

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

Outorgante: <u>Joaquim Bezerra Sobrinho Representado</u> <u>Dr. sua Genitora Elidari de Sousa Carvalho</u>		Data Nasc: <u>09/07/82</u>
Estado Civil: <u>Solteira</u>	Profissão: <u>Autônoma</u>	Nacionalidade: <u>Brasileira</u>
RG: <u>200400519 7220</u>	CPF: <u>023.503.903-76</u>	
Endereço: <u>R. Teófilo Amaro Mo</u>		
Cidade: <u>Bom Jardim</u>	CEP: <u>63870-000</u>	

OUTORGADO: CAROLINA FREITAS MOREIRA, brasileira, solteira, advogada, inscrito na OAB/CE de nº 23.787, com escritório profissional na Rua Pedro Borges, nº 33, 5º Andar, Sala 516, Ed. Palácio Progresso, Centro, CEP: 60.055-110, Fortaleza/CE, fone: (85) 3055-9918.

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, juntar e retirar documentos, assinar livros, termos, recibos, dar ou receber 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), 23 de março de 20 17.

X Elidari de Sousa Carvalho
OUTORGANTE

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Pela _____ presente, _____ o _____ (a)
Sr(a) Elidaci de Sousa Carvalho

Declara para os devidos fins de direito, ser responsável (civil e criminal) pelos fatos, informações e documentos apresentados e juntos ao processo judicial de cobrança de seguro DPVAT, em desfavor de qualquer seguradora do consórcio de seguro DPVAT, exonerando a Dra. **CAROLINA FREITAS MOREIRA – OAB/CE: 23.787** de qualquer responsabilidade civil e/ ou criminal.

Fortaleza, 25 de março 2017.

+ Elidaci de Sousa Carvalho.

TESTEMUNHAS:

1. NOME:
CPF:

2. NOME:
CPF:

DECLARAÇÃO

Eu, Elidaci de Sousa Carvalho
 Estado Civil: Solteira Profissão: Autônoma
 CPF: 023.503.103-76 Identidade: 200400519220
 Endereço: R. Teófilo Amaral 110

CEP: 63870-000 Município: Boa Viagem Estado: Ceará

DECLARO para os devidos fins que possuo **Hipossuficiência Financeira**, não tendo, pois, condições de arcar com custas processuais e honorários advocatícios sem prejuízo do meu próprio sustento e o de minha família, consoante o que dispõe a Lei nº 1.050/60.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente para que surta seus devidos fins e efeitos.

Fortaleza-CE, 23 de março de 20 17.

x Elidaci de Sousa Carvalho
 DECLARANTE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2004005197235 DATA DE EXPIRAÇÃO 11/11/2006

NOME ELIDIAS DE SOUSA CARVALHO

FILIAÇÃO FRANCISCO ALVES DE CARVALHO E MARIA DE SOUSA CARVALHO

NATURALIDADE BOA VIAGEM-CE DATA DE NASCIMENTO 9/7/1982

DOC. ORIGEM CERT. NASC. 12969 L A/13 F

002 BOA VIAGEM/CE

CPE

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
E DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

POUNÇA DIREITA

POUNÇA ESQUERDA

Assinatura do Titular: *Elidias de Sousa Carvalho*

CARTEIRA DE IDENTIDADE





GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE BOA VIAGEM



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 428 - 104 / 2016

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO
Data / Hora da Comunicação: 14/01/2016 12:20:18
Data / Hora da Ocorrência : 08/12/2015 09:32:00
Endereço da Ocorrência: BAIRRO PADRE ANTONIO

BOA VIAGEM /CE

Ponto de Referência: PRÓXIMO AO SEMÁFORO DA PRACINHA

Histórico

Compareceu a esta delegacia a pessoa abaixo qualificada para informar que no dia 08/12/2015 por volta das 09:32 seu filho Jose Elder de Pinho Cavalcante Junior, 9 anos de idade, foi atropelado por uma motocicleta quando ia atravessar a via. Que o condutor fugiu sem prestar socorro. Que foi socorrido para o hospital local sofrendo com lesões no tomozelo esquerdo e membro superior esquerdo. Compareceram a esta delegacia Romário do Vale Lima e Michele Soares Invenção que presenciaram o ocorrido. Nada mais disse.

Noticiante(s)

Nome : ELIDACI DE SOUSA CARVALHO
Endereço : R TEÓFILO AMARO 110
Bairro : VILA AZUL
Município/UF : BOA VIAGEM CE BRASIL Telefone:

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE BOA VIAGEM

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : *Francisco*

FRANCISCO IDEVAL FERREIRA GUEDES - MAT.: 300496-1-6

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO : *Elidaci de Sousa Carvalho*

VISTO DO DELEGADO(A) :

EDONALDO GOMES PEREIRA - MAT.: 300524-1-2

< Romário do Vale Lima

X Michele Soares Invenção

7258031-3

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

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

coelce

fls. 19

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA | GRUPO B I | SÉRIE B-4 I Nº 423578364

Rota 09 36040 02 028000 - 7 Data de Emissão 12/03/2016

Nome ELIDADI DE SOUSA CARVALHO

End. Postal RUA TEOFALO AMARO 00110

- BOA VIAGEM - 63870000

Medidor 1377890 Poste 0000 0000

Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASICO BAIXA RENDA Potência 0,00

RG / CPF / CNPJ 023503403-76

Nome do Responsável CGF

DATAS			INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO						
Mês de Referência	Data de Apresentação	Previsão Próxima Leitura	Veja a legenda no verso desta conta.						
Mar/2016	12/03/2016	12/04/2016	Conjunto BOA VIAGEM						
ICMS			Mês Jan/2016			EUSD 12,49			
Base de Cálculo (R\$)			DICIPI = 0,00 P						
Aliquota									
Valor do Imposto			Padrão Individual			Apuração Individual			
ISENTO			Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual	
ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL			DIC	5,31	10,62	21,25	0,00	0,00	0,00
FIOCI 9,220,3548,8444,8568,8650,8651,5524			FIC	3,36	6,72	13,45	0,00	0,00	0,00
			DMIC	3,03			0,00		
INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO									
Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. Fat.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)		
6430	6384	1,00	126	0,00	30	0,15866	4,75		
					78	0,27198	19,02		
					26	0,40796	10,62		
12/03/16	12/02/16		28 DIAS		126		34,40		
DESCRICAÇÃO							VALOR (R\$)		
VALOR CONSUMO DO MES									

VALOR CONSUMO DO MES 34,40

MULTA MORATORIA REF 02/2016 0,73

ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL 16,56

PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA 0,84

ADICIONAL BANDEIRA AMARELA MES (R\$ 1,85)

VENCIMENTO	18/03/2016	TOTAL A PAGAR (R\$)	52,53
COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO		HISTORICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)	
Energia	22,60		
Transmissão	0,46		
Distribuição	0,82		
Encargos Setoriais	1,26		
Tributos (IOMIS PIS-COFINS)...	2,10		
TOTAL	35,24		
CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO ₂ (Kg/kWh)			
Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica através do Ecoelce.			
Emitido kg(CO ₂)	54,46		
Compensado kg(CO ₂)	0,00		
Consciência Ecológica (% CO ₂)			

Informações importantes e avisos de vencimento

CONTAS EM ATRASO

AVISO DE DÉBITO VENCIDO:

Informamos existir débitos vencidos sem acréscimos legais até esta data, no valor de R\$ 183,89. Seu fornecimento de energia poderá ser suspenso em até 90 dias contados a partir da fatura vencida e não paga.

DÉBITOS ANTERIORES

Mes/Ano	Valor R\$
01/2016	50,11
02/2016	1,78

Esta fatura R\$ 2,10 referente a PIS e COFINS.

Art. 9 Res. 100-2005 - ANEEL e Lei n. 10.639-02 e 10.833-03

Caro Cliente, constam quitadas as faturas de consumo de energia elétrica desta unidade consumidora vencidas até 31/12/2015, conforme a Lei N. 12.007/2009. Esta declaração substitui quitacoes anteriores.

Nº do Cliente: 7258031-3 Referência: Mar/2016

Data de Emissão: 12/03/2016 Total a Pagar (R\$) 52,53

Nº da Nota Fiscal: 423578364 Nº de Controle: 0007258031 00003 39032 95

83850000000-8 52530031000-2 0007258031 10-0 00033903290-1



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ

COMARCA DE BOA VIAGEM

CARTÓRIO GERALDINA - 1º OFÍCIO

Praça Monsenhor José Cândido, 144 - CEP 63.875-000 - Fone (0846) 3427-1016

JOAQUIM BEZERRA SOBRINHO

Oficial do Registro Civil

LUIS ELLARDO GADELHA DA SILVA

Escrevente Substituto

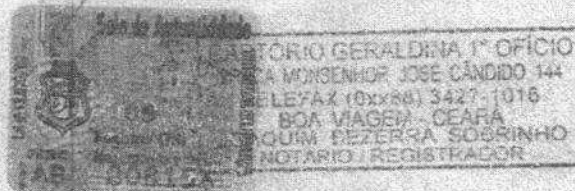
CERTIDÃO DE NASCIMENTO

CREATUIDADE L.11 Nº 2.324/97

Certifico que às fls 116v, do livro A- 38, sob nº de ordem 39.708, foi lavrado o assento de nascimento de JOSÉ HELDER DE PINHO CAVALCANTE JÚNIOR, do sexo masculino, nascido(a) no dia três (03) de julho de dois mil e seis (2.006), em Casa de Saúde Adília Maria - Boa Viagem - Ceará, às 14:25 horas, filho(a) de JOSÉ HELDER DE PINHO CAVALCANTE e de dona ELIDACI DE SOUSA CARVALHO. Sendo avós paternos José Eudes Cavalcante e Maria Alves de Padua Cavalcante e maternos Francisco Alves de Carvalho e Maria de Sousa Carvalho. Assento lavrado aos 19 de julho de 2006, sendo sido declarante(s) José Helder de Pinho Cavalcante e Elidaci de Sousa Carvalho.

O referido é verdade. Dou fé.
Boa Viagem, 19 de julho de 2.006.

Joachim Bezerra Sobrinho
REGISTRADOR



Selo AB 009156

Valido somente com selo de autenticidade

Coelce
agora é enel

Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° 485199589

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

A Tarifa Social de Energia Elétrica
foi criada pela Lei n° 10.438 de
26 de abril de 2002

Esta é a segunda via de

JUL/2017

Utilize o n° abaixo sempre
que entrar em contato conosco

N° DO CLIENTE

7258031

DV **3**

VENCIMENTO

01/08/2017

TOTAL A PAGAR (R\$)

0,00

Rota: 09 036040 02 028000

Nome: ELIDACI DE SOUSA CARVALHO

Endereço Postal

Medidor

1377890

Poste

0000 0

End. da Unidade

Consumidora

RUA TEOFALO AMARO 00110 BOA VIAGEM 63870000

RG / CPF / CNPJ

023.503.403-76

CGF

Classe

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

6797

6792

1

5

0

0

DESCRIÇÃO DA CONTA

Quantidade ☒ Tarifa ☒ Valor (R\$)

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/
Apresentação

20/07/2017

Prev. Próxima
Leitura

16/08/2017

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

04B9.E653.78DD.5C8F.C3FA.43DA.C3B7.C75E

ICMS

Base de Cálculo (R\$)

0,00

Aliquota

18%

Valor do Imposto

0,00

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO₂)

Compensado kg (CO₂)

Consciência Ecológica(%CO₂)

0 100

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

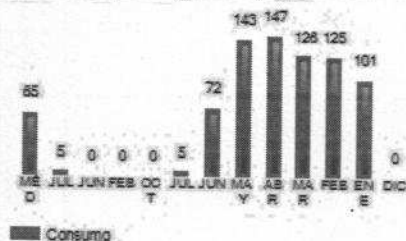
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 0,00

Conjunto

Mês MAI/ 2017

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC (h)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
FIC (un)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
DMIC (h)	0,00			0,00		

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



autenticação mecânica cliente

N° do Cliente:

7258031-3

N° da Nota Fiscal: **485199589**

Total a Pagar (R\$): **0,00**

Data de Emissão:

27/07/2017

Referência: **JUL/2017**

N° de Controle:

FATURA PAGA, NÃO RECEBER



HOSPITAL MUNICIPAL DE BOA VIAGEM
C.S.A.M
SECRETARIA DE SAÚDE-SUS



RECEITUÁRIO

Jose Eldeia e Arde

Rx pã esq.

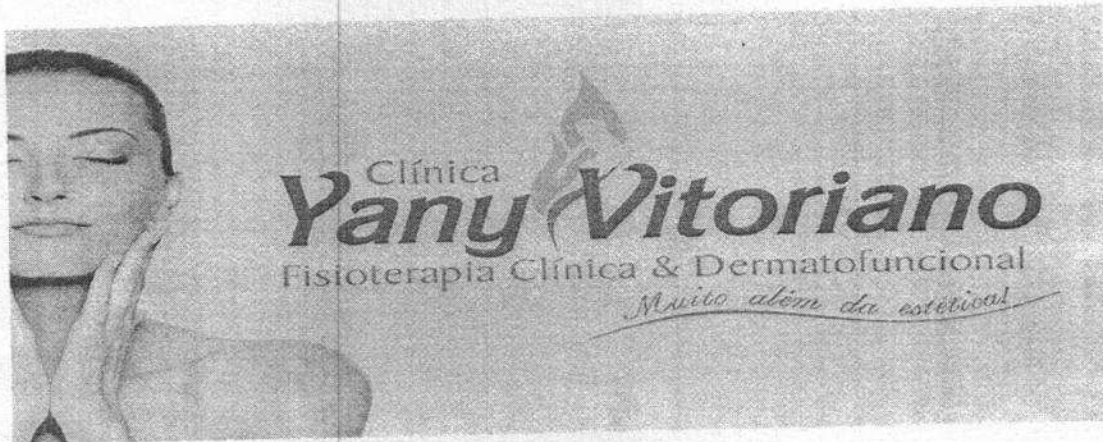
8 / 12 / 15

Data

Dr. Ciro Oliveira
CRM 100.000.000

Assinatura e Carimbo
do Profissional

Nosso Hospital foi premiado pela Organização Mundial de Saúde.
Unicef e Ministério da Saúde



AVALIAÇÃO CINESIOLÓGICA FUNCIONAL

Objetivo: Verificar e quantificar a capacidade funcional.

NOME: JOSÉ HELDER DE PINHO CAVALCANTE JUNIOR, 09 ANOS.

LESÃO: Trauma em pé esquerdo.

Ficha de Serviço de Pronto Atendimento CSAM- Data: 08/12/15.

TRATAMENTO: O paciente deve ser encaminhado para tratamento fisioterápico.

SEQUELA: O paciente refere dor em tornozelo esquerdo. Refere dor ao deambular por maior período. Relata não conseguir correr e brincar com bola. A mãe relata que quando ele (filho) deambula em solo irregular a mesma opta por enfaixar o pé da criança para que ele não reclame de dor. Relata dor e por isso apresenta menor amplitude de movimento quando comparado ao membro. Refere dor à palpação.

Assinatura do paciente ou responsável: Glidaci de Sousa Carvalho

Boa Viagem - CE, 15/01/2016.

Yany Vitoriano
FISIOTERAPEUTA
CREFITO 196038

Rua José Leorne Leitão. 141, Sala 202, Centro. Boa Viagem-CE - CEP: 63870-000

(88) 99606.6636 - (88) 98888.2032

		REGISTRO DE SINISTRO		Sinistro: 3160209267 Código: 17252	
Unidade Singular DPVAT		Parceiro Elionesio Maciel			
BO Nº 428-104/2016		Data BO 14/01/2016		Delegacia BOA VIAGEM	
Placa ZZZ0000		Tipo do Veículo 9 - MOTO		IML	
Nome da Vítima JOSE HELDER DE PINHO CAVALCANTE JUNIOR				Natureza INVALIDEZ	
Tipo Sinistrado 2 - Pedestre		Data Nascimento 03/07/2006		CPF MEN.OR	Data Ocorrência 08/12/2015
Cidade BOA VIAGEM		UF CE		CEP 63870-000	Contato 88 34272-126
Nr. Beneficiários		Data Óbito		Medico	Valor
Beneficiário		CPF	Banco	Agência	Conta
ELIDACI DE SOUSA CARVALHO		023.503.403-76	104 - CAIXA ECONOMICA FEDERAL	4370	10.956-3
HISTÓRICO					
Data	Descrição				
04/03/2016 14:51	PRÉ-CADASTRO NÃO ANALISADO				
11/03/2016 21:17	PRÉ CADASTRO ANALISADO E APROVADO				
14/03/2016 16:43	Processo enviado para análise da Seguradora Lider				
07/04/2016 11:08	PAGAMENTO PREVISTO PARA 08/04/2016 NO VALOR DE R\$ 1687.50. BANCO 104 / AGENCIA 4370 / CONTA 010956-3. BENEFICIÁRIO: ELIDACI DE SOUSA CARVALHO				



CSAM - CASA DE SAÚDE ADÍLIA MARIA
Rua São Vicente de Paula, 100 - Centro
Tel: (88) 3427-1699 / 3427-1136
CNPJ: 07.806.680/0001-84



FICHA DE SERVIÇO DE PRONTO ATENDIMENTO (SPA)

DATA DE ATENDIMENTO: 08 / 12 / 15 HORÁRIO: 09 : 32 SEXO: (X) M () F
NOME: Joze Eldur de Pinho Cavalcante Junior DATA NASC.: 03 / 09 / 2006
RG: _____ CPF: _____ CARTÃO DO SUS Nº: _____
PAI: Joze Eldur de Pinho Cavalcante MÃE: Elidaci de Sousa Cavallho
NATURALIDADE: Boa Viagem TELEFONE: () _____
ESTADO CIVIL: menor PROFISSÃO: Estudante
ENDEREÇO: R. Cuqueto Amaro Nº 110
BAIRRO: Vila Azul CIDADE: BU UF: CE
QUEIXA PRINCIPAL: _____

HDA: _____
EXAME FÍSICO: Rta X MI E

EXAMES SOLICITADOS: _____

MEDICAMENTOS: Voltra 01 conf IAG 10:1

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM: Paciente vítima de estupro
luxação no pé esquerdo

PESO: _____ TEMPERATURA: _____ PA: _____

Elidaci de Sousa Cavallho
ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO MÉDICO

ESTA FICHA SÓ TERÁ VALIDADE PARA REGISTRO DE ATENDIMENTO HOSPITALAR COM CARIMBO E ASSINATURA DA DIRETORA DESTA UNIDADE DE SAÚDE.

ROZIVALDA FERREIRA DE ALMEIDA
RESPONSÁVEL PELA C.S.A.M