



RABELO LEAL ADVOCACIA e SERVIÇOS DE SEGUROS

CPF

CPF

PROCURAÇÃO AD JUDICIA**OUTORGANTE**

NOME:	FRANCISCO LENILTO DA SILVA
ESTADO CIVIL:	SOLTEIRO
PROFISSÃO:	AUTONOMO
DOMICÍLIO:	TR 114 ST-53, 5 JANGURUSSU
RG/CPF/PIS PASEP:	94002412843/463.634.593-20

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

Data: 06/07/20

Francisco Lenildo da Silva
OUTORGANTE

**DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA****NOME:** FRANCISCO LENILTO DA SILVA**RG:** 94002412843 **SSP/CE** **CPF:** 463.634.593-20**DECLARA de sã consciência e bem da verdade que VIVE E RESIDE em:****Logradouro:** TR 114 S**Complemento:** ST-53**Bairro** JANGURUSSU **CEP:** 60.866-184

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, 06 DE JULHO 2020

Francisco Lenildo da Silva

**DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA**Nome: FRANCISCO LENILTO DA SILVANacionalidade: BRASILEIRO Estado: CEARA Estado Civil: SOLTEIROProfissão: AUTONOMORg: 94002412843 SSP/CE-CPF: 463.634.593-20Logradouro: TR 114 - F, ST-53

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: 06 de JULHO de 2020Francisco Lenildo da Silva

SINISTRO 3200063008 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA FRANCISCO LENILTO DA SILVA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO INVESTPREV

Seguradora S/A-Filial Fortaleza - CE

BENEFICIÁRIO FRANCISCO LENILTO DA SILVA

CPF/CNPJ: 46363459320

Posição em **21-07-2020 10:41:06**

Desculpe. No momento, não conseguimos localizar informações com os dados que você forneceu. Por gentileza, [Clique aqui](#) e registre uma solicitação para que possamos checar mais detalhes sobre seu caso. Em até 72 horas, entraremos em contato.



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

Impresso nº 2018143390

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 4378 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **10/10/2018 10:33:23**
Data / Hora da Ocorrência: **10/08/2018 08:30:00**
Endereço da Ocorrência: **AVENIDA LUCIANO CARNEIRO , 841**
Complemento:
Bairro: **FATIMA** Município: **FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência: **PROX HOSP VETERINARIO**



Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **FRANCISCO LENILTO DA SILVA**
Nascimento: **03/02/1972** CPF: **463.634.593-20**
RG: **250442742855** Orgão Emissor: **MEX** UF: **CE**
Filiação: **FRANCISCA DEMAURA DA SILVA**
JOAQUIM INACIO DA SILVA
Endereço: **RUA 114, 5 CONJ. SÃO CRISTÓVÃO**
Bairro: **JANGURUSSU**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP: **60.866-184**
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 99918-9302**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **PME2349** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **9C6DG2510F0023595** Renavam: **1027499195** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **YAMAHA/XTZ150 CROSSER ED** Ano Fabricação: **2014** Ano Modelo: **2015** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **AMARELO** Proprietário: **FRANCISCO LENILTO DA SILVA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

AFIRMA O DECLARANTE QUE NA DATA, HORA E LOCAL CITADOS; QUE PILOTAVA A MOTOCICLETA DE SUA PROPRIEDADE DE PLACA PME-2349-CE; QUE TRAFEGAVA PELA AV. LUCIANO CARNEIRO E A PISTA ESTAVA MOLHADA, QUANDO PERDEU O CONTROLE DA SUA MOTO E ACONTECE A QUEDA NA VIA; QUE A VITIMA FOI AO SOLO E FICOU LESIONADA; QUE A VITIMA FOI SOCORRIDA POR UM COLEGA PARA SUA RESIDÊNCIA E DEPOIS FOI COM OUTRO COLEGA TER ATENDIMENTO NO FROTINHA DE MESSEJANA. 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:

Francisco Lenildo da Silva

VISTO DO DELEGADO(A) :

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

Consolidado em: 10/10/2018 10:43:54

Pág. 1 de 2

Impresso em: 10/10/2018 10:43:54

fls. 12

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por JORGE ULISSES E SILVA FERREIRA LIMA e TRIBUNAL DE JUSTICA DO ESTADO DO CEARA, protocolado em 03/08/2020 às 13:01, sob o número 02428054120208060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0242805-41.2020.8.06.0001 e código 6FDD97D.



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

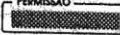
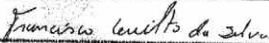
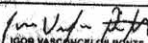
Impresso nº 2018143390

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 4378 / 2018

JOSE RODRIGUES JUNIOR - MAT.: 126788-1-9

fls. 13



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁFEGO CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO		CE	
NOME FRANCISCO LENILTO DA SILVA			
	DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF 94002412843 ssp		CE
	CPF 463.634.593-20	DATA NASCIMENTO 03/02/1972	
	FILIAÇÃO JOAQUIM INACIO DA SILVA FRANCISCA DEMAURA DA SILVA		
	PERMISSÃO 	ACC 	CAT. HAB. AB
Nº REGISTRO 01343814677		VALIDADE 30/11/2023	1ª HABILITAÇÃO 20/10/1995
OBSERVAÇÕES CMTX; EAR;			
 ASSINATURA DO PORTADOR			
LOCAL FORTALEZA, CE		DATA EMISSÃO 06/12/2018	
 100R VASCONCELOS PONTE ASSINATURA DO EMISSOR		09890811929 CE168106973	
CEARÁ		CEARÁ	



Esta é a segunda via de
JUN/2019

Utilize o nº abaixo sempre
que entrar em contato conosco

Nº DO CLIENTE
2163905 DV **1**

VENCIMENTO
01/08/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)
48,06

Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | Nº **578862844**

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135 040 | Fortaleza CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

A Tarifa Social de Energia Elétrica
foi criada pela Lei nº 10.438 de
26 de abril de 2002

DADOS DO CLIENTE

Rota 12 01220 35 0705800 Medidor Poste
Nome MARIA LUZANIR SAMPAIO 2280766 1000 G80C
Endereço Postal

End. da Unidade TR 114 CONJ SAO CRISTOVAO 00005 JANGURUSSU FORTALEZA
Consumidora 60866184

RG / CPF / CNPJ 796.408.853-04 CGF
Classe B1 - 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA, BAIXA RENDA Fator de Potência 0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual ☒ Leitura Anterior ☒ Constante ☐ Consumo (kWh) ☒ Consumo Incl. ☐ Consumo Faturado

498 437 1 60 0 60

DESCRIÇÃO DA CONTA

ENERGIA

Consumo faixa 0-30 Kwh
Consumo faixa 31-100 Kwh

Quantidade x Tarifa = Valor (R\$)

30	0,18480	5,54
30	0,31681	9,50

OUTROS PAGAMENTOS

MULTA MORATORIA 0,28
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA S. BAIXA RENDA 0,60
COB. SALDO FATURA ANTERIOR 32,14

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/ Apresentação 26/06/2019 Prev. Próxima Leitura 20/07/2019

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

C2AE.85BB.F0C7.C710.85E5.1150.90FD.D5AA

ICMS

Base de Cálculo (R\$) Alíquota Valor do Imposto
ISENTO

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

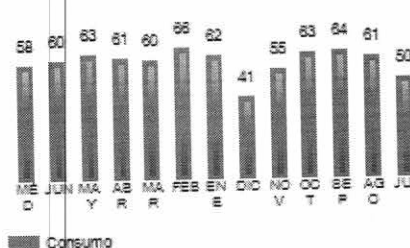
ENERGIA	8,06
TRANSMISSÃO	0,64
DISTRIBUIÇÃO	4,74
ENCARGOS SETORIAIS	1,07
TRIBUTOS (ICMS, PIS/COFINS)	1,13

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta. CM: 6,41
Conjunto MONDUBIM
Mês ABR/ 2019

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC (h)	4,95	9,91	19,82	0,00	0,00	0,00
FIC (un)	3,17	6,35	12,70	0,00	0,00	0,00
DMIC (h)	2,77			0,00		

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO ₂)	Compensado kg (CO ₂)	Consciência Ecológica(%CO ₂)
		0 100

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

"PARA CADASTRAR SUA CONTA EM DEBITO AUTOMATICO UTILIZE
SEU NUMERO DO CLIENTE SEM O DIGITO VERIFICADOR."
Em virtude da modernizacao dos nossos sistemas, alguns servicos

Consta desta fatura R\$ 1,13 referente a PIS e COFINS.

autenticação mecânica cliente

Nº do Cliente: **2163905-1** Nº da Nota Fiscal: **578862844** Total a Pagar (R\$): **48,06**
Data de Emissão: **09/07/2019** Referência: **JUN/2019** Nº de Controle: **0002163905 00227 4351 2 32**

83890000000-5 48060031000-4 00021639050-8 02274351202-3





PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA MESSEJANA

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

DADOS PESSOAIS		Nº DO PRONTUÁRIO 5118525	Nº DO BE 295090
NASCIMENTO 03/02/1972 (46 ANOS)		SEXO M	RACIA/COR PARDO
NOME RESPONSÁVEL NI		UF CE	
MUNICÍPIO FORTALEZA		CEP 60.868-775	
OCORRÊNCIA			
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO			
MOTIVO ACIDENTE DE MOTO		ESCALA DE DOR 5 (ADULTO)	
SINAIS VITAIS		PULSO NI	GUGEMIA NI
SAO OZ NI%	DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO 10/08/2018 20:48:18		
PRESSÃO ARTERIAL NI/NI	RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO MARIA DALVANI BASTOS BARRETO		
ALERGIAS NEGA	ÁREA ATENDIMENTO		
CLASSIFICAÇÃO AMARELO			

ÁREA DE ATENDIMENTO 02 - EMERGENCIA TRAUMATOLOGICA		ATENDIMENTO MÉDICO	
DIAGNÓSTICO ENTRADA			
SOLICITAÇÃO () HC () SU () US ABDOMINAL () TC CRÂNIO () RAIO-X () OUTROS			
PRESCRIÇÃO MÉDICA APREZAMENTO		OBSERVAÇÕES	
MEDICAMENTO			
TIPO DE ALTA/SAÍDA			
ALTA/SAÍDA: () 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			

Impresso por MARIA DALVANI BASTOS BARRETO em 10/08/2018 20:48:18
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.

Dr. Valcir Filho
Ortopedista e Traumatologista
CREMESP 11222 e TERT 14841

Francisco Lenildo da Silva
francisco.lenildo@silva

LOTE COM ORIGINAL
10/10/18
[Assinatura]

04.535.197/0012-05
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON
BARROS DE OLIVEIRA
Av. Jornalista Tomaz Coelho, 1578
Messejana - CEP: 60.864-840