

SABOYA & BRANDÃO ADVOGADOS ASSOCIADOS

fls. 15

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

OUTORGANTE	FRANCISCO KLEBER SANTOS DA SILVA		
Nacionalidade	BRASILEIRO (A)		
Natural	FORTALEZA-CE		
Estado Civil	SOLTEIRO (A)		
RG nº	97010041934	SSPCE	27/10/2016
CPF nº	622.551.773-15		
Profissão	MOTOTAXISTA		
Endereço	RUA ROSALVO QUINDERE, 191		
Complemento			
Bairro	QUINTINO CUNHA		
CEP			
Município/UF	FORTALEZA-CE		
Telefones	(85)99777-6822 TIM (85)98667-4119 OI () -		

OUTORGADOS: **BRUNO PEREIRA BRANDÃO**, brasileiro, solteiro, advogado devidamente inscrito na OAB-CE sob o nº 22.013, **THIAGO SABOYA PIRES DE CASTRO**, brasileiro, solteiro, advogado devidamente inscrito na OAB-CE sob o nº 24.156 e **MARCELO PEREIRA BRANDÃO**, brasileiro, solteiro, advogado devidamente inscrito na OAB-CE sob o nº 26.103, todos com endereço profissional para receber intimações na Rua Doutor Carlos Ribeiro Pamplona, 100, Sala 108, Bairro Edson Queiroz, CEP 60811-695 – Fortaleza/CE, Tel.: (85) 9963-8013 / (85) 8636-3030 / (85) 8853-0069 / (85) 3022-0470. E-mails: brunop.brandao@yahoo.com.br / thiago_cs@hotmail.com / marcelobrandao@hotmail.com.

PODERES: Os poderes para o foro em geral, com a cláusula "ad judicium" e "et extra", a fim de que, possa defender os interesses e direitos da outorgante perante Juízo, Instância ou Tribunal, repartição pública, autarquia ou entidade paraestatal, propondo ação competente em que a outorgante seja autora ou reclamante, defendendo-a quando for réu, interessada ou requerida, podendo reclamar, conciliar, desistir, transigir, recorrer, receber e dar quitação de quaisquer valores, firmar compromisso, podendo ainda substabelecer o presente com ou sem reservas de poderes, bem como destituir advogado(s), se assim lhe convier, praticando todos os atos necessários para o bom e fiel desempenho deste mandato, dando tudo por bom, firme e valioso.

Fortaleza/CE, quinta-feira, 22 de junho de 2017.

**Francisco Kleber Santos da Silva*

Rua Doutor Carlos Ribeiro Pamplona, 100, Sala 108, Bairro Edson Queiroz, CEP 60811-695 – Fortaleza/CE

Tels.: (85) 3022-0470 / (85) 9963-8013 / (85) 8636-3030 / (85) 8853-0069

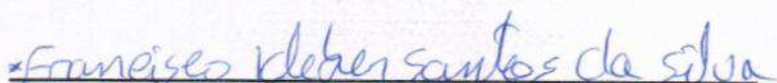
E-mails: brunop.brandao@yahoo.com.br thiago_cs@hotmail.com marcelobrandao@hotmail.com

DECLARAÇÃO

DECLARANTE	FRANCISCO KLEBER SANTOS DA SILVA
Nacionalidade	BRASILEIRO (A)
Natural	FORTALEZA-CE
Estado Civil	SOLTEIRO (A)
RG nº	97010041934 SSPCE 27/10/2016
CPF nº	622.551.773-15
Profissão	MOTOTAXISTA
Endereço	RUA ROSALVO QUINDERE ,191
Complemento	
Bairro	QUINTINO CUNHA
CEP	
Município/UF	FORTALEZA-CE
Telefones	(85)99777-6822 TIM (85)98667-4119 OI () -

DECLARO, para os devidos fins de direito e sob as penas legais, que sou pobre na forma da lei, não possuindo condições financeiras para arcar com as custas processuais e honorários advocatícios, sem prejuízo próprio e de sua família, nos termos do Art. 5º, LXXIV, bem como de acordo com os mandamentos previstos na Lei nº 1.060/50.

Fortaleza/CE, quinta-feira, 22 de junho de 2017.


DECLARANTE

EU, FRANCISCO KLEBER SANTOS DA SILVA, BRASILEIRO (A), SOLTEIRO (A), MOTOTAXISTA, PORTADOR DO RG Nº 97010041934 SSPCE 27/10/2016, INSCRITO NO CPF SOB Nº 622.551.773-15, RESIDENTE E DOMICILIADO(A) NA RUA ROSALVO QUINDERE, 191, QUINTINO CUNHA, FORTALEZA-CE, Telefone(s) (85)99777-6822 TIM (85)98667-4119 OI () -,

DECLARO PARA TODOS OS FINS A QUE ESTA SE DESTINAR QUE FUI DEVIDAMENTE ESCLARECIDO PELO SR. NAZARENO GOMES DE SOUSA, BRASILEIRO, CASADO, AUTÔNOMO, PORTADOR DO RG Nº 8912005003649 SSPCE, INSCRITO NO CPF SOB O Nº 314.320.693-49 E PELA SRA. SORAYA CRISTINA GOMES BARBOSA, BRASILEIRA, CASADA, AUTÔNOMA, PORTADORA DO RG Nº 4.340.774-0 SSPPR, INSCRITA NO CPF SOB O Nº 590.270.379-49, TODOS COM ENDEREÇO PROFISSIONAL NA RUA SÃO PAULO – Nº 32 – 6º ANDAR – SALA 609 – BAIRRO CENTRO – CEP: 60.030-100 – FORTALEZA/CE, ACERCA DOS DOCUMENTOS NECESSÁRIOS A SEREM APRESENTADOS PARA INGRESSAR COM A PRESENTE AÇÃO JUDICIAL DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT, ASSUMINDO, ASSIM, DE FORMA PLENA, ÚNICA E INTEGRAL A RESPONSABILIDADE POR TODA DOCUMENTAÇÃO ACOSTADA AO PRESENTE PROCESSO ADMINISTRATIVO, BEM COMO PELOS FATOS NARRADOS NESTE.

DESTA FORMA, ISENTO o escritório SABOYA & BRANDÃO – ADVOGADOS ASSOCIADOS, representado através dos advogados BRUNO PEREIRA BRANDÃO, brasileiro, solteiro, advogado devidamente inscrito na OAB-CE sob o Nº 22.013, THIAGO SABOYA PIRES DE CASTRO, brasileiro, solteiro, advogado, devidamente inscrito no OAB-CE sob o Nº 24.156, e MARCELO PEREIRA BRANDÃO, brasileiro, solteiro, advogado devidamente inscrito na OAB-CE 26.103, todos com endereço profissional a Rua São Paulo, 32 2º Andar sala 204 Bairro Centro, CEP – 60.030-100 Fortaleza-CE, DE TODA E QUALQUER RESPONSABILIDADE JURÍDICA (CÍVEL, CRIMINAL, TRIBUTÁRIA, PREVIDENCIÁRIA) E/OU ADMINISTRATIVA, NO QUE TANGE A AUTENTICIDADE, LITISPENDÊNCIA (EXISTÊNCIA DE PROCESSO COM OS MESMOS DOCUMENTOS E/OU DADOS) E VERACIDADE DOS FATOS NARRADOS E DESCRITOS EM MENCIONADOS DOCUMENTOS, ASSUMINDO ÚNICA E EXCLUSIVAMENTE ESTAS RESPONSABILIDADES SOBRE TAIS INFORMAÇÕES.

"AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NO PROCESSO INDENIZATÓRIO DPVAT SÃO DE RESPONSABILIDADE DO BENEFICIÁRIO, SENDO O MESMO INFORMADO QUE A COMUNICAÇÃO DE FATO NÃO OCORRIDO OU INEXISTENTE É CRIME PUNÍVEL NA FORMA DA LEI ART. 339 E 340 DO CPB."

CIENTE DE MEUS DIREITOS E OBRIGAÇÕES, BEM COMO DA VALIDADE DE MENCIONADO DOCUMENTO, FIRMO O PRESENTE, O QUAL PASSA A VALER A PARTIR DESTA DATA.

FORTALEZA/CE, quinta-feira, 22 de junho de 2017.


DECLARANTE

TESTEMUNHA

CPF:

TESTEMUNHA

CPF:

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

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



fls. 18

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 1003 / 2017**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **15/02/2017 14:18:19**
Data / Hora da Ocorrência: **07/01/2017 15:00:00**
Endereço da Ocorrência: **AVENIDA WASHINGTON LUIS**
Complemento:
Bairro: **JARDIM GUANABARA** Município: **FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência: **AV. MOZART LUCENA**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **FRANCISCO KLEBER SANTOS DA SILVA**
Nascimento: **14/06/1973** CPF: **622.551.773-15**
RG: **97010041934** Orgão Emissor: **SSP** UF:
Filiação: **ELZENIR SANTOS DA SILVA**
CLOVIS PAULINO DA SILVA
Endereço: **RUA ROSALVO QUINDERE, 191** CEP:
Bairro: **QUINTINO CUNHA**
Município: **FORTALEZA/CE**
País: **BRASIL** Telefone: **(08) 58693-3504**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **HWB4316** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi:
9C2KC08104R093281 Renavam: **833335677** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CG 150 TITAN KS** Ano
Fabricação: **2004** Ano Modelo: **2004** Combustível: **GASOLINA** Cor:
AMARELO Proprietário: **ONAKS AUGUSTO BATISTA** Situação: **NÃO**
INFORMADO Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

Afirma a vítima que na data, hora e local acima citados, pilotava sua motocicleta de placa HWB4316 (acima descrita) quando foi colidido por um automóvel de placas não anotadas, vindo a tombar ao solo e lesionar-se; QUE, foi socorrido pelo SAMU ao Hospital Distrital Maria José Barroso de Oliveira; E nada mais disse.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : 28
SUZETE MARIA LIMA GONÇALVES - MAT.: 133215-1-5

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: pro kleber santos da silva

VISTO DO DELEGADO(A) : _____
MARIA CÂNDIDA BRUM - MAT.: 126913-1-9

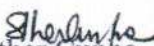
DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento ao Sr. **Francisco Kleber Santos da Silva**, no dia **07/01/2017**, às **15h44min**, na **Avenida Washington Luis**, no **Bairro Jardim Guanabara**, vítima de acidente de trânsito. Removido ao **Hospital Distrital Maria José Barroso de Oliveira**.

Documento requerido por meio do Processo nº **P522901/2017**.

Fortaleza, 8 de fevereiro de 2017.

Atenciosamente,


Esther Cunha

Coord. SAME do SAMU 192 Regional Fortaleza


Rita Lima

Ouvidora do SAMU 192 Regional Fortaleza

TERMO DE ENTREGA
PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

Conforme processo nº **P522901/2017**, estamos entregando cópia do Prontuário de Atendimento realizado pelo SAMU 192 Regional Fortaleza, no dia **07/01/2017**, ao Sr. **Francisco Kleber Santos da Silva**, portador do CPF: **622.551.773-15**.

Fortaleza, 20 de junho de 2017.

Atenciosamente,



CPF: 623.995.433-00 - Mat. 86920-1
Diretor Médico - SAMU 192
Regional Fortaleza
Francisco Rômulo Sampaio Lira

Dr. Francisco Rômulo Sampaio Lira
Coord. do Setor Médico do SAMU 192 Regional Fortaleza.

Nome do solicitante: _____

Assinatura: _____

CPF: _____ Data do recebimento: ____/____/____

P022701277

VEÍCULO: USB 75	PONTO DE APOIO: GBS	Nº DA OCORRÊNCIA: 0694
DATA: 07/01/17 ✓	TURNO: MT	EQUIPE: Ana Jovina + Agripino
NOME: Pro Kleber Santos da Silva ✓	IDADE: 63a	SEXO: (M)
ENDEREÇO: Washington Luis S8S ✓	BAIRRO: J. Guanabara ✓	
REFERÊNCIA: Igreja Assembleia de Deus		
TIPO: QUS: 15:44 ✓	QUR: 15:50	QUY: 16:07
	QUU: 16:21	
NATUREZA DA OCORRÊNCIA: Colapso (moto x carro) ✓		

RESPOSTA AO CHAMADO	EXPANSÃO TORÁCICA	PULSO CENTRAL (AGRAVO CLÍNICO)
☒ RESPONSIVO	☒ PRESENTE	☒ PRESENTE
☐ NÃO RESPONSIVO	☐ AUSENTE	☐ AUSENTE
☐ PÉRVEAS	☐ OBSTRUÍDAS	POR: _____

PADRÃO RESPIRATÓRIO	INSPEÇÃO	PALPAÇÃO/PERCUSSÃO	AUSCULTA
☒ EUPNEICO	☒ NORMAL	☒ NORMAL	☒ NORMAL
☐ TAQUIPNEICO	☐ ALTERADA: _____	☐ ALTERADA: _____	☐ ALTERADA: _____
☐ BRADIPNEICO			
☐ AGÔNICA/AUSENTE			

PULSO	PELE	ENTENDIMENTO	SANGRAMENTO
☒ NORMOCÁRDICO	☒ CORADA	☒ CASAR	☒ EXTERNO
☐ TAQUICÁRDICO	☐ SUDOREICA	☐ ≤ 2 seg	☐ SIM
☐ BRADICÁRDICO	☐ SECA	☐ > 2 seg	☒ NÃO
☐ CHEIO	☐ PÁLIDA		
☐ FILIFORME	☐ QUENTE		
☐ IMPALPÁVEL	☐ FRIA		
☐ CIANÓTICA			

ESCALA DE COMA DE GLASSOW - ADULTO E PEDIÁTRICA (E)			
ABERTURA OCULAR	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA	
ESPONTÂNEA ☒ 4	ORIENTADO (AVSORRI) (P) ☒ 5	OBEDECE A COMANDOS ☒ 6	
À VOZ ☐ 3	CONFUSO (AVCHORO CONSOLÁVEL) (P) ☐ 4	LOCALIZA A DOR ☐ 5	
À DOR ☐ 2	PALAVRAS INAPROPRIADAS (AVINCONSOLÁVEL) (P) ☐ 3	MOVIMENTO DE RETRADA ☐ 4	
NENHUMA ☐ 1	SONS INCOMPREENSÍVEIS (AVGEMENTE) (P) ☐ 2	FLEXÃO ANORMAL ☐ 3	
	NENHUMA ☐ 1	EXTENSÃO ANORMAL ☐ 2	
		NENHUMA ☐ 1	
TOTAL: 15			
PUPILAS: ☒ NORMAIS (FOTORREAGENTES E ISOCÓRICAS)			
☐ ALTERADAS:			

E			Edema + deformidade Tornozelo (E)		
----------	---	---	--------------------------------------	---	---

C: 88 PA: x FR: 16 GLC: OXIM: 97% TEMP:

Histórico e capacidade visual de colapso e carro. Em estado de consciência, orientado verbalmente, nega dor. Apresenta edema e deformidade em tornozelo inj.



**Prefeitura de
Fortaleza**

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSE BARROSO DE OLIVEIRA PARANGABA

SUS

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

DADOS PESSOAIS

NOME DO PACIENTE FRANCISCO KLEBER SANTOS DA SILVA		Nº DO PRONTUÁRIO 269630	Nº DO SE 119946
CAUSE	NASCIMENTO 14/06/1973(43 ANOS)	SEXO M	RACIA COR PARDO
NOVE MAE ELZENIR SANTOS DA SILVA	NOME RESPONSÁVEL NI		
ENDEREÇO RUA WASHINGTON LUIS 585 OCORRENCIA JARDIM GUANABARA	MUNICÍPIO FORTALEZA	UF CE	
CÓDIGO	CEP NI		

OCORRÊNCIA

LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/DO ACIDENTE

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

QUEIXA PACIENTE RELATA TRAUMA DE TORNOZELO ESQUERDO COM PRESENÇA DE DEFORMIDADE, APÓS TRAUMA USB:75+SAMU	NOTA AValiação TRAUMATOLÓGICA
SINTOMAS NI	ESCALA DE DOR 99 (ADULTO)

SINAIS VITAIS

PESO NI KG	PRESSÃO ARTERIAL NI/NI	SAT O2 NI%	PULSO NI	GLICOSEIA NI
TEMPERATURA NI °C	ALERGIAS NGA			

CLASSIFICAÇÃO VERDE	RESPONSÁVEL PELO CLASSIFICAÇÃO MORGANA TAMARA SILVA E CASTRO	DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO 07/01/2017 16:19:21
-------------------------------	--	--

ÁREA DE ATENDIMENTO

ÁREA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

ATENDIMENTO MÉDICO

ANAMNESE <i>duela agudo D do agudo D entre agudo D</i>

DIAGNÓSTICO

SOLICITAÇÃO: ☐ HC ☐ SU ☐ US ABDOMINAL ☐ TC CRÂNIO ☐ RAIO-X ☐ OUTROS	COO. PROCEDIMENTO	CO
--	-------------------	----

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MEDICAMENTO 303080206	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÕES

TIPO DE ALTA/SIDA

ALTA/SIDA: ☐ DECISÃO MÉDICA ☐ A PEDIDO ☐ EVASÃO ☐ TRANSFERÊNCIA ☐ INTERNAÇÃO ☐ ÓBITO: ☐ ATÉ 48 HORAS ☐ APÓS 48 HORAS
DESTINO DO CORPO: ☐ FAMÍLIA ☐ IMPL ☐ ANAT. PATOL

DATA E HORA DO ATENDIMENTO

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA

Impresso por morgana tamara silva e castro em 07/01/2017 às 16:19:24

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.

francisco kleber santos da silva

HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSE BARROSO DE OLIVEIRA
ATESTO QUE COPIA CONFERE COM ORIGINAL
[Assinatura]
FUNCIONÁRIO - MATR 524

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES	
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
NOME: FRANCISCO ELBER SANTOS DA SILVA	
	DOCUMENTO / CNH BRASILEIRA: 97010041934 SSP CE
	CN: 622.551.773-15 DATA NASCIMENTO: 14/06/1973
	FUNÇÃO: CLOVIS PAULINO DA SILVA
	ELBER SANTOS DA SILVA
SEXO: M ACC: 1 CEBRA: 2	
Nº REGISTRO: 00513218040	VALIDADEZ: 06/10/2021
DATA EMISSÃO: 16/10/1998	
OBSERVAÇÃO: NAS MOTOTAXISTA; EXERCÍCIO ATIV REMUNERADA.	
Assinatura do titular: <i>Francisco Elber Santos da Silva</i>	
ASSINATURA DO DETRAN	
LOCAL: PORTALEIRA, CE	DATA EMISSÃO: 27/10/2016
17196911688 28155780107	
DETRAN - CE (CEARA)	

VÁLIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS

1403892582

PROIBIDO PLASTIFICAR

1403892582

Coelce
agora é enel

Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° 475336252

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07047251/000179 | CGF 06.105.818.3A Tarifa Social de Energia Elétrica
foi criada pela Lei nº 10.132 de
26 de abril de 2002

Esta é a segunda via de

ABR/2017

Utilize o n° abaixo sempre
que entrar em contato conoscoN° DO CLIENTE
4586153

DV 6

VENCIMENTO
10/06/2017TOTAL A PAGAR (R\$)
38,17

DESCRIÇÃO DA CONTA

ENERGIA

Consumo faixa 0-30 Kwh
Consumo faixa 31-100 Kwh
Consumo faixa 101-220 KwhEnd. da Unidade RU JOSE EUZEBIO BARROS 00407 ALTO ALEGRE FORTALEZA
Consumidora 60000000

RG / CPF / CNPJ 664.835.813-00

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

4501

4400

1

101

0

101

Quantidade Tarifa Valor (R\$)

30

0,16496

4,94

70

0,28278

19,79

1

0,42419

0,43

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/
ApresentaçãoPrev. Próxima
Leitura

27/04/2017

27/05/2017

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

B16F.2031.6854.8576.6697.4D8E.C809.F894

ICMS

Base de Cálculo (R\$)

Aliquota

Valor do Imposto

ISENTO

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

ENERGIA	15,21
TRANSMISSÃO	0,38
DISTRIBUIÇÃO	5,30
ENCARGOS SETORIAIS	2,66
TRIBUTOS (ICMS, PIS/COFINS)	3,07

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

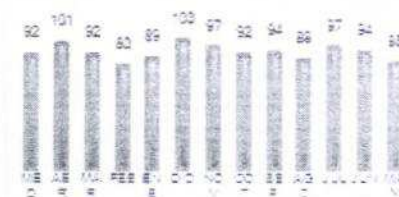
Veja a legenda na verso desta conta. CM: 8,72

Conjunto BOM JARDIM

Mês FEV/ 2017

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC (h)	5,19	10,38	20,77	0,00	0,00	0,00
FIC (un)	3,23	6,47	12,95	0,00	0,00	0,00
DMIC (h)	2,94			0,00		

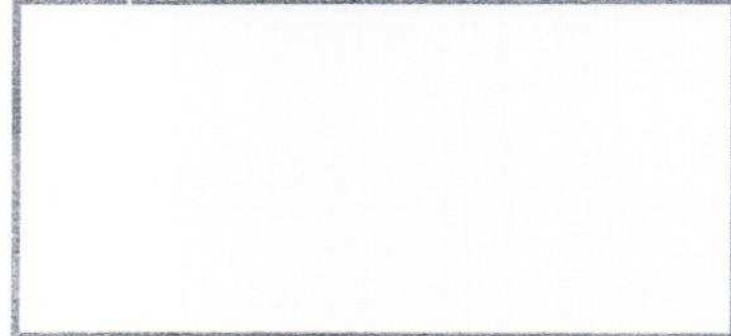
HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

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	0	0

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO



autenticação mecânica cliente

N° do Cliente:

4586153-6

N° da Nota Fiscal: 475336252

Total a Pagar (R\$): 38,17

Data de Emissão:

08/05/2017

Referência: ABR/2017

N° de Controle: 0004586153 00066 4371 2 84

83800000000-9 38170031000-8 00045861530-7 00664371260-6

