

PROCURAÇÃO AD JUDICIA**OUTORGANTE**

NOME:	Francisco Ivan da Silva Sousa Filho
ESTADO CIVIL:	Solteiro
PROFISSÃO:	Autônomo
DOMICÍLIO:	R. Vinte e cinco de Dezembro, 53, mal Cozinhado, A, 62880-850
RG/CPF/PIS PASEP:	625.555.963-72
TELEFONE:	85 98776-3537

OUTORGADOS

ERIKA LOIOLA AMORIM, brasileira, solteira, inscrito na OAB/CE sob o nº. 42.472 e **FELIPE REINALDO RABELO LEAL**, brasileiro, divorciado, escrito na OAB/CE sob o nº 17.528 com escritório profissional situado na Rua Barão do Rio Branco, 1779, Centro, Fortaleza- 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, ficando ciente que será deduzido em caso de êxito percentual de 30% do valor da causa.

Local: Fortaleza - CearáData: 22 / 01 / 2020X Fco IVAN DA SILVA



RABELO LEAL ADVOCACIA e SERVIÇOS DE SEGUROS

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIANome: Francisco Ivan da Silva Sousa FilhoNacionalidade: Brasil Estado: Ceará Estado Civil: Solt.Profissão: AutônomoRg: 45002539795 SSP/ -CPF: 625555 96372Logradouro: R. Vinte cinco de dezembro, 53, mal cozinhado, 62880850

Desejamos obter os benefícios da "Justiça Gratuita", declara, sob as penas da lei que não possui 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: 22 de Janeiro de 2020Fco IVAN DA SS Filho



INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA



Registro de Atendimento Emergencial

Emitido em: 16/07/2019 8:21:14

Por: EDUARDO MOREIRA

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL							
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE							DATA/HORA: 20/06/2019 21:59:06
CNS: 700004096385802	NOME: FRANCISCO IVAN DA SILVA SOUSA FILHO			Registro: 5622480			
CPF: 62555596372	RG: 95002539795	D. NASC: 01/01/1982	ESTADO CIVIL:	SEXO: M	RAÇA/COR: Parda		
NOME DA MÃE: LIDUINA MARQUES NASCIMENTO				NOME DO PAI: FRANCISCO IVAN DA SILVA SOUSA			
TIPO DE LOGRADOURO: Avenida	ENDEREÇO DO PACIENTE: VINTE E CINCO DE DEZEMBRO			Nº: 53	BAIRRO: MAL COZINHADO		
COMPLEMENTO: A	TELEFONE: 987763537	MUNICÍPIO: HORIZONTE		UF: CE	CEP: 62880850		
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL							
NOME: ELIZANGELA DE ALMEIDA COSTA		PARENTESCO: COMPANHEIRA		TELEFONE: 987763537			
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: Vítima de queda de moto (com capacete) apresentando dor torácica à E, fratura exposta em pé e escoriações em MMSS							
OBSERVAÇÕES: Problemas de extremidades (fratura exposta)							
SINAIS VITAIS							
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Outros	Escala de Dor: Leve	PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: AMARELO					
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:							
ATENDIMENTO MÉDICO							
Anamnese:							
Exame Físico:							
Condução:							
TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:							
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:							
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:							
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:					

TRABALHA

Esta é a sua Carteira de Trabalho e Previdência Social, criada pelo então Presidente Getúlio Vargas, em 1934, e posteriormente reformulada pela Lei nº 5.452 de 01.05.1945 que aprova o documento obrigatório para qualquer emprego ou atividade profissional.

Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos para o reconhecimento dos seus direitos trabalhistas, bem como para a aposentadoria e demais benefícios garantidos, ainda, sua situação de desemprego e ao Fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS.

O conjunto de anotações constitui o seu histórico profissional e o seu estado de conservação, a qualificação e as atividades profissionais do seu portador.

Pela sua importância, e seu devido cuidado, pois além de conter o seu histórico profissional e a garantia da validade de seus direitos como trabalhador, contribui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade como documento de identificação.

CONFECCIONADA COM RECURSOS ELETROGRÁFICOS
T - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR

PORTAL MTE: mte.gov.br

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

126.65347.19-0

4486117

0030

CE

Fco ZILANDAS S. Silva

ASSINATURA DO TITULAR

POLEGAR DIREITO



03

QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO



FRANCISCO IVAN DA SILVA SOUSA FILHO

FILIAÇÃO: FRANCISCO IVAN DA SILVA SOUSA

LIDUINA MARQUES NASCIMENTO

SEXO: MASCULINO

NASCIMENTO: 01/01/1982

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

NATURALIDADE: FORTALEZA - CE

DOCUMENTO: C. I. 95002539795 20/01/2006 SSPDS CE

LEI Nº 9.049, DE 16 DE MAIO DE 1995

CPF: 625.555.963-72

CNH: SEÇÃO:

TIT. ELEITOR:

LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SRTE/CE - 04/08/2010

ASSINATURA DO EMISSOR

1266F

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

FILIAÇÃO
DATA DE NASC. DE / / PARA / /
DOCUMENTO
ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR
MOTIVO

NOME
DOCUMENTO
ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR
MOTIVO

NOME
DOCUMENTO
ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR
MOTIVO

NOME
DOCUMENTO
ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR
MOTIVO

LEGENDA

4 - CASAMENTO | C - DIVÓRCIO | E - RECONHECIMENTO DE PATERNIDADE | G - DATA DE NASCIMENTO
5 - JUDICIAL | D - ADOÇÃO | F - MUDANÇA VOLUNTÁRIA



Nº de Inscrição:

075072416

DADOS DO CLIENTE

Nome: FRANCISCO IVAN DA SILVA SOUSA FILHO
 End. Leitura: AV 25 DE DEZEMBRO, 53, A, MAL COZINHADO
 Cidade: HORIZONTE
 End. Entrega:
 Cidade:
 Local: 338 Setor: 002 Quadra: 0449 Lote: 0154
 Subsetor: 00 Subquadra: 00 Com: 0000

CEP: 62880-000

CEP:

ECONOMIAS

Residencial: 001 | Comercial: 000 | Indústria: 000 | Públ: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volume(m³)	Média Semestral (m³)
AGUA	R15F114417	468	477	9	11

DATAS

Leitura Atual: 06/06/2019 Emissão: 06/06/2019 Lacre Água: 0455475
 Leitura Anterior: 07/05/2019 Próxima Leitura: 05/07/2019 Lacre Esgoto:

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 04/2019

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Exigidas	054	054	010	054	054
Analisadas	054	054	010	054	054
Em conformidade	054	054	007	045	054

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

MÉDIA DE CONSUMO (OUT/14 A SET/15): 9 m³ | META: 10 m³.
 Diga não ao trabalho infantil. DENUNCIE! Disque 100 ou procure o Conselho Tutelar mais próximo de sua residência. Não precisa se identificar. O sigilo é garantido. Agradecemos sua pontualidade. Água tratada e saudável.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME		
		Mês/Ano	Água (m³)	Esgoto (m³)
AGUA	28,30	jan/19	10	0
PARCELAMENTO DE DEB	28,98	fev/19	13	0
		mar/19	10	0
		mai/19	17	0

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO

Descrição	Valor (R\$)	SUBSÍDIO	Valor (R\$)
PIS	0,55	Descrição	
COFINS	2,73	VALOR DO SERVIÇO	70,08
		VALOR DO SUBSÍDIO	12,80
		VALOR TOTAL A PAGAR	57,28

MÊS/ANO

06/2019

VENCIMENTO

02/07/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

57,28

ONDE PAGAR SUA FATURA

I: 358299058107414 L: 1084 H: 08:16:51 R: 012 P: 001

Bancos: Bradesco, BNB, Itaú, BIC, Banco do Brasil, Caixa Econômica Federal, Santander, Triângulo. Outros: PagFacil. A Cagece disponibiliza o serviço de débito em conta de sua fatura. Ative já este serviço. Consulte sua agência.



É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme resoluções das Agências Reguladoras.

Entidades Reguladoras: Fortaleza: ACFOR - Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental: 0800 285 1919. Demais localidades: ARCE - Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará: 0800 275 3838. Ouvidoria estadual: 155. Site da ARCE: www.arce.ce.gov.br. Mais informações pelo telefone: 0800 275 0195, nas lojas de atendimento, de 8h às 17h, no site www.cagece.com.br ou na Ouvidoria da Cagece: 3101.1918, de 8h às 12h e 13h às 17h.



Fatura Mensal

Via do agente arrecadador

DADOS DO CLIENTE

358299058107414 - 1084

Inscrição: 075072416

Código de Responsável:

Mês: 06/2019

Local: 338

Setor: 002

Quadra: 0449

Lote: 0154

Com: 0000

Subsetor: 00

Subquadra: 00

Cidade: HORIZONTE

Vencimento: 02/07/2019

Total (R\$): 57,28

82650000000 3 57280009700 6 07507241600 3 03000522015 4





**Prefeitura de
Fortaleza**
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

Resumo de alta

NOME: FRANCISCO IVAN DA SILVA SOUSA FILHO

LEITO:

DATA DE INTERNACAO: 20/06/2019

DATA DA ALTA: 21/06/2019

BE/PRONT: 5622480

CIDADE DE ORIGEM: HORIZONTE

IDADE: 37

DIAGNOSTICOS: Traumatismo do músculo e tendão do extensor longo do(s)
artelho(s) ao nível do tornozelo e do pé (OPERADA)

CONDUTA DECIDIDA PARA CADA LESAO:

STAFF QUE OPEROU NA EMERGENCIA:

STAFF DO LEITO: STAFF INDEFINIDO

RESIDENTE DO LEITO: RESIDENTE INDEFINIDO

Dr. Angelo Luz
Cirurgia do Joelho
CRM 6256

Ass.: _____

Retornar dia: ____/____/____ Hora: ____ para Dr.

Data: 21/06/19

[Handwritten signature]



**Prefeitura de
Fortaleza**
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

Atestado Médico

Atesto para fins de comprovação junto ao trabalho, que os dados abaixo são a verdade e servem de informação sobre as condições e razões da internação neste Hospital em relação ao Serviço de Traumatologia-Ortopedia.

NOME: FRANCISCO IVAN DA SILVA SOUSA FILHO

LEITO:

DATA DE INTERNACAO: 20/06/2019

DATA DA ALTA: 21/06/2019

BE/PRONT: 5622480

CIDADE DE ORIGEM: HORIZONTE

IDADE: 37

DIAGNOSTICOS: Traumatismo do músculo e tendão do extensor longo do(s) artelho(s) ao nível do tornozelo e do pé (OPERADA)

CONDUTA DECIDIDA PARA CADA LESAO:

STAFF QUE OPEROU NA EMERGENCIA:

STAFF DO LEITO: STAFF INDEFINIDO

RESIDENTE DO LEITO: RESIDENTE INDEFINIDO

Dr. Angelo Luz
Cirurgia do Joelho
CRM 6256

Ass: _____

Retornar dia: ____/____/____ Hora: ____ para

Dr. _____

Data: 21/06/19

Dispensa do trabalho por:

30 (Trinta) dias



Prefeitura de
Fortaleza
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

RECEITUÁRIO

Paciente:

Flomax Thom da Silva

BE / Prontuário:

Flomax Thom da Silva ————— Le
Leo NM

Data:

21/06/19

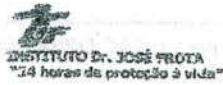
Dr. Angelo Luz
Cirurgia do Joelho
CRM 6256

Ass./Carimbo do Médico

MA 000.003 - Versão 2 - 01/DEZ/17 - 1 via - Formato A5 (148/210).
Rua Barão do Rio Branco, 1816 • Centro • CEP 60.025-061 • Fortaleza, Ceará, Brasil
(85) 3255-5000.

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE		1ª Via - FARMÁCIA	
Instituto Dr. José Frota CNES: 2529149 CNPJ: 07.835.044/0001-80 Rua Senador Pompeu, 1757 Bairro: Centro Fone: 3255.5000 Fortaleza - CE CEP: 60025-001		2ª Via - PACIENTE	
Paciente: <i>Fernando Luiz da Silva Sena Filho</i>			
Endereço: <i>Unidade de Saúde de Dependentes</i>			
Prescrição: <i>Ceftriaxona 500mg - 1un Lep NINHA por 15 dias</i>			
Data: <i>21/04/14</i>		Dr. Ângelo Luz Cirurgia do Orelho CRM 8256	
IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR		FORNECEDOR	
Nome:		Carimbo e Assinatura do Médico	
Nº Ident.:	UF:	Data: <i>/ /</i>	
Endereço:		Fornecedor:	
Nº:	Bairro:		
Cidade:	UF:		
CEP:	Tel.:	Carimbo e Assinatura	



RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE Instituto Dr. José Frota CNES: 2529149 CNPJ: 07.835.044/0001-80 Rua Senador Pompeu, 1757 Bairro: Centro Fone: 3255.5000 Fortaleza - CE CEP: 60025-001		1ª Via - FARMÁCIA 2ª Via - PACIENTE
Paciente: <i>Francisco Ivan da Silva Santos Filho</i>		
Endereço: <i>Vila e Centro de Dependentes</i>		
Prescrição: <i>Ceftriaxona 500mg - 1x Lp 12h por 15 dias</i>		
Data: <i>21/03/14</i>		Dr. <i>Angelo</i> Cirurgia do Jorjão CRM 6256
IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR		Carimbo e Assinatura do Médico
Nome:		Data: / / Fornecedor: Carimbo e Assinatura
Nº Ident.: UF:		
Endereço:		
Nº: Bairro:		
Cidade: UF:		
CEP: Tel.:		

AR.000.207 Versão 1 - 01/ DEZ/10 - Via Única - Formato AS (143x210).



Prefeitura de
Fortaleza
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

RECEITUÁRIO

Paciente:

BE / Prontuário:

Fls. João S. Sousa

- Solicito fisioterapia V
o pé E (30m)
HTD: lesões de tendões
extensores do pé

Data:

10 / 07 / 19

Osafá Fernandes
Médico - Ortopedista
CREMEC 5253

Ass./Carimbo do Médico

Rio de Janeiro, 21 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190571214

Vítima: FRANCISCO IVAN DA SILVA SOUSA FILHO

Data do Acidente: 20/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCISCO IVAN DA SILVA SOUSA FILHO

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.700,00

Dano Pessoal: Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer

um dos dedos do pé 10%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 10%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 2.700,00

Recebedor: FRANCISCO IVAN DA SILVA SOUSA FILHO

Valor: R\$ 2.700,00

Banco: 004

Agência: 000000267

Conta: 000008797-7

Tipo: CONTA CORRENTE

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você