



CPF

CPF

PROCURAÇÃO AD JUDICIA**OUTORGANTE**

NOME:	João Carlos Ribeiro da Silva
ESTADO CIVIL:	Solteiro
PROFISSÃO:	Autônomo
DOMICÍLIO:	Rua Alves Bezerra 547
RG/CPF/PIS PASEP:	96015034814

OUTORGADOS

JORGE ULISSES E SILVA FERREIRA LIMA, inscrito na OAB/CE sob o nº. 29.690, com escritório profissional situado na Rua Hercílio Pinheiro, nº 329, CEP 62960-000, Centro - Tabuleiro do Norte-CE.

Por meio do presente instrumento são outorgados amplos poderes, inerentes ao bom e fiel cumprimento deste mandato, bem como para o foro em geral, conforme estabelecido no artigo 105 da Lei nº 13.105, de 16 de março de 2015 (Código de Processo Civil), e os especiais para transigir, fazer acordo, firmar compromisso, substabelecer, renunciar, desistir, reconhecer a procedência do pedido, receber intimações, receber e dar quitação, praticar todos atos perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, e órgãos da administração pública direta e indireta, praticar quaisquer atos perante particulares ou empresas privadas, recorrer a quaisquer instâncias e tribunais, podendo atuar em conjunto ou separadamente, dando tudo por bom e valioso.

Local:

Fortaleza/CE

Data: 18 / 04 / 2020

JOÃO Carlos Ribeiro da SILVA

OUTORGANTE

**DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA****NOME:**

João Carlos Ribeiro da Silva

RG:

96015034814

SSP/e CPF:

370.055.10372

DECLARA de sã consciência e bem da verdade que VIVE E RESIDE em:**Logradouro:**

Rua Alves Bezerra 547

Complemento:**Bairro**

Canindezinho CEP: 60736130

Que a presente declaração é a expressão da verdade, a qual é feita nos termos e sob as penas da lei, pelo que me responsabilizo pela presente

Fortaleza/Ce, 18 DE Janeiro 2020

João Carlos Ribeiro da Silva



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Nome: João Carlos Ribeiro da Silva

Nacionalidade: Brasileiro Estado: Ceará Estado Civil: Solteiro

Profissão: Autônomo

Rg: 96015034814 SSP/ ee CPF: 370.055.103-72

Logradouro: Rua Alves Bezerra 547

Desejamos obter os benefícios da "Justiça Gratuita", declaramos, sob as penas da lei que não possuímos recursos suficientes para custear qualquer demanda, sem prejuízo do sustento próprio e da família, pelo que, nos termos da lei nº 1.060 de 05 de fevereiro de 1950, faz jus aos benefícios da gratuidade da justiça.

Fortaleza/Ce: 18 de Janeiro de 2020

João Carlos Ribeiro da Silva

SINISTRO 3190527307 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** JOAO CARLOS RIBEIRO DA SILVA**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** Compreve

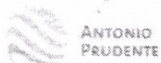
Previdência S/A-Filial Fortaleza-CE

BENEFICIÁRIO JOAO CARLOS RIBEIRO DA SILVA**CPF/CNPJ:** 37005510372**Posição em 03-10-2019 08:46:07**

O pedido de indenização está em fase final de análise na Seguradora Líder-DPVAT. Em breve, o pagamento da indenização será liberado.

Por gentileza, volte a consultar seu processo neste site dentro de 4 dias.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
04/10/2019	R\$ 2.532,60	R\$ 0,00	R\$ 2.532,60



FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Pagina 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

05/08/2019 11:12

Paciente: JOAO CARLOS RIBEIRO DA SILVA Dt. Nasc.: 18/04/1971 Atendimento: 60699164 Prontuário: 13083462
 Convênio: HAPVIDA MATRIZ Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 133223/2

Profissional(is): EUGENIA MARIA A. DE ABREU CRM 9194 [1] Nº: 41636103 19/07/2019 às 19:12

ANAMNESE

Queixa Principal REFERE ACIDENTE DE MOTO, COM TRAUMA EM OMBRO ESQ E JOELHO ESQ NO MOMENTO, DOR E REFERE IMPOTENCIA FUNCIONAL [1]

Queixa Principal

Diagnóstico Inicial 99 <CID10 NÃO AGRUPADOS> [1]

CID10 T009 TRAUMATISMOS SUPERFICIAIS MULTIPLOS NAO ESPECIFICADOS [1]

Alergias Não [1]

Medicação Em Uso Não [1]

Antecedentes Patológicos Familiar Não [1]

DIAGNÓSTICO

CID10 T009 TRAUMATISMOS SUPERFICIAIS MULTIPLOS NAO ESPECIFICADOS [1]

CID10 T009 TRAUMATISMOS SUPERFICIAIS MULTIPLOS NAO ESPECIFICADOS [1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

CONFERE O PRONTUÁRIO

LEANDRO 21082
Assinatura

ANTONIO
PRUDENTE

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Pagina 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

05/08/2019 11:13

Paciente: JOAO CARLOS RIBEIRO DA SILVA Dt. Nasc.: 18/04/1971 Atendimento: 60699164 Prontuário: 13083462
 Convênio: HAPVIDA MATRIZ Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 133223/2
 Profissional(is): EUGENIA MARIA A. DE ABREU CRM 9194 [1] Nº: 41640958 19/07/2019 às 21:55

ANAMNESE

Queixa Principal	paciente orientado ao jejum para redução sob anestesia	[1]
Queixa Principal		
Diagnóstico Inicial	99 <CID10 NÃO AGRUPADOS>	[1]
CID10	S400 CONTUSAO DO OMBRO E DO BRACO	[1]
Alergias	Não	[1]
Medicação Em Uso	Não	[1]
Antecedentes Patológicos Familiar	Não	[1]

DIAGNÓSTICO

CID10	S400 CONTUSAO DO OMBRO E DO BRACO	[1]
CID10	S400 CONTUSAO DO OMBRO E DO BRACO	[1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

CONFERE G. FERREIRA LIMA
 LEANDRO 21082
 assinado

ATESTADO MÉDICO

Atesto que atendi nesta data o(a) Sr(a) JOAO CARLOS RIBEIRO DA SILVA às 15:22, sendo necessário o seu afastamento do local de trabalho ou escola por 120 (CENTO E VINTE) dia(s), a partir de 30/07/2019, tendo como causa do atendimento o código abaixo:

S421

Código da Doença

Local e Data

Assinatura do Médico

DEGINALDO HOLANDA CHAVES

CRM 13202

[Assinatura]
DEGINALDO HOLANDA CHAVES
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC: 13202 / TEOT: 15385

Aceito a Colocação do CID. Assinado us _____

Codigo de Autenticação : BEWPE79N1E0K0



DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM.

TOMOGRAFIA - HAPFOR

NºPedido: 31999888

Data 20/07/2019

Pag 1 de 1

Paciente...: 13083462 JOAO CARLOS RIBEIRO DA SILVA

Nascimento.: 18/04/1971 Sexo: M

CPF.: 37005510372

Endereco...: R RUA PADRE RENATO 65 68 68 CANIDEZINHO FORTALEZA CE 607321 Tel.: 986666618

Convenio...: HAPVIDA MATRIZ

Matricula...: 83889000290001029

Solicitante: Dr(a) CARLOS DANIEL VERAS

Queixa Principal:

CONTUSAO

Exame:

TC JOELHO ESQUERDO

!_i'9L"

6070042241

MÉTODO: Obtidas imagens axiais sem o uso de contraste venoso.

ANÁLISE:

Derrame articular / hemartrose de moderado volume.

Fraturas cominutivas e desalinhadas das eminências tibiais.

Demais peças ósseas congruentes e com atenuação normal.

Espaços articulares com amplitudes conservadas.

Discreta entesopatia quadricipital.

Edema dos planos mioadiposos adjacentes.

GERSON BRUNO GARCIA DE SOUZA LIMA - CRM 11913-CE

Agendan penicia 139 INSS

ANTONIO
PRUDENTE

DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM.

TOMOGRAFIA - HAPFOR

NºPedido: 31989933

Data 20/07/2019

Pag 1 de 1

Paciente...: 13083462 JOAO CARLOS RIBEIRO DA SILVA

Nascimento...: 18/04/1971 Sexo: M

CPF.: 57005510372

Endereço...: R RUA PADRE RENATO 65 68 68 CANDEZINHO FORTALEZA CE 607321 Tel.: 986666618

Convenio...: HAPVIDA MATRIZ

Matricula...: 83889000290001029

Solicitante: Dr(a) ANDRE DE CASTRO ALC

Queixa Principal:

PQA

Exame:

TC ARTICULACOES EXTERNO CLAVIC

!_i'98"

6070042221

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO OMBRO ESQUERDO

PROCEDIMENTO:

Os cortes tomográficos computadorizados foram obtidos com aparelho multislice, com reconstruções multiplanares realizadas em axial, coronal, sagital e 3D, sem administração endovenosa do meio de contraste iodado hidrossolúvel.

Os seguintes aspectos foram observados:

- Fratura cominutiva do tubérculo maior umeral, com discreto desalinhamento dos fragmentos ósseos.
- Edema de partes moles adjacentes.
- Musculatura estudada simétrica e com densidade homogênea e sem alterações detectáveis pelo método.
- Demais estruturas ósseas com formas, contornos e textura do seu trabeculado dentro dos parâmetros da normalidade.
- Espaços articulares da preservados.

LUIZ HENRIQUE DE SA - CRM 164045-SP



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
 POLÍCIA CIVIL
 DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO
 Impresso nº 2019551810



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 2678 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
 Data / Hora da Comunicação: **12/08/2019 09:49:02**
 Data / Hora da Ocorrência: **19/07/2019 17:10:00**
 Endereço da Ocorrência: **AVENIDA SILAS MUNGUBA**
 Complemento:
 Bairro: **SERRINHA** Município: **FORTALEZA/CE**
 Ponto de Referência: **PROX AO MATEL CONTAINER**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **JOAO CARLOS RIBEIRO DA SILVA**
 Nascimento: **18/04/1971** CPF: **370.055.103-72**
 CNH: **05368043230** Orgão Emissor: **DETRAN** UF: **CE**
 Filiação: **MARIA RIBERIO DA SILVA**
RAIMUNDO BARRAO DA SILVA
 Endereço: **RUA ALVES BEZERRA, 547**
 Bairro: **CANINDEZINHO**
 Município: **FORTALEZA/CE** CEP: **60.736-130**
 País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98666-6618**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: PMG7754 Uf: CE Município: FORTALEZA Chassi:
9C2KC1680FR593635 Renavam: 1052566216 Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: HONDA/CG150 FAN ESDI Ano
 Fabricação: **2015** Ano Modelo: **2015** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**
 Cor: **PRETA** Proprietário: **JOAO CARLOS RIBEIRO DA SILVA Situação:**
NÃO INFORMADO Envolvimento: COLISAO

Histórico

AFIRMA O DECLARANTE QUE NA DATA, HORA E LOCAL CITADOS; QUE PILOTAVA A MOTOCICLETA DE SUA PROPRIEDADE DE PLACA PMG-7754-CE; QUE TRAFEGAVA PELA AV. SILAS MUNGUBA NA FAIXA DA ESQUERDA A CAMINHO DO TRABALHO; QUE UM OUTRO VEICULO CARRO DE PLACAS NÃO ANOTADAS, QUE VINHA NO MESMO SENTIDO DA VIA E AO TENTAR ULTRAPASSAR A MOTO DA VITIMA NA VIA, OCASIONOU A COLISÃO NA VIA; QUE, APÓS O IMPACTO, A VITIMA FOI AO SOLO E FICOU LESIONADA; QUE O CAUSADOR DO ACIDENTE EVADIU-SE DO LOCAL; QUE A VITIMA FOI SOCORRIDA PELA SUA ESPOSA, SENDO LEVADA PARA ATENDIMENTO NO HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE. E NADA MAIS DISSE.///
 OBS.:FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO NO ART. 340 DO CPB.
 PRAZO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL:6 MESES.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

CRISTIANO ALEX NOGUEIRA DA SILVA - MAT.: 300518-1-5

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

JOAO CARLOS RIBEIRO DA SILVA

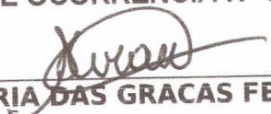


GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO
Impresso nº 2019551810



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 2678 / 2019

VISTO DO DELEGADO(A) :


MARIA DAS GRACAS FERREIRA UCHOA - MAT.: 166161-1-7





HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

AV AGUANAMBI, 1827 - FÁTIMA 3269-4001

60055-540 FORTALEZA - CE

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo: ANTONIO LUIZ VIEIRA GONCALVES

CRM: 12444 UF: CE

AV AGUANAMBI 1827 FÁTIMA 60055401 Tel.
32694001

Cidade: FORTALEZA UF: CE

1ª Via retenção da Farmácia ou Drograria
2ª Via orientação ao Paciente

Dr. Antonio Luiz Vieira Gonçalves
Ortopedia - Traumatologia
Cirurgia Quadril
DETERMINAÇÃO TESTE 1303

CARIMBO OU ASSINATURA DO MEDICO

Paciente: JOAO CARLOS RIBEIRO DA SILVA

Endereço: RUA PADRE RENATO 65 68 68 CANIDEZINHO FORTALEZA CE 60732120 Tel. 986666618

Prescrição:

REVANGE ----- 01 CX

TOMAR 01 COMP 8/8h SE DOR FORTE

BIPROFENID 150mg ----- 01 C X

TOMAR 01 COMP 12/12h POR 05 DIAS

*Retorno Tobex 31 manhã com
de desinfectado*

Data : 20/07/2019

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: Elizka Mayara

Salvador Costa Silva

Ident: 3961876 Orgão Emissor:

End: R. Alves Pereira

547. Parque São

Isidoro

Cidade: Fortaleza UF: CE

Telefone: 98674-3467

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico Data: 1/1

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
NOME JOAO CARLOS RIBEIRO DA SILVA	
DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF 96015034814 SSP CE	DATA NASCIMENTO 18/04/1971
CPF 370.055.103-72	PERMISSÃO ACC CATAS AB
FORMAÇÃO RAIMUNDO BARRAO DA SILVA MARIA RIBERIO DA SILVA	
Nº REGISTRO 05368043230	VALIDADE 03/08/2022
1ª HABILITAÇÃO 02/12/2011	
OBSERVAÇÕES SEM OBSERVAÇÃO;	
ASSINATURA DO PORTADOR JOAO CARLOS RIBEIRO DA SILVA	
LOCAL FORTALEZA, CE	DATA EMISSÃO 11/08/2017
ASSINATURA DO EMISSOR IOR VASCONCELOS PONTE	44701450845 CE160764076
CEARA	

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1496700673

PROIBIDO PLASTIFICAR
1496700673

Nº DO CLIENTE

9899638

Para agilizar seu atendimento, utilize o QR código 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, 150

CEP 60135-040 | Fortaleza CE

CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº

1961

Rota

13 01250 15 166200 - 5

Data de Emissão

02/2019

Nome

JOAO CARLOS RIBEIRO DA SILVA

End. Postal

RU ALVES BEZERRA 00547

CANINDEZINHO - FORTALEZA - 60 11.130

Medidor

11950843

Poste

0000 U33W

Classe

B1 - 01-RESIDENCIAL 01-NORMAL MONOFASICO

RG / CPF / CNPJ

370055103-72

CGF

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência

Fev/2019

Data da Apresentação

23/02/2019

Previsão Próxima Leitura

27/03/2019

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Vaia a legenda de qualidade desta conta:

Conjunto

Dez/2018

EUSD 46,91

Mês

DICI= 0,00 P

ICMS

Base de Cálculo (R\$)

10,16

Alíquota

27,00%

Valor do Imposto

2,74

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

5140,1836,6764,6777,5367,6300,5900,8960

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual

17373

Leit. Anterior

17023

Const.

1,00

Consumo (kWh)

146

Cons. Incl.

0,00

Cons. Excl.

0,00

Tarifa (R\$/kWh)

1,00

Valor (R\$)

107,16

DESCRIÇÃO

VALOR CONSUMO DO MES

107,16

ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL

9,50

VENCIMENTO

10/03/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

116,66

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Transmissão

4,19

Distribuição

22,40

Encargos Setoriais

6,00

Tributos (ICMS, PIS, COFINS)

35,26

TOTAL

107,16

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

169

146

166

196

0

0

0

0

0

0

0

0

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg(CO₂)

Compensado kg(CO₂)

Consciência Ecológica (% CO₂)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E ANISOS DE VENCIMENTO

SEU NÚMERO DO CLIENTE SEM O DÍGITO VERIFICADOR.

Chame os vizinhos e participe de uma reunião de condomínio para discutir a dengue, zika e chikungunya. Ministério da saúde. Gov. Federal

A ENEL AGRADECE E PARABENIZA PELA PONTUALIDADE NOS SEUS PAGAMENTOS.

Consta desta fatura R\$ 6,30 referente a PIS e COFINS. Alíquotas: PIS:0,9% e COFINS:4,93%

Bandeira verde em fev-19, sem acréscimo no valor da energia a ser repassado para o consumidor. Informações: www.enel.gov.br