



SUBSTABELECIMENTO SEM RESERVA DE PODERES

RODOLFO BENTO DA ROCHA, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/CE sob o nº 23.237 e FABRIZIO NEGREIROS DE AZEVEDO, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/CE sob o nº 35.011, ambos com endereço profissional na Av. Santos Dumont 1740, Loja 01, Aldeota, Fortaleza/CE, CEP 60.150-160, patronos do requerente, **SUBSTABELECEM SEM RESERVA DE PODERES**, na pessoa da **DRA. FABIANA NEGREIROS DE AZEVEDO, brasileira, solteira, advogada, inscrita na OAB/CE sob o nº 35.010**, com escritório profissional à Rua Francisco Segundo da Costa nº 107, sala 08, Edson Queiroz, Fortaleza/CE, CEP 60.811-650, os poderes passados por **FRANCISCO LAUDENI DA SILVA**, inscrito no CPF sob o nº 962.916.643-72, através de Instrumento Procuratório.

Fortaleza/CE, 03 de Maio de 2018.


FABRIZIO NEGREIROS DE AZEVEDO

ADVOGADO

OAB/CE 35.011


RODOLFO BENTO DA ROCHA

ADVOGADO

OAB/CE 23.237

PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA**OUTORGANTE:**

Nome: FRANCISCO LAUDENI DA SILVA		Nacionalidade: BRASILEIRO	
Estado Civil: CASADO	Profissão: AUTONOMO	Carteira de Identidade: 5531360537	
CPF n°: 962.916.643-72	Residência: VL NOVA		
Bairro: ZONA RURAL	Cidade: PINDORETAMA	Estado: CEARA	CEP: 62860-000

por este instrumento nomeio e constituo meu bastante procurador **RODOLFO BENTO DA ROCHA**, brasileiro, solteiro, advogado, RG 2024114 SSP/PI, CPF 013.970.053-60, devidamente inscrito na OAB/CE sob o nº 23.237 e **FABRIZIO NEGREIROS DE AZEVEDO**, brasileiro, solteiro, advogado, portador do RG de nº 97028055953 SSP/CE e CPF nº 010.324.993-11, devidamente inscrito na OAB/CE sob o nº 35.011, ambos com escritório profissional no seguinte endereço: Av. Santos Dumont, 1740 – Loja 01 – Aldeota - Fortaleza/Ceará - CEP 60.150-160, 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 este 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 o outorgante em 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 válido.

Fortaleza CE, 24/04/18

Francisco Laudeni da Silva

OUTORGANTE

[Redacted Signature Area]

DECLARAÇÃO

Nome: FRANCISCO LAUDENI DA SILVA		Nacionalidade: BRASILEIRO	
Estado Civil: CASADO	Profissão: AUTONOMO	Carteira de Identidade: 5531360537	
CPF nº: 962.916.643-72	Residência: VL NOVA		
Bairro: ZONA RURAL	Cidade: PINDORETAMA	Estado: CEARA	CEP: 62860-000

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, 24 de 04 de 18.

Francisco Laudeni da Silva

SINISTRO 3170385643 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA FRANCISCO LAUDENI DA SILVA

COBERTURA Invalidez

SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO GENTE

SEGURADORA S/A

BENEFICIÁRIO FRANCISCO LAUDENI DA SILVA

CPF/CNPJ: 96291664372

Posição em 01-08-2017 09:10:32

Pagamento liberado pela Seguradora Líder DPVAT.

Valor: R\$ 1.350,00

O prazo para recebimento da indenização no banco depende do tempo necessário ao processamento bancário, que é de até 5 dias úteis contados a partir da data de liberação.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
02/08/2017	R\$ 1.350,00	R\$ 0,00	R\$ 1.350,00

DELEGACIA MUNICIPAL DE CASCAVEL

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE CASCAVEL

Pag. 1 de 1

Impresso em: 05/06/2017 11:36:54

RODAVIA

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 439 - 1885 / 2017

Dados da OcorrênciaNatureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**Data / Hora da Comunicação: **05/06/2017 11:38:41**Data / Hora da Ocorrência: **07/05/2017 19:11:00**Endereço da Ocorrência: **VIA CE 356**

Complemento:

Bairro: **CAPIM DE ROÇA**Município: **CASCAVEL/CE**Ponto de Referência: **ESTRADA DA COLUNA****Dados da(s) Vítima(s)**Nome: **FRANCISCO LAUDENI DA SILVA**Nascimento: **16/08/1978** CPF:RG: **20073020049**Órgão Emissor: **SSP**

UF:

Filiação: **RAIMUNDA NONATA DA SILVA****FRANCISCO VITORIANO DA SILVA**Endereço: **RUA PREAOCA, 36 CASA**Bairro: **ZONA RURAL**CEP: **62.850-000**Município: **CASCAVEL/CE**País: **BRASIL**

Telefone:

Histórico

Afirma a vítima que sob as penalidades dos artigos 340 e 342 do CPB: QUE no dia e hora acima especificados estava conduzindo a motocicleta HONDA/CG 150 TITAN ESD, PLACA: NQT-1459, EM SEU NOME; Que, a vítima estava no endereço supra quando tentou desviar de um bêbado caiu dentro do buraco perdendo o controle do veículo, o registrante caiu no solo onde sofreu escoriações pelo corpo uma forte pancada na cabeça e no tórax ficou com olho roxo e cuspiendo sangue passou dois dias internado; Que, foi socorrido pela ambulância do SAMU levado para o Hospital IJTF local onde foi medicado e fez exames I; QUE estão em anexo as cópias: RG DA VITIMA, COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA, GUIA HOSPITALAR CERTIDÃO NARRATIVA DO SAMU, DOCUMENTAÇÃO DO VEICULO; QUE, VALE RESSALTAR QUE AS INFORMAÇÕES PRESTADAS POR OCASIÃO DESTES PROCEDIMENTOS, SÃO DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DO NOTICIANTE, E QUE A NÃO VERACIDADE DESTAS O SUEITA ÀS PENAS DA LEI (artigos 340 e 342 do CPB).

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE CASCAVEL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

Daniel Menezes Alencar Gonçalves - MAT.: 300274-1-8

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Francisco Laudeni da Silva

VISTO DO DELEGADO(A):

MARCIA JANINE ESPINDOLA - MAT.: 198859-1-7

DELEGACIA MUNICIPAL
DE POLÍCIA CIVIL DE CASCAVEL

CONGO DE CONTROLE
7F66.7C2C.BZE5.581F

A autenticidade deste comprovante deve-
ser confirmada na Internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 16:53:30 do dia 25/06/2013 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

CLASSIFICACAO
Anexo

2007022004 - P

DATA DE
EMISSAO 04/02/2007

NOME
FERNANDES LAUREN DA SILVA
FERNANDES
FERNANDES YVESSEN DA SILVA
ALDENORA APOLIA DA SILVA
MATEUS ALVES

DISCIPLINA - CE

NOC. GABINETE

CONT. GABINETE - CARTEIRA: 1

OFICIO TEND. 2220 PALL-2007

UF: RJ - 13 PERMUTUA - CE

DATA DE EXAMINACAO
16/09/1978

DE: ART. 204/47504

151107116 DE 20/02/08

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL ESTADO DO CEARÁ SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO MILTON BARRIOS DE SOUSA	Polegar Direito 	 Francisco Lourenço da Silva ASSISTENTE EM TI - 11.030 CARTEIRA DE IDENTIDADE
---	---	--

MINISTÉRIO DA FAZENDA

 

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número 962.916.643-72

Nome FRANCISCO LAUDENI DA SILVA

Nascimento 16/08/1978

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

6812485-6
Para agilizar seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002
Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 160
CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.106.848-3

enel

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | N° 470021504
Rota 33 20051 51 013810 - 0
Nome FRANCISCO LAUDENI DA SILVA
End. Postal VL NOVA 00000
PINDORETAMA - PINDORETAMA -
Medidor 3510215
Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASICO
RG/CPF/CNPJ 962916643-72
Nome do Responsável
Data de Emissão 17/03/2017
Posto 0000 X02N
Fator de Potência
CGF

DATAS
Mês de Referência: Mar/2017
Data de Apresentação: 18/04/2017
Previsão Próxima Leitura: 18/04/2017

ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO
Veja a legenda no verso desta conta.
Conjunta: CASABEL
Mês: Mar/2017
Padrão de Qualidade: 6,73

	Apuração Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC	11,01	22,03	44,07	0,00	0,00	0,00
FIC	7,74	15,49	30,99	0,00	0,00	0,00
DMIC	5,99			0,00		

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL
Base de Cálculo (R\$): ISENTO
Alíquota: ISENTO
Valor do Imposto: ISENTO

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. Pat.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
94	88	1,00	6	0,00	0,00	0,00	15,67

VALOR CONSUMO DO MES 15,67
COB. SALDO FATURA ANTERIOR 15,22
ADICIONAL BANDEIRA AMARELA MES (R\$ 0,36)

VENCIMENTO 26/04/2017
TOTAL A PAGAR (R\$) 30,89

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

	Valor (R\$)
Energia	9,47
Transmissão	9,47
Distribuição	9,47
Encargos Setoriais	1,55
Tributos (ICMS, PIS, COFINS)	1,07
TOTAL	15,67

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

Mês	Consumo (kWh)
Jan	
Fev	
Mar	
Abr	
Mai	
Jun	
Jul	
Ago	
Sep	
Out	
Nov	
Dez	

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)
Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.
Emitido kg (CO₂) 12,97
Compensado kg (CO₂) 0,00
Consciência Ecológica (%CO₂) 0,00

INFORMAÇÕES IMPORTANTES SOBRE O PAGAMENTO
bandeira de abril será vermelha (Patamar 1), com custo de R\$ 0,36
cada 100 kWh consumidos. Como o sinal para consumo é vermelho
maior custo, é importante utilizar a energia elétrica com eficiência
e combater o desperdício. Informações em www.enel.sp.gov.br



**PREFEITURA MUNICIPAL
PINDORETAMA**
Povo forte, governo de atitude

HCPNP
HOSPITAL E CENTRO DE PARTO NORMAL DE PINDORETAMA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PINDORETAMA

FICHA DE ATENDIMENTO

DATA: 29/10/16 RECEPCIONISTA: Patricio HORA: 18:35

PACIENTE: F^o Evandro Frites Sampaio

END.: Capim

BAIRRO: _____ D.N.: 02/10/58

FONE: _____ CADSUS: 99030006968

MÃE: M^{re} Juandine de Frites Sampaio

PA: _____ PESO: _____ FC: _____ FR: _____ T: _____

QUEIXA PRINCIPAL E DIAGNÓSTICO

QUEIXA PRINCIPAL: fraqueza com
dores e escoriações
em ambos os membros

DIAGNÓSTICO: Infarto agudo do miocárdio (MIAMI)
Acidente de trânsito

EVOLUÇÃO: () ALTA () ALTA A PEDIDO () ÓBITO () TRANSFERÊNCIA

() OBSERVAÇÃO () INTERNAMENTO EM ____/____/____ ÀS ____:____ HS.

Dr. Cicero J. Diniz
Assistente
CREMEC - 13.579

Dr. Cicero J. Diniz
Assistente
CREMEC - 13.579

PACIENTE OU RESPONSÁVEL

ASSINATURA DO MÉDICO

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por FÁBIANA NEGREIROS DE AZEVEDO e Tribunal de Justiça do Ceará, protocolado em 04/05/2018 às 11:35, sob o número 01292926620188060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0129292-66.2018.8.06.0001 e código 35F152A.



INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA



Emitido em: 17/05/2017 10:27:6

Por: EDUARDO MOREIRA

Registro de Atendimento Emergencial

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

DATA/HORA: 07/05/2017 21:20:46

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CNS: 707404006852078	NOME: FRANCISCO LAUDENI DA SILVA	Registro: 5507629
CPF:	RG: 20073020049	D. NASC: 16/08/1978
ESTADO CIVIL:	SEXO: M	RAÇA/COR: Parda
NOME DA MÃE: RAIMUNDA NONATA DA SILVA	NOME DO PAI: FRANCISCO VITORINO DA SILVA	
TIPO DE LOGRADOURO: Vila	ENDEREÇO DO PACIENTE: VILA NOVA	Nº: S/N
BAIRRO: FORQUILA	CEP: 62860000	UF: CE
COMPLEMENTO:	TELEFONE CONTATO:	MUNICÍPIO: PINDORETAMA

IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL

NOME: SAMU CE CASCAVEL USB 17 - CONDUTOR NETO	PARENTESCO: ALEXSANDRA - ESPOSA	TELEFONE: 988911011
---	---------------------------------	---------------------

ACIDENTE DE TRABALHO

TIPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:	COSIDO DO CNAER:
------------------	-------------------	---------------------	------------------

ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motociclista, Acidente de transporte sem colisão. Inclui: capotamento, queda ou projeção de uma motocicleta
QUEIXAS: colisão moto pedestre, otorragia intensa, cefaleia, sangramento oral
OBSERVAÇÕES: trauma maior, dor moderada

SINAIS VITAIS

LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Pública	Escala de Dor: Moderado	PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: AMARELO
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:		

ATENDIMENTO MÉDICO

Anamnese:

Exame Físico:

Conduta:

SERVIÇO DE PROTOCOLO - NF
RAE TIRADA
PELO SISTEMA E-SUS
DATA 17/05/2017
MATRÍCULA 13826
SERVIDORIA

TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:	
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:	
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:	
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:	CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:

RECEITUÁRIO

Nome: _____ BE/Prontuário: _____

Conforme Solicitado pela empresa
Carlos Roberto Gomes Filho segue
o CID referente ao paciente Francisco
Laucler da Silva.

• CID = 502.4

Dr. Jefferson Lucena
Cirurgia e Traumatologia
Bico Maxilo Facial
Residência HOF - CROICE 9182

Data: 17/05/17

Assinatura e Carimbo do Médico

PROCURE O IJF SOMENTE NOS CASOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
Rua Barão do Rio Branco, 1816 - Centro. CEP 60.025-061. Fone: 255-5000

MA 000.003 Versão 1 - 01/SET/06 - Via Única - Formato A5 (148x210).



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde



CERTIDÃO NARRATIVA

CERTIFICAMOS, em virtude da faculdade que nos é conferida por lei e, tendo em vista requerimento por escrito da parte interessada, que o **SAMU 192 CEARÁ** prestou atendimento ao Sr. **FRANCISCO LAUDENI DA SILVA**, portador do RG 20073020049 e inscrito no CPF 962.916.643-72, no dia 7/05/2017, às 19h11, no município de Cascavel/CE, na CE 356, na Estrada da Coluna, vítima de queda de moto, sendo o mesmo encaminhado para o **Hospital I.J.F. Centro - Instituto Dr. José Frota - Fortaleza - CE**. E para constar eu, Ana Cristine Medeiros Silva Ana Cristine Medeiros Silva, Assessora Técnica, lavrei a presente Certidão, a qual vai datada e assinada por MARIA DAS GRAÇAS TORRES, ASSESSORA EXECUTIVA.

Eusébio, 19 de Maio de 2017


Maria das Graças Torres
ASSESSORIA EXECUTIVA

SAMU 192 CEARÁ

Rua da Paz nº 29 e 30 - Centro Eusébio - Ce Fone: (85) 3433 7434 Fax: (85) 3260 2061
E-mail: samuceara.polo1@samu.saude.ce.gov.br

