



RABELO LEAL ADVOCACIA e SERVIÇOS DE SEGUROS

Dr. Felipe Leal – OAB/CE 17.528

PROCURAÇÃO

Nome: RAIMUNDO ALVES FERREIRA

Nacionalidade: BRASILEIRO, estado civil: SOLTEIRO

Profissão: AUTONOMO

RG: 2007645810 SSP/ CE CPF: 060.127.033-92

Logradouro: RUA PADRE FRANCISCO PITA
, Nº 1162, Compl

Bairro: JARDIM DAS OLIVEIRAS CEP: 60.821-050

Cidade: FORTALEZA, UF: CE Tel: 85 986914956

OUTORGADO: Felipe Reinaldo Rabelo Leal, brasileiro, casado, advogado, inscrição na OAB/CE 17.528, ambos com escritório profissional situado na Rua Barão do Rio Branco 1779 Centro, Fortaleza – Ceará, Fone: (85)98685-3187 / (85) 3051-3996, onde recebe intimações, notificações, etc. **PODERES:** Para o FORO EM GERAL, com Cláusula “ad-judicia et extra”, para promover a defesa do mandante ou a de qualquer interesse seu, seja através de atos de representações, seja intentando ações ou defendendo-o das que contra si forem intentadas, podendo ainda confessar, reconhecer procedência de pedidos, receber citações, transigir, desistir, renunciar a direitos sobre que se fundam ações, dar quitação, firmar compromisso, receber e dar quitação, endossar cheque, receber alvará em nome do outorgante, dando tido por bom e valioso, com o fim específico para **AJUIZAR AÇÃO NA JUSTIÇA ESTADUAL DO CEARÁ**, podendo substabelecer com o sem reserva de iguais poderes em todas as instancias da Justiça Estadual deste estado.

Fortaleza (CE), 08 de DEZEMBRO de 2018.

Raimundo Alves Ferreira

Assinatura



*RABELO LEAL ADVOCACIA e SERVIÇOS DE
SEGUROS*

Dr. Felipe Leal – OAB/CE 17.528

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

NOME: RAIMUNDO ALVES FERREIRA

RG: 2007645810

SSP/ CE CPF: 060.127.033-92

DECLARA de sã consciência e bem da verdade que VIVE E RESIDE em:

Logradouro: RUA PADRE FRANCISCO PITA

Complemento:

Bairro JARDIM DAS OLIVEIRAS **CEP :** 60.821-050

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, 08 DE DEZEMBRO 20 18

Raimundo Alves Ferreira



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Nome: RAIMUNDO ALVES FERREIRA

Nacionalidade: BRASILEIRO Estado CEARÁ Estado Civil: SOLTEIRO

Profissão: AUTONOMO

Rg: 2007645810 SSP/ CE -CPF: 060.127.033-92

Logradouro: RUA PADRE FRANCISCO PITA

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: 08 de DEZEMBRO de 2018

x Raimundo Alves Ferreira

SINISTRO 3180246581 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** RAIMUNDO ALVES FERREIRA**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO** RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO Comprev
Previdência S/A-Filial Fortaleza-CE**BENEFICIÁRIO** RAIMUNDO ALVES FERREIRA**CPF/CNPJ:** 06012703392**Posição em 22-08-2018 16:23:10**

Seu pedido de indenização está em fase final de análise na Seguradora Líder DPVAT. Em breve, o pagamento da indenização será liberado. Volte a consultar seu processo neste site dentro de 4 dias.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
23/08/2018	R\$ 1.350,00	R\$ 0,00	R\$ 1.350,00





RAIMUNDO

CHEGOU SUA FATURA DA OI.
Acesse www.oi.com.br/MinhaOi

FATURA DE
ABR/2018
CÓDIGO MINHA OI
40187082786-

VENCIMENTO
11/05/2018
Emissão em 25/04/2018
Período de 23/03/2018 a 23/04/2018

PAGAR (R\$)
932,68



CTCE FORTALEZA CE PL3
RAIMUNDO ALVES FERREIRA
RUA PE FRANCISCO PITA 1162
JARDIM DAS OLIVEIRAS
60821-050 - FORTALEZA - CE



7213512820 27001 00005041582 30 300418

**RECEBA
ESTA CONTA
DO JEITO
MAIS
PRÁTICO.**



MUDE PARA A CONTA ONLINE.
E acesse sua fatura de onde estiver.
Cadastre-se em oi.com.br/minhaoi.

SERVIÇOS UTILIZADOS

PLANO PÓS MAIS

18,16

Cobrança proporcional do plano 23/03/2018 a 07/04/2018

	MÓVEL (85) 98829-5745	6,36
	+ Oi Internet Pra Celular	
	MÓVEL (85) 98678-1341	15,43
	+ Oi Internet Pra Celular	
	+ Oi Torpedo Recado Promocional	
	MÓVEL (85) 98983-0017	15,43
	+ Oi Internet Pra Celular	
	+ Oi Torpedo Recado Promocional	

+ Linha Adicional 20,64

TOTAL DE MENSALIDADES 76,02

Alem disso, você...

utilizou minutos a mais do plano em ligações locais 0,33

realizou chamadas de longa distância 40,20

utilizou outros serviços de terceiros 6,13

SUBTOTAL 122,68

Débitos Diversos 810,00

TOTAL DA SUA FATURA 932,68

RAIMUNDO ALVES FERREIRA
CPF: 060.127.033-92
NÚMERO DO CLIENTE: 2233976367
NÚMERO DA FATURA: 932866541
Nº PARA DÉBITO AUTOMÁTICO: 40187082786-

**CÓDIGO MINHA OI
40187082786-**

www.oi.com.br/MinhaOi
Cadastre-se na Minha Oi e consulte saldo,
conta detalhada, histórico de consumo e
muito mais.

ENTENDA SEU CONSUMO

O valor da sua fatura nos últimos meses

Abr 2018	932,68
Mar 2018	191,58
Fev 2018	79,33

Fique atento. Efetue os pagamentos em dia e evite: Cobrança de Multa de 2% + juros de 1% ao mês pro rata dia. Suspensão do serviço: Parcial por 15 dias após envio da 1ª notificação e, com mais de 30 dias, Suspensão Total. Durante o período de Bloqueio Parcial, a assinatura de sua linha será cobrada normalmente de acordo com os valores contratados, pois ela continua apta a receber chamadas. Cancelamento e inclusão nos Órgãos de Proteção ao Crédito (SPC/Serasa), 30 dias após a Suspensão Total.



OI MÓVEL S.A.

St Setor Comercial Norte S/N - Asa Norte
Brasília - DF CEP:70713900
CNPJ: 05.423.963/0001-11
Inscrição Estadual: 07.441.356/001/93
Inscrição Municipal:

CLIENTE FATURA DE VENCIMENTO VALOR
RAIMUNDO ALVES FERREIRA ABR/2018 11/05/2018 932,68

DÉBITO AUTOMÁTICO
40187082786-

84680000009-9 32680113223-3 39763670932-1 86654100000-0



Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por RAIMUNDO ALVES FERREIRA, sob o número 01892594220188060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 01892594-42.2018.8.06.0001 e código 4231866.

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO



fls. 16

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 2192 / 2018**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **22/05/2018 08:33:45**
Data / Hora da Ocorrência: **27/08/2016 05:30:00**
Endereço da Ocorrência: **RUA FORTINHO DE ALBUQUERQUE, 91**
Complemento:
Bairro: **JARDIM DAS OLIVEIRAS** Município: **FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência: **EM FRENTE AO DEPOSITO DA JOSY**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **RAIMUNDO ALVES FERREIRA**
Nascimento: **18/01/1991** CPF: **060.127.033-92**
RG: **20076458100** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **FRANCISCA ALVES DE SOUSA**
ANTONIO FERREIRA
Endereço: **RUA PADRE FRANCISCO PITA, 1162**
Bairro: **JARDIM DAS OLIVEIRAS**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98691-4956**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **OSF2712** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi:
9C2KD0550DR363733 Renavam: **536160422** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/NXR150 BROS ES** Ano
Fabricação: **2013** Ano Modelo: **2013** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**
Cor: **VERDE** Proprietário: **RAIMUNDO ALVES FERREIRA** Situação: **NÃO**
INFORMADO Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

AFIRMA QUE NO LOCAL, HORARIO E DATA ACIMA MENCIONADOS TRAFEGAVA NA MOTOCICLETA HONDA/NXR150 DE PLACA OSF-2712, QUANDO COLIDIU NA TRASEIRA DE UMA OUTRA MOTOCICLETA QUE VINHA NA SUA FRENTE, UMA VEZ QUE SUA MOTOCICLETA APRESENTOU PROBLEMAS DE FREIO; QUE PILOTAVA SEM HABILITAÇÃO E NUNCA TIROU TAL DOCUMENTO; QUE COM O IMPACTO CAIU E FICOU LESIONADO; QUE FOI SOCORRIDO POR MEIOS PROPRIOS PARA O HOSPITAL IJF CENTRO, ONDE RECEBEU ATENDIMENTO. E NADA MAIS DISSE/////

OBS;A FALSA COMUNICAÇÃO É PREVISTA NO ART 340 DO CPB E O PRAZO PARA REPRESENTAÇÃO É DE SEIS MESES A PARTIR DA DATA DO FATO.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :****MARIA GORETE TOMAZ VIANA - MAT.: 133917-1-8****RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:****VISTO DO DELEGADO(A) :****JOSE RODRIGUES JUNIOR - MAT.: 126788-1-9**



INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

Registro de Atendimento Emergencial



Emitido em: 05/10/2016 11:9:42

Por: JACQUELINE NASCIMENTO DE SOUSA

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL				DATA/HORA: 27/08/2016 06:48:55	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE					
CNS: 700507109985458	NOME: RAIMUNDO ALVES FERREIRA			Registro: 5463102	
CPF:	RG:	D. NASC: 18/01/1991	ESTADO CIVIL:	SEXO: M	RAÇA/COR: Amarela
NOME DA MÃE: FRANCISCA ALVES DE SOUSA			NOME DO PAI: ANTONIO FERREIRA		
TIPO DE LOGRADOURO: Rua	ENDEREÇO DO PACIENTE: AMADOR BUENO		Nº: 1416	BAIRRO: JARDIM DAS OLIVEIRAS	
COMPLEMENTO:	TELEFONE CONTATO: 999690508	MUNICÍPIO: FORTALEZA	UF: CE	CEP: 60821040	
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL					
NOME: RAIMUNDO ALVES FERREIRA		PARENTESCO:		TELEFONE:	
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: colisão moto moto lce dor moderada					
OBSERVAÇÕES: dor moderada					
SINAIS VITAIS					
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Publica	Escala de Dor: Moderado	PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: LARANJA			
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:					
ATENDIMENTO MÉDICO					

Anamnese:

Exame Físico:

Conduta:

TEMPO NECESSÁRIO PARA
OBSERVAÇÃO:EXAMES COMPLEMENTARES
SOLICITADOS:ENCAMINHAMENTO DO
PACIENTE:

DATA E HORA DO ATENDIMENTO:

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:

31.10.2016
(08:00-14:00)

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SAÚDE
PROGRAMA ESTADUAL DE IMUNIZAÇÕES
CENTRO DE REFERÊNCIA DE IMUNOBIOLOGICOS ESPECIAIS

R E F E R Ê N C I A S

P A C I E N T E D E P A R A	NOME: <i>Raimundo Alon Ferreira</i>	NÚMERO DO PRONTUÁRIO: <i>5463102</i>
	FILIAÇÃO: <i>Mãe - Fm Alon de Sousa / pai - Antonio Ferreira</i>	TELEFONE:
	ENDEREÇO: <i>R. Amador Bueno, 1416 - J. Olarias</i>	
	PONTO DE REFERÊNCIA:	
	UNIDADE DE SAÚDE: INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA - 2529149	TELEFONE: 3255.5000
	NOME E NÚMERO CRM DO PROFISSIONAL (CARIMBO)	DATA:
	<i>Francisco Valério Médico RECEB. 10004</i>	
	LOCAL DE ENCAMINHAMENTO: HOSPITAL INFANTIL ALBERT SABIN	

HISTÓRIA CLÍNICA (DADOS DE ANAMNESE)

Paciente expletomizante por trauma automobilístico

EXAME FÍSICO *EG B, supnaco, inventado, afivel.*

*BNF 2T, MVU+ com RA
abg. glóbulos / plaquetas / urétilos $WBC \ominus$ urate $\ominus$ urina de pontante $\ominus$*

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

expletomizante.

RESULTADO DE EXAMES COMPLEMENTARES JÁ REALIZADOS (COM DATA) (ANEXAR XEROX DOS EXAMES)

TERAPÊUTICA JÁ UTILIZADA (COM POSOLOGIA)

antimotilic.

IMUNOBIOLOGICOS INDICADOS:

ANTIPNEUMOCÓCICA / ANTIHEMOFILOS / ANTIMENINGOCÓCICA

RECEITUÁRIO

Nome: _____ BE/Prontuário: _____

Encaminhado Raimundo Alvar Ferraz
ao ambulatório de neurocirurgia
(defeito de flexão / abdução de ombro e
por queda de mto) de Dr. Flávio
Lertau.

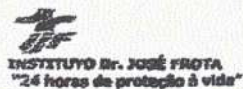
Data:

30/08/16

Assinatura e Carimbo do Médico

PROCURE O IJF SOMENTE NOS CASOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
Rua Barão do Rio Branco, 1816 - Centro. CEP 60.025-061. Fone: 255-5000

NA 000.003 Versão 1 - 01/07/06 - Via Única - Formato A5 (148x210).



RECEITUÁRIO

Nome: _____ BE/Prontuário: _____

Solicito acompanhamento permanente para
o paciente Ramundo Alves Ferreira.

internado no leito 1802

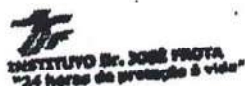
Data: 29/08/16

Dr. Plínio Henrique
Médico
CREMEC: 15916

Assinatura e Carimbo do Médico

PROCURE O IJF SOMENTE NOS CASOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
Rua Barão do Rio Branco, 1816 - Centro. CEP 60.025-061. Fone: 255-5000

NA 000.003 Versão 1 - 01/02/06 - Via Única - Formato A5 (148X210).



Fortaleza

RECEITUÁRIO

Nome: Raimundo Alves Ferreira BE/Prontuário: 5463102

ATESTADO

Atesto para fins fobellistas que
o paciente supracitado necessita de
30 dias de afastamento das atividades
laborais a partir do dia de alta
devido a internação para procedimento
cirúrgico

(trinta dias de afastamento de 2016)

Data: 30/08/2016

Assinatura e Carimbo do Médico

PROCURE O IJF SOMENTE NOS CASOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
Rua Barão do Rio Branco, 1916 - Centro. CEP 60.025-061. Fone: 255-5000
NA 000.003 Versão 1 - 01/08/06 - Via Única - Formato A5 (140x210).



Prefeitura de
Fortaleza
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

LAUDO MÉDICO

RELATÓRIO DE ALTA

Nome: Romualdo Alves Ferreira

Idade: _____ anos _____ meses

Prontuário: 5463102 Unidade: 18

Leito: 02

RESUMO CLÍNICO

Evolução/Intercorrências/Medicações relevantes:

Paciente vítima de trauma automobilístico por queda de moto no dia 27/08/16. Apresenta exames de imagem de US post - 1500 segs sem lesões evidentes. TC que evidenciou fratura exposta da tíbia direita com PO por intercorrência.

Diagnóstico Principal:

Diagnósticos Secundários:

SERVIÇO DE PROTOCOLO - (F)
ESTÁ COPIA/CONFERE
COM A ORIGINAL
DATA 05/10/2016
MATRÍCULA 1961719
SERVIDOR(A) [assinatura]

Seqüelas Apresentadas:

Procedimentos Cirúrgicos:

() Não

- 1- Cirurgia realizada: LE Cirurgião: Euler Benício
Tipo de anestesia/Sedação: geral Data: 27/08/16
- 2- Cirurgia realizada: _____ Cirurgião: _____
Tipo de anestesia/Sedação: _____ Data: ____/____/____
- 3- Cirurgia realizada: _____ Cirurgião: _____
Tipo de anestesia/Sedação: _____ Data: ____/____/____
- 4- Cirurgia realizada: _____ Cirurgião: _____
Tipo de anestesia/Sedação: _____ Data: ____/____/____
- 5- Cirurgia realizada: _____ Cirurgião: _____
Tipo de anestesia/Sedação: _____ Data: ____/____/____
- 6- Cirurgia realizada: _____ Cirurgião: _____
Tipo de anestesia/Sedação: _____ Data: ____/____/____

Procedimentos Invasivos/Exames

() Sim

() Não

- 1- _____ Data: ____/____/____
- 2- _____ Data: ____/____/____



LAUDO MÉDICO

RELATÓRIO DE ALTA

Nome: Romualdo Alves Ferreira
Idade: _____ anos _____ meses
Prontuário: 5463102 Unidade: 18 Leito: 02

RESUMO CLÍNICO

Evolução/Intercorrências/Medicações relevantes:

Paciente vítima de trauma automobilístico por queda de moto no dia 27/08/16. Apresenta exames de exames de - US jnt - 150ml líquido livre na cavidade. TC que evidenciou fratura exposta grau IV. Realizados splintagem + fixação das costelas. Evoluiu bem PO por intercorrências.

Diagnóstico Principal:

Diagnósticos Secundários:

Seqüelas Apresentadas:



Procedimentos Cirúrgicos:

() Não

- 1- Cirurgia realizada: LE Cirurgião: Eduardo Pinheiro
Tipo de anestesia/Sedação: geral Data: 27/08/16
2- Cirurgia realizada: _____ Cirurgião: _____
Tipo de anestesia/Sedação: _____ Data: ____/____/____
3- Cirurgia realizada: _____ Cirurgião: _____
Tipo de anestesia/Sedação: _____ Data: ____/____/____
4- Cirurgia realizada: _____ Cirurgião: _____
Tipo de anestesia/Sedação: _____ Data: ____/____/____
5- Cirurgia realizada: _____ Cirurgião: _____
Tipo de anestesia/Sedação: _____ Data: ____/____/____
6- Cirurgia realizada: _____ Cirurgião: _____
Tipo de anestesia/Sedação: _____ Data: ____/____/____

Procedimentos Invasivos/Exames

() Sim

() Não

- 1- _____ Data: ____/____/____
2- _____ Data: ____/____/____