

Sampaio & Catunda

ADVOGADOS ASSOCIADOS

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Nome: João Batista Pessoa de S. Albuquerque		Nacionalidade: Brasileira
CPF: 808.101.873-53	RG: 306420396	Profissão: <input checked="" type="checkbox"/> Agricultor () Autônomo () Outro:
Avenida/Rua/Localidade: Rua 21 de Junho		Nº: 511
Bairro: Barragem	Cidade: Traucuba	Estado Civil: <input checked="" type="checkbox"/> Solteiro () União Estável () Casado () Divorciado
CEP: 62.620-000	Estado: CE	
Telefone:		

DECLARO conforme artigo 1º, da Lei 7115/83, que não possuo comprovante de endereço em meu nome e resido no endereço acima mencionado.

DECLARO também ser conhecedor das sanções civis, administrativas e criminais a que estarei sujeito, caso o quanto aqui declarei não porte estritamente a verdade.

Jo. Wava (CE), 30 de agosto de 2017.

João Batista Pessoa de S. Albuquerque

DECLARANTE

Sampaio & Catunda

ADVOGADOS ASSOCIADOS

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA E DE RESPONSABILIDADE

Nome: <u>João Batista Pessoa de S. Albuquerque</u>		Nacionalidade: Brasileira
CPF: <u>808.103.873-53</u>	RG: <u>306420396</u>	Profissão: <input checked="" type="checkbox"/> Agricultor () Autônomo () Outro:
Avenida/Rua/Localidade: <u>Rua 21 de junho</u>		Nº: <u>S/N</u>
Bairro: <u>Barragem</u>	Cidade: <u>Maracuba</u>	Estado Civil: <input checked="" type="checkbox"/> Solteiro () União Estável () Casado () Divorciado
CEP: <u>62.620-000</u>	Telefone:	Estado: CE

Declaro para os devidos fins que possuo hipossuficiência financeira, não possuindo condições de arcar com às 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.

Declaro ainda, para todos os fins a que esta se destinar, que fui devidamente esclarecido pelos Advogados habilitados na Procuração "Ad Judicia", acerca dos documentos necessários a serem apresentados para ingressar com a presente ação judicial, assumindo, assim, de forma plena, única e integral a responsabilidade por toda documentação acostada ao processo judicial, bem como pelos fatos narrados neste, isentando expressamente os advogados habilitados na Procuração "Ad Judicia" de qualquer ato inverídico ou omissivo que possa interferir no resultado deste procedimento.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

M. Nova (CE), 30 de agosto de 20 17.

João Batista Pessoa de S. Albuquerque

Sampaio & Catunda

ADVOGADOS ASSOCIADOS

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

OUTORGANTE:

Nome: João Batista Pessoa de S. Albuquerque		Nacionalidade: Brasileira
CPF: 208.101.873-53	RG: 306420396	Profissão: <input checked="" type="checkbox"/> Agricultor () Autônomo () Outro:
Avenida/Rua/Localidade: Rua 21 de junho		Nº: SIN
Bairro: Barragem	Cidade: Traucuba	Estado Civil: <input checked="" type="checkbox"/> Solteiro () União Estável () Casado () Divorciado
CEP: 62.620-000	Telefone:	Estado: CE

OUTORGADO:

RODOLFO DIOGO DE SAMPAIO FILHO, brasileiro, solteiro, advogado, CPF 017.809.013-13, inscrito na OAB-CE sob o Nº 23.814, e, FILIPE BEZERRA CATUNDA CAMPELO, brasileiro, solteiro, advogado, portador da OAB/CE 27.565, ambos podendo ser intimados em Morada Nova- CE, na Rua José de Fontes Nº 90-A, têm entre si, justo e contratado, o que mutuamente aceitam e outorgam, mediante as cláusulas e condições seguintes:

PODERES:

Pelo presente instrumento particular de procuração, o Outorgante nomeia, constitui e habilita o (s) Outorgado (s) a praticar (em) todos os atos do processo, conforme disposto na primeira parte do art. 105, do Novo Código de Processo Civil.

CLÁUSULA ESPECÍFICA:

Por esta cláusula específica, O Outorgante habilita o (s) Outorgado (s) a transigir (em), desistir (em), renunciar (em) ao direito sobre o qual se funda a ação, firmar (em) compromisso, receber (em) e dar (em) quitação no presente feito, realizarem levantamentos e saques de Alvará Judicial, conforme parte final do art. 105, do Novo Código de Processo Civil.

Un. Nova (CE), 30 de agosto de 2017.

João Batista Pessoa de S. Albuquerque

Outorgante

* Art. 105. A procuração geral para o foro, outorgada por instrumento público ou particular assinado pela parte, habilita o advogado a praticar todos os atos do processo, exceto receber citação, confessar, reconhecer a procedência do

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
JOAO BATISTA PESSOA DE SOUSA ALBUQUERQUE

DOC. IDENTIDADE / OUTRO IDENTIFIC. Nº
 306420396 SSP CE

CPF Nº 809.101.873-53 Data Nascimento 24/08/1976

RENÇÃO
 MAJOR EL JURACY DE ALBUQUERQUE
 FRANCISCA PESSOA DE SOUSA ALBUQUERQUE

PERMISSÃO ACC. CATEG. CE

Nº Registro 04121729205 Validade 14/06/2021 1ª Inscrição 26/05/2007

Observações
 HAS MOTOTAKISTA;
 EXERCE ATIV. REGENERADA;

na auto-avaliação de saúde...

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL SOBRAL, CE Data Emissão 08/07/2016

João Batista Pessoa de Sousa Albuquerque
 29910352950
 CE153942851

DETRAN CE (CEBRA)

VÁLIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
 1289523932

PRIMEIRO PLASTIFICAR
 1289523932

(88) 999455339
 (88) 999098918
 5

SINISTRO 3160680273 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA JOAO BATISTA PESSOA DE SOUSA ALBUQUERQUE

COBERTURA Invalidez

SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO Comprev Previdência S/A-Filial Fortaleza-CE


BENEFICIÁRIO JOAO BATISTA PESSOA DE SOUSA ALBUQUERQUE

CPF/CNPJ: 80810187353

Posição em 21-06-2017 09:13:42


Pagamento creditado ao beneficiário de acordo com os dados informados na autorização de pagamento.

Data do Pagamento	Valor da Indenizacao	Juros e Correção	Valor Total
29/05/2017	R\$ 4.725,00	R\$ 0,00	R\$ 4.725,00



Hospital Municipal Dr. Pedro de Castro Marinho

PREFEITURA MUNICIPAL DE IRAUCUBA/CE



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Cuidando de sua saúde

20

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE PACIENTE EXTERNO

NOME: João Batista Pinheiro de Sousa Albuquerque IDADE: _____
 CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) _____
 DATA DO NASCIMENTO: 24 / 08 / 76
 FILIAÇÃO: Momel Turco de Albuquerque
Francisca Tenora de Sousa Albuquerque
 ENDEREÇO: R 21 de Junho
 BAIRO: Barroco MUNICÍPIO: Iracuba
 DATA DO ATENDIMENTO: 21 / 08 / 16 HORÁRIO: _____

ACOLHIMENTO/ TRIAGEM/ SINAIS VITAIS

PA: _____ x _____ mm/Hg FC: _____ bpm SpO²: _____ %
 T: _____ °C Glicemia: _____ mg/dL Peso: _____ Kg

QUEIXAS RELATADAS: _____

AVALIAÇÃO CLÍNICA

ANAMNESE E EXAME FÍSICO: _____

DIAGNÓSTICO: Fratura clavícula

CONDUTA: 1/ Voltaren 3ml 1x 17.20

João Batista Pinheiro de Sousa Albuquerque
Assinatura do Paciente

Carlos Olimpio B. Rocha
MEDICO
CREMEC. 977
Assinatura do Médico(a)/ Enfermeiro(a)



Clínica São Lucas
Seriiedade e compromisso com a sua saúde

RELATÓRIO MÉDICO

Relato, para os devidos fins, junto ao DPVAT, que o Sr (a):

João Batista Pessoa do Sousa Albuquerque

Vítima de acidente de trânsito, em 24/09/16, sofreu:

Lesão traumática da coluna D11-D12 - S43.1

E submeteu-se a tratamento(s):

Imobilização
fisioterapia, medicação.

Encontra-se de alta clínica, e apresenta invalidez permanente, com grau de incapacidade funcional irreversível de:

Deficiência no membro D
Direito, desconforto no membro
e um fardo funcional importante
nao, on xicula e um fardo no
membro Direito. Fardo quando
propriedades funcionais.
Os med de deficiente

Av. Jorge Domingues. Número: 1234 Centro-Irauçuba-CE

Dr. Fco. Marinho Salmeida Almeida
Ortopedia - Traumatologista
CRM 4411

24 / 09 / 2016



Clínica São Lucas
Seriidade e compromisso com a sua saúde

RECEITUÁRIO MÉDICO

João Roberto Pessoa

foi presc:

10 55 - Torno de apoio

*LUFACOR. Bônus da academia
Dientes.*

*Dr. Rco. Marônio Salmito de Almeida
Ortopedia - Traumatologista
CRM/4411*

Data 20/09/2016

Assinatura do Médico - CRM

Av. Jorge Domingues nº 1234, Centro - Irauçuba - CE (Ao lado da Prefeitura)
Tel.: (88) 3635.1607 / (85) 9 9676.4641



Clínica São Lucas
Sériedade e compromisso com a sua saúde

RECEITUÁRIO MÉDICO

João Batista F. Soares Almeida

T, póia

[Handwritten Signature]
Dr. Fco. Márcio Santos de Azevedo
Ortopedia - Traumatologia
CRM 66.55

Data 10/05/2016

Assinatura do Médico - CRM

Av. Jorge Domingues nº 1234, Centro - Irauçuba - CE (Ao lado da Prefeitura)
Tel.: (88) 3635.1607 / (85) 9 9676.4641



Clínica São Lucas
Seriedade e compromisso com a sua saúde

RECEITUÁRIO MÉDICO

José Roberto

Biofonic spray
ou
Acetil Salicilato spray
ou
Cetoprofeno spray

____ (H)

Uso 40 dias

Data 10/09/10 /20

Dr. Edo. Márcio Sávio de Almeida
Ortopedia - Traumatologista
CRM 4411

Assinatura do Médico - CRM

Av. Jorge Domingues nº 1234, Centro - Irauçuba - CE. (Ao lado da Prefeitura)

Tel.: (88) 3635.1607 / (85) 9 9676.4641



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL

Filiada à Confederação das Misericórdias do Brasil



RECEITUÁRIO MÉDICO - Ambulatório

João Batista

Atendimento
concedido em

Dr. Moraes

29 a tarde 150,00.

Transmissão de Receita
CNPJ 07.818.313/0001-09

27/07/2016

Cód. 1943

Rua Antonio Crisóstomo de Melo, 919 - Centro - Sobral - Ceará - CEP: 62.010-550

Fone: (88)3112.0400 - Fax: (88) 3613.1908

CNPJ: 07.818.313/0001-09 - CGF: 06.322.262-0 - Certificado Filantrópico - Proc. 242.442/74



RECEITUÁRIO MÉDICO



João Batista Pessoa

Profund 1000 01 X
01 cp no 12/12/12

ou

Melomca 715 01 X
01 cp no 12/12/12

DATA: 24, 08, 16

Carlos Olimpio B. Rocha
MÉDICO
CREMEC: 9711

Assinatura do Médico - CRM

VOCÊ PODE EVITAR A TRANSMISSÃO DA AIDS PARA SEU BEBÊ
Exija o teste anti-HIV no pré-natal: ele é gratuito e é um direito seu.

HIV
Mãe positiva
Bebê saudavel



Secretaria de Saúde de Traucuba
Cuidando de sua Saúde



PREFEITURA MUNICIPAL DE IRAUÇUBA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FICHA REFERÊNCIA

Sto. Lopo
 1 Preencher esta ficha em 3 vias - 2. Ao terminar a consulta ou tratamento, entregar as 2 vias usuários, orientado-o para retornar com a 1ª via à Unidade de Origem.

13030002343

Unidade Origem : HOSPITAL MUNICIPAL DR. PEDRO DE CASTRO MARINHO

ADS: _____ Município: _____

Nome: _____ Prontuário N°. _____
 Sexo: M F Data de Nascimento: ___/___/___ Ocupação: _____
 Endereço: _____ Bairro: _____ Tel: _____

Motivo do Encaminhamento: _____
 Resultados de Exames: _____
 Conduta já Realizada: _____
 Impressão Diagnóstica: _____
 Assinatura do Encaminhante - N° Registro: Dr Paulo de Tasso Bastos Lima / _____ / _____ / _____
 Função: Médico / _____ / _____ / _____
 Data: _____ / _____ / _____
 Hora: _____

AGENDAMENTO

Encaminhamento para Atendimento Ambulatorial Hospitalar Auxílio Diagnóstico
 Procedimento: _____ Profissional: _____
 Unidade de Referência: _____ Data: ___/___/___ Hora: _____

FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA (*)

Unidade de Referência: _____
 Município: _____ Prontuário N° _____
 Luiz Gonzaga Fereira Junior
 Secretário de Saúde
 Atla: ___/___/___

Resultado Clínico / Cirúrgico: _____
 Resultado de Exames: _____
 Diagnóstico: Principal: _____ CID: _____
 Secundário 1: _____ CID: _____
 Secundário 2: _____ CID: _____
 Proposta de Conduta Para Seguimento: _____
 O Problema Justificou Referência? Sim Não
 O Motivo da Referência Coincide com Diagnóstico? Sim Não
 Assinatura do Consultante - N° Registro: _____ / _____ / _____
 Função: _____
 Data: _____

(*) Utilizar também como resumo, de ata

Nº DO CLIENTE
1750266-7

A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002.

Rua Padre Valdeino, 150
 CEP 60125-040 Fortaleza CE
 CNPJ 07.047.251/0001-70 CGF 06.105.845-3

coelce

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA | GRUPO B.1 SÉRIE B-A | Nº 444162549

Rota **18 34030 01 025930 - 9** Data de Emissão **26/08/2016**
 Nome **MANOEL JORACY DE ALBUQUERQUE**
 End. Postal **RJ 21 DE JUNHO 00000**
BARRAGEM - IRAUCUBA - 62620000
 Medidor **8454050** Poste **0000 0000**
 Classe **01-RESIDENCIAL MONOFASICO** Fator de Potência **0,00**
 RG / CPF / CNPJ **067628163-04** CGF

DATAS **ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO**
 Mês **Jun/2016** **EJED 0,97**
 DICI = 0,00 P

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto	Padrão Individual			Apuração Individual			
			Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual	
ISENTO			DIC	5,31	18,62	21,25	0,00	0,00	0,00

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL
 4033.0035.4E58.04FB.8801.7673.5074.2892
 FIC 3,20 6,60 13,20 0,00 0,00 0,00
 DMIIC 3,03 0,00

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leil. Atual	Leil. Anterior	Consumo	Cobertura (MW)	Consumo Total	Cob. Tot.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
14963	14920	1,00	43	0,00	43	0,43189	21,15
26/08/16	27/07/16	00 Dias			43		21,15

DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)
VALOR CONSUMO DO MES	21,15
MULTA MORATORIA REF 07/2016	0,48
JUROS DO MES	4,64
CORRECAO MONETARIA DO MES	5,25
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	2,37
COB PRODUTO CENTERCOB (44) 3026-6531 1/1	30,00

VENCIMENTO **02/09/2016** **TOTAL A PAGAR (R\$)** **63,89**

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO **HISTÓRICO DE CONSUMO (kWh/mês)**

Energia	13,21	42
Transmissão	0,53	43
Distribuição	4,66	48
Encargos Setoriais	2,71	40
Tributos (ICMS, ICFINS) ...	0,70	37
TOTAL	21,15	49

46 48 46 46 35 46 35 34 46 47
 PED Nov Jul Jun Ma 1 Abr Mar Fev Jan Dez Nov Out Set

CONSUMO COMPONENTES - EMISSÃO DE CO2 (kg/kWh)
 Consumo total emitido pelo consumo de energia elétrica fornecida (kg CO2e/kWh)
 Energia (kg CO2e/kWh) **18,58** | Compensação (kg CO2e/kWh) **0,00** | Compensação Ecológica (% CO2e) **0%**

informações importantes e avisos de vencimento

CONTAS EM ATRASO

Pronto Aviso
NOTIFICAÇÃO DE SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ENERGIA ELÉTRICA
 Prezado Cliente, constata-se em nossos controles contábil em atraso. Sem o detalhamento do Débito, o não pagamento da dívida implica na possibilidade de suspensão do fornecimento de energia em 15 dias após a entrega deste, conforme previsto na Res. ANEEL 414/10, Art. 172 c/c 173, bem como o envio das informações aos ÓRGÃOS DE PROTEÇÃO AO CRÉDITO E CARTÓRIO DE PROTESTO. Caso já tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar o aviso.

DÉBITOS ANTERIORES	
Mes/Ano	Valor R\$
07/2016	57,98
Total	57,98

Consta desta fatura R\$ 0,70 referente a FIC e ICFINS.
 (Art. 9 Res. 100-2009 - ANEEL e Lei n. 10.437-02 - 10.422-07)

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 **1750266-7** Referência **Ago/2016**
 Data de Emissão **26/08/2016** Total a Pagar (R\$) **63,89**
 Nº da Nota Fiscal **444162549** Nº de Controle **0001750266 00504 39412 08**