



NAJMA SAID

Advocacia e Consultoria

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE	Francinildo Silva dos Santos		
NACIONALIDADE	Brasileiro	NATURAL	
RG	95002039202 SSP-CE	ESTADO CIVIL	Solteiro
CPF	831.982.613-68	PROFISSÃO	Câmera man
ENDEREÇO	Av. Sargento Hermínio Fampaio, 5637, casa A		
BAIRRO	Antônio Bezerra	CEP	60.140-000
MUNICÍPIO / UF	Fortaleza / CE		
FONES			
E-MAIL			

OUTORGADA: NAJMA MARIA SAID SILVA, brasileira, solteira, advogada, devidamente inscrita na OAB/CE sob o nº 28.394, portadora do RG nº 93002103354 SSP/CE e CPF nº 694.678.033-72, com escritório profissional na Rua Antônio Drumond, 1051, Monte Castelo – Fortaleza – CEP 60.325-700.

PODERES: Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante nomeia e constitui, a outorgada, sua bastante procuradora, conferindo-lhe os poderes da cláusula "ad judicium et extra", podendo agir em conjunto ou separadamente perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, bem como conferindo os poderes especiais para promover a Ação Judicial competente para o **recebimento da indenização que lhe cabe, como beneficiário, em virtude de acidente de trânsito, cobertos pelo seguro DPVAT**, junto a qualquer companhia de seguro conveniada a FENASEG, participante do Convenio DPVAT, podendo firmar compromissos, contratos, promover ações de seu interesse, podendo representar em qualquer juízo com poderes para promover; acordos judiciais e extrajudiciais e demais atos necessários dos interesses dos serviços contratados podendo ainda, transigir, requerer, desistir, renunciar, juntar e retirar documentos, assinar livros, termos, recibos, receber e dar quitações, firmar autorizações de pagamentos ou créditos de indenização de sinistro **receber intimações para audiência e perícias médicas**, em nome do outorgante, enfim todos os poderes necessários para o cumprimento amplo do objeto do presente mandato.

FORTALEZA (CE), 20 de janeiro de 2020.

Francinildo Silva dos Santos

outorgante

Najma Said

OAB/CE 28.394

☎ 85. 98799.2088 / 99955.5507
 ✉ najma.said.adv@gmail.com
 📍 najmasaid.adv
 📍 Rua Antonio Drumond, 1051,
 Loja C, Monte Castelo



Najma Said

Advocacia e Consultoria

Dra. Najma Said – OAB/CE 28.394

Fones: (85) 98799.2088 / 99955.5507

Rua Antonio Drumond, 1051 C – Monte Castelo – Fortaleza-CE.

E-mail: najma.said.adv@gmail.com

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIENCIA

Eu, Francinildo Silva dos Santos, Brasileiro(a),
solteiro, cônego, portador da Carteira de
Identidade/RG nº 95002039202-SSP/CE, e inscrito no CPF/MF sob o
nº 831.982.613-68, residente e domiciliado na cidade de
Fortaleza, estado Ceará, na Rua
Av. Sargento Hermínio Fampaio, Nº 5637, Casa A,
declaro para os devidos fins que possuo hipossuficiência financeira, não possuindo condições de
arcar com custas processuais e honorários advocatícios sem prejudicar o meu sustento próprio e o
de minha família, consoante o que dispõe a Lei nº 1.050/60.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

Fortaleza (CE), 20 de janeiro de 20 20.

Declarante

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSLITO
CARTEIRA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

CE

NOME
FRANCINILDO SILVA DOS SANTOS

DOC IDENTIDADE / OUTRO EMISSOR
95002039202 SSP/RS CE

CPF
831.982.613-68 DATA NASCIMENTO
26/07/1981

FUNÇÃO
FRANCISCO BEZERRA DOS SANTOS
CELIA SILVA DOS SANTOS

PRIMEIRO
ACD
CALHES
AB

Nº INSCRIÇÃO
06062609591

VALIDADE
03/07/2023

1ª EMISSÃO
06/05/2014

OBSERVAÇÃO
SEM OBSERVAÇÃO

ASSINATURA DO PORTADOR
Francinildo Silva dos Santos

LOCAL
FORTALEZA, CE DATA EMISSÃO
06/07/2018

ASSINATURA DO EMISSOR
24591635119
CE165736879

CEARA

PROIBIDO PLASTIFICAR
1655638115

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1655638115

1213665

Este documento é uma cópia digitalizada do original. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0206305-73.2020.8.06.0001 e código 5D6DFA5.

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | Nº

Hora: 10/17/2019

Nome: ELIA SILVA DOS SANTOS

Endereço: AV SGT HERMINIO, 05637 - CS A, ANTONIO BEZERRA, 60110-000, FORTALEZA

Classificação: Residencial Pleno

Modalidade Tarifária: B1 RESIDENCIAL

Ligação: Monofásico

Referência: 08/2019

Emissão: 26/08/2019

Medidor: 1350819-FAE-006

ÁREA RESERVADA AO FISCO

UF59B02644EE57735079E5204E7TE99A

DATAS DE LEITURA

P.F.: 31 dias

Anterior

26/07/2019

Atual

26/08/2019

Próxima prevista

25/09/2019

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)**DADOS DA MEDIÇÃO**

Posto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo Mês (kWh)	Consumo Incl. (kWh)	Consumo Excl. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
F7	28.136	28.054	1,00	82	82	82	0,80768	66,23

DADOS DO FATURAMENTO

CIP - ILUM PUB PRET MUNIC
ADICIONAL BAND. AMARELA
ADICIONAL BAND. VERMELHA
CONSUMO
COB CASA SEGURA 0800 6000560
MULTA

TARIFA**VALOR (R\$)**

-	5,41
0,00329	0,27
0,05073	4,16
0,80768	66,23
-	7,90
-	1,35

Tributo:	Base (R\$):	Alíquota (%):	Valor (R\$):
ICMS	70,66	27,00	19,07
PIS	70,66	1,35	0,94
COFINS	70,66	6,16	4,33

VENCIMENTO

10/09/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

85,32

CONSUMO CONSCIENTE**CPF/CNPJ**

122.347.453-49

EMISSIONES DE CO₂ (kg/kWh) Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

0,201



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 2706 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **13/08/2019 13:57:07**
Data / Hora da Ocorrência: **02/07/2019 23:30:00**
Endereço da Ocorrência: **AVENIDA CORONEL CARVALHO**
Complemento: **C/ RUA BALDUINO FREITAS**
Bairro: **ANTONIO BEZERRA** Município: **FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência:



Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **FRANCINILDO SILVA DOS SANTOS**
Nascimento: **26/07/1981** CPF: **831.982.613-68**
RG: **95002039202** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
Filiação: **CELIA SILVA DOS SANTOS**
FRANCISCO BEZERRA DOS SANTOS
Endereço: **AVENIDA SARGENTO HERMINIO SAMPAIO, 5637 A**
Bairro: **ANTONIO BEZERRA**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98720-5544**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **PMW0562** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi:
9C2KC2210JR036458 Renavam: **1150837508** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CG 160 TITAN** Ano Fabricação:
2018 Ano Modelo: **2018** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **AZUL**
Proprietário: **FRANCINILDO SILVA DOS SANTOS** Situação: **NÃO**
INFORMADO Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

QUE COMPARECE A ESTA ESPECIALIZADA A FIM DE REGISTRAR, QUE NA DATA CITADA, TRANSITAVA PILOTANDO UMA MOTO DE PLACA PMW-0562 NA AV. CORONEL CARVALHO QUE AO PASSAR POR UM BURACO NA VIA, PERDEU O CONTROLE DA MOTO, CAINDO A VITIMA NO ASFALTO FICANDO LESIONADA E SENDO SOCORRIDA POR MEIOS PRÓPRIOS PARA O HOSPITAL DISTRITAL DR. EVANDRO AYRES DE MOURA - ANTONIO BEZERRA. E NADA MAIS DISSE./////////
OBS: FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO NO ARTIGO 340 DO CPB.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

FRANCISCO DELÂNIO CAMPELO ALMEIDA - MAT.: 404836-1-6

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Francinildo Silva dos Santos

VISTO DO DELEGADO(A) :

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

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIA

NOME DO PACIENTE FRANCINILDO SILVA DOS SANTOS		DADOS PESSOAIS		Nº DO PRONTUÁRIO 220618	Nº DO BE 300008
CADASTRO	NASCIMENTO 26/07/1981 (37 ANOS)	SEXO M	RACIA/COR PARDO		
DOCUMENTOS	ENDEREÇO AVENIDA SARGENTO HERMÍNIO SAMPAIO 5637 ANTÔNIO BEZERRA	NOME MÃE CÉLIA SILVA DOS SANTOS			
MOBILIDADE NI	CE	CONTATO (85)98720-5544			
CPF 60.350-485					
LOCAL DA OCORRÊNCIA TRANSPORTE/DADOS DO ACIDENTE					
OCORRÊNCIA					
QUEIXA DOR EM REGIÃO CLAVICULAR ESQUERDA		CLASSIFICAÇÃO DE RISCO MOTIVO ACIDENTE DE MOTO		ESCALA DE DOR 99 (ADULTO)	
SINTOMAS NI	PRESSÃO ARTERIAL NI/NI	SAT O2 NI%	SINAIS VITAIS		
PESO NI KG	ALERGIAS NI	PULSO NI	GLICEMIA NI		
TEMPERATURA NI °C	RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO FRED OLIVEIRA BARROS		DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO 03/07/2019 00:03:37		
CLASSIFICAÇÃO VERDE					
ÁREA DE ATENDIMENTO ATENDIMENTO TRAUMA					
ATENDIMENTO MÉDICO					

Fratura clavícula L + medula

303090/20

COD. PROCEDIMENTO

() JAC () SU () US ABDOMINAL () TC CRANIO () RAIOS-X () OUTROS

MEDICAMENTO	PRESCRIÇÃO MÉDICA APRAZAMENTO	OBSERVAÇÕES

TIPO DE ALTA/SAÍDA

() DECISÃO MÉDICA () A PEDIDO () EVASÃO () TRANSFERÊNCIA () INTERNAÇÃO ÓBITO: () ATÉ 48 HORAS () APÓS 48 HORAS

DESTINO DO CORPO: () FAMÍLIA () IML () ANAT. PATOL

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA

Impresso por Fred Oliveira Barros em 03/07/2019 às 00:03:40
Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 299 do Código Penal

FRANCINILDO SILVA DOS SANTOS

Hospital Distrital Dr. Evandro Ayres de Moura
ATESTO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL

Marcia Ramos
Marcia Ramos
Mat. 45632
Coordenador do SAME - HN FAM