

PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA**OUTORGANTE:**

Nome: Jose Angelo de Oliveira	Nacionalidade: Brasileira
Estado Civil: casado	Profissão: Agricultor
CPF n.º: 021.803.118 - 18	Carteira de Identidade: 1704815-88 2ª via
Bairro: Centro	Residência: Sítio laldeirão, 650
Cidade: Quixelô	Estado: Ce
	CEP: 63.515-000

por este instrumento nomeio e constituo meu bastante procurador o **DR. RODOLFO BENTO DA ROCHA**, brasileiro, solteiro, advogado, portador do RG n.º 2024114 SSP/PI e CPF n.º 013.970.053-60, devidamente inscrito na OAB/CE sob o n.º 23.237, com escritório profissional no seguinte endereço: Av. Santos Dumont, n.º 1740 sala 812 Aldeota - Fortaleza/CE - CEP 60.150-160, onde recebe intimações, a quem concede poderes com cláusula **AD JUDICIA e EXTRA JUDICIA** para o foro em geral, conforme estabelecido no art.38 do Código de Processo Civil pário acompanhando-as e especialmente para onde esta se apresentar para defender os direitos do outorgante em qualquer ação em que o mesmo seja autor ou réu, ou reclamar, defender direitos, podendo interpor todos os recursos permitidos, até final sentença, fazer e assinar requerimentos, apresentar documentos e testemunhas, produzir provas e justificações, transigir, desistir, firmar compromissos, acordo, renunciar direitos, **receber e dar quitação**, passar recibos, representar a outorgante em instituições públicas e privadas, bem como repartições públicas, seja Federal, Estadual ou Municipal, autarquias e fundações, podendo, ainda representar a outorgante e licitações, adjudicar bens, assinar contratos, homologar acordos, e tudo o mais, inclusive substabelecer a presente procuração com ou sem reservas de poderes, dando tudo por bom, firme e valioso.

Fortaleza - CE, 10/02/15

x **Jose Angelo de Oliveira**

OUTORGANTE

Obs.:

DECLARAÇÃO

Nome: <i>Jose Angelo de Oliveira</i>		Nacionalidade: <i>Brasileiro</i>	
Estado Civil: <i>Casado</i>	Profissão: <i>Agricultor</i>	Carteira de Identidade: <i>1704815-88 2ª via</i>	
CPF nº: <i>021.803.118-18</i>	Residência: <i>Sítio Paldeirão 650</i>		
Bairro: <i>Centro</i>	Cidade: <i>Quixelô</i>	Estado: <i>Ce</i>	CEP: <i>63.515-000</i>

em conformidade com o Art. 4º da Lei 1.060 de 05/02/1950 e o Art. 5º, LXXIV da Constituição Federal, **DECLARO SER POBRE DA FORMA DA LEI**, não podendo arcar com taxas, emolumentos, depósitos judiciais, custas, honorários advocatícios ou outras cobranças de qualquer tipo ou natureza sem prejuízo de meu sustento e de minha família.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

Fortaleza (CE), 10 de Fevereiro de 2015.

x Jose Angelo de Oliveira

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Nome:		Nacionalidade:	
Estado Civil:	Profissão:	Carteira de Identidade:	
CPF nº:	Residência:		
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:

declaro que resido no endereço acima citado e que os dados pessoais e demais documentos e informações fornecidos para o processo de Invalidez na via administrativa bem como para propositura de Ação Judicial em desfavor da Seguradora Lider ou qualquer outra Seguradora que faça parte do convênio DPVAT é de minha total responsabilidade.

Fortaleza (CE), 10 de Fevereiro de 2015.

x José Amigelo Oliveira

SINISTRO 3140007242 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA JOSE ANGELO DE OLIVEIRA

COBERTURA Invalidez

SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

REGULADORA TRANSPARENZA Reguladora de Sinistros Ltda

BENEFICIÁRIO JOSE ANGELO DE OLIVEIRA

CPF/CNPJ: 02180311818

Indenização creditada em 26/11/2014, no valor de R\$ 1.687,50, em banco e conta de titularidade do beneficiário, conforme autorização de pagamento assinado pelo mesmo.



ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA DO INTERIOR (D.P.I.)
18ª RPC / DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL DE IGUATU
Rua Monsenhor Coelho – Centro – Iguatu-CE – Fone: (88) 3581.0307



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 479 - 6181 / 2014

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTES - OUTROS**

Data / Hora da Comunicação: **10/08/2014 10:00:00**

Data / Hora da Ocorrência: **02/08/2014 10:35:00**

Endereço da Ocorrência: **SITIO CALDEIRÃO – ZONA RURAL -QUIXELO/CE.**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome **JOSE ANGELO DE OLIVEIRA**

Nascimento **25/03/1956**

CPF **021.803.118-18**

Filiação **Edilson Ângelo da Silva e Filomena Emília de Oliveira**

Residente no Sítio Caldeirão, 650 – Zona Rural.

QUIXELO/CE BRASIL

Histórico

Informa o declarante que na data e horário acima mencionados, seguia como condutor no veículo HONDA/CG 150 TITAN KS de placa HXV7255 de cor AZUL FAB/MOD 2005/2006 chassi 9C2KC08106R826550 registrado em nome de RAIMUNDO BARBOSA DE LUCENA, quando colidiu com um animal(cavalo) perdendo o controle do veículo caindo sofrendo escoriações e fraturas. Informa ainda que foi socorrido por populares até o Hospital Municipal de Quixelo/CE.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE IGUATU

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: _____

MATRÍCULA: 135610-1-X

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: JOSE ANGELO DE OLIVEIRA

VISTO DO DELEGADO (A): _____

		HOSPITAL MUNICIPAL DE QUIXELÔ MARIA NEVES ALVES AMARAL (ALEUDA) HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA	
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE Rua dos Palmeiras, S/N - CEP: 63515-000 Fone: (088) 3579-1197 - Fax: (088) 3579-1367 CNPJ: 11.406.224/0001-14 - CGF: 06.820.215-0 Quixelô - Ceará e-mail: saudequixelo@hoydonel.com.br		(URGÊNCIA/EMERGÊNCIA)	

Data: 02/10/14	Horário: 16:35	Ocorrência: 12	Idade: 58	Sexo: M												
Paciente: por Amigo de Quixelô																
End. do Paciente/Reso.: 51 Caldeirão																
Telefone:	Doc. de Identificação:		Profissão:													
<table border="1"> <tr> <td colspan="2">ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA</td> <td colspan="2">PA:</td> <td>TEMP:</td> <td>OBS:</td> </tr> <tr> <td colspan="2">ATENDIMENTO MÉDICO</td> <td colspan="4"></td> </tr> </table>					ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA		PA:		TEMP:	OBS:	ATENDIMENTO MÉDICO					
ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA		PA:		TEMP:	OBS:											
ATENDIMENTO MÉDICO																
Histórico doença atual:																
- Febre por 4 noites de febre -																
Exame Físico:																
Exame Complementares:																
Resultados:																
Diagnóstico:																
HD @ Fomeles orais																
@ Hordente de mato																
Destino do Paciente:																
ASS. M. Amigo de Quixelô: Clinico Geral CREMEC nº 11966																

LAUDO MÉDICO

NOME DA VITIMA: Jose Angelo de Oliveira

DATA DO ACIDENTE: 02/08/14

Atesto para os devidos fins que Jose Angelo de Oliveira, teve acidente de trânsito dia 02.08.14, apresentando escoriações pelo corpo, fratura osso de peito.

Foi feito atendimento médico conservador e sessões de fisioterapia.

Atualmente apresenta sequelas irreversíveis e permanentes, limitação funcional grave e completa, dor crônica, deformidade.

Perda da força muscular, instabilidade, alteração de marcha, dificuldade para exercer suas atividades de rotina.

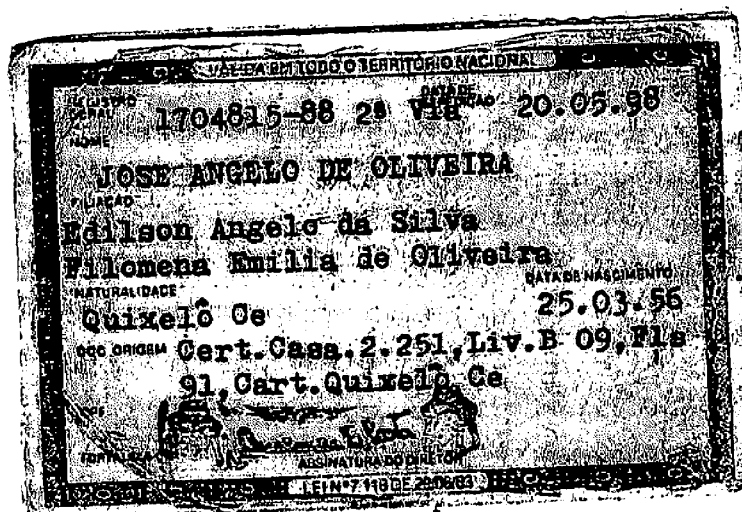
Encontra-se em alta definitiva.

Dr. Francisco Reales Nogueira
Médico
CRM 6272
CPF 254.357.897-81

31/10/14

LOCAL/DATE

ASSINATURA DO MÉDICO



MINISTÉRIO DA FAZENDA

 **Receita Federal**
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
021.803.118-18

Nome
JOSE ANGELO DE OLIVEIRA

Nascimento
25/03/1956

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE
AFD4.632C.130D.A520

A autenticidade deste comprovante deverá
ser confirmada na Internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil

às 08:29:17 do dia 08/03/2013 (hora e data do Brasília)
dígito verificador: 00

Nº DO CLIENTE
2519127-6

coelce
COMPANHIA DE ENERGIA ELÉTRICA DO CEARÁ

A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei nº 9043/02, de 20 de abril de 2002

338397048

23 12183 08 177000 - 1
JOSE ANGELO DE OLIVEIRA
ST CALDEIR 770 04-650
CENTRO - QUIXELÔ - 63515000

11088369
04-RURAL MONOFASICO BAIXA RENDA
021805118-18

03/04/2014

0000 0000
Fator de Correção

DATA DE EMISSÃO 25/05/2014 **DATA DE VENCIMENTO** 09/06/2014

INDICADORES DE CONTINGÊNCIA

INDICADOR	VALOR	UNIDADE
1.000	10,73	0,00
1.001	7,67	0,00
1.002	5,78	0,00

VR. CONSUMO DO MES PRECO NORMAL 25,76
DESCONTO TARIFA SOCIAL-BAIXA RENDA -12,58
MULTA MORATORIA REF 01/2014 0,29
JUROS DO MES 0,14

FSF. 0720140825120000113,61300074CDELCE15

9829-9904

VENCIMENTO 13/05/2014 **TOTAL A PAGAR (R\$)** 13,61

COMPONENTES DO VALOR DO PAGAMENTO

COMPONENTE	VALOR
Energia	9,16
Transmissão	0,14
Distribuição	0,14
Encargos Sociais	0,00
Tributos (IMPOSTOS E TAXAS)	0,00
TOTAL	13,61

COMPONENTES DO VALOR DO PAGAMENTO

COMPONENTE	VALOR
05	05
06	06
07	07
08	08
09	09
10	10
11	11
12	12
13	13
14	14
15	15
16	16
17	17
18	18
19	19
20	20
21	21
22	22
23	23
24	24
25	25
26	26
27	27
28	28
29	29
30	30
31	31
32	32
33	33
34	34
35	35
36	36
37	37
38	38
39	39
40	40
41	41
42	42
43	43
44	44
45	45
46	46
47	47
48	48
49	49
50	50
51	51
52	52
53	53
54	54
55	55
56	56
57	57
58	58
59	59
60	60
61	61
62	62
63	63
64	64
65	65
66	66
67	67
68	68
69	69
70	70
71	71
72	72
73	73
74	74
75	75
76	76
77	77
78	78

Importante

A COELCE APLICOU UM AUMENTO MÍNIMO DE 0,77% DAS TARIFAS EM COELCE APLICADAS A PARTIR DE 01 DE ABRIL, CONFORME RESOLUÇÃO REGULATÓRIA Nº 1011 DE 15 DE ABRIL DE 2014.

A COELCE AGRADECE E PARABENIZA PELA CONTINUIDADE NOS SEUS PAGAMENTOS. É DO SEU INTERESSE CONTINUAR A PAGAR AS CONTAS EM TEMPO PARA EVITAR A INCLUSÃO EM DEBITO E A INÍCIO DE EXECUÇÃO JUDICIAL.

Consta desta fatura R\$ 0,00 referente a FID e DFTS.

EQUIPO UNIFICADO DE DANOS PERSONAIS CAUSADOS POR VEICULOS
 AUTOMOTORES DE WALTERSHEIM DO POLISU CARA A PESSOAS
 TRANSFERIDAS OUTRAO - Seguro DPVAT - 8

CEN Nº 011356712090 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2014

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
 PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA O VEROBO
 AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
 www.dpvatsegurodotransito.com.br
 SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO: 2014 DATA EMISSÃO: 21/07/2014

MARCA / MODELO: HONDA / CG 150 TITAN RS

ANO FAB: 2005 CÔNTR: 02 Nº CHASSI: 902KRC0810GR826550

PRÊMIO TARIFÁRIO

FMS (R\$) 1.730,00 CUSTO DO SEGURO (R\$) 1.439,90

CUSTO DO BILHETE (R\$) 21,10

COFA UNICA PAGAMENTO: PARCELAO DATA DE COTAÇÃO: 28/07/2014

LOTES DO SEGURO DPVAT
 MOTOR: KC0851 395,93 399,608/0001-04
 www.segurodnalides.com.br

ABR-2014