

PROCURAÇÃO**OUTORGANTE:**

Nome: Francisca Maiara dos Santos Silva		Nacionalidade: Nacionalidade	
Estado Civil: Solteira	Profissão: Agricultora	Carteira de Identidade: 2007178674-5	
CPF nº: 067.183.683-85	Residência: Sitio São Luis I		
Bairro: Distrito Maravilha	Cidade: Choro Limão	Estado: Ceará	CEP: 63.950-000

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 bastantes 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), 11 de Agosto de 2014

Francisca Maiara dos Santos Silva
Outorgante

DECLARAÇÃO

Eu, Francisca Maiara dos Santos Silva, brasileira,
Solteira, Agricultora, portador da Carteira de Identidade/RG nº
2007178674-5 SSP/CE, e inscrito no CPF/MF sob o nº 067.183.683-85,
residente e domiciliado na cidade de Choró Limão, estado de Ceará, na
Sítio São Luis I, Distrito Maravilha, 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), 11 de Agosto de 2011.

Francisca Maiara dos Santos Silva

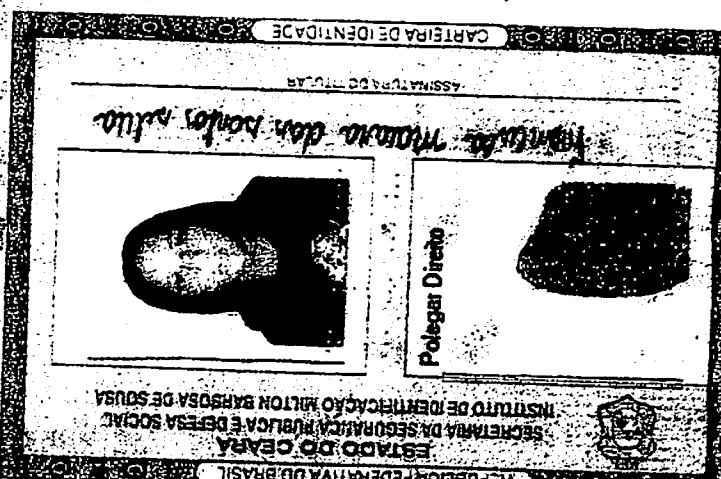
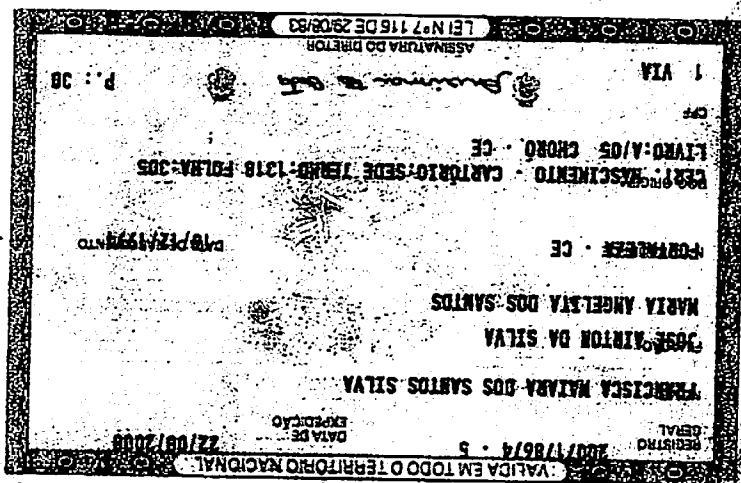
Declarante

DECLARAÇÃO.

Eu, Francisca Mariara dos Santos Silva, Brasileira,
Solteira, Agricultora, RG 2007178674-5, CPF
067.183.683-85, capaz, residente e domiciliado na
Sítio São Luís I, Distrito Maravilha, cidade de Choró Limão.
 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), ____ de _____ de _____.

Francisca Mariara dos Santos Silva
 Declarante.



CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA - GRUPO 1 - SERVIÇOS

Rota 30 28062 04 067000 - 2 Data de Emissão 12/02/2014
Nome JOSE AIRTON DA SILVA
End. Postal ST SAO LUIS I 00000
DISTRITO MARAVILHA - CHORO LIMA - 63950000
Medidor 12327199 Poste 0000 0000
Classe 04-RURAL MONOFASICO Fator de Potência
RG/CPF/CNPJ 602983242-53 CGF
Nome do Responsável

DATAS INDICADORES DE CONTINUIDADE

Ant. Res. Data da Apresentação Prev. Próx. Leitura
Fev/2014 14/03/2014 01/04/2014
Conjunto LANTIME
Mês Dez/2013 ELES 12.07

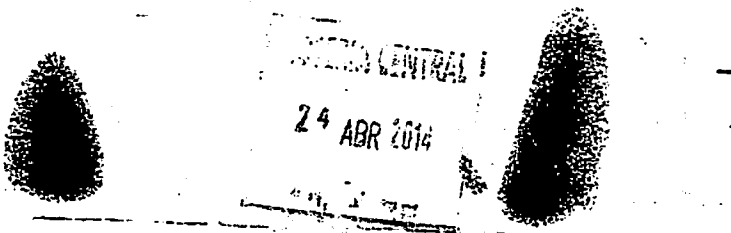
ICMS Base de Cálculo (R\$) Aliquota Valor do Imposto
ISENTO
Padrão de Referência: 0.001F Apuração Individual

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL
BKF1.60CA.9867.2375.A086.B567.110C.B223
DIC 11.94 0.00 0.00 0.72 0.72 0.72
FIC 7.97 0.00 0.00 2.00 2.00 2.00
DMIC 6.49 0.00 0.00

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Ind.	Cons. Pat.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
9979	9868	1.10	111	0.00	111	0.20762	23.04
12/02/14	13/01/14		30 dias				

VALOR CONSUMO DO MÊS 23,04



VENCIMENTO 26/03/2014 TOTAL A PAGAR (R\$) 23,04

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO HISTÓRICO DE CONSUMO

Energia	13.76
Transmissão	0.75
Distribuição	0.27
Encargos Setoriais	1.46
Tributos (ICMS PIS-COFINS)	0.80
TOTAL	23.04

112	111	124	114	107	124	135	87	87	107	139	124	86
Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Sep	Out	Nov

Importante CONTAS EM ATRASO

REAVISO DE VENCIMENTO:
Informamos existir débito vencido sem acréscimos legais até esta data, no valor de R\$ 25.79. Conforme art. 172 da Res. Anel 414/10.
Poderá ser suspenso o fornecimento de energia elétrica após decorridos 15 dias do envio deste comunicado. Caso o débito tenha sido pago, favor reconsiderar este aviso. Após 2 ciclos completos de faturamento, sem pagamento, será encerrada a relação contratual.

DÉBITOS ANTERIORES	
Mês/Ano	Valor R\$
01/2014	25.79

NÃO FOI POSSÍVEL COLHER LEITURA POR: LEITURA BIMETRAL COM ART 86 RES 414

Consta desta fatura R\$ 0.30 referente a PIS e COFINS.
Port. 9 Res. 100 2005 - ANEEL e leis n. 10.637-02 e 10.633-03

Boa Viagem - Ce 28/03/2014

Boa Viagem, 28 de março de 2014.
 O Sr. Roberto, filho de Sra. Maria da Glória, nascido em 10/05/1974, residente e domiciliado em Rua da Paz, nº 10, bairro Centro, Boa Viagem, Ceará, CEP 61.100-000, portador do RG nº 1.234.567-8, compareceu ao Departamento de Polícia Civil desta cidade para declarar a ocorrência de um acidente de trânsito ocorrido em 28/03/2014, às 15h30, no local denominado Rua da Paz, nº 10, bairro Centro, Boa Viagem, Ceará, CEP 61.100-000. O Sr. Roberto declarou que estava dirigindo um veículo de placa OSG 4691-CANINDE-CE, quando ocorreu o acidente. O Sr. Roberto declarou que não estava sob o efeito de álcool ou qualquer outra substância que possa alterar sua capacidade de dirigir. O Sr. Roberto declarou que não possui nenhuma outra infração de trânsito em aberto. O Sr. Roberto declarou que não possui nenhuma outra infração de trânsito em aberto. O Sr. Roberto declarou que não possui nenhuma outra infração de trânsito em aberto.

RELATÓRIO EM LOCAL DE ACIDENTE

MUNICÍPIO DE BOA VIAGEM-CE
 GUARDA CIVIL MUNICIPAL



DADOS DA INFRAÇÃO E OU OCORRÊNCIA

Ocorrência nº 2904/2014	
Tipo de Ocorrência: ACIDENTE DE TRANSITO	
Data: 28/03/2014	Hora: 15:30
Local: BARREIRAS BRANCAS	
Veículo(s) Utilizado(s): MOTO	
Foi apreendida ☐ SIM ☐ NÃO	
Dados do(s) Veículo(s): HONDANXR 150 BROS-COR LARANJA-PLACA OSG4691 CANINDE-CE	

DADOS DA 1ª VITIMA

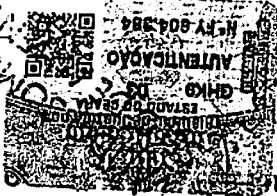
Nome: FRANCISCA MAIARA DOS SANTOS SILVA	
Endereço: SÍTIO SÃO LUIS 01-CHORÓ-CE	
Data Nascimento: 16/12/1994	
Profissão: AGRICULTORA	
Pai: JOSÉ AIRTON DA SILVA	Mãe: MARIA ANGELITA DOS SANTOS
Naturalidade: CHORÓ-CE	Estado Civil: SOLTEIRA

DADOS DA 2ª VITIMA

Nome:	
Endereço:	
RG:	
Data Nascimento:	
Naturalidade:	Estado Civil:
Mãe:	Pai:

NARRAÇÃO DOS FATOS

No dia, hora e locais acima citados segundo a vítima o Sra. FRANCISCA MAIARA DOS SANTOS SILVA que vinha conduzindo a motocicleta HONDA NXR 150 BROS-LARANJA ANO 2012/2012-PLACA OSG 4691-CANINDE-CE CHASSI 9C2K050CR546949 de responsabilidade do mesmo e licenciada em nome de FATIMA LOURENÇO SILVA, quando na localidade acima indicada ao tentar desviar de um buraco e veio a cair a mesma, o hospital local.



ASSINATURA:

MATRÍCULA: 0070

AGENTE: ROBERTO

UNIDADE: 17 M E B Hora de Chegada: DATA: 25/3/16
P.A.
() 1º Atendimento () Previdenciário () Outros Temperatura:

1 - Identificação:
Nome: Francisca maiana dos Santos Silva
Estado Civil: Solteira Sexo: () Masculino (X) Feminino Data de Nascimento: 16/12/94
Naturalidade: Fortaleza - Ce Idade: 21 A
Procedência: Choro Profissão: Agricultora
Categoria: SUS Nº Cartão SUS - CNS:
Residência: São Luiz choro.

2 - Queixa Principal:

3 - História Atual:

4 - Exames Solicitados:

5 - Hipótese diagnóstica:

Assinatura do Médico

[illegible]

UNIDADE: H U E B Hora de Chegada: _____ DATA: 31/3/14
P.A. _____
() 1º Atendimento () Previdenciário () Outros Temperatura: _____

1 - Identificação:
Nome: Francisca Maiana dos Santos Silva
Estado Civil: Solteira Sexo: () Masculino () Feminino Data de Nascimento: 16/12/94
Naturalidade: Fortaleza - CE Idade: 19 A
Procedência: Cherô Profissão: Agricultora
Categoria: SUS Nº Cartão SUS - CNS: RG 2004178674-5
Residência: Sac. Cruz Cherô 22.6.08

2 - Queixa Principal: Trauma do joelho

3 - História Atual: _____

4 - Exames Solicitados: _____

5 - Hipótese diagnóstica: _____

Rafaela Espina
Assinatura do Médico

DATA	PROCEDIMENTO	RÚBRICA
11/11/2023	1. Verificação da documentação necessária para a realização da obra.	
12/11/2023	2. Realização da reunião com o cliente para alinhamento das expectativas.	
13/11/2023	3. Elaboração do projeto executivo de arquitetura.	
14/11/2023	4. Realização da reunião com o cliente para apresentação do projeto.	
15/11/2023	5. Elaboração do projeto executivo de engenharia civil.	
16/11/2023	6. Realização da reunião com o cliente para apresentação do projeto.	
17/11/2023	7. Elaboração do projeto executivo de engenharia elétrica.	
18/11/2023	8. Realização da reunião com o cliente para apresentação do projeto.	
19/11/2023	9. Elaboração do projeto executivo de engenharia de saneamento básico.	
20/11/2023	10. Realização da reunião com o cliente para apresentação do projeto.	
21/11/2023	11. Elaboração do projeto executivo de engenharia de segurança.	
22/11/2023	12. Realização da reunião com o cliente para apresentação do projeto.	
23/11/2023	13. Elaboração do projeto executivo de engenharia de meio ambiente.	
24/11/2023	14. Realização da reunião com o cliente para apresentação do projeto.	
25/11/2023	15. Elaboração do projeto executivo de engenharia de infraestrutura.	
26/11/2023	16. Realização da reunião com o cliente para apresentação do projeto.	
27/11/2023	17. Elaboração do projeto executivo de engenharia de sistemas.	
28/11/2023	18. Realização da reunião com o cliente para apresentação do projeto.	
29/11/2023	19. Elaboração do projeto executivo de engenharia de telecomunicações.	
30/11/2023	20. Realização da reunião com o cliente para apresentação do projeto.	



Administração
Choró no Rumo Certo

PREFEITURA MUNICIPAL DE CHORÓ

Secretaria Municipal da Saúde

FICHA DE REFERÊNCIA

UNIDADE DE ORIGEM _____

DISTRITO SANITÁRIO _____

MUNICÍPIO _____

Nome: Francineia Maria da Silva

Prontuário N° _____

Sexo: M ☐ F ☒Data de Nascimento: 16 / 12 / 94

Ocupação: _____

Endereço: _____

Bairro: _____

Telefone: _____

Motivo do Encaminhamento: Paciente sofreu acidente automobilístico entre e apresenta dor, inchaço e hematoma importante em face da esquerdaResultado de Exames: Exatidão à palpação da patela esquerda, Dor intensa e mobilização passiva do joelho esquerdaConduta Realizada: AnáliseImpressão Diagnóstica: Fratura de Patela?Dr. Ivan Benício

Assinatura do Encaminhante - N° Registro _____

Mestre

Função _____

28 / 03 / 14

Data _____

17:10h

Hora _____

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: Ambulatorial ☐Hospitalar ☒Auxílio Diagnóstico ☐Procedimento: Avaliação e Conduta

Profissional: _____

Unidade de Referência: H.M.E.BData: 28 / 03 / 14Hora: 17:10h

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA

Unidade de Referência: _____

Município: _____

Prontuário N° _____

Alta: ____/____/____

Resumo Clínico / Cirúrgico: _____

Resultado de Exames: _____

Diagnóstico Principal: _____

CID: _____

Secundário 1 _____

CID: _____

Secundário 2 _____

CID: _____

Proposta de conduta para segmento _____

O problema justificou a referência? ☐ Sim ☐ NãoO motivo da referência coincide com o diagnóstico? ☐ Sim ☐ Não

Assinatura do Consultante - 11° Registro _____

Função _____

Data _____



Administração
Choró no Rumo Certo

PREFEITURA MUNICIPAL DE CHORÓ

Secretaria Municipal da Saúde

FICHA DE REFERÊNCIA

fls. 18

UNIDADE DE ORIGEM _____

DISTRITO SANITÁRIO _____

MUNICÍPIO _____

Nome: Fra Maciel da Costa Silva

Prontuário N° _____

Sexo: M ☐ F ☒

Data de Nascimento: 16/12/94

Ocupação: Agricultor

Endereço: Choró

Bairro: _____

Telefone: _____

Motivo do Encaminhamento: Pac. c/ trauma do peito 21/3/14
há 5 dias. sem melhora.

Resultado de Exames: _____

Conduta Realizada: Meloxia 15-8 3/dia.

Impressão Diagnóstica: Trauma no peito 21/3/14

Assinatura do Encaminhante - N° _____

Função _____

31/03/14

Data

15h

Hora

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: Ambulatorial ☒ Hospitalar ☐

Auxílio Diagnóstico ☐

Procedimento: Avaliação e Conduta

Profissional: Tran. B. Gomes

Unidade de Referência: Unidade de Saúde E. Barros

Data: 1/1/14

Hora: _____

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA

Unidade de Referência: _____

Município: _____

Prontuário N° _____

Resumo Clínico / Cirúrgico: _____

Resultado de Exames: _____

Diagnóstico Principal: _____

Secundário 1 _____

CID: _____

Secundário 2 _____

CID: _____

CID: _____

Proposta de conduta para segmento _____

O problema justificou a referência? ☐ Sim ☐ Não

O motivo da referência coincide com o diagnóstico? ☐ Sim ☐ Não

Assinatura do Consultante - 11° Registro _____

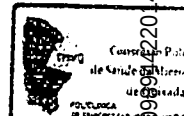
Função _____

Data _____



Policlínica Dr. Francisco Carlos Cavalcante Roque
Quixadá - Ceará

fls. 19



FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem:

Distrito Sanitário:

Município:

Nome:

Prontuário Nº:

Sexo: () M (X) F

Data de Nascimento: ____/____/____

Ocupação:

Endereço:

Bairro:

Fone:

Motivo do Encaminhamento:

Resultado de Exames:

Conduta já Realizada:

Impressão Diagnóstica:

Dr. Robson Alves do Nascimento

Ortopedia e Traumatologia

CRM-CE 11375 TEOT 13603

Ass.: Do Encaminhante - Nº Registro

Função

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:

Alta:

RESUMO CLÍNICO / CIRÚRGICO:

RESULTADO DE EXAME:

DIAGNÓSTICO: Principal

CID

Secundário 1

CID

Secundário 2

CID

PROPOSTA DA CONDUTA PARA SEGMENTO:

O problema justificou a referência? () Sim () Não

O motivo referência coincide com diagnóstico? () Sim () Não

Ass. Do Consultante - Nº Registro

Função

Data

* UTILIZAR TAMBÉM COMO RESUMO DE ALTA.

QUIXADÁ

PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXADÁ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

ATESTADO MÉDICO

Atesto que Felipe Vaz dos Santos

necessita de 21 (Vinte e um) dias de
licença para tratamento de saúde.

C.I.D. Anterior ao 11/04/14

Quixadá, 11 de 04 de 14

[Assinatura]

Siga em Frente



Olá MARIA LOPES RODRIGUES MARTINS

[DESCONECTAR](#)

Dados do processo

[Voltar](#)

Produtor	Seguradora	Data de entrada	Nº do Sinistro
MARIA LOPES RODRIGUES M/A	MBM SEGURADORA S/A	30/06/2014	2014/513243

Vítima

Vítima	Endereço	Bairro	Cidade
FRANCISCA MAIARA DOS SANTOS	ST SAO LUIS I, S/N	MARAVILHA	CHORO
UF	CEP	Código da vítima	Natureza
CE	63950-000	CONDUTOR	INVALIDEZ
Data de nascimento	CPF	Valor (DAMS)	Data do sinistro
16/12/1994	067.183.683-85	R\$	28/03/2014

Beneficiários

	Nome	CPF/CNPJ	Data de nascimento	Cidade	UF
Beneficiário 1 →	FRANCISCA M/A	067.183.683-85	16/12/1994	CHORO	CE
	Banco	Agência	Conta		
	237 - BANCO DI	1593-8	1882-1		

Histórico

Data	Status	Descrição
30/06/2014	PROCESSO ANALISADO E APROVADO	
30/06/2014	PROCESSO ENCAMINHADO PARA SEGURADORA LIDER	
07/08/2014	PROCESSO PAGO	
07/08/2014	PROCESSO PAGO	

Dados do pagamento

Beneficiário	Data	Valor
FRANCISCA MAIARA DOS SANTOS SILVA	07/08/2014	R\$ 2.531,25