional devidamente capacitado e regulamentado de acordo com as resoluções, N° 41 de 18 de junho de 2009 e n° 381, de 03 de novembro de 2010.

II. Histórico do acidente (seqüelas, cirurgias, etc.)

Vítima de acidente de trânsito em: 30/11/14, sofreu:

Acid de moto onde o mesmo estava no garagem, sofreu trauma no dorso. E. (C1 e T12).

Submeteu-se a tratamento(s):

- Cirurgia
- Med.

III. Exame físico (ADM, Tônus e Trofismo):

Pcte c/ leve edema e mov. reduz no torn. e, em 30% p/ todos os mov. art. Pcte refere dor constante impedindo algumas atividades laborais.

IV. Conclusão

Segundo o previsto no inciso II, do §1° do art. 3° da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31 da Lei 11.945/2009, correlacionar as graduações percentuais então compatíveis aos danos apurados, respectivamente a cada segmento acometido, apurando de modo global ou setorial.



FUNDAÇÃO SÃO LUCAS

SANTA CASA DE MORADA NOVA

Av. Manoel Castro, 237 – Centro – CEP: 62.940-000

C.G.C. 07.677.263 / 0001 – 89 / E-MAIL : santacasamnova@bol.com.br

Fones : 3422.1411/ 3422.2230

DECLARAÇÃO

Declaramos, para os devidos fins, que dando busca em nossos arquivos encontramos o registro do seguinte teor: no dia 30/11/2014, às 17:30 horas, deu entrada no setor de Urgência/Emergência da Fundação São Lucas – Santa Casa de Morada Nova, o Sr. **JORDÂNIO DA SILVA CAVALCANTE** apresentando: **TRAUMA DE TORNOZELO ESQUERDO (MIE).**

Morada Nova, 10 de Março de 2015.



07.677.263/0001-89

FUNDAÇÃO SÃO LUCAS
SANTA CASA DE M NOVA

AV MANOEL CASTRO 23
CENTRO CEP 62 940 000

MORADA NOVA CE

FUNDAÇÃO SÃO LUCAS
SANTA CASA DE MORADA NOVA
SETOR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
REGISTRO DE OCORRÊNCIA

07.677.263/0001-89

FUNDAÇÃO SÃO LUCAS

SANTA CASA DE M NOVA

AV MANOEL CASTRO 23
CENTRO CEP 62 940 000

MORADA NOVA CE

PACIENTE: JOÃO DA SILVA LRF DN 14/07/80
ENDEREÇO: RUA VIANA
DIA: 30/11/79
LOCAL DA OCORRÊNCIA:

HORA: 17:30

DESCRICÃO DA LESÃO E DO PROCEDIMENTO ADOTADO:

Trauma de Tornozelo Esquerdo.
(NIE)

PLANTONISTA: M CIPERO TÉC. ENF: elerc

07.677.263/0001-89

 SUS Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		ABEMP		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR	
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO							
1. ESTABELECIMENTO SOLICITANTE						2. CNES	
3. ESTABELECIMENTO EXECUTANTE ABEMP - ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE MÉDICA DE PAJUÇARA						4. CNES 237215-0	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE							
5. NOME DO PACIENTE JOAQUIM DA SILVA CAVALCANTE						6. Nº DO PRONTUÁRIO 9988	
7. CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 898003286242422				8. DATA DE NASCIMENTO 14.07.1990		9. SEXO (1-MASCULINO / 3-FEMININO) ☒ 1 ☐ 3	
10. NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL MAÍRIA BEZERRA DA SILVA						11. TELEFONE DE CONTATO (38) 96515195	
12. ENDEREÇO (RUA, Nº, COMPLEMENTO E BAIRRO) RUA: HILMUNDO GUANA 1418 - Alto Timbete							
13. MUNICÍPIO MOGANA NOVA				14. IBGE		15. UF CE	
				16. CEP			
LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO							
17. PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS Transtorno do transtorno de ansiedade e hipotensão							
18. CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO 15º de hipertensão							
19. PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS) Ampliação + E + F + V							
20. DIAGNÓSTICO INICIAL Transtorno de ansiedade				21. PRINCIPAL		22. SECUNDÁRIO	
				CID-10		23. CAUSAS ASSOCIADAS 040805057	
PROCEDIMENTO SOLICITADO							
24. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO Tratamento de hipotensão							
25. CÓDIGO DO PROCEDIMENTO							
26. VITO/CLÍNICA				27. CARÁTER DA INTERNAÇÃO (1-ELETIVO / 2-URGÊNCIA/EMERGÊNCIA EM HOSP. DE REF.) ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 (Outro - Ver manual SIH-SUS)			
28. NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE						31. ASSINATURA E CARIMBO C/ CONSELHO	
29. DATA: ____/____/____						30. CNS/CPF: _____	
PREENCHER EM CASO DE ACIDENTES EXTERNOS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)							
32. ACIDENTE DE TRÂNSITO ☐ SIM ☐ NÃO		33. CNPJ DA SEGURADORA		34. Nº DO BILHETE DO SEGURO		35. Nº DE SÉRIE DO BILHETE	
36. ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO ☐ 37. ACIDENTE DE TRABALHO NO TRAJETO		38. CNPJ DA EMPRESA		39. CNAE DA EMPRESA		40. CBOR	
41. CID PRINCIPAL		42. CID SECUNDÁRIO		NATUREZA DA LESÃO DE ACORDO COM A CLASSIFICAÇÃO MÉDICA LEGAL ☐ 43. LEVE ☐ 44. GRAVE ☐ 45. GRAVISSIMA			
AUTORIZAÇÃO							
46. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR						49. ASSINATURA E CARIMBO C/ CONSELHO	
47. DATA: ____/____/____						48. CNS/CPF: _____	
50. NOME DO PROFISSIONAL/PARECER DO CONTROLE, AVALIAÇÃO/AUDITORIA						53. ASSINATURA E CARIMBO DO SOLICITANTE	
51. DATA: ____/____/____						52. CNS/CPF: _____	
54. Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR - AIH						55. ÓRGÃO EMISSOR DA AIH	

Dr. Francisco Rodrigues Filho
ORTOPEDISTA-TRAUMATOLOGISTA
CPF: 22.220.373-001 CRM: 1398

COMISSÃO REVISORA DE PRONTUÁRIO
CONFERE COM O ORIGINAL
ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE MÉDICA DE PAJUÇARA
Rua João Conrado, Nº 362
CEP: 61.536-110

GI.H

Diagnóstico	ANAMINESE	S.S.M.	CID
Fratura do Tornozelo E			

Räume wo benutzt &
1/ der, externe & interne

COMISSÃO REVISORA DE PRONTUÁRIO
CONFERE COM O ORIGINAL
ASSOCIAÇÃO BENEFICIENTE MÉDICA DE PAUÇARA-ABEM
Rua João Conrado, Nº. 363 - Pauçara
CEP: 61.941-330
COORDENADOR
MARACANAU-CE
Rodrigues Filho
FONE: 6308

Dr. Francisco Rodrigues Filho
ORTOPEDISTA-TRAUMATOLOGISTA
CPF: 212.220.373-00 / CRM: 8308

COBRANÇA MOTIVO CARACT.

A B C D E F G

Médico Assistente

RX

Simples

Sandrine

Análise

1ª Lesão: Transtorno de Ansiedade - B

fls. 19

Marque o percentual: () 10% residual () 25% leve () 50% médio (X) 75% grave

2ª Lesão:

Marque o percentual: () 10% residual () 25% leve () 50% médio () 75% grave

3ª Lesão:

Marque o percentual: () 10% residual () 25% leve () 50% médio () 75% grave

4ª Lesão:

Marque o percentual: () 10% residual () 25% leve () 50% médio () 75% grave

Informações complementares:

M. Nere - de, 24 de Abril de 2015


Dra. Thais Custina Alves Maia
Fisioterapeuta
6068-LTF

Fisioterapeuta
CREFITO
6068- LTF

Email: thaismaiafisio@gmail.com - Contato: (88) 99270493

Clínica Equilibrium – Fisioterapia Integrada

Rua- José de Queiroz Pessoa, 2585 – Planalto Universitário – Quixadá - CE

Vítima: Jordânio da Silva Cavalcante

Testemunha ①

nome: Maria Bezerra da Silva
RG: 351037192
CPF: 560 830 923-53
END: Alto Tiradente, Morada Nova

Testemunha ②

nome: Jordânio da Silva Cavalcante
RG: 20070043714
CPF: 054 052 173-60
END: Alto Tiradente, Morada Nova



RECONHECO a(s) firma(s) autêntica(s)
Maria Bezerra da Silva, Jordânio
da Silva Cavalcante

Dou fé.

M. Nova, 25 de Maio de 2018

Em test. Ubu da verdade.

Manoel Honorato Cavalcante Neto (Tabellão)
Ariene de Lima Viana Leandro (Substituto)

Vimos por meio deste relator o acidente ocorrido com Jordânio da Silva Cavalcante, no dia 30/11/2014.

Eu, Maria Bezerra da Silva, vinha quando o moto e o Jordânio vinha como garapeiro, quando de repente derrapamos em uma orla que sempre costuma ter no meio da pista do retortório, onde saímos. Imediatamente liqui para meu outro filho, Jordânio da Silva Cavalcante, para que me ajudasse a levar o Jordânio para a Funolacoe São Lucas de morador novo. Ce. Onde ruben todo atendimento.

Testemunha ① Maria Bezerra da Silva

Testemunha ② Jordânio da Silva Cavalcante

 SUS Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde	ABEMP		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR	
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO						
1. ESTABELECIMENTO SOLICITANTE				2. CNES		
3. ESTABELECIMENTO EXECUTANTE ABEMP - ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE MÉDICA DE PAJUÇARA				4. CNES 237215-0		
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE						
5. NOME DO PACIENTE JOAQUIM DA SILVA CAVALCANTE				6. Nº DO PRONTUÁRIO 9988		
7. CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 892003286242422		8. DATA DE NASCIMENTO 14.07.1990		9. SEXO (1-MASCULINO / 3-FEMININO) ☒ 1 ☐ 3		
10. NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL MAÍRIA BEZERRA DA SILVA				11. TELEFONE DE CONTATO (88) 96515195		
12. ENDEREÇO (RUA, Nº, COMPLEMENTO E BAIRRO) RUA WILSON LOPES OLIVEIRA 1418 - Alto Timorato						
13. MUNICÍPIO MOGANA NOVA		14. IBGE		15. UF CE		
				16. CEP		
LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO						
17. PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS Transtorno do humor e ansiedade						
18. CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO 15F0200 - Depressão						
19. PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS) Ampliação + ET + IX						
20. DIAGNÓSTICO INICIAL Transtorno do humor		21. PRINCIPAL 15F0200		22. SECUNDÁRIO 15F0200		
				23. CAUSAS ASSOCIADAS 040805057		
PROCEDIMENTO SOLICITADO						
24. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO Tratamento de 15F0200						
25. CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		26. VETOR/CLÍNICA				
27. CARÁTER DA INTERNAÇÃO (1-ELETIVO / 2-URGÊNCIA/EMERGÊNCIA EM HOSP. DE REF.) ☐ 1 ☐ 2		28. NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE				
29. DATA: ____/____/____		30. CNS/CPF: _____		31. ASSINATURA E CARIMBO C/ CONSELHO		
PREENCHER EM CASO DE ACIDENTES EXTERNOS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)						
32. ACIDENTE DE TRÂNSITO ☐ SIM ☐ NÃO		33. CNPJ DA SEGURADORA		34. Nº DO BILHETE DO SEGURO		
35. Nº DE SÉRIE DO BILHETE		36. CNPJ DA EMPRESA		37. CNAE DA EMPRESA		
38. CBOR		39. CID PRINCIPAL		40. CID SECUNDÁRIO		
41. CID PRINCIPAL		42. CID SECUNDÁRIO		NATUREZA DA LESÃO DE ACORDO COM A CLASSIFICAÇÃO MÉDICA LEGAL ☐ 43. LEVE ☐ 44. GRAVE ☐ 45. GRAVISSIMA		
AUTORIZAÇÃO						
46. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR				47. ASSINATURA E CARIMBO C/ CONSELHO		
48. DATA: ____/____/____				49. CNS/CPF: _____		
50. NOME DO PROFISSIONAL/PARECER DO CONTROLE, AVALIAÇÃO/AUDITORIA				51. ASSINATURA E CARIMBO DO SOLICITANTE		
52. DATA: ____/____/____				53. CNS/CPF: _____		
54. Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR - AIH				55. ÓRGÃO EMISSOR DA AIH		

Dr. Francisco Rodrigues Filho
ORTOPEDISTA-TRAUMATOLOGISTA
CPF: 212.220.372-001

COMISSÃO REVISORA DE PRONTUÁRIO
CONFERE COM O ORIGINAL
ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE MÉDICA DE PAJUÇARA
Rua João Conrado, Nº 362
CEP: 61.536-360

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2007/004370-6 DATA DE EXPEDIÇÃO 25/03/2011

NOME JORDANIO DA SILVA CAVALCANTE

FILIAÇÃO JOSÉ ILIO CAVALCANTE

MARIA BEZERRA DA SILVA

NATURALIDADE MORADA NOVA - CE DATA DE NASCIMENTO 14/07/1990

DOC. ORIGEM CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: SEDE TERMO: 20994 FOLHA: 094 LIVRO: A22 MORADA NOVA - CE

CPF

2 VIA

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

P.: 29

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO HUMANA E PERÍCIAS BIOMÉTRICAS

CARTEIRA DE IDENTIDADE

ASSINATURA DO TITULAR

Jordânio da Silva Cavalcante

Polegar Direito

REALSERICARD

Cartão de uso pessoal e intransferível.
Deve ser apresentado junto com um documento de identidade.

Emissão
JAN/2009

CORREIOS
www.correios.com.br

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas
Número de Inscrição

052.312.413-93

Nome
JORDANIO DA SILVA CAVALCANTE

Nascimento
14/07/1990

RESUMO DO ATO CIRÚRGICO - (OCORRÊNCIAS PRINCIPAIS)

1. Ferimento extenso na região abdominal e membros superiores e inferiores com perda de sangue.

ANESTESIA - (OCORRÊNCIAS PRINCIPAIS)

Propriedade com 150 g

Dr. Cláudio M. Viana
CRM 7370
CPF: 455.266.563-49

Data

Assinatura e Carimbo do Anestesiista

Relatar as causas que justifiquem a longa duração da operação da anestesia e um maior consumo de material e medicamento

Dr. Francisco Rodrigues Filho
CRM 220.533-300 CRM 598

1º Auxiliar

Assinatura e Carimbo do Cirurgião

Assinatura e Carimbo

DIÁRIO - ASSINATURA - CARIMBO

ENE ON VELLO

TELO

PROTUTÓRIO

COMISSÃO REVISORA DE PRONTUÁRIO
CONFIRME COM O ORIGINAL
RUA JOÃO BENEFICENTE MÉDICA DE APLICABILIDADE
CEP: 61.041-330
MARACANAL, 29/09/2015

Sampaio & Catunda

ADVOGADOS ASSOCIADOS

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

OUTORGANTE:

Nome: <u>Jadânio da Silva Cavalcante</u>		Nacionalidade: Brasileira
CPF: <u>052.312.413-93</u>	RG: <u>2007004370-6</u>	Profissão: ☒ Agricultor () Autônomo () Outro:
Avenida/Rua/Localidade: <u>Rua Rolo Uiano</u>		Nº: <u>1118</u>
Bairro:	Cidade: <u>m. novo</u>	Estado Civil: ☒ Solteiro () União Estável () Casado () Divorciado
CEP: <u>62940-000</u>	Estado: CE	
	Telefone: <u>9713-9019</u>	

OUTORGADO:

RODOLFO DIOGO DE SAMPAIO FILHO, brasileiro, casado, advogado, CPF 017.809.013-13, inscrito na OAB/CE 23.814, **PAULO VICTOR CARNEIRO DE ALBUQUERQUE**, brasileiro, casado, advogado, CPF 021.440.873-69, inscrito na OAB/CE 39.411 e **FILipe BEZERRA CATUNDA CAMPELO**, brasileiro, solteiro, advogado, CPF 044.264.803-02, portador da OAB/CE 27.565, ambos Representantes da Sociedade **SAMPAIO E CATUNDA ADVOGADOS ASSOCIADOS**, OAB/CE 1736, com sede na Rua Raul Nogueira, 131, Centro, Morada Nova – CE têm entre si, justos e contratados, o que mutuamente aceitam e outorgam, mediante as cláusulas e condições seguintes:

PODERES:

Pelo presente instrumento particular de procuração, o Outorgante nomeia, constitui e habilita o (s) Outorgado (s) a praticar (em) todos os atos do processo, conforme disposto na primeira parte do art. 105, do Novo Código de Processo Civil.

CLÁUSULA ESPECÍFICA:

Por esta cláusula específica, O Outorgante habilita o (s) Outorgado (s) a transigir (em), desistir (em), renunciar (em) ao direito sobre o qual se funda a ação, firmar (em) compromisso, receber (em) e dar (em) quitação no presente feito, realizarem levantamentos e saques de Alvará Judicial, conforme parte final do art. 105, do Novo Código de Processo Civil.

m. novo (CE), 27 de setembro de 20 18.
Jadânio da Silva Cavalcante
 Outorgante

* Art. 105. A procuração geral para o foro, outorgada por instrumento público ou particular assinado pela parte, habilita o advogado a praticar todos os atos do processo, exceto receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, receber, dar quitação, firmar compromisso e assinar declaração de hipossuficiência econômica, que devem constar de cláusula específica.

filipe.bezerra@hotmail.com
 rodolfods@hotmail.com
 Tel.: (88) 9922-2189
 Tel.: (88) 9661-5233

Sampaio & Catunda

ADVOGADOS ASSOCIADOS

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA E DE RESPONSABILIDADE

Nome: <u>Jordano da Silva Lavalante</u>		Nacionalidade: Brasileira
CPF: <u>052.312.413-93</u>	RG: <u>2007004370-6</u>	Profissão: ☒ Agricultor () Autônomo () Outro:
Avenida/Rua/Localidade: <u>Rua R^{da} Liana</u>		Nº <u>1118</u>
Bairro:	Cidade: <u>m. novo</u>	Estado Civil: ☒ Solteiro () União Estável () Casado () Divorciado
CEP: <u>62.940-000</u>	Estado: CE	
Telefone:		

Declaro para os devidos fins que posso hipossuficiência financeira, não possuindo condições de arcar com às 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.

Declaro ainda, para todos os fins a que esta se destinar, que fui devidamente esclarecido pelos Advogados habilitados na Procuração "Ad Judicia", acerca dos documentos necessários a serem apresentados para ingressar com a presente ação judicial, assumindo, assim, de forma plena, única e integral a responsabilidade por toda documentação acostada ao processo judicial, bem como pelos fatos narrados neste, isentando expressamente os advogados habilitados na Procuração "Ad Judicia" de qualquer ato inverídico ou omissivo que possa interferir no resultado deste procedimento.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

m. novo (CE), 27 de setembro de 2018.

Jordano da Silva Lavalante
DECLARANTE

filipe.bezerra@hotmail.com
rodolfodfs@hotmail.com
Tel.: (88) 9922-2189
Tel.: (88) 9661-5233

Sampaio & Catunda

ADVOGADOS ASSOCIADOS

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Nome: Jordânio da Silva Cavaleante		Nacionalidade: Brasileira
CPF: 052.312.413-93	RG: 2007004370-6	Profissão: ☒ Agricultor () Autônomo () Outro:
Avenida/Rua/Localidade: Rua Rdo Leão		Nº 1118
Bairro:	Cidade: m. novo	Estado Civil: ☒ Solteiro () União Estável () Casado () Divorciado
CEP: 62.940-000	Estado: CE	
Telefone:		

DECLARO conforme artigo 1º, da Lei 7115/83, que não possuo comprovante de endereço em meu nome e resido no endereço acima mencionado.

DECLARO também ser conhecedor das sanções civis, administrativas e criminais a que estarei sujeito, caso o quanto aqui declarei não porte estritamente a verdade.

m. novo (CE), 27 de setembro de 2018.

Jordânio da Silva Cavaleante
DECLARANTE

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 a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3150507816 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA JORDANIO DA SILVA CAVALCANTE

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO CAPEMISA Seguradora de Vida e Prev.S/A-Filial Fortaleza CE

BENEFICIÁRIO JORDANIO DA SILVA CAVALCANTE

CPF/CNPJ: 05231241393

Posição em 27-09-2018 16:33:35

Seu pedido de indenização foi negado, pois não recebemos a documentação complementar que foi solicitada em nossa última consulta.

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
14/12/2015	Negativa por ausência de comprovação documental	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/S8Y+iolcOfknxfqQNd2Ghg=api_key=2EUxO2SGR89AycdPswx__q0a4Fn07IRn9pkth+rWZXS8=)
12/06/2015	Exigência Documental	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/0L46hSQQcLq2OHzy2qg=api_key=2EUxO2SGR89AycdPswx__q0a4Fn07IRn9pkth+rWZXS8=)

ACESSIBILIDADE



(/Pages/Acessibilidade.aspx)



(/Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx)

A A A

COMO PEDIR INDENIZAÇÃO



Documentos Despesas Médicas (/Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx)
 Documentos Invalidez Permanente (/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx)
 Documentos Morte (/Pages/Documentacao-Morte.aspx)
 Dicas Indispensáveis (/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)

PAGUE SEGURO



Como Pagar (/Pages/Pague-Seguro.aspx)
 Consulta a Pagamentos Efetuados (/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuados.aspx)
 Informações Gerais (/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx)

ACOMPANHE O PROCESSO



Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização. (/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx)

(<https://www.seguradoralider.com.br>)

(<https://www.seguradoralider.com.br>)
 (https://www.seguradoralider.com.br)
 I%C3%ADder-
 dpvat)

Serviços

- > (/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx)
- > (/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuados.aspx)
- > (/Pages/Saiba-como-pagar.aspx)
- > (/Pontos-de-Atendimento)
- > (/Seguro-DPVAT/Como-Pedir-Indenizacao)

Dúvidas e Respostas

- > (/Pages/Quem-Somos.aspx)
- > (/Pages/Sobre-o-Seguro-DPVAT.aspx)
- > (/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx)
- > (/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)
- > (/Seguro-DPVAT/Dicionario-do-Seguro-DPVAT)
- > (/Seguro-DPVAT/Perguntas%20Frequentes)

Atendimento

- > (/Contato/Chat-e-Atendimento-On-Line)
- > (/Contato/Duvidas-Reclamacoes-e-Sugestoes)
- > (/Contato/telefones-de-contato)
- > (/Contato/Ouvidoria)
- > (/Contato/canal-de-Denuncias)
- > (/Mapa-do-Site)

(/Pages/Termos-de-Uso.aspx)