

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA ECONÔMICA

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Francisco Thiago da Silva, brasileiro, solteiro, Autônomo, portador do Rg: 95027006357 SSP/CE, CPF: 639.877.003-68, com domicílio e residência na rua Araraquana, N° 180, sala 2, bairro Vila Rica, na cidade de Fortaleza, CEP: 60721-330, Estado do Ceará.

OUTORGADO: Nomeia e constitui como bastante procurador para defender seus direitos fundamentais e interesses jurídicos, Dr. **FRANCISCO WAGNER BARBOSA DE ALENCAR FILHO**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/CE sob o nº 29.811 e a Dra. **SARAH BASTOS DE ALENCAR**, brasileira, solteira, advogada, inscrita na OAB/CE 33.781, ambos com escritório profissional na Avenida Desembargador Moreira, nº 2120, sala 1304, Bairro Aldeota, na Cidade de Fortaleza, no Estado Ceará, recebendo a comunicação de quaisquer atos processuais neste endereço.

PODERES: Por este instrumento particular de mandato, o OUTORGANTE confere aos OUTORGADOS plenos poderes para o foro em geral, com a cláusula *ad judicium* e *et extra*, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-lo nas contrárias, seguindo uma e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando, conferindo-lhe, ainda, os poderes especiais para *receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, receber, dar quitação, firmar compromisso e assinar declaração de hipossuficiência econômica*, conforme estabelecido no Art. 105 do Código de Processo Civil (Lei 13.105/2015), agindo em conjunto ou separadamente, podendo ainda substabelecer esta a outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, enfim, praticar todos os atos processuais que ache oportuno e conveniente para o fiel cumprimento deste mandato, dando tudo por bom, verdadeiro, firme e valioso.

Fortaleza, 09 de março de 2019.

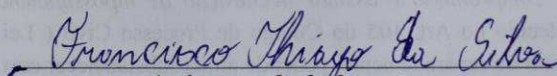
Francisco Thiago da Silva
OUTORGANTE

Av. Desembargador Moreira, nº 2120, sala 1304, Bairro Aldeota, CEP: 60.170-002, Fortaleza-CE /
E-mail: wsdprivat.juridico@gmail.com | (85) 98786-0818 (85) 988882031

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

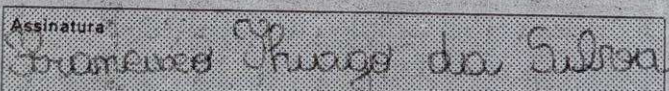
Declaro, também, para os devidos fins, ser pobre, na forma e sob as penas da Lei nº 7.115/83, não podendo, assim, arcar com as despesas advindas desse processo sem que haja prejuízo do sustento meu e de minha família.

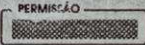
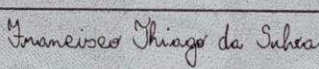
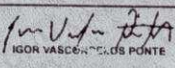
Fortaleza - CE, 09 de março de 2019.


Assinatura do declarante

Av. Desembargador Moreira, nº 2120, sala 1304, Bairro Aldeota, CEP: 60.170-002, Fortaleza-CE /
E-mail: wsdpvat.juridico@gmail.com | (85) 98786-0818 (85) 988882031

 MINISTÉRIO DA FAZENDA Secretaria da Receita Federal	
CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS	
Nome FRANCISCO THIAGO DA SILVA	
Ng de Inscrição 619877003-68	Data do Nascimento 18/05/82
	

Este documento é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF, vedada a exigência por terceiros, salvo nos casos previstos na legislação vigente.	
Assinatura  FRANCISCO THIAGO DA SILVA	
S E R P R O	VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
	Emitido em : 06/03/96

 REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO		
NOME FRANCISCO THIAGO DA SILVA		
	DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF 95027006537 SSPDC CE	
	CPF 619.877.003-68	DATA NASCIMENTO 18/05/1982
	FILIAÇÃO JOSE GILDASIO DA SILVA MARIA IVANIZA DA SILVA	
	PERMISSÃO 	ACC 
Nº REGISTRO 04566673304	VALIDADE 26/12/2023	1ª HABILITAÇÃO 06/02/2009
OBSERVAÇÕES EAR;		
ASSINATURA DO PORTADOR 		
LOCAL FORTALEZA, CE	DATA EMISSÃO 02/01/2019	
ASSINATURA DO EMISSOR 		02867158305 CE168530430
CEARÁ		

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1668309152

PROIBIDO PLASTIFICAR
1668309152

10263315

de 26 de abril de 2002

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Vasconcelos, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07047291-0001-70 | CGF 06.105.848-3

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

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | Nº 023091697

Rota F0H06U27 - 130700
Nome VIVIANE GUIMARAES BRITO
Endereço RU ARARAQUARA, 00180 - 00180 180 CS 2, VILA PERY,
60721-130, FORTALEZA
Classificação Resid. Baixa Renda
Modalidade Tarifária B1 RESIDENCIAL
Ligação Monofásico

Emissão 09/10/2019
Medidor 6349694-ELE-626

ÁREA RESERVADA AO FISCO
9EBFF5C5C9C03C2A4642D03A711EA7F9

DATAS DE LEITURA P.F.: 29 dias
Anterior 10/09/2019 Atual 09/10/2019 Próxima prevista 17/11/2019

DADOS DA MEDIÇÃO

Posto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo Mês (kWh)	Consumo Incl. (kWh)	Consumo Excl. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FP	575	479	1,00	96	00	96	0,26333	25,28

DADOS DO FATURAMENTO

TARIFA	VALOR (R\$)
CIP - ILUM PUB PREF MUNIC	4,49
COFINS COMPL BX RENDA	0,06
DESCONTO BAIXA RENDA	-24,77
CONSUMO SEM SUBVENÇÃO	24,77
CREDITO DE PEQUENOS VALORES	-31,54
JUROS MORATÓRIOS	0,13
CONSUMO DE 000 KWH ATE 030 KWH	0,17633
CONSUMO DE 030 KWH ATE 100 KWH	0,30288
ADICIONAL BAND. AMARELA	0,00733
ADICIONAL BAND. VERMELHA	0,04533

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)

Tributo: Base (R\$): Aliquota (%): Valor (R\$):

ICMS	0,00	0,00	0,00
PIS	51,63	0,03	0,00
COFINS	51,63	0,14	0,08

VENCIMENTO 16/10/2019 **TOTAL A PAGAR (R\$)** 0,00

CONSUMO CONSCIENTE CPF/CNPJ 026.629.793-56

EMISSIONES DE CO₂ (kg/kWh). Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.
Emitido kg (CO₂) 37,47 Compensado kg (CO₂) 0,00 Consciência Ecológica (%CO₂) 0,00

INFORMAÇÕES AO CLIENTE

Períodos: Band. Tarif.: Vermelha : 11/09 - 30/09 Amarela : 01/10 - 09/10



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO
Impresso nº 2019774752



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 3627 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **29/10/2019 10:42:58**
Data / Hora da Ocorrência: **03/10/2019 07:10:00**
Endereço da Ocorrência: **AV SARGENTO HERMINIO SAMPAIO, PADRE ANDRADE - FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência: **EM FRENTE A GUARARAPES**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **FRANCISCO THIAGO DA SILVA**
Nascimento: **18/05/1982** CPF: **619.877.003-68**
RG: **95027006537** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **MARIA IVANIZA DA SILVA**
JOSÉ GILDASIO DA SILVA
Endereço: **RUA ARARAQUARA, 180 CASA 2 ALTOS**
Bairro: **VILA PERI**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP: **60.721-130**
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 99145-6878**

Dados do(s) Veículo(s)

- 1) Placa: **HYJ5910** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **9BWCA05X83T089602** Renavam: **796396620** Tipo do Veículo: **AUTOMOVEL** Marca / Modelo: **VW/GOL 1.0 CITY** Ano Fabricação: **2002** Ano Modelo: **2003** Combustível: **GASOLINA** Cor: **CINZA** Proprietário: **SANDRA MARIA ANDRADE DA COSTA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**
- 2) Placa: **POT9259** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **9C2KC2500KR012020** Renavam: **1175420104** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 160 START** Ano Fabricação: **2018** Ano Modelo: **2019** Combustível: **GASOLINA** Cor: **VERMELHA** Proprietário: **MARIA IVANIZA DA SILVA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

AFIRMA O DECLARANTE QUE NA DATA, HORA E LOCAL CITADOS; QUE PILOTAVA A MOTOCICLETA DE PLACA POT-9259-CE; QUE TRAFEGAVA PELA AV. SARGENTO HERMÍNIO SAMPAIO NA FAIXA DA ESQUERDA; QUE UM OUTRO VEICULO DE PLACAS HYJ-5910, QUE VINHA NO MESMO SENTIDO DA VIA E QUE ESTAVA NA FAIXA DA DIREITA E AO TENTAR EFETUAR UMA CONVERSAO A ESQUERDA NA VIA, OCASIONOU A COLISÃO COM A MOTO EM QUE ESTAVA A VITIMA NA VIA; QUE, APÓS O IMPACTO, A VITIMA FOI AO SOLO E FICOU LESIONADA; QUE O CAUSADOR DO ACIDENTE PERMANECEU NO LOCAL; QUE A VITIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU, SENDO LEVADA PARA ATENDIMENTO NO FROTINHA DO ANTONIO BEZERRA. E NADA MAIS DISSE.///

OBS.: FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO NO ART. 340 DO CPB.
PRAZO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL: 6 MESES.

Thiago



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO
Impresso nº 2019774752



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 3627 / 2019

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 10. DISTRITO POLICIAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

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

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Gonçalves Thiago da Silva

VISTO DO DELEGADO(A) :

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

FRANCISCO MARDÔNIO SALMITO DE ALMEIDA

ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA

CREMEC - 4411 - CPF: 122.369.423-20

RELATÓRIO MÉDICO

Relato, para os devidos fins, junto ao DPVAT, que o Sr.(a):

Francisco TMISSO do Silve

03/10/2019

vítima de acidente de trânsito, em 01/10/2019, sofreu:

Lesões Neuromusculares do Tornozelo 1)
Neuroma no pé direito

e submeteu-se a tratamento(s):

Redução medicamentosa

Imobilização

Medicamentos

encontra-se de alta clínica, e apresenta invalidez permanente, com grau de incapacidade funcional irreversível de:

Lesão crônica no tornozelo
Dor, desconforto

movimento claudicante

Imobilidade no tornozelo

Não realiza movimentos com carga

limitação funcional

Prejuízo de saúde

Atividade de trabalho

04/12/2019

Dr. Francisco Mardônio Salmito de Almeida
CREMEC 4411

Rua Guilherme Rocha, 1201 - Centro - Fortaleza - Ceará.

SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU
SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO ESTATÍSTICO - SAME



Prefeitura de
Fortaleza
Secretaria Municipal de Saúde



DECLARAÇÃO



192

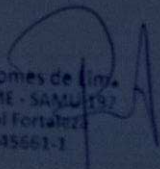
Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento ao Sr. **Francisco Thiago da Silva** - C.P.F. - **619.877.003-68**, no dia **03/10/2019**, às **07h40min**, na **Avenida Sargento Herminio Sampaio**, no **Bairro Padre Andrade**, vítima de acidente de trânsito.

Declaramos ainda que segue em anexo cópia do Prontuário do Atendimento acima mencionado.

Documento requerido por meio do Processo nº **P902046/2019**.

Fortaleza, 16 de Outubro de 2019.

Atenciosamente,


Roberto Gomes de Lima
Coord. SAME - SAMU 192
Regional Fortaleza
Mat. 45661-1

Roberto Gomes de Lima
Coordenação - SAME
SAMU 192 Regional Fortaleza


Marcelo César Campos Cabral
SAME-SAMU 192
Regional Fortaleza
Mat. 41590-1

Marcelo César Campos Cabral
Responsável - Protocolo
SAMU 192 Regional Fortaleza

[illegible]

 Prefeitura de Fortaleza		PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE HOSPITAL DISTRITAL EVANDRO AYRES DE MOURA ANTÔNIO BEZERRA		SUS	
REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIA					
DADOS PESSOAIS NOME DO PACIENTE FRANCISCO THIAGO DA SILVA			Nº DO PRONTUÁRIO 230577		Nº DO SE 317730
CADSUS DOCUMENTOS CADASTRO DE PESSOA FÍSICA (CPF): 619877033-68			NASCIMENTO 18/05/1982(37 ANOS)		SEXO M RACIÃO COR PARDO
NOME RESPONSÁVEL SAMU USB 20 OC.			NOME MÃE MARIA IVANIZA DA SILVA		
MUNICÍPIO FORTALEZA		UF CE		ENDEREÇO RUA JOAQUIM MANUEL DE MACÊDO 285 PICI	
CEP 60.511-017		CONTATO (85)99145-6878			
OCORRÊNCIA					
LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/DADOS DO ACIDENTE					
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO					
QUEIXA ATENDIDO PELO SAMU NO LOCAL DA OCORRÊNCIA COM DOR NO MID E ESCORIAÇÕES NA MÃO D APOS COLISÃO HA 1 HORA				MOTIVO COLISÃO CARRO X MOTO	
SINTOMAS NI				ESCALA DE DOR 99 (ADULTO)	
SINAIS VITAIS					
PESO NI KG		PRESSÃO ARTERIAL NI/NI		SAT O2 NI%	
TEMPERATURA NI °C		ALERGIAS NI		PULSO NI	
CLASSIFICAÇÃO AMARELO		RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO MARIA HELENA RODRIGUES		DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO 03/10/2019 08:22:32	
ÁREA DE ATENDIMENTO					
ÁREA DE ATENDIMENTO ATENDIMENTO TRAUMA					
ATENDIMENTO MÉDICO					
ANAMNESE					
DIAGNÓSTICO					
SADT SOLICITADO: () HC () SU () US ABDOMINAL () TC CRÂNIO () RAIO-X () OUTROS					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
MÉDICAMENTO			APRAZAMENTO		
<i>Rx perire D</i> <i>Antibiótico D</i> <i>Curativo do ferimento D + Talco</i> <i>Medicação e observação + Análise</i>					
TIPO DE ALTA/SAÍDA					
ALTARSAÍDA () DECISÃO MÉDICA () A PEDIDO () EVASÃO () TRANSFERÊNCIA () INTERNAÇÃO ÓBITO: () ATÉ 48 HORAS () APÓS 48 HORAS DESTINO DO CORPO: () FAMÍLIA () IML () ANAT. PATOL					
DATA E HORA DO ATENDIMENTO			CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA		
Impresso por MARIA HELENA RODRIGUES em 03/10/2019 às 08:22:36 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.					
303090286 Dr. Rogério Aguiar Ximenes Médico CRM: 6919 Hospital Distrital Dr. Evandro Ayres de Moura ATESTO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL Marcia Ramos 45632 WDEAM					

991456878

✓

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3190677043 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA FRANCISCO THIAGO DA SILVA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE

INDENIZAÇÃO INVESTPREV Seguradora S/A-Filial Fortaleza - CE

BENEFICIÁRIO FRANCISCO THIAGO DA SILVA

CPF/CNPJ: 61987700368

Posição em 24-12-2019 23:07:32

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
27/12/2019	R\$ 843,75	R\$ 0,00	R\$ 843,75