

Pagamento

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Nome: <i>seu José Barbosa de Oliveira</i>		Nacionalidade: BRASILEIRA	
Estado Civil: <i>casado</i>	Profissão: <i>moto boy</i>	Carteira de Identidade: <i>9007500866-6</i>	
CPF nº: <i>415.895.723-00</i>	Residência: <i>Rua São Vicente de paula</i>		
Bairro: <i>parque das Rosas</i>	Cidade: <i>Maranguape</i>	Estado: CE	CEP:

OUTORGADO:

RAFAEL DE SOUSA REZENDE MONTI, brasileiro, solteiro, advogado, devidamente inscrito na OAB/CE sob o nº 18.044, portador do RG nº M8.119.595 SSP/MG e CPF nº 948.672.326-53, com escritório profissional no seguinte endereço: 1) Rua do Rosário, nº 77, sala 604, Ed. Comandante Vital Rolim, Centro – Fortaleza – CEP 60.055-090. Fone / Fax: (85) 3231-6493.

PODERES:

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante nomeia e constitui, os outorgados, seu bastante procurador, conferindo-lhe os poderes da cláusula "*ad judicia 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), 4 de março de 20 15

José Barbosa de Oliveira
Outorgante

DECLARAÇÃO

Eu, João José Barbosa de Oliveira, brasileiro, casado, portador da Carteira de Identidade/RG nº 2007500866-6 -SSP/CE, e inscrito no CPF/MF sob o nº 415.895.723-00, residente e domiciliado na cidade de Maranguape, estado de Ceará, na Rua São Vicente de Paula, nº 315, Parque da Posas, declaro para os devidos fins que possuo hipossuficiência financeira, não possuindo condições de arcar com as custas processuais e honorários advocatícios sem prejudicar o meu sustento próprio e o de minha família, consoante o que dispõe a Lei nº 1.050/60.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

Fortaleza (CE), 21 de março de 20 15.

João José Barbosa de Oliveira
Declarante

DECLARAÇÃO.

Eu, João José Barbosa de Oliveira, brasileiro, casado,
 RG 2007500866-6, CPF 415.895.723-00, capaz, residente e
 domiciliado na rua São Vicente de paula, cidade de
Maranguape /CE, CEP _____. Declaro que resido no endereço
 acima citado e forneço os dados pessoais, documentos e demais declarações para a propositura
 de Ação Judicial em desfavor de qualquer seguradora conveniada DPVAT- FENASEG, E QUE
 FUI VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO. Sendo de minha total responsabilidade a
 declaração de invalidez ou óbito fornecida.

Fortaleza (CE), 4 de março de 2015.

João José Barbosa de Oliveira

Declarante.

VIA:
 CRIADO EM 30/11/2011
 SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
 INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

VALIDA EM TODA O TERRITÓRIO NACIONAL
 Nº 9 - 940610046
 DATA DE EXPIRAÇÃO: 07/04/2010

RAFAEL SOUSA REZENDE MONTI
 VILA DE GUALBERTO DE OLIVEIRA
 MARIA FREDIA BARBOSA DE OLIVEIRA

CPF: 0941/011088
 0941/011088

ENDEREÇO: AV. CARLOS DE CARVALHO, 1700 - JARDIM
 OLIVEIRA - RECIFE - PE
 CEP: 51100-000

P. 1

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 ESTADO DO CEARÁ
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
 INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO POLÍCIA DELEGADA

Foto

Polegar Direito

Assinatura: *Rafael Souza Rezende Monti*

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por RAFAEL DE SOUSA REZENDE MONTI e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 07/12/2015 às 11:42, sob o número 02132193220158060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.jfce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 02132193220158060001 e código 1E22F87.



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 415.895.723-00

Nome da Pessoa Física: FRANCISCO JOSE BARBOSA DE OLIVEIRA

Situação Cadastral: REGULAR

Digito Verificador: 00

Comprovante emitido às: **09:23:33** do dia **06/02/2015** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **C922.236D.B579.EA13**

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço www.receita.fazenda.gov.br.

Aprovado pela IN/RFB nº 1.042, de 10/06/2010.

Nº DO CLIENTE
638068-9

coelce
energia elétrica

Rua Padre Valdomiro, 133 - CP 60128-040 - Fortaleza - CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 - CEGF 06.105.8.18-1
a tarifa base de energia elétrica foi criada pelo tarifário 2014, de 26 de abril de 2014

CONTROLE DE ENERGIA ELÉTRICA - GRUPO B (SERIE B - T1)

Rota 19 20020 03 135500 - 1 Data de Emissão 26/06/2014

Nome MARIA EUNICE AGOSTINHO CUSTODIO

End. Postal RU SAO VICENTE DE PAULA 00315
PREGUICA - MARANGUAPE -

Medidor 11727742 Poste 0000 0000
Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASICO BAIXA RENDA fator de Potência 0,00
RG / CPF / CNPJ 696141803-15 CGF

Nome do Responsável

DATAS DE CONTABILIDADE E INDICADORES DE CONTINUIDADE

Mês Referência	Data da Referência	Mês Faturado	Data da Fatura	Conjunto	Valor
JUN/2014	26/06/2014	JUN/2014	26/07/2014	MARANGUAPE	ELSD 14,38
				Mês	DICRI = 0,00 P

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto	Padrão Individual	Apuração Individual
ISERTO				
DIC	5,67	11,34	22,69	2,60
FC	3,42	6,85	13,70	1,00
DMIC	3,29			2,60

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Consumo (kWh)	Consumo (kWh)	Consum. Esp.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
16518	16359	159	129	0,00	70 29	15,91 9,09
26/06/14	28/05/14	29 DIAS	129			29,77

RESUMO DO CONSUMO DO MÊS PREÇO NORMAL

DESCONTO TARIFA SOCIAL-BAIXA RENDA	-19,09
MULTA MORATORIA REF 05/2014	0,61
JUROS DO MES	0,04
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	8,76
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA	1,25

VENCIMENTO 03/07/2014 TOTAL A PAGAR (R\$) 40,43

COMPOSIÇÃO DE VALOR DE PAGAR (R\$)	ELÉTRICO DE CONSUMO (kWh/mês)
Energia 18,38	133
Transmissão 0,39	121
Distribuição 7,31	112
Encargos Setoriais 1,06	140
Tributos (ICMS PIS/COFINS) ... 3,18	141
TOTAL 31,02	141
	138
	144
	137
	145
	110
	126
	122

importante

Consta desta fatura R\$ 3,18 referente a PIS e COFINS.

Caro Cliente, constam quitadas as faturas de consumo de energia elétrica desta unidade consumidora vencidas até 31/12/2013 conforme a Lei nº 12.007/2009. Esta declaração substitui

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por RAFAEL DE SOUSA REZENDE MONTE e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 07/12/2015 às 11:42, sob o número 02132193220158060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 02132193-32.2015.8.06.0001 e código 1E22F87



**GOVERNO DO ESTADO DO CEARA
SECRETARIA DA SEGURANCA PUBLICA E DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL
DELEGACIA METROPOLITANA DE MARANGUAPE**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 205 - 4580 / 2014

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÁNSITO**
 Data / Hora da Comunicação: **05/09/2014 11:55:37**
 Data / Hora da Ocorrência : **21/08/2014 14:30:37**
 Endereço da Ocorrência: **AV AV. FRANCISCO SÁ**
CENTRO FORTALEZA /CE
 Ponto de Referência: **PROX.AO TRILHO**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **FRANCISCO JOSÉ BARBOSA DE OLIVEIRA**
 Nascimento : **20/10/1969**
 RG: **20075008666** Órgão Emissor: **SSP UF: CE - CPF: 41589572300**
 Filiação: **WILSON CAVALCANTE DE OLIVEIRA**
MARIA ROCHA BARBOSA DE OLIVEIRA
 Endereço: **R SÃO VICENTE DE PAULA 315**
PARQUE DAS ROSAS 61940000
MARANGUAPE CE BRASIL Telefone: **3341-5506**

História

Segundo o declarante no dia 21.08.2014, por volta das 14:30 horas, trafegava pela AV. Francisco Sá, pilotando motocicleta de placa OSO-3550, de sua propriedade, quando nas imediações do trilho, um ciclista saiu repentinamente atrás de um outro veículo vindo a colidir com o declarante; QUE do acidente resultaram apenas danos materiais e lesões corporais nos envolvidos; QUE na motocicleta juntamente com o declarante estava seu sobrinho de nome FRANCISCO RENAN; QUE após o acidente seu sobrinho o socorreu o levando para o Hospital Público de Maranguape, onde foi medicado e liberado; QUE não sabe informar o nome do ciclista, ou como mesmo possa ser localizado. E nada mais disse.//////

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA METROPOLITANA DE MARANGUAPE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

UBIRATAN FURTADO BRAGA - MAT.: 163976-1-7

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO :

Francisco José Barbosa de Oliveira

VISTO DO DELEGADO(A) :

Mauro Gadelha Tavares
MAURO GADELHA TAVARES - MAT.: 300513-1-9

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por RAFAEL DE SOUSA RIBEIRO DE MONTENEGRO. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0213219-32.2015.8.06.0001 e código TEZZF87. sob o número 02132193220158060001.



Hospital Municipal Dr. Argeu Gurgel Braga Herbster
Novo Maranguape, s/n - Fone: (85) 3369.9170
Maranguape, - Ceará

FICHA DE ATENDIMENTO

Atendente: ANA CHALA DE SOUSA SILVA
Data/hora: 21/08/2014 16:36

CMT

CONSULTÓRIO:

Nome: FRANCISCO JOSE BARBOSA DE OLIVEIRA

Estado Civil: Solteiro

Sexo: Masculino

Idade:

Identidade: 20075008666

Naturalidade: MARANGUAPE

Endereço: RUA SÃO VICENTE PAULA, 315

Cep:

Bairro: PARQUE DAS ROSAS

Município: MARANGUAPE

PRÉ-CONSULTA: Aparentemente bem Régular Grave

Sinais Vitais: PA: mmHg T: °C P: bpm R:

ANAMNESE E EXAME FÍSICO

fratura clavícula

Exames Solicitados:

Hipótese Diagnóstica:

DESTINO

Residência Internação Recusou Internação Transferência Observação

Francisco José Barbosa de Oliveira
Assinatura do Paciente ou Responsável

Dr. Marcelo Girão
TRAUMATOLOGIA-ORTOPEDIA
CRM 5320 / CPF 284762823-00
Assinatura do Médico - (Carimbo)

Prescrição Médica:

Horário

Auxiliar

A presente xerox confere com a Original em nossos arquivos HMABH em 05/09/14
[Assinatura]
Assinatura do Funcionário Same

A presente xerox confere com a Original em nossos arquivos HMABH em 05/09/14
[Assinatura]
Assinatura do Funcionário Same

Observação:

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por RAFAEL DE SOUSA REZENDE MONTI, Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 07/12/2015 às 11:42, sob o número 13219322720150600001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0213219-32.2015.8.06.0001 e código 1E22FE874

Prefeitura Municipal de Maracá
 Hospital Municipal Dr. Aracy Braga de Paula - Maracá
CLASSIFICAÇÃO DE PRISCO

Data: 27/08/2015 Hora: 16:52 Turno: _____
 Nome: POO Alexandre de Toledo

Sinal vital: <u>120/70/70</u> Temperatura: <u>36,5</u> Glcemia: _____	CLASSIFICAÇÃO <input type="radio"/> Amarelo <input checked="" type="radio"/> Verde <input type="radio"/> Vermelho <input type="radio"/> Branco
--	---

Classificação do tipo de lesão: Aguda Crônica Incógnita
 Tipo de Doença: Leve Moderada Grave Severa

Queixa principal: dores no abdome inferior direito
há 02 dias
há 02 dias
há 02 dias
 História da doença atual: _____
 História Previa: _____
 História Familiar: _____
 História Social: _____
 História de Trauma: _____
 História de Cirurgia: _____
 História de Medicamentos: _____
 História de Alergias: _____
 História de Vacinação: _____

Exame físico: _____
 Exame complementar: _____
 Diagnóstico: _____
 Tratamento: _____
 Evolução: _____
 Encaminhamento: _____
 Casos de Medicina
 Cirurgia
 Fisioterapia
 Fonoaudiologia
 Psicologia
 Nutrição
 Odontologia

Enfermeira: Valdiana _____
 Assessoria: Isabel Stainin W. Rodrigues _____
 Enfermeira: _____

Assessoria: Roberta _____
 Assessoria: Roberta _____
 Assessoria: Roberta _____

SINISTRO 2014846807 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA FRANCISCO JOSE BARBOSA DE OLIVEIRA****COBERTURA Invalidez****SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO GENTE SEGURADORA S/A****ENDEREÇO Av. Nove de Julho, 4312, Jardim Paulista, São Paulo - 26, CEP: 01406-100****BENEFICIÁRIO FRANCISCO JOSE BARBOSA DE OLIVEIRA****CPF/CNPJ: 41589572300****Posição em 10-03-2015 14:41:45**

Indenização creditada em 30/10/2014, no valor de R\$ 1.687,50, em banco e conta de titularidade do beneficiário, conforme autorização de pagamento assinado pelo mesmo.

Data do Pagamento	Valor da Indenizacao	Juros e Correção	Valor Total
30/10/2014	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50