

PROCURAÇÃO**OUTORGANTE:**

Nome: FRANCISCO LAURINDO DE OLIVEIRA		Nacionalidade: BRASILEIRO	
Estado Civil: CASADO	Profissão: AGRICULTOR	Carteira de Identidade: 2008098026611	
CPF nº: 49158139320	Residência: FZ SANTO ANTONIO DOS DODO		
Bairro: ZONA RURAL	Cidade: BOA VIAGEM	Estado: CE	CEP: 63870000

OUTORGADO:

RAFAEL DE SOUSA REZENDE MONTI, brasileiro, solteiro, advogado, devidamente inscrito na OAB/CE sob o nº 18.044, portador do RG nº 8.119.595 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) 3231-6493/4101-2403.

PODERES:

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante nomeia e constitui, os outorgados, suas bastante procuradores, 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), 2 de outubro de 20 14.


Outorgante

DECLARAÇÃO

Eu, **FRANCISCO LAURINDO DE OLIVEIRA**, brasileiro, casado, agricultor, portador da Carteira de Identidade/2008098026611, SSP/CE, e inscrito no CPF/MF sob o nº 49158139320, residente e domiciliado na Fz Santo Antonio Dos Dodo s/nº, cidade de Boa Viagem, estado de Ceará, Zona Rural, declaro para os devidos fins que possuo hipossuficiência financeira, não possuindo condições de arcar com 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), 23 de MAIO de 2014.



Declarante

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

NOME FRANCISCO LAURINDO DE OLIVEIRA
RG Nº 2008098026611
DATA DO NASCIMENTO 10/9/2008

FILIAÇÃO FRANCISCO LAURINDO BARBOSA E ANTONIA MATILDE DE OLIVEIRA

SANTANA BOA VIAGEM-CE 11/11/1940
DOC CIVIL CERT. CASAM. 5271 L B/22 F
RGT 86V 1 OF. BOA VIAGEM
CPF 49158139320

TOTAL DA CTE

Cadastro Nacional de Imóveis

LIN 7 116 DE 200833

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO MANTO BARBOSA DE SOUSA

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Franco de Brito e Silva

coelce
Companhia Cearense de Energia Elétrica

33867597

A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei nº 10.438, de 20 de abril de 2002

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA (GRUPO B) SÉRIE 338621877

Rota 24 36041 01 010800 - 7- Data de Emissão 04/04/2014

Nome MARIA FERREIRA DO NASCIMENTO

End. Postal FZ STO ANTONIO DOS DODO 00001

DT DOMINGOS DA COSTA - BOA VIAGEM - 63870000

Medidor 13601833 0000 A65L

01-RESIDENCIAL MONOFASICO BAIXA RENDA 0,00

RG / CPF / CNPJ 898285263-87

Nome do Responsável

DATAS Data da Apresentação 04/04/2014

INDICADORES DE CONTINUIDADE Conjunto BOA VIAGEM

Mês Fev/2014 EUSD 5,72

DICRIS 0:00 P

BASE DE CÁLCULO (R\$)

Base de Cálculo (R\$)	Aluguel	Valor de aluguel
ISENTO		

INDICADORES DE CONTINUIDADE

Indicador	Atual	Antes	Antes	Antes	Antes	Antes
DIC	11,01	22,03	44,07	2,28	2,28	2,28
FIC	7,82	15,64	31,28	1,00	1,00	1,00
PIMC	5,98			2,28		

INFORMAÇÕES SOBRE O PAGAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Const. Incl.	Const. Excl.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
5551	5555	1,00	35	0,00	35	0,1010	3,54

04/04/14 07/04/14 30 DIAS 35 VALOR (R\$) 15,00

VR. CONSUMO DO MES PRECO NORMAL 28,79

DESCONTO TARIFA SOCIAL-BAIXA RENDA -13,79

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	9,25
Transmissão	0,20
Distribuição	4,23
Encargos Setoriais	0,98
Tributos (ICMS PIS COFINS)	0,00
TOTAL	15,00

HISTÓRICO DO CONSUMO (últimos 12 meses)

MED	Abv	Mar	Fev	Jan	Dez	Nov	Out	Set	Ago	Jul	Jun	Ma
	75	95	71	73	77	89	86	86	75	61	72	66

importante

A COELCE AGRADECE E PARABENIZA PELA PONTUALIDADE NOS SEUS PAGAMENTOS.



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

fls. 17

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 428 - 665 / 2014

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **01/04/2014 08:53:19**
Data / Hora da Ocorrência : **09/07/2013 04:30:00**
Endereço da Ocorrência: **ESTR. CARROÇÁVEL DA FAZENDA SACO**
ZONA RURAL BOA VIAGEM /CE
Ponto de Referência:

Histórico

Compareceu nesta delegacia a pessoa abaixo qualificada para informar que no dia 09/07/2013 por volta das 04:30h estava na garupa da motocicleta HONDA/CG TITAN KS, cor VERDE, ano/mod. 2000/2001, placa ITWK-4113, chassi 9C2JC30101R042354, licenciada em nome de IZAIAS FERREIRA DE OLIVEIRA; Que Luis Alves da Silva estava dirigindo a motocicleta e em determinado momento perdeu o controle da motocicleta e Francisco Laurindo caiu; Que foi socorrido para o hospital local sofrendo dor torácica, foi realizado RX no ombro direito e no torax; Que compareceram como testemunhas Luis Alves da Silva e Carlos Laurindo do Nascimento.

Noticiante(s)

Nome : **FRANCISCO LAURINDO DE OLIVEIRA**
Endereço : **R FAZENDA SACO**
Bairro : **ZONA RURAL 63870000**
Município/UF : **BOA VIAGEM CE BRASIL** Telefone:

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE BOA VIAGEM
RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

MATRÍCULA: 300059-1-0

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO : *Francisco Laurindo de Oliveira*

VISTO DO DELEGADO(A) :

MATRÍCULA: 198805-1-6

Testemunhas

x Carlos Laurindo do Nascimento

x Luis Alves da Silva



CASA DE SAÚDE ADÍLIA MARIA

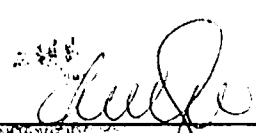


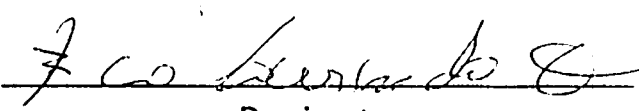
DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que entregamos em mãos a cópia da FICHA DE SERVIÇO DE PRONTO ATENDIMENTO do paciente **FRANCISCO LAURINDO DE OLIVEIRA**, atendido nesta unidade de saúde no dia **09/07/2013**, conforme ficha em anexo.

Boa Viagem, 29 de novembro de 2013.

Atenciosamente,


AMANDA VIEIRA OLIVEIRA SAMPAIO
EBAH - 4417
DIRETORA CSAM


Paciente



PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VIAGEM
HOSPITAL MUNICIPAL DE BOA VIAGEM
C. S. A. M.

Rua: São Vicente de Paula, Nº 100, Centro
 Tel.: (88) 3427.1699 - (88) 3427.1136
 CNPJ: 07.806.680/0001-84



FICHA DE SERVIÇO DE PRONTO ATENDIMENTO (SPA)

DATA DE ATENDIMENTO: 09 / 07 / 13 HORÁRIO: 07:30 h

NOME: Fernando Henrique de Oliveira IDADE: 11 ANOS SEXO: M

RG: _____ CPF: _____

PAI: Fernando Henrique de Oliveira MÃE: Antônia Antônia de Oliveira

NATURALIDADE: BV PROCEDÊNCIA: _____

ESTADO CIVIL: Casado PROFISSÃO: Agricultor

ENDEREÇO: Faz. São Nº _____

BAIRRO: _____ CIDADE: BV UF: CE

QUEIXA PRINCIPAL: _____

HDA: _____

EXAME FÍSICO: Rx de EMBU (D)

EXAMES SOLICITADOS: CAROTÍDIO

MEDICAMENTOS: _____

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM: paciente deu entrada no SPA apresentando dor torácica. O mesmo foi medicado e liberado após administração de Rx.

PESO: _____ TEMPERATURA: _____

ASSINATURA DO PACIENTE / RESPONSÁVEL: [Assinatura]

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO: [Assinatura]

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por RAFAEL DE SOUSA REZENDE MONTE e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 06/07/2016 às 15:06, sob o número 0150014-92.2016.8.06.0001 e código 230A939. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0150014-92.2016.8.06.0001 e código 230A939.

Dr. José Carlos Martins

Traumatologia - Ortopedia

Francisco Lourenço de Oliveira

Receituário

Paciente sofreu fratura de
tubo radial menor unido D^{to}
e lesão ligamentar e de
manguito rotador com
direto. Fratura de processo
de estilóide de ulna
muito direta, com lesão
ligamentar ulno-carpal.
Tratamento ortopédico
conservador. Seguimento de
artrose em ambas as mãos
decentos. Depressão e
instabilidade artroses.

10/04/13

Assinatura e Carimbo do Profissional:
CREMEC 6076

Dr. José Carlos Martins
Traumatologia - Ortopedia
CREMEC 6076

Dr. José Carlos Martins

Traumatologia - Ortopedia

Transmissão de Atividade

Receituário

*Examinar a fratura
de omómero (L1), tubérculo
menor ungueal, para
deformação e de
menor parte do osso da
fratura por causa
instabilidade funcional
devido a fratura
completa. Atividade
conservadora. Atividade*

AC 110 112

Assinatura e Carimbo de Prof. Dr. José Carlos Martins
CREMEO 6076

Dr. José Carlos Martins
Traumatologia - Ortopedia
CREMEO 6076

SINISTRO 2014293114 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA FRANCISCO LAURINDO DE OLIVEIRA****COBERTURA Invalidez****SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO MBM SEGURADORA S/A****REGULADORA MBM SEGURADORA S/A #772****BENEFICIÁRIO FRANCISCO LAURINDO DE OLIVEIRA****CPF/CNPJ: 49158139320****Posição em 10-09-2014 12:04:48**

Indenização creditada em 20/05/2014, no valor de R\$ 7.087,50, 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
20/05/2014	R\$ 7.087,50	R\$ 0,00	R\$ 7.087,50

**Cálculo de Atualização Monetária****Dados básicos informados para cálculo****Descrição do cálculo****Valor Nominal**

R\$ 7.087,50

Indexador e metodologia de cálculo

IGP-M - (FGV) - Calculado pro-rata die.

Período da correção

09/07/2013 a 01/07/2016

Dados calculados**Fator de correção do período**

1088 dias

1,258035

Percentual correspondente

1088 dias

25,803488 %

Valor corrigido para 01/07/2016

(=)

R\$ 8.916,32

Sub Total

(=)

R\$ 8.916,32

Valor total

(=)

R\$ 8.916,32**Retornar Imprimir**