

Fábio Monteiro
Advocacia

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

Nome: <i>Franklson de Mendonça Silva</i>	Data Nasc: <i>18/05/86</i>
Estado Civil: <i>Solteiro</i>	Profissão: <i>Autônomo</i>
RG: <i>2004009105410</i>	CPF: <i>046.842.703-19</i>
Endereço: <i>Rua Gonçalo Alves Rodrigues 379, Pici</i>	Nacionalidade: <i>Brasileira</i>
Cidade: <i>Fortaleza</i>	Telefone: <i>34820034/998194477</i>
	CEP: <i>60.440.660</i>

OUTORGADOS: FÁBIO MONTEIRO ARRAIS MEDEIROS, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/CE de nº 23.738, com escritório profissional na Rua Visconde de Barbacena, nº 413, sala 42, Bairro: Cidade dos Funcionários, Fortaleza/CE, CEP: 60.822-488, Fone: (85) 9992-0059 / (85) 8839-8483.

PODERES: Concede amplos poderes com os da cláusula "AD JUDICIA" para o foro em geral, para ajuizamento de medida judicial aplicável para cobrar a diferença do Seguro DPVAT, acompanhando-a em todos os seus termos até o final, agravar ou apelar de qualquer despacho ou sentença, fazer e assinar requerimentos e os documentos necessários, produzir provas e justificações, transigir, acordar, endossar, desistir, renunciar ao direito em que se funda a ação, receber e dar quitação a pagamentos, receber e fazer levantamentos de alvarás, finalmente tudo mais fazer, para o completo desempenho deste mandato, inclusive substabelecer, com ou sem reserva de iguais poderes.

DECLARAÇÃO: O (a) outorgante declara que não tem condições de arcar com as custas processuais sem prejuízo do sustento próprio e da família, necessitando, portanto, dos benefício da justiça gratuita, nos termos da Lei 1.060/50.

Fortaleza (CE), 27 de Outubro de 2016.

Franklson de Mendonça Silva
OUTORGANTE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 0004009105410 DATA DE EXPEDIÇÃO 12/5/2004

NOME IVANILSON DE MENDONÇA SILVA

FILIAÇÃO IRIMAR BATISTA SILVA E RAIMUNDA DE MENDONÇA SILVA

NATURALIDADE FORTALEZA-CE DATA DE NASCIMENTO 18/5/1986

DOC. ORIGEM CERT. NASC. 59252 L A50 F 156V 4 ZONA FORTALEZA/CE

CPF

FORTALEZA-CE

ASSINATURA DO TITULAR

LEI Nº 7.116 DE 28/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

POLEGAR DIREITO

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA Receita Federal

CPF

046.842.703-19

IVANILSON DE MENDONÇA SILVA

05/07/1986

Nº DO CLIENTE 5180244-9

Para solicitar seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

COELCE

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B1/SERIE B1/UF - 335246366

Rota 17 01240 15 235000 - 0 Data de Fim 23/07/2015

Nome IVANILSON DE MENDONÇA SILVA

RU GONCALA ALVES RODRIGUES 00379

PICI - FORTALEZA - 60440660

Medidor 25254595

Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASICO BAIXA RENDA Potência 0,00

RG / CPF / CNPJ 046842703-19

Nome do Responsável

DATA DE VIGÊNCIA 23/07/2015 24/08/2015

INDICADOR DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

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

141.68 27.00% 38.26

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

-9150.8081.9340.3390.3042.000E.0504.016F

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

23/07/15 24/08/15 25/09/15 26/10/15

VALOR CONSUMO DO MES

ICMS COMPLEMENTAR BAIXA RENDA-CONV CONFAZ 079 101,48

MULTA MORATORIA REF 04/2015 10,91

JUROS DO MES 1,49

ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL 0,61

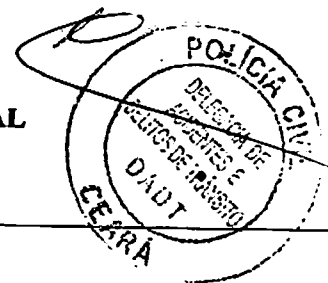
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA 12,06

ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 11,91) 2,45

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por FABIO MONTEIRO ARRAIS MEDEIROS e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 17/05/2017 às 16:43, sob o número 0135300-93.2017.8.06.0001 e código 2B7D795. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0135300-93.2017.8.06.0001 e código 2B7D795.



GOVERNO DO ESTADO DO CEARA
SECRETARIA DA SEGURANCA PUBLICA E DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 6211 / 2015

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Data / Hora da Comunicação: **29/12/2015 14:41:30**

Data / Hora da Ocorrência : **21/06/2015 09:45:00**

Endereço da Ocorrência: **AV PADRE ANTÔNIO TOMÁS**

ALDEOTA FORTALEZA /CE

Ponto de Referência: **EM FRENTE A PROCURADORIA DO TRABALHO**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **IVANILSON DE MENDONÇA SILVA**

Nascimento : **18/05/1986**

RG: **2004009105410** Órgão Emissor: SSPDS UF: **CE** - CPF:

Filiação: **IRIMAR BATISTA SILVA**

RAIMUNDA DE MENDONÇA SILVA

Endereço: **R GONÇALA ALVES RODRIGUES 379 CASA**

PICI 60440660

FORTALEZA CE BRASIL

Telefone: **34820034**

Histórico

AFIRMA O DECLARANTE QUE NA DATA, HORA E LOCAL CITADOS; QUE PILOTAVA A MOTO HYPE50 49CC, COR VERMELHO, CODCLI 28414747, CHASSI LHJXCBLD2DB402581 E DE PROPRIEDADE DE RAIMUNDA DE MENDONÇA DA SILVA. QUE TRAFEGAVA PELA AV. PADRE ANTÔNIO TOMÁS, QUANDO REPENTINAMENTE UM VEICULO DE PLACA ORX4869, FREIOU E A MOTOCICLETA PILOTADA PELA VITIMA COLIDIU NA TRAZEIRA DO VEICULO. QUE A VÍTIMA FOI AO SOLO E FICOU LESIONADO. QUE A VÍTIMA FOI SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADO PARA O HOSPITAL DISTRITAL JOSÉ MARIA BARROSO DE OLIVEIRA. E NADA MAIS DISSE.///
OBS: - FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO NO ART.340 DO CPB;
PRAZO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL: 6 MESES.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 2. DISTRITO POLICIAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

ADRIANA ARRAIS MOREIRA - MAT.: 300085-1-0

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO :

VISTO DO DELEGADO(A) :

CÉSAR WAGNER MAIA MARTINS - MAT.: 011201-1-5

SINISTRO 3160019052 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA IVANILSON DE MENDONCA SILVA****COBERTURA** Invalidez**SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO MBM SEGURADORA S/A**
#772**BENEFICIÁRIO IVANILSON DE MENDONCA SILVA****CPF/CNPJ:** 04684270319**Posição em 04-05-2017 15:24:25**

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
29/01/2016	R\$ 2.362,50	R\$ 0,00	R\$ 2.362,50

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAUDE
HOSP.DIST. MARIA JOSE BARROSO DE OLIVEIRA
FROTINHA DE PARANGABA



1500339575	21/06/2015 11:09:11	FICHA DE ATENDIMENTO		CIRURGIA GERAL	DIURNO	37
Paciente	Data Nascimento		Idade	CNS	CPF	Prontuário
IVANILSON DE MENDONÇA SILVA	18/05/1985		30 A 1 M 3 D			00174137
Tipo Doc	Documento *	Orgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor
				M	SOLTEIRO(A)	PARDA
Mãe	Data Nascimento		Idade	CNS	CPF	Prontuário
RAIMUNDA DE MENDONÇA SILVA						
Endereço	Data Nascimento		Idade	CNS	CPF	Prontuário
RUA - GONCALA ALVES RODRIGUES - 379 - PICI - FORTALEZA - CE						
Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal	
	SUS - SISTEMA UNICO DE SAUDE					
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão
	URGÊNCIA					
Setor	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.	Registrado por:			
	AMBULÂNCIA SAMU		VANUSA SANTOS			
Queixa Principal	☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue					
Anamnese de Enfermagem	GSC TOTAL AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456					
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)	Paciente apresenta lesão em 4º e 5º dedo do pé direito exposto devido a trauma recente de auto.					
Exame Físico						
Hipótese Diagnóstica	CRT: Lesão de Contusão.					
SADT - Exames Complementares	☐ RAIO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:					
PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO		OBSERVAÇÃO			
	PP, INTO					
Conduta	☐ Alta por Decisão Médica ☐ Ambulatório ☐ Alta a Pedido ☐ Observação (Até 24h) ☐ Alta a Revelia ☐ Internação ☐ Transferência para:					
óbito	Data e Hora da Saída/Alta: / /					
Antes do 1º Atendimento?	☐ Sim ☐ Não		Destino: ☐ Família ☐ IML Anatomia Patológica			
Assinatura do Paciente ou Responsável	Carimbo e Assinatura do Médico					
Impresso por: vanusa.santos	HOSPITAL DIST. MARIA JOSE BARROSO DE OLIVEIRA					
Data Hora: 21/06/2015 11:19:16	FICHA COM COPIA NÃO TEM VALOR COM ORIGINAL					
	1500339575					

**Fortaleza**

Prefeitura de

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA

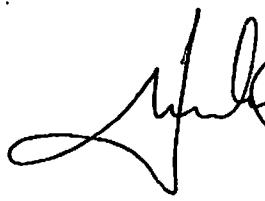


CERTIDÃO NARRATIVA

CERTIFICA, em virtude da Faculdade que lhe é conferida por Lei que o Sr. Ivanilson de Mendonça Silva, foi atendido nesta unidade hospitalar no dia 21/06/2015, sob o registro de nº 00174137, com lesão em 4º e 5º quilodáctilo esquerdo sendo realizado sutura e curativo.

Fortaleza, 23 de Julho de 2015

Atenciosamente


João Batista Silva
FACIOLINO - H.D.M.F.B.O.
CAM 4970

Hospital Distrital Maria José Barroso de Oliveira – CNPJ: 04.885/197/0009-00

Av. Osório de Paiva, 1127 Parangaba
CEP – 60.000.000 – PABX: 3131-732

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAUDE
HOSP.DIST. MARIA JOSE BARROSO DE OLIVEIRA
FROTINHA DE PARANGABA



1500341453		27/08/2015 20:09:36		FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA		NOTURNO		8	
Paciente IVANILSON DE MENDONÇA SILVA				Data Nascimento 18/05/1986		Idade 29 A 1 M 9 D		CNS		CPF 00174137	
Tipo Doc Documento		Yrgão Emissor		Data Emissão		Sexo M		Estado Civil SOLTEIRO(A)		Raça/Cor PARDA	
Mãe RAIMUNDA DE MENDONÇA SILVA				Pai IRIMAR BATISTA SILVA		Naturalidade FORTALEZA - CE		Contatos (85) 9986-7458			
Endereço RUA - GONCALA ALVES RODRIGUES - 379 - PICI - FORTALEZA - CE											
Class. de Risco		Plano Convênio SUS - SISTEMA UNICO DE SAUDE		N° da Carteira		Validade		Autorização		Sis Prenatal	
Motivo do Atendimento		Caráter do Atendimento URGÊNCIA		Profissional do Atend.		Procedência		Temp.		Peso Pressão	
Setor		Tipo de Chegada DEMANDA ESPONTANEA		Procedimento Sol.				Registrado por: FRANCISCA.SANDRA			
Queixa Principal <i>Peterna</i>				Jamilis Vilorino Enfermeira COREN-CE 310534				☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue			
Anamnese de Enfermagem						GSC		TOTAL			
						AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456					
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)											
<i>Revisão de trauma do mto R</i>											
Exame Físico <i>Orelhas salientes com melero amarelado</i>											
Hipótese Diagnóstica <i>303790227</i>											
SADT - Exames Complementares											
☐ RAIO-X ☐ ULTRA-SOM ☐ TC ☐ SANGUE ☐ OUTROS:											
PRESCRIÇÃO								OBSERVAÇÃO			
Conduta											
☐ 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					
Impresso por: francisca.sandra Data Hora: 27/08/2015 20:10:43						HOSPITAL DISTRITAL MAR JOSE BARROSO DE OLIVEIRA ATESTO QUE COPIA CONFERE COM ORIGINAL FUNCIONARIO - MATRÍCULA 524					
						 1500341453					



Fortaleza

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
HOSP. DIST. MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA
FROTINHA DE PARANGABA
AV. Osório de Paiva n° 1127 - Parangaba - CEP 60.720-000
Fortaleza-Ceará
Telefones: (85) 3131-7323

ATESTADO MÉDICO DE COMPARECIMENTO

Boletim de Emergência - CAD.: _____

Atesto que o (a) Sr. (a) Jamilson de Mendonça
Silva

foi atendido (a) nesta Unidade de Saúde no dia 21/06/2015 às 14:00 hs.

Tendo como causa de socorro lesão lacerante com
4º e 5º quadrótilos esquerdos

Necessita de (sete) dias de afastamento das suas funções para recuperação. Apresentando o seguinte diagnóstico (CID) X X

X X X X X

Observações: X X X X X

X X X X X

X X X X X

Fortaleza-Co. 21 de junho de 2015

CRM 33333-87
Dr. Henrique N. B. Araújo

CRM - Médico (a)

Obs.: Este atestado é válido para as finalidades previstas no art. 86 do R.G.P.S., aprovado pelo Decreto N.º 60.501 de 14/03/67, e será expedido para justificativa de 01 (hum) a 16 (quinze) dias de afastamento.

Ambus



Fortaleza

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
MOSP. DIST. MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA
PROTINHA DE PARANGABA
AV. Osório de Palma nº 1127 – Parangaba – CEP 60.720-000
Fortaleza-Ceará – Telefone: (85) 3131 7322

ATESTADO MÉDICO DE COMPARECIMENTO

Boletim de Emergência - CAD.:

Atesto que o (a) Sr. (a) Liamilson de Mendonça Silva

foi atendido (a) nesta Unidade de Saúde no dia 28/06/15 às 14:42 hs.
Tendo como causa de socorro Retorno para reavaliação
médica

Necessita de quinta 15 dias de afastamento das suas funções para recuperação. Apresentando o seguinte diagnóstico (CID) _____

Observações:

Fortaleza-Ce, 28 de junho de 2015

Dr. ~~Antonio Pinto Filho~~
CRM - ~~1984.3043~~
Médico (a)

Obs.: Este atestado é válido para as finalidades previstas no art. 86 do R.G.P.S., aprovado pelo Decreto N.º 60.501 de 14/03/67, e será expedido para justificativa de 01 (hum) a 15 (quinze) dias de afastamento.

အကျဉ်းချုပ်



DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, e em virtude da faculdade que lhe é conferida por lei a requerer por escrito, que o SAMU 192 REGIONAL FORTALEZA prestou atendimento o Sr. **Ivanilson de Mendonça Silva**, no dia **21/06/2015**, às **09hs:54min**, na **Avenida Padre Antônio Tomás, Bairro Aldeota**. Sendo vítima de acidente de trânsito. Paciente atendido no local e removido para o **Hospital Distrital José Maria Barroso de Oliveira**.

Fortaleza, 11 de Novembro de 2015.

Atenciosamente,

Alexandre Magno Balthazar
Núcleo de Informática SAMU 192 Regional Fortaleza

Márcia Rebouças
Assist. da Gerência SAMU 192 Regional Fortaleza