



## PROCURAÇÃO

“AD JUDICIA ET EXTRA”

### OUTORGANTE(S):

NOME FRANCISCO GECINALDO DE ABREU,  
 Brasileiro, Estado Civil, SOLTEIRO, Profissão AGRICULTOR, Portador  
 do RG 2007002072244 Órgão Expedidor SSP.CE, Inscrito no CPF  
 nº 767428303-87, residente e domiciliado (a) no (a)  
RUA SDO  
 Nº 60 Bairro CENTRO Estado CEARA  
 CEP 62.750.000 Cidade ARACOIABA

**OUTORGADO:** ADELIA CRISTINA MARTINS MENEZES CAVAGNOLLI, brasileira,  
 casada, OAB/CE 31.767 e CPF nº 720.636.103-04 com endereço profissional na BR 116 KM  
 10 Nº 10.330 Fortaleza, Ceará, CEP 60870-812.

**PODERES:** Nomeia e constitui o **OUTORGADO** sua bastante procuradora para em conjunta ou separadamente, para o foro em geral, com a cláusula *ad judicium et extra*, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, inclusive repartições Públicas Federais, Estaduais ou Municipais, de qualquer natureza, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defender nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, postular na instância administrativa, usando recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhes, ainda, poderes para tudo requerer e assinar, requerer os benefícios da assistência judiciária gratuita, confessar, desistir, transigir, **receber e dar quitação**, bem como, **receber Alvarás Judiciais**, firmar compromisso ou acordos, **receber** citações, notificações, intimações, representá-lo em audiência de conciliação, instrução e julgamento e em especial para praticar todos os atos necessários e/ou defender os interesses dos outorgantes em todo território nacional. O Outorgado poderá praticar todos os demais atos necessários ao bom, fiel e cabal cumprimento deste mandato, podendo, ainda, substabelecer esta em outrem, no todo ou em parte e com ou sem reservas de iguais poderes.

ARACOIABA /CE. 08 de MAIO 2018

Francisco Gecinaldo de Abreu  
 OUTORGANTE



## DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

NOME FRANCISCO GECINALDO DE ABREU,  
 Brasileiro, Estado Civil, SOLTEIRO, Profissão AGRICULTOR, Portador  
 do RG 2007002072244 Órgão Expedidor SSP. CE, Inscrito no CPF  
 nº 767428303-87, residente e domiciliado (a) no (a)  
RUA - SDO,  
 Nº 60 Bairro CENTRO Cidade ARACOIABA Estado CEARÁ  
 CEP 62750-000 Endereço Eletrônico NAS TER  
 Telefone (s) \_\_\_\_\_

**DECLARA** o Requerente, sob as penas da Lei, que a sua situação econômica atual não lhe permite demandar sem o prejuízo do seu sustento próprio e de sua família, pelo que requer a concessão dos benefícios da justiça gratuita, com fundamento no artigo 5º, LXXIV, da Constituição Federal e Lei nº 1.060/50, com alteração pela Lei nº 7.510/86 e 7.871 e do art. 98 e seguintes da Lei 13.105/2015 (Novo Código de Processo Civil).

ARACOIABA, 08 de MAIO 2015

x Francisco Gecinaldo de Abreu

ASSINATURA

 **MINISTÉRIO DA FAZENDA**  
**Secretaria da Receita Federal**

---

**CPF – CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS**

Nome **FRANCISCO GECINALDO DE ABREU**

Nº de inscrição **767428303-87** Data de Nascimento **02/08/76**



## DADOS DO CLIENTE

Nome: FRANCISCO G DE ABREU

End. Leitura: RU SDO 60, CENTRO

Cidade: ARACOIABA

CEP: 62.750-000

End. Entrega:

Cidade:

CEP:

Local: 088

Setor: 006

Quadra: 0507

Lote: 0070

Comp: 0000

Subsetor:

Subquadra:

## ECONOMIAS

Residencial: 001

Comercial: 000

Industrial: 000

Pública: 000

## INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

| Serviço | Medidor    | Leitura Anterior | Leitura Atual | Volume(m³) | Média Semestral (m³) |
|---------|------------|------------------|---------------|------------|----------------------|
| AGUA    | A14F246438 | 72               | 80            | 8          | 6                    |

## DATAS

Leitura Atual: 06/06/2018

Emissão: 19/07/2018

Lacre Água: 450196

Leitura Anterior: 07/05/2018

Próxima Leitura: 20/07/2018

Lacre Esgoto:

## QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 04/2018

| Nº de Amostras  | Cloro | Turbidez | Cor | Coliformes Totais | Escherichia Coli |
|-----------------|-------|----------|-----|-------------------|------------------|
| Exigidas        | 016   | 016      | 010 | 016               | 016              |
| Analisadas      | 015   | 015      | 010 | 015               | 015              |
| Em conformidade | 015   | 010      | 005 | 014               | 015              |

## MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Constatamos debito de R\$ 25,28. Caso pago, desconsiderar.

DIGITE ARCE NA PLAY STORE E BAIXE O APLICATIVO DA ARCE.

## DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

|                        |     | Valor (R\$) | HISTÓRICO DE VOLUME |           |             |
|------------------------|-----|-------------|---------------------|-----------|-------------|
|                        |     |             | Mês/Ano             | Água (m³) | Esgoto (m³) |
| AGUA                   |     | 24,40       | JUN/2017            | 0         | 0           |
| MULTA DE 2%            | 1/1 | 0,49        | JUL/2017            | 0         | 0           |
| JUROS DE 0,033% AO DIA | 1/1 | 0,22        | AGO/2017            | 4         | 0           |
|                        |     |             | SET/2017            | 6         | 0           |
|                        |     |             | OUT/2017            | 6         | 0           |
|                        |     |             | NOV/2017            | 10        | 0           |
|                        |     |             | DEZ/2017            | 6         | 0           |
|                        |     |             | JAN/2018            | 6         | 0           |
|                        |     |             | FEV/2018            | 7         | 0           |
|                        |     |             | MAR/2018            | 10        | 0           |
|                        |     |             | ABR/2018            | 8         | 0           |
|                        |     |             | MAI/2018            | 8         | 0           |

## TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO

| Descrição | Valor (R\$) |
|-----------|-------------|
| PIS       | 0,24        |
| COFINS    | 1,20        |

## SUBSÍDIO

| Descrição           | Valor (R\$) |
|---------------------|-------------|
| VALOR DO SERVIÇO    | 39,41       |
| VALOR DO SUBSÍDIO   | 14,30       |
| VALOR TOTAL A PAGAR | 25,11       |

## MÊS/ANO

06/2018

## VENCIMENTO

09/07/2018

## TOTAL A PAGAR (R\$)

25,11

## ONDE PAGAR SUA FATURA

Bancos: Bradesco, BNB, Itaú, BIC, Banco do Brasil, Caixa Econômica Federal, Santander, Triângulo. Outros: PagFácil. A Cagece disponibiliza o serviço de débito em conta de sua fatura. Ative já este serviço. Consulte sua agência.



É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme resoluções das Agências Reguladoras.

Maiores informações pelo telefone: **0800 275 0195**, nas lojas de atendimento, de **8h às 17h**, no site **www.cagece.com.br** ou na ouvidoria Cagece: **3101.1918**, de **8h às 12h** e **13h às 17h**. Ouvidoria estadual: **155**. Site da ARCE: **www.arce.ce.gov.br**

Entidades Reguladoras: Fortaleza: **ACFOR** - Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental: **0800 285 1919** - Demais Localidades: **ARCE** - Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará: **0800 275 3838**.

## DADOS DO CLIENTE

Inscrição: 0049734474

Código de Responsável:

Mês/Ano: 06/2018

Local: 088

Setor: 6

Quadra: 0507

Lote: 0070

Comp: 0000

Subsetor:

Subquadra:

Cidade: ARACOIABA

Vencimento: 09/07/2018

Total (R\$): 25,11

82670000000-1 25110009200-5 04973447400-7 02003231025-0



EMIÇÃO : ATENDIMENTO VIRTUAL19/07/2018 03:47:09



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

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 413 - 775 / 2016**

**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **LESAO ACIDENTAL NO TRANSITO (EXCETO LESAO CORPORAL CULPOSA)**

Data / Hora da Comunicação: **29/07/2016 09:57:31**

Data / Hora da Ocorrência: **15/11/2015 21:40:31**

Endereço da Ocorrência: **RODOVIA CE060**

Complemento:

Bairro: **OITICICA**

Município: **ARACOIABA/CE**

Ponto de Referência:

**Dados da(s) Vítima(s)**

Nome: **FRANCISCO GECINALDO DE ABREU**

Nascimento: **02/08/1976** CPF:

RG: **2007002072244** Orgão Emissor: **SSP**

UF:

Filiação: **ANTONIA PEREIRA DE ABREU AMANCIO**

**FRANCISCO LEANDRO AMANCIO DE JESUS**

Endereço: **RUA PRINCIPAL, 72**

CEP:

Bairro: **ENCOSTA DE BAIXO**

Município: **ARACOIABA/CE**

País: **BRASIL**

Telefone: **(85) 99900-1954**

**Dados do(s) Veículo(s)**

1) Placa: **HWI2496** Uf: **CE** Município: **ARACOIABA** Chassi: **9C2MD34004R012185**

Renavam: **832466425** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/XR**

**250 TORNADO** Ano Fabricação: **2004** Ano Modelo: **2004** Combustível: **GASOLINA** Cor:

**BRANCA** Proprietário: **FRANCISCO GECINALDO DE ABREU** Situação: **NÃO**

**INFORMADO** Envolvimento: **NORMAL**

**Histórico**

afirma o declarante que estava conduzindo a motocicleta acima listada quando percebeu outra motocicleta com farol apagado vindo em sua direção; que o declarante tentou se desviar da motocicleta não obtendo exito; que no acidente foi amputada sua perna esquerda; que foi socorrido por populares e encaminhado para o hospital de Aracoiaba, e posteriormente foi submetido cirurgias no IJF Fortaleza; que na sua garupa vinha a pessoa de Tiago que sofreu algumas escoriações; e nada mais disse.

**DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE ARACOIABA**

**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :**

**ROBERIO GRAÇA DOS SANTOS - MAT.: 300072-1-2**

**RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:**

Francisco Gecinaldo de Abreu

**VISTO DO DELEGADO(A) :**

**RICARDO GONÇALVES PINHEIRO - MAT.: 404576-1-5**



GOVERNO DO  
ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DE SEGURANÇA  
PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA MILITAR DO CEARÁ

Confere em: 20/07 / 2016.

*Francisco de Oliveira Rodrigues*  
Chefe / Emissão de Boletim de Acidente  
MAT: 151.822.001

**CERTIDÃO Nº. 253/2016**

O Ten. Cel. PM **PAULO SÉRGIO** Braga Ferreira, Comandante do Batalhão de Policiamento Rodoviário Estadual, no uso de suas atribuições legais, CERTIFICA, a requerimento da parte interessada, que foi confeccionado o Boletim de Acidente de Trânsito – **BOAT**, sob nº **6165-14** acerca de acidente ocorrido na RV CE 060, KM 69 no Município de Aracoiaba/CE, no dia 15/11/2015, às 22h00min, no seguinte teor:

|                       |                                                                                                                                                                                                                                          |
|-----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Natureza do Acidente  | COLISÃO                                                                                                                                                                                                                                  |
| Veículo e Condutor V1 | <b>YAMAHA YBR 125 K, PLACA HXK 5502-CE</b> , conduzido por Francisco Cláudio Garcia Barbosa, nascido em 16/09/1974, residente no Distrito de Justo, Antonio Diogo/CE. RG: 2006014160790/SSPCE. Proprietário: Manuel Gonzaga de Oliveira. |
| Veículo e Condutor V2 | <b>HONDA XR 250 TORNADO, PLACA HWI-2496-CE</b> , conduzido por Francisco Gecinaldo de Abreu, residente na Encosta de Baixo, Zona Rural de Aracoiaba/CE. Proprietário: O próprio condutor.                                                |

**DESCRIÇÃO:**

Atendeu a ocorrência o SD PM Francisco **EMERSON** Soares de Lima, MF: 300505-1-7, de serviço na **VTR 2008**, pertencente ao Batalhão de Policiamento Rodoviário Estadual, informando que ao chegar ao local do acidente constatou as seguintes condições: tempo bom, via seca, pavimentada com asfalto, sinalização horizontal (pintada), acostamento regular e iluminação ruim. Informando ainda que: "Fomos acionados por populares a um S-13 na RV CE 060. Chegando ao local, nos deparamos com o V1 caído sobre a linha (faixa) do acostamento na via sentido Antônio Diogo para Aracoiaba com a frente voltada para o sentido contrário, e há aproximadamente 70 metros estava o V2 na via de sentido Aracoiaba para Antônio Diogo caída após a faixa do acostamento (do lado) no sentido da via. Populares informaram que duas vítimas do V2 haviam sido socorridas, o condutor do V1 estava caído fora da via, próximo ao V1, em óbito. Populares informaram que duas ambulâncias da região que socorreram as vítimas. Compareceu ao local o Sr. Antônio Francisco de Abreu que é irmão do condutor do V2 (Francisco Gecinaldo) informou que o mesmo foi levado ao IJF – Centro de Fortaleza, foi entregue a ele o V2 e dois capacetes e chave. Compareceu o SGT PM 12065 Mesquita na VTR 4452 2ª CIA/4º BPM, informou que o passageiro do V2 Francisco Tiago Lima da Silva, 17 anos, estava sendo socorrido no hospital de Aracoiaba. Compareceu perícia 7061, perito Danísio, motorista: Antônio José. Obs.: O V1 estava com débito de licenciamento, sem condições de transitar, e não recolhido por falta de meios. Ambos os veículos foram entregues para respectivos familiares. Obs.: Perícia de Canindé / Composição BPRE 2008, CB Porto e SD Emerson. Obs.: Foi feita notificação no V1: Artigos 162-I, 164 C/C 162-I, 230-V. E no V2: Artigo 162-I. **Avarias do V1:** Parte frontal, aro dianteiro, telescópio, hodômetro, farol dianteiro todos danificados; tanque amassado; carenagem traseira danificada; roda dianteira. **Avarias do V2:** Telescópio; parte frontal; guidão; carenagem traseira esquerda; pedal lado direito; carenagem lateral esquerda todos danificados; roda dianteira. **Vítimas 01:** Francisco Cláudio Garcia Barbosa, nascido em 16/09/1974, condutor do V1, vítima fatal, não foi informado se o mesmo usava capacete. **Vítima 02:** Francisco Gecinaldo de Abreu, condutor do V2, com ferimentos graves, levado ao IJF-Centro, Fortaleza, usava capacete. **Vítima 03:** Francisco Tiago Lima da Silva, passageiro do V2, com ferimentos graves, levado ao hospital de Aracoiaba, usava capacete."

E assim foi descrito e preenchido o BOAT. Eu, **ROGÉRIO** Damasceno Feitosa, 3º SGT PM nº 20120, MF:134.493-1-7, Digitador, a digitei e assino *[assinatura]* conforme original.

Batalhão de Policiamento Rodoviário Estadual, Fortaleza 20/07 /2016.

*PAULO SÉRGIO* Braga Ferreira TEN CEL QOPM  
Comandante do Batalhão de Policiamento Rodoviário Estadual  
MF. 082.512.-1-5

*João Batista Farias Júnior*  
Tenente Coronel - PM  
MF 097882-1-2

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 012219538232  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD. RENAVAM RNTRC EXERCÍCIO  
CRIS 01 832466425 0000000000 2015

NOME  
FRANCISCO GECINALDO DE ABREU  
\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*  
ARACOIABA/CE

CPF/CNPJ PLACA  
76742830387 HWI2496

PLACA ANT/UF CHASSI  
\*\*\*\*\*/CE 9C2MD34004R012185

ESPÉCIE TIPO COMBUSTÍVEL  
PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC. GASOLINA

MARCA/MODELO ANO FAB. ANO MOD.  
HONDA/XR 250 TORNADO 2004 2004

CAP/POT/CIL. CATEGORIA COR PREDOMINANTE  
2P/0CV/249CC PARTIC BRANCA

|                  |                |                    |             |
|------------------|----------------|--------------------|-------------|
| I<br>P<br>V<br>A | COTA ÚNICA     | VENC. COTA ÚNICA   | VENC./COTAS |
|                  | ***** **       | **/**/**           | 1ª *****    |
|                  | FAIXA I.P.V.A. | PARCELAMENTO/COTAS | 2ª *****    |
|                  | ***            | ***** **           | 3ª *****    |

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO  
286.75 1.11 292.01 26/08/2015

OBSERVAÇÕES  
\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*

LOCAL DATA  
ARACOIABA 13/11/2015

Assinatura do Expedidor  
Igor Ponte  
DETRAN-CE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS  
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA, 22 PESSOAS  
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

CE Nº 012219538232 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2015

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA  
www.dpvatsegurodotransito.com.br  
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO  
2015 13/11/2015

VIA CPF / CNPJ PLACA  
01 76742830387 HWI2496

RENAVAM MARCA / MODELO  
832466425 HONDA/XR 250 TORNADO

ANO FAB. CAT. TARIF. Nº CHASSI  
2004 09 9C2MD34004R012185

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) DENATRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO  
129.04 14.34 143.38

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO SEGURO  
4.15 1.11 292.01

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO  
☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO 26/08/2015

PROPRIETÁRIO  
LOTE/DOT. 122032/48 LACRE  
MOTOR: MD34E-9012185  
CNPJ 09.249.608/0001-04  
www.seguradoralider.com.br

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ADELIA CRISTINA MARTINS MENEZES CAVAGNOLLI e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 19/07/2018 às 18:00, sob o número 0148959382018050001. Para conferir o original, acesse o site http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0148959382018050001 e código 39EE54B.

|                                                                                                                                                       |  |                                                                                                                        |                        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|
|  <p>UMA CIDADE DE TODOS<br/>ARACOIABA<br/>PREFEITURA MUNICIPAL</p> |  | <p>PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACOIABA<br/>SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE<br/>FICHA DE OBSERVAÇÃO CLÍNICO - CIRÚRGICA</p> |                        |
| <p>Nome <u>Francisco Geraldo do Aguiar</u></p>                                                                                                        |  | <p>Data <u>15/11/15</u></p>                                                                                            |                        |
| <p>Endereço <u>Município</u></p>                                                                                                                      |  | <p>Estado Civil</p>                                                                                                    | <p>Idade <u>47</u></p> |
|                                                                                                                                                       |  |                                                                                                                        | <p>Sexo <u>M</u></p>   |
| <p>HISTÓRIA CLÍNICA</p>                                                                                                                               |  |                                                                                                                        |                        |
| <p><u>Amputação de 1º d. 15</u></p>                                                                                                                   |  |                                                                                                                        |                        |
| <p><u></u></p>                                                                                                                                        |  |                                                                                                                        |                        |
| <p><u></u></p>                                                                                                                                        |  |                                                                                                                        |                        |
| <p><u></u></p>                                                                                                                                        |  |                                                                                                                        |                        |
| <p><u></u></p>                                                                                                                                        |  |                                                                                                                        |                        |
| <p>DESTINO</p>                                                                                                                                        |  | <p>Observações:</p>                                                                                                    |                        |
| <p>( ) Residência ( ) Recusou Internamento</p>                                                                                                        |  | <p><u>4908/18</u></p>                                                                                                  |                        |
| <p>( ) Ficou em Observação ( ) Referência</p>                                                                                                         |  |                                                                                                                        |                        |
| <p>( ) Internação ( ) Óbito</p>                                                                                                                       |  |                                                                                                                        |                        |
| <p>(x) Transferência <u>1-88</u></p>                                                                                                                  |  |                                                                                                                        |                        |
| <p>Assinatura do Cliente / Responsável</p>                                                                                                            |  | <p>Assinatura do Médico - CRM</p>                                                                                      |                        |
| <p><u>Francisco do Aguiar</u></p>                                                                                                                     |  | <p><u>4908/18</u></p>                                                                                                  |                        |

INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

**SAÚDE**  
**HOSPITALAR**

Emitido em: 29/04/2016 10:32

Por: JACQUELINE NASCIMENTO DE SOUSA

**Registro de Atendimento  
Emergencial**

| REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL                                                                                                             |                                    |                                        |                                                 |                                    |                          | DATA/HORA: 16/11/2015 00:11:55 |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------------------|------------------------------------|--------------------------|--------------------------------|--|
| IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE                                                                                                                       |                                    |                                        |                                                 |                                    |                          |                                |  |
| CNS: 898002743336023                                                                                                                            | NOME: FRANCISCO GECINALDO DE ABREU |                                        |                                                 | Registro: 5409542                  |                          |                                |  |
| CPF:                                                                                                                                            | RG: 2007002072244                  | D. NASC: 02/08/1976                    | ESTADO CIVIL:                                   | SEXO: M                            | RAÇA/COR: Parda          |                                |  |
| NOME DA MÃE: ANTONIA PEREIRA DE ABREU AMANCIO                                                                                                   |                                    |                                        | NOME DO PAI: FRANCISCO LEANDRO AMANCIO DE JESUS |                                    |                          |                                |  |
| TIPO DE LOGRADOURO: Distrito                                                                                                                    |                                    | ENDEREÇO DO PACIENTE: ENCOSTA DE BAIXO |                                                 | Nº:                                | BAIRRO: SOLON LIMA VERDE |                                |  |
| COMPLEMENTO:                                                                                                                                    | TELEFONE CONTATO:                  |                                        | MUNICÍPIO: ARACOIABA                            | UF: CE                             | CEP: 62750000            |                                |  |
| IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL                                                                                                                    |                                    |                                        |                                                 |                                    |                          |                                |  |
| NOME: AMB.DE ARACOIABA                                                                                                                          |                                    | PARENTESCO: FCA.JUSCILEIDE/IRMA        |                                                 |                                    | TELEFONE: 85-99962-6543  |                                |  |
| 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 X MOTO, REFERE DOR ABDOMINAL E EM COSTELA ESQUERDA. FRATURA COM AMPUTAÇÃO DE PÉ E.                                        |                                    |                                        |                                                 |                                    |                          |                                |  |
| OBSERVAÇÕES: PROBLEMA EM EXTREMIDADES. FRATURA EXPOSTA                                                                                          |                                    |                                        |                                                 |                                    |                          |                                |  |
| SINAIS VITAIS                                                                                                                                   |                                    |                                        |                                                 |                                    |                          |                                |  |
| LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Publica                                                                                                               |                                    | Escala de Dor: Moderado                |                                                 | PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: AMARELO |                          |                                |  |
| ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:                                                                                                                   |                                    |                                        |                                                 |                                    |                          |                                |  |

SERVIÇO DE PROTOCOLO - UF  
 RAE TIRADA  
 PELO SISTEMA E-SUS  
 DATA 29/04/2016  
 MATRICULA 1968719  
 SERVIÇO(A)



**Prefeitura de  
Fortaleza**  
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

## LAUDO MÉDICO

**PRONTUÁRIO: 5409542**

**NOME: FRANCISCO GECINALDO DE ABREU**

**DATA DE NASCIMENTO: 02/08/1976**

**PAI: FRANCISCO LEANDRO AMANCIO DE JESUS**

**MÃE: ANTÔNIA PEREIRA DE ABREU AMANCIO**

**DATA DE ATENDIMENTO: 16/11/2015**

**DATA SAÍDA: 21/12/2015**

**MOTIVO: PACIENTE COM RELATO DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA  
SOFREU ESMAGAMENTO DA PERNA ESQUERDA, TCE GRAU  
MODERADO, FRATURA DO ESTILOIDE DA ULNA.  
REALIZADO LIMPEZA CIRÚRGICA COM AMPUTAÇÃO DA PERNA  
ESQUERDA.**

**O COTO DE AMPUTAÇÃO EVOLUIU COM NECROSE E INFECÇÃO,  
SENDO NECESSÁRIO FAZER REVISÃO DO MESMO POR DUAS VEZES.**

**LAUDO MÉDICO DIGITADO EM 22/04/2016 (FRED/P).**

Dr. Frederico Cesar S. Leitão  
CRM 4127-SAME - UF

MÉDICO RESPONSÁVEL PELAS INFORMAÇÕES  
CONTIDAS NO PRONTUÁRIO/RAE

ASS: PACIENTE OU RESPONSÁVEL

**SINISTRO 3160502223 - Resultado de consulta por beneficiário****VÍTIMA** FRANCISCO GECINALDO DE ABREU**COBERTURA** Invalidez**SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO** SEGURADORA

LIDER DPVAT - OPERAÇÃO CORREIOS

**BENEFICIÁRIO** FRANCISCO GECINALDO DE ABREU**CPF/CNPJ:** 76742830387**Posição em 30-05-2017 09:58:37**

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  |
|-------------------|----------------------|------------------|--------------|
| 16/02/2017        | R\$ 9.450,00         | R\$ 0,00         | R\$ 9.450,00 |

**Comprovante de Inscrição e de Situação Cadastral****Contribuinte,**

Confira os dados de Identificação da Pessoa Jurídica e, se houver qualquer divergência, providencie junto à RFB a sua atualização cadastral.

A informação sobre o porte que consta neste comprovante é a declarada pelo contribuinte.

|                                                                                                                      |                                                         |                                                 |                                       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------------------|
|                                     |                                                         | <b>REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL</b>           |                                       |
| <b>CADASTRO NACIONAL DA PESSOA JURÍDICA</b>                                                                          |                                                         |                                                 |                                       |
| NÚMERO DE INSCRIÇÃO<br><b>09.248.608/0001-04</b><br>MATRIZ                                                           | <b>COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO E DE SITUAÇÃO CADASTRAL</b> |                                                 | DATA DE ABERTURA<br><b>10/12/2007</b> |
| NOME EMPRESARIAL<br><b>SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA</b>                                          |                                                         |                                                 |                                       |
| TÍTULO DO ESTABELECIMENTO (NOME DE FANTASIA)<br>*****                                                                |                                                         |                                                 | PORTE<br><b>DEMAIS</b>                |
| CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA PRINCIPAL<br><b>65.12-0-00 - Sociedade seguradora de seguros não vida</b>  |                                                         |                                                 |                                       |
| CÓDIGO E DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES ECONÔMICAS SECUNDÁRIAS<br><b>65.11-1-01 - Sociedade seguradora de seguros vida</b> |                                                         |                                                 |                                       |
| CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA NATUREZA JURÍDICA<br><b>205-4 - Sociedade Anônima Fechada</b>                                  |                                                         |                                                 |                                       |
| LOGRADOURO<br><b>R SENADOR DANTAS</b>                                                                                | NÚMERO<br><b>74</b>                                     | COMPLEMENTO<br><b>5,6,9,14 E 15 ANDA RES</b>    |                                       |
| CEP<br><b>20.031-205</b>                                                                                             | BAIRRO/DISTRITO<br><b>CENTRO</b>                        | MUNICÍPIO<br><b>RIO DE JANEIRO</b>              | UF<br><b>RJ</b>                       |
| ENDEREÇO ELETRÔNICO<br><b>CITACAO.INTIMACAO@SEGURADORALIDER.COM.BR</b>                                               |                                                         | TELEFONE<br><b>(21) 3861-4600</b>               |                                       |
| ENTE FEDERATIVO RESPONSÁVEL (EFR)<br>*****                                                                           |                                                         |                                                 |                                       |
| SITUAÇÃO CADASTRAL<br><b>ATIVA</b>                                                                                   |                                                         | DATA DA SITUAÇÃO CADASTRAL<br><b>10/12/2007</b> |                                       |
| MOTIVO DE SITUAÇÃO CADASTRAL                                                                                         |                                                         |                                                 |                                       |
| SITUAÇÃO ESPECIAL<br>*****                                                                                           |                                                         | DATA DA SITUAÇÃO ESPECIAL<br>*****              |                                       |

Aprovado pela Instrução Normativa RFB nº 1.634, de 06 de maio de 2016.

Emitido no dia **19/07/2018** às **17:56:51** (data e hora de Brasília).

Página: 1/1

[Consulta QSA / Capital Social](#)[Voltar](#)

Preparar Página  
para Impressão

A RFB agradece a sua visita. Para informações sobre política de privacidade e uso, [clique aqui](#).  
[Atualize sua página](#)