

N/1

NAZION NASCIMENTO

PROCURAÇÃO "AD JUDITIA ET EXTRA"

OUTORGANTE.: JOSÉ PIRES DO NASCIMENTO
 Nacionalidade.: BRASILEIRA Estado Civil: CASADO
 Profissão.: AGRICULTOR C.P.F./MF.: 752699963-91
 Identidade.: 2016317581-5 Órgão Expedidor.: SSPD - CE.
 Domicílio.: RUA SEBASTIÃO LOURENÇO, Nº 118.
 MIRAMBE CEP.: 61600000
 Cidade.: CAUCAIA / CE Telefone.: (85)3011-3790 / 8833-5017 / 98672-9396/.
 Telefone Cliente.: 85 98526-0553

OUTORGADO: Dr. RAIMUNDO NAZION DO NASCIMENTO, brasileiro, advogado, inscrito na Ordem dos Advogados do Brasil, OAB/CE 18.346, com endereço profissional à Rua Juaci Sampaio Pontes, 695, Sala 15, Primeiro Piso, Centro, Caucaia – Ceará. CEP 61600-000.

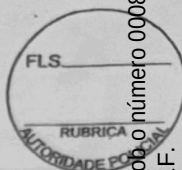
PODERES: outorgando-lhe os mais amplos e ilimitados poderes contidos na cláusula *AD-JUDICIA ET EXTRA* para o foro em geral, podendo agir junto às repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, em qualquer Juízo, **INCLUSIVE NAS VARAS DE EXECUÇÕES CRIMINAIS**, em qualquer Instância ou Tribunal 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 da sentença, bem como os especiais para confessar, transigir, desistir, receber e dar quitação, firmar compromissos, prestar primeiras e últimas declarações em inventário, prestar declaração de pobreza na forma do artigo primeiro da Lei nº 7.115/83 e substabelecer esta em quem lhe convier. Os honorários advocatícios, em não havendo contrato que regule de forma diversa, serão pagos conforme o estabelecido pela associação de classe.

Caucaia - Ce 30 de ABRIL de 2019

José Pires do Nascimento



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DO 28. DISTRITO POLICIAL



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 128 - 612 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **18/07/2018 15:09:37**
Data / Hora da Ocorrência: **09/06/2018 10:30:00**
Endereço da Ocorrência: **RODOVIA RAIMUNDO PESSOA DE ARAUJO**
Complemento:
Bairro: **MUCUNÃ** Município: **MARACANAÚ/CE**
Ponto de Referência:

Governo do Estado do Ceará
SSPDS/Polícia Civil/DI
28º Distrito Policial

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **JOSE PIRES DO NASCIMENTO**
Nascimento: **12/03/1954** CPF: **752.699.963-91**
RG: **2016317581-5** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
Filiação: **MARIA PIRES DE SOUSA**
RAIMUNDO TAVARES DO NASCIMENTO
Endereço: **RUA SEBASTIÃO LOURENÇO, 118**
Bairro: **MUCUNÃ**
Município: **MARACANAÚ/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98526-0553**

Histórico

O DECLARANTE COMPARECEU A ESTA DELEGACIA DE POLÍCIA SUBMETENDO-SE AS PENAS DO ART. 299, QUE PREVÊ QUE OMITIR, EM DOCUMENTO PÚBLICO OU PARTICULAR, DECLARAÇÃO QUE DELE DEVERIA CONSTAR, OU NELE INSERIR OU FAZER INSERIR DECLARAÇÃO FALSA OU DIVERSA DA QUE DEVERIA SER ESCRITA, COM O FIM DE PREJUDICAR DIREITO CRIAR OBRIGAÇÃO OU ALTERAR A VERDADE SOBRE FATO JURIDICAMENTE RELEVANTE, CONSTITUI CRIME PUNÍVEL COM PENA PRIVATIVA DE LIBERDADE. Diante disto declara que, na data e hora mencionados estava em sua bicicleta quando faltou freio e veio colidir em uma topic M. BENZ/LO915 NEOBUS TH de placa OCM3151, vindo a cair ao solo; QUE o veículo Topic evadiu-se do local sem prestar socorro; QUE declara que não foi socorrido por SAMU, Ambulância, Corpo de Bombeiros, ou qualquer órgão semelhante e que não foi acionado perícia da Polícia Rodoviária; QUE declara que teve como testemunhas o Sr. Dionatan Mendes da Silva, CPF 032.379.143-39, telefone (85) 98668-8303, residente na Rua Raimundo Pessoa Araujo, casa 4904, Jaçanau, Maracanaú/CE e a Sra. Francisca Aldaila Alves Quintela, CPF 903.819.043-34, telefone (85) 98749-7458, residente na Rua Sebastião Lourenço, casa 651, Mirambe, Maracanaú/CE; QUE foi socorrido para UPA Dr. Alfredo Marques em Maranguape; QUE declara que sofrera escoriações, fraturou o dedo "midinho" da mão esquerda e um hematoma na cabeça. QUE NADA MAIS DISSE. /////

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 28. DISTRITO POLICIAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

JOSE GLEIDSON PEREIRA RAMOS - MAT.: 300051-1-2

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: *X Jose pires do nascimento*



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

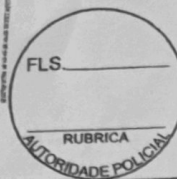
POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA DO 28. DISTRITO POLICIAL

Governo do Estado do Ceará

SSPDS/Polícia Civil/DPM

28º Distrito Policial



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 128 - 612 / 2018

VISTO DO DELEGADO(A) :

CARINA DE FREITAS SOARES - MAT.: 30119762

UNIDADE DE SAÚDE		DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE			
Nome do Estabelecimento Solicitante Associação Beneficente Médica Pajuçara		CNES 2372150	
Nome do Estabelecimento Executante Associação Beneficente Médica Pajuçara		CNES 2372150	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
Nome do Paciente JOSE PIRES DO NASCIMENTO		Nome Social Nº Prontuário 8140	
Cartão Nacional de Saúde (CNS) 704108117380176	Data de Nascimento 12/03/1954	Sexo Masculino ☒ 1 Feminino ☐ 3	Possui outro Convênio ☐ Sim ☒ Não
Nome da Mãe ou Responsável MARIA PIRES DE SOUSA		DDD Telefone de Contato	
Município de Nascimento CAUCAIA	UF CE	Nacionalidade BRASILEIRA	Endereço Residencial (Rua, Av., Complemento) RAIMUNDO PESSOA DE ARAUJO
Nº 160	Bairro MUCUNÃ	Município de Residência MARACANAU	Código IBGE do Município 2307650
Ponto de Referência		Documento Nº	UF CE
		CPF	RG
		R.Civil	PIS/PASEP
		☒ Ignorado	
DIRETOR CLÍNICO DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE			
Nome do Diretor Clínico do Estab. Executante		Nº Cons. Classe	CPF
		Ass. e Carimbo do Diretor Clínico	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
Principais Sinais e Sintomas Clínicos <i>Prontuário</i>			
Condições que Justificam a Internação <i>Prontuário</i>			
Principais Resultados de Provas Diagnósticas (Resultados de Exames Realizados) <i>Prontuário</i>			
Diagnóstico Inicial <i>Prontuário</i>	CID 10 Principal <i>Prontuário</i>	CID 10 Secundário	CID 10 Causas Associadas
Nº Notific. Compulsória			
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
Descrição do Procedimento Solicitado <i>Prontuário</i>			Código do Procedimento Solicitado
Código do Caráter de Internação ☒ U/E ☐ Eletivo	Clínica TRAUMATO ORTO		Leito Complementar
Equipamentos Requeridos para Internação			
PROFISSIONAL SOLICITANTE			
Nome do Profissional Solicitante CLAUDIO JOSE FERNANDES EUFRASIO			
Documento ☒ CPF ☐ CNS	Nº Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente 16242688387		Nº do Conselho de Classe 4078
Data da Solicitação 13/06/2018	Assinatura e Carimbo do Profis. Solicitante/Nº do Conselho de Classe		Data Desejada para Internação 13/06/2018
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
☐ -AC DE TRANSITO	CNPJ da Seguradora	Número do Bilhete	Série
☐ ACID TRAB/TÍPICO	CNPJ da Empresa	CNAE da Empresa	CBOR
☐ AC TRAB /TRAJETO			
Vínculo com a Previdência ☒ Empregado ☐ Empregador ☐ Autônomo ☐ Desempregado ☐ Aposentado ☐ Não Segurado			
Nome do Profissional Autorizador		(Espaço Reservado para Colar Etiqueta com Dados da Autorização)	
Documento ☐ CPF ☐ CNS	Nº do CNS/CPF Profis. Autorizador		
Data da Autorização	Código do Órgão Emissor M23C		
Nº Registro Cons. de Classe	Ass. do Autorizador/Carimbo		

RESUMO DO ATO CIRÚRGICO - (OCORRÊNCIAS PRINCIPAIS)

ANESTESIA - (OCORRÊNCIAS PRINCIPAIS)

7.º Anest. 1.º Anest. 2.º Anest. 3.º Anest. 4.º Anest. 5.º Anest. 6.º Anest.

DR. CLAUDIO EUFFRASIO
ODONTOL. - TRATAMENTO
CRM-CE: 4078

COMISSÃO REVISORA DE PROCTUAP
CONFERE COM O ORIGINAL
ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DE PUJUCARA-ABEMP
Rua João Carneiro, nº 363 - Pajuçara
CEP: 61.941-830
MARACAMBU-CE
COORDENADOR
31.11.18

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.

Cirurgião

Assinatura e Carimbo do Cirurgião

1º Auxiliar

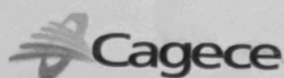
Assinatura e Carimbo

2º Auxiliar

3º Auxiliar

Assinatura e Carimbo

Assinatura e Carimbo



Nº de Inscrição:

008553165

DADOS DO CLIENTE

Nome: JOSE PIRES NASCIMENTO

End. Leitura: RU SEBASTIAO LOURENCO, 118, PASSARE

Cidade: MARACANAÚ

CEP: 60000-000

End. Entrega:

Cidade:

CEP:

Local: 146

Setor: 083

Quadra: 0430

Lote: 0439

Comp: 0000

Subsetor: 00

Subquadra: 00

ECONOMIAS

Residencial: 001

Comercial: 000

Industrial: 000

Público: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	VOLUME (m³)	Média Semestral (m³)
ÁGUA	A07F340892	931	936	5	4

DATAS

Leitura Atual: 23/04/2019

Emissão: 23/04/2019

Lacre Água: 9

Leitura Anterior: 23/03/2019

Próxima Leitura: 22/05/2019

Lacre Esgoto:

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 02/2019

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Exigidas	103	103	029	103	103
Analisadas	112	112	112	112	112
Em conformidade	112	111	105	101	112

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

MÉDIA DE CONSUMO (OUT/14 A SET/15): 19 m³ | META: 15 m³.

Agradecemos sua pontualidade. Água tratada e saúde.

DIGITE ARCE NA PLAY STORE E BAIXE O APLICATIVO DA ARCE.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

ÁGUA	Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME
	28,30	Mês/Ano
		Água (m³)
		Esgoto (m³)
		abr/18
		mai/18
		jun/18
		jul/18
		ago/18
		set/18
		out/18
		nov/18
		dez/18
		jan/19
		fev/19
		mar/19

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO

Descrição	Valor (R\$)	SUBSÍDIO	Valor (R\$)
PIS	0,27	Descrição	
COFINS	1,35	VALOR DO SERVIÇO	41,10
		VALOR DO SUBSÍDIO	12,60
		VALOR TOTAL A PAGAR	28,30

MÊS/ANO

04/2019

VENCIMENTO

09/05/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

28,30

ONDE PAGAR SUA FATURA

I: 357670091903851 L: 0209 H: 15:27:10 R: 053 P: 001

Bancos: Itaú, Bradesco, Banco do Brasil, Caixa Econômica Federal, Santander, Triângulo. Outros: Pagfácil.

A Cagece disponibiliza o serviço de Pagfácil, em conta de sua fatura. Atue em este serviço. Consulte sua agência.

Central de Atendimento

Cagece

0800 275 0195

Cagece

MOBILE

É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme resoluções das Agências Reguladoras.

Entidades Reguladoras: Fortaleza: ACFOR - Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental: 0800 285 1919. Demais localidades: ARCE - Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará: 0800 275 3838. Ouvidoria estadual: 155. Site da ARCE: www.arce.ce.gov.br. Mais informações pelo telefone: 0800 275 0195, nas lojas de atendimento, de 8h às 17h, no site www.cagece.com.br ou na Ouvidoria da Cagece: 3101.1918, de 8h às 12h e 13h às 17h.

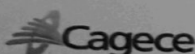
consumidor.gov.br

É mais fácil participar.

Participação

155

OUVIDORIA



Fatura Mensal

Via do agente arrecadador

DADOS DO CLIENTE

357670091903851 - 0209

Inscrição: 008553165

Código de Responsável:

Mês: 04/2019

Local: 146

Setor: 083

Quadra: 0430

Lote: 0439

Comp: 0000

Subsetor: 00

Subquadra: 00

Cidade: MARACANAÚ

Vencimento: 09/05/2019

Total (R\$): 28,30

82620000000 6 28300009000 3 00855316501 3 00071222015 1



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome: **JOSE PIRES DO NASCIMENTO**

Nº de Inscrição: **752699963-91**

Data de Nascimento: **12/03/54**

Assinatura do Titular: *Jose Pires do Nascimento*

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 MARCAS BIOMÉTRICAS

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Proibido Plastificar

Assinatura do Titular: *Jose Pires do Nascimento*

1 VIA

REGISTRO GERAL: 2016317581-5

DATA DE EMISSÃO: 20/12/2016

NOME: JOSE PIRES DO NASCIMENTO

FILIAÇÃO: RAIMUNDO TAVARES DO NASCIMENTO

MARIA PIRES DE SOUSA

NATURALIDADE: CAUCAIA - CE

DATA DE NASCIMENTO: 12/03/1954

DOC. ORIGEM: CERT. CASAMENTO - CARTÓRIO: MIRAMBE TERMO: 62 FOLHA: 158 LIVRO: B

01 CAUCAIA - CE

CPF: 752.699.963-91

RG: ANT: 1121651

P.: 33

ASSINATURA DO DIRETOR: *Antônio Carlos de Jesus*

LEI Nº 7.118 DE 29/08/83

FICHA DE ATENDIMENTO

Nome:	JOSE PIRES DO NASCIMENTO						
Estado civil:	C	Sexo:	M	DN	12/03/1954	Idade:	64 ANOS
Nome da Mae:	MARIA PIRES DE SOUSA						
Naturalidade:	CAUCAIA			RG:	SUS		
1,4444E+167	CEL AFRO CAMPOS N645					Fone:	
Bairro:	CENTRO			Complemento:			
Município:	MPE			Referência:			
Recepção:	JORGE FILHO	Enfermeiro (a):	RAQUEL	Data:	09/06/2018	Hora:	11:06

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO : VERMELHO () AMARELO () VERDE () AZUL () LEITO: _____

Refere lesão em mão E + edema na região após colisão bicicleta X topico temporal

EGA ALERGIA () NÃO SABE INFORMAR () ALERGIA A: Merocilina

ANAMNESE E EXAME FÍSICO

Peso: PA: 140/96 mmHg T: °C P: 71 bpm R: mrm DX: Spo2:

HISTORIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO:

TRAUMA M S E - Distal
Mão e - O3 neu

EXAME SOLICITADOS:

Raio X

HIPOTESE DIAGNOSTICA:

Alta Médica () Alta a Pedido () Transferência: HMABM () Outros Hospitais () Óbito: -24h () +24h ()

Paciente Encaminhado:

Motivo:

X Antônio Luciano

Assinatura do Paciente ou Responsável

Assinatura do Médico - (Carimbo)

PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	ENFERMAGEM
1 - RAO X M S E - Distal		
2 - FROFENID - IM - 11:00		4000 - 185 55
		1007-18 Vanessa de F. Silva

FICHA DE ATENDIMENTO

Nome:	JOSE PIRES DO NASCIMENTO				
Estado civil:	C	Sexo:	M	DN	12/03/1954
Idade:	64 ANOS				
Nome da Mae:	MARIA PIRES DE SOUSA				
Naturalidade:	CAUCAIA	RG:	SUS		
1,4444E+167	CEL AFRO CAMPOS N645	Fone:			
Bairro:	CENTRO	Complemento:			
Município:	MPE	Referência:			
Recepção:	JORGE FILHO	Enfermeiro (a):	RAQUEL	Data:	09/06/2018
				Hora:	11:06

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO : VERMELHO () AMARELO () VERDE () AZUL () LEITO:

Refere lesão em mão E + edema na região após colisão bicicleta x topico temporal

EGA ALERGIA () NÃO SABE INFORMAR () ALERGIA A: Merocilina

ANAMNESE E EXAME FÍSICO

Peso: PA: 140/96 mmHg T: °C P: 71 bpm R: mrm DX: Spo2:

HISTORIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO:

TRAUMA M S E - Distal
Mão - O3 nu

EXAME SOLICITADOS:

Raio X

HIPOTESE DIAGNOSTICA:

Alta Médica () Alta a Pedido () Transferência: HMABM () Outros Hospitais () Óbito: -24h () +24h ()

Paciente Encaminhado:

Motivo:

X Antônia Lúcio

Assinatura do Paciente ou Responsável

Assinatura do Médico - (Carimbo)

PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	ENFERMAGEM
1 - Roto X M S E - Distal		
2 - FROFENIA - IM - 77:40		

A presente cópia confere com o original
Data 10/07-18
Assinatura de: Felix



Rio de Janeiro, 22 de Outubro de 2018

Carta nº: 13502250

A/C: JOSE PIRES DO NASCIMENTO

Sinistro: 3180486057 ASL-0376816/18
Vitima: JOSE PIRES DO NASCIMENTO
Data Acidente: 09/06/2018
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: PAULO ANDRE PONTES DE LIMA

Ref.: NEGATIVA TÉCNICA - SEM COBERTURA TÉCNICA

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **16/10/2018** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **09/06/2018** e, de acordo com a análise realizada, esclarecemos que o dano reclamado não é decorrente de evento sujeito à cobertura técnica pelo Seguro DPVAT.

Diante do exposto, consideramos a presente reclamação de indenização como encerrada em nossos arquivos.

Em caso de dúvida, entre em contato com a SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO onde o sinistro foi cadastrado, ou conosco por meio do 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

