



MAMEDE ADRIANO FILHO, OAB/CE: 27490
Rua José Hipólito, 485, Sala 9, Messejana - Fortaleza-Ce.
CEP: 60.871-170- Cels: (85)88081329(oi); (85)96298847(tim);
(88)94518229(claro) e: e-mail – mamedeaf@gmail.com

fls. 8

PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA

OUTORGANTE:

Nome: LEONARDO CHAGAS QUEIROZ		Nacionalidade: Brasileiro	
Estado Civil: SOLTEIRO	Profissão: ESTUDANTE		Carteira de Identidade: 2008032617-4
CPF nº: 073.814.863-69	Residência: RU JOAO TEXEIRA		
Bairro: CENTRO	Cidade: BARREIRA	Estado: CEARA	CEP: 62.795-000

*por este instrumento nomeio e constituo meu bastante procurador Dr. **MAMEDE ADRIANO FILHO**, brasileiro, casado, Advogado, inscrito na OAB-CE., sob o N°. 27490, com escritório na Rua José Hipólito – 485 – Sala – 09, Centro de Messejana – Fortaleza - CE. CEP – 60.871-170, onde recebe intimações, a quem concede poderes com cláusula **AD JUDICIA e EXTRA JUDICIA** para o foro em geral, conforme estabelecido no art.38 do Código de Processo Civil pátrio acompanhando-as e especialmente para onde esta se apresentar para defender os direitos do outorgante em qualquer ação em que o mesmo seja autor ou réu, ou reclamar, defender direitos, podendo interpor todos os recursos permitidos, até final sentença, fazer e assinar requerimentos, apresentar documentos e testemunhas, produzir provas e justificações, transigir, desistir, firmar compromissos, acordo, renunciar direitos, **receber e dar quitação**, passar recibos, representar a outorgante em instituições públicas e privadas, bem como repartições públicas, seja Federal, Estadual ou Municipal, autarquias e fundações, podendo, ainda representar a outorgante e licitações, adjudicar bens, assinar contratos, homologar acordos, e tudo o mais, inclusive substabelecer a presente procuração com ou sem reservas de poderes, dando tudo por bom, firme e valioso.*

Fortaleza – CE 29 de DEZEMBRO de 2016.

x Leonardo Chagas Queiroz
OUTORGANTE



MAMEDE ADRIANO FILHO, OAB/CE: 27490
Rua José Hipólito, 485, Sala 9, Messejana - Fortaleza-Ce.
CEP: 60.871-170- Cels: (85)88081329(oi); (85)96298847(tim);
(88)94518229(claro) e: e-mail – mamedeaf@gmail.com

fls. 9

DECLARAÇÃO

Nome: LEONARDO CHAGAS QUEIROZ		Nacionalidade: Brasileiro	
Estado Civil: SOLTEIRO	Profissão: ESTUDANTE		Carteira de Identidade: 2008032617-4
CPF nº: 073.814.863-69	Residência: RU JOAO TEXEIRA		
Bairro: CENTRO	Cidade: BARREIRA	Estado: CEARA	CEP: 62.795-000

*Em conformidade com o Art. 4º da Lei 1.060 de 05/02/1950 e o Art. 5º, LXXIV da Constituição Federal, **DECLARO SER POBRE DA FORMA DA LEI**, não podendo arcar com taxas, emolumentos, depósitos judiciais, custas, honorários advocatícios ou outras cobranças de qualquer tipo ou natureza sem prejuízo de meu sustento e de minha família.*

Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

Fortaleza – CE, 29 de DEZEMBRO de 2016.

x Leonardo Chagas Queiroz

REPUBLICA 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

Polegar Direito

PROIBIDO PLASTIFICAR

Leonardo Chagas Queiroz
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2008032617-4

DATA DE EXPEDIÇÃO 27/11/2015

NOME
LEONARDO CHAGAS QUEIROZ

FILIAÇÃO
ROBERTO DE LIMA QUEIROZ
MARIA REJANE MARTINS CHAGAS

NATURALIDADE
REDEÇÃO - CE

DATA DE NASCIMENTO
02/10/1997

DOC. ORIGEM
CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: 1 OFÍCIO TERMO: 9.452 FOLHA: 247
LIVRO: A-10 BARREIRA - CE
CPF 073.814.863-69

2 VTA

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

P.: 100

MINISTÉRIO DO TRABALHO
E EMPREGO

DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

164.75984.95-8

2971880

0050

CE

Leonardo Chagas Queiroz



LEONARDO CHAGAS QUEIROZ

FILIAÇÃO.....: ROBERTO DE LIMA QUEIROZ
MARIA REJANE MARTINS CHAGAS
NASCIMENTO.....: 02/10/1997 SEXO: MASCULINO
ESTADO CIVIL.....: SOLTEIRO
NATURALIDADE: REDENÇÃO - CE
DOCUMENTO.....: C. I. 20080326/4 07/11/2011 SSP CE
LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995
CPF.....: 073.814.863-69 CNH.....:
TIT. ELEITOR: SEÇÃO: ZONA:

LOCAL/DATA DE EMISSÃO: GRTE MARACANAÚ/CE - 29/12/2015

FRANCISCO JOSÉ PONTES MIRANDA
Secretário de Trabalho e Emprego do Estado do Ceará



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° 492921793

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135 040 | Fortaleza CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 | 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
SET/2017

Utilize o n° abaixo sempre
que entrar em contato conosco

N° DO CLIENTE
2816606 DV **0**

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR (R\$)

Rota 08 027120 11 047500

Nome MARIA REJANE MARTINS CHAGAS

Endereço Postal

Medidor

12423033

Poste

0000 0

End. da Unidade Consumidora RU JOAO TEXEIRA 00000 CENTRO BARREIRA 62795000

RG / CPF / CNPJ 883.046.043-53

CGF

Classe 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA

Fator de Potência

0

Leitura Atual	Leitura Anterior	Constante	Consumo (kWh)	Consumo Incl.	Consumo Faturado
12150	12108	1	42	0	42

Consumido x Tarifa = Valor (R\$)

ENERGIA
CONSUMO

42 0,53097 22,30

Data de Emissão/
Apresentação

14/09/2017

Prev. Próxima
Leitura

16/10/2017

CONTROLE FISCAL

E6B2.ED7B.715B.3CD5.E975.3AA8.B591.6A06

OUTROS PAGAMENTOS

MULTA MORATORIA

0,40

JUROS DO MES

0,56

ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL-INT

1,75

ADICIONAL BANDEIRA AMARELA MES (R\$ 1,14)

Base de Cálculo (R\$)

ISENTO

Alíquota

Valor do Imposto

DECOMPOSICAO DE CONSUMO

ENERGIA	10,42
TRANSMISSÃO	1,04
DISTRIBUIÇÃO	7,07
ENCARGOS SETORIAIS	2,45
TRIBUTOS (ICMS, PIS/COFINS)	1,32

FORNECIMENTO

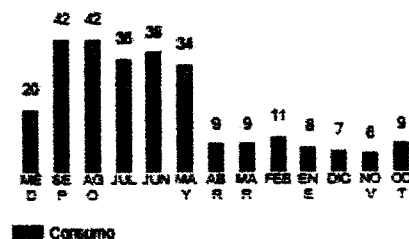
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 8,10

Conjunto ACARAPE

Mês JUL/ 2017

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC (h)	5,43	10,86	21,73	0,00	0,00	0,00
FIC (un)	3,36	6,72	13,45	0,00	0,00	0,00
DMIC (h)	3,11			0,00		

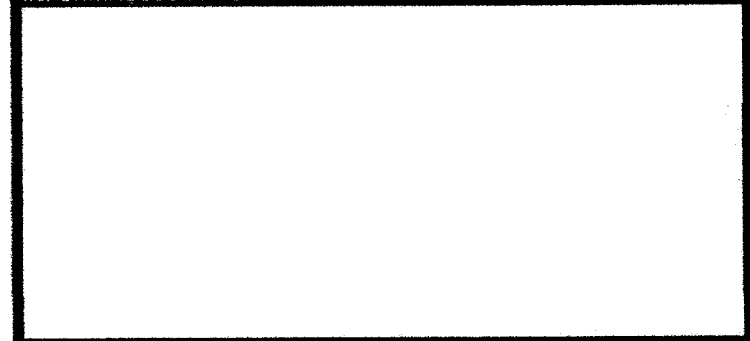
Consumo (últimos 12 meses)



Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO ₂)	Compensado kg (CO ₂)	Consciência Ecológica(%CO ₂)
		0 100

INFORMACOES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO



autenticação mecânica cliente

N° do Cliente:

2816606-0

N° da Nota Fiscal: 492921793

Total a Pagar (R\$): 25,01

Data de Emissão:

10/10/2017

Referência: SET/2017

N° de Controle: 0002816606 00153 4374 2 21

83890000000-5 25010031000-0 00028166060-3 01534374271-1





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

BOLETIM DE Ocorrência Nº 422 - 356 / 2016

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
 Data / Hora da Comunicação: **12/08/2016 15:56:36**
 Data / Hora da Ocorrência: **08/05/2016 18:30:00**
 Endereço da Ocorrência:
 Complemento:
 Bairro: **CENTRO** Município: **BARREIRA/CE**
 Ponto de Referência:

Noticiante(s)

Nome: **LEONARDO CHAGAS QUEIROZ**
 Nascimento: **02/10/1997** CPF:
 RG: **2008032617-4** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
 Filiação: **MARIA REJANE MARTINS CHAGAS**
ROBERTO DE LIMA QUEIROZ
 Endereço: **RUA JOAO TEXEIRA, 628** CEP: **62.795-000**
 Bairro: **CENTRO**
 Município: **BARREIRA/CE** Telefone: **(85) 99275-2035**
 País: **BRASIL**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **OIC3454** UF: **CE** Município: **BARREIRA** Chassi: **9C2KD0550CR548423**
 Renavam: **465458750** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca: **Honda** Modelo:
HONDA/NXR150 BROS ES Ano Fabricação: **2012** Ano Modelo: **2012** Combustível:
GASOLINA/ALCOOL Cor: **PRETA** Proprietário: **INACIO BERNARDO DA SILVA**
 FERREIRA Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

Diz o noticiante, que no dia 08/05/2016, em torno das 18h30min, trafegava pilotando a motocicleta HONDA/NXR150 BROS, ano 2012, cor PRETA, placa OIC 3454/CE, em nome de INACIO BERNARDO DA SILVA FERREIRA, no centro de Barreira/CE, próximo a praça dos taxistas, quando colidiu em um indivíduo embriagado, vindo a cair, logo sendo socorrido ao hospital local, apresentando fratura de falange proximal do 5º quirodáctilo, conforme consta no prontuário de atendimento médico. Nada mais disse.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE BARREIRA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

MARCIO DAS CHAGAS SILVA - MAT.: 133196-1-4

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Leonardo Chagas Queiroz

VISTO DO DELEGADO(A):

ARLETE GONCALVES SILVEIRA - MAT.: 198826-1-6

Declaração do Proprietário do Veículo

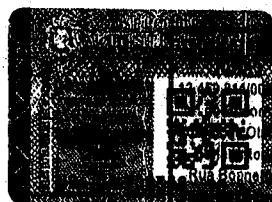
Eu, Inácio Barreiros da Silva Ferreira,
 RG nº 20050100000000000000 data de expedição 30/05/2005
 Órgão SSP portador do CPF nº 225165023-54, com
 domicílio na cidade de Barreira, no Estado de
Ceará onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua João João, nº 511,
 complemento — / — / —, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
 mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
 vítima Leonardo Chagas Duarte cujo o condutor era
o mesmo.

Veículo: motocicleta
 Modelo: HONDA/NARISC BROS ES
 Ano: 2012
 Placa: 03C34541
 Chassi: 9C2KDD0550CR548423
 Data do Acidente: 05-03-2016
 Local e Data: CENTRO / BARREIRA - CE

1º OFÍCIO
 BARREIRA

Inácio Barreiros da Silva Ferreira
 Assinatura do Declarante

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



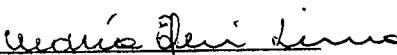
Reconheço a Firma de <u>Inácio Barreiros da Silva Ferreira</u>	
☐ Por Semelhança	☒ Por Autenticidade
Ocupação: <u>Barreira - CE</u> <u>18/08/2016</u>	
<u>Aluísio</u>	
MPO DO SOCORRO C. S. DE OLANDA - TITULAR INTERINA	
ANNA CAROLINE CASTRO COSTA - SUBSTITUTA	
VÁLIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE	

**HOSPITAL
DE BARREIRA**
Sociedade Beneficente de Barreira
CNPJ - Nº 07.336.084/0001-88

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que Leonardo Chagas Queiroz, nascido em 02/10/1997, portador de RG nº. 8008032617-4 e CPF nº. 073.814.863-69, filho de Maria Rejane Martins Chagas e de Roberto de Lima Queiroz, foi atendido nesta unidade no dia 08/05/2016, às 18h56min, pelo médico plantonista Miguel E. Duran Navarro, CREMEC nº. 13.535, vítima de queda de motocicleta, apresentando fratura de falange proximal do 5º. quirodáctilo. O paciente retornou na manhã seguinte (dia 09/05/2016, às 08h50min) para reavaliação e encaminhamento para tratamento com especialista traumatologista em hospital de referência, conforme registros de atendimento.

Barreira – CE, 20 de junho de 2016.


Maria Eleni de Lima
Diretora Administrativa

HOSPITAL DE BARREIRA
SOCIEDADE BENEFICENTE DE BARREIRA

UNIDADE DE ATENDIMENTO

Data: 08/05/2011 Nº 31 HORA: 15:56

1) Identificação do paciente

Nome: Leonardo Chagas Queiroz
Endereço: Av. Brasil 9 Idade: 18 Sexo: () M () F
Estado Civil: Solteiro

2) QUEIXA PRINCIPAL:

Dor de duto

3) HISTÓRIA CLÍNICA:

4) EXAME FÍSICO:

H52 - Fígado de tamanho próximo ao normal
Síndrome

Sinais Vitais: P.A.: 120/80 X mmHg GLICEMIA: _____ mg/DL TEMP: _____ °C

Peso: _____ kg

5) PRESCRIÇÃO/CONDUTA:

017 CLOFEVACO 125 IL

Assinatura do Paciente/Responsável: _____ Assinatura: _____ Médico/CRM: Dr. E. Duran Neto
Médico Nº 13595

ORIGINAL

CONFERENCE
ORIGINAL
BY GEORGE W. LEECH
DIRECTOR ADMINISTRATIVE

HOSPITAL DE BARREIRA

SOCIEDADE BENEFICENTE DE BARREIRA

ATENDIMENTO

Data: 09/03/2012 N° 27 HORA: 08:50 h.

1) Identificação do paciente

Nome: Leonardo Dantas Queiroz
Endereço: Av. 181 Idade: 384 Sexo: (X) M () F
Estado Civil: solteiro

2) QUEIXA PRINCIPAL:

3) HISTÓRIA CLÍNICA:

Paciente vítima de queda de moto, curado em
prática do 5º quadrante esquerdo.

4) EXAME FÍSICO:

Sinais Vitais: P.A.: _____ X _____ mmHg GLICEMIA: _____ mg/Dl TEMP: _____ °C

Peso: _____ kg

5) PRESCRIÇÃO/CONDUTA:

11/20 X DE MÃO (E)
21 DO TORNADOLOGISTA

Leonardo Chaves Queiroz
Assinatura do Paciente/Responsável

Antônio Feres Júnior
Médico
CRM 12450

Assinatura do Médico/CRM

CONFERE COM
ORIGINAL

Dr. George Percolo
DIRECTOR ADMINISTRATIVO

Sistema Único de Saúde - SUS/CEARÁ

FICHA DE REFERÊNCIA

- 1 - Preencha esta ficha em 3 vias
- 2 - Ao terminar a consulta ou tratamento, entregar 2 vias ao usuário orientado para retornar com a 1ª via a Unidade de Origem

Unidade de Origem: _____

Distrito Sanitário: _____

Município: _____

Nome: Leonardo Augusto Chaves

Prontuário Nº: _____

Sexo: ☒ M ☐ F

Data de nascimento: ____/____/____

Ocupação: _____

Endereço: _____

Bairro: _____

Telefone: 992752035

Motivo de Encaminhamento: paciente de 18 anos com fatura da fatura pessoal do 5º quinquênio encerrado

Resultado de exames já realizados: _____

Conduta já realizada: _____

Impressão diagnóstica: _____

Eptácio Feitosa Junior
Médico
CRM 12345

Assinatura do Consultado - nº Registro

Médec
Função

09/05/16
Data

08:50h
Hora

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: _____

Ambulatorial ☐

Hospitalar ☐

Auxílio Diagnóstico ☐

Procedimento: 1. 123456789 - 01. SEP

Profissional _____

Unidade de Referência: _____

Data: 09/05/16

Hora: 08:50h

FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA(*)

Unidade de Referência: _____

Município: _____

Prontuário Nº _____

Data da Alta: _____

Resumo Clínico/Cirúrgico: _____

Resultado de Exames: _____

Diagnóstico Principal: _____

Secundário 1: _____

Secundário 2: _____

CONFERE COM ORIGINAL
Dr. George Felkoto
DIRETOR ADMINISTRATIVO

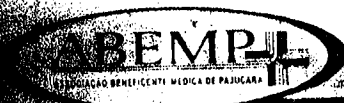
C.I.D.: _____

C.I.D.: _____

C.I.D.: _____

Proposta de conduta para seguimento: _____

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MAMEDE ADRIANO FILHO e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 10/10/2017 às 16:30, sob o número 01761829720178060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0176182-97.2017.8.06.0001 e código 305FEE9.



FILIADA A FEDERAÇÃO DE HOSPITALS, BENEFICÊNCIAS E ENTIDADES FILANTRÓPICAS DO CEARÁ

Leonardo da Silva Quirino

1/01/2016

1/ Agente local - 014
L 8182

2/ Dispositivo Scomg
L 6161

Frederico Alves de Paes
Ortopedia e Traumatologia
R.E.M.E.C. 11332

16/05/16

Rua João conrado, 363 - Pajuçara - Maracanaú/Ceará - Fones: (85) 3215.3133 / 3215.3134
TELE PARTO em todo Maracanaú 0800.2822800
CNPJ: 06.578.611/0001-06 CNSS: 23002.005898/85-51



ENDEREÇO: 363 - CNPJ: 06.578.611/0001 - 06
 FONE: (85) 3215.3133 / 3215.3134
 RUA: RUA DO PRAZADO, 363 - RACANAU - CEARÁ

INSTITUTO NACIONAL DE SEGURIDADE SOCIAL
SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA

ATESTADO MÉDICO

ATESTO que o Segurado Leonardo Chagas
Guimarães portador da Carteira Profissional nº _____
 série _____ necessita de 30 (trinta)

Dias de afastamento do trabalho, a partir desta data, por motivo de doença.

Hospital e Ambulatório _____ Localidade e data _____
562
 Ass. do Médico - CRM nº 16/C5/16

Handwritten signature and stamp:
 Ricardo Mendes de Vasconcelos
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM/BC 11332

NOTA: Este atestado é valido para as finalidades previstas no Art. 86 do RGPS, aprovado pelo Decreto nº 60.501 de 14/03/67 e será expedido para justificativa de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MAMEDE ADRIANO FILHO e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 10/10/2017 às 16:30, sob o número 01761829720178060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0176182-97.2017.8.06.0001 e código 305FEE9.



Buscar no site

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

Agora Consulte

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3160544452 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA LEONARDO CHAGAS QUEIROZ

COBERTURA Invalidez

SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO Comprev Previdência S/A-Filial Fortaleza-CE

BENEFICIÁRIO LEONARDO CHAGAS QUEIROZ

CPF/CNPJ: 07381486369

Posição em 11-07-2017 16:07:39

Pagamento creditado ao beneficiário de acordo com os dados informados na autorização de pagamento.

Data do Pagamento	Valor da Indenizacao	Juros e Correção	Valor Total
23/12/2016	R\$ 1.012,50	R\$ 0,00	R\$ 1.012,50

ACESSIBILIDADE

[\(/Pages/Acessibilidade.aspx\)](/Pages/Acessibilidade.aspx) [\(/Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx\)](/Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx)

A A A O

COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

Documentos Despesas Médicas (/Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx)
Documentos Invalidez Permanente (/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx)
Documento 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-Efetutados.aspx)
Informações Gerais (/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx)