

0101734-22.2018.

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

OUTORGANTE: Francisco Carlos Carmo Pinto brasileiro(a),
estado civil solteiro, profissão Desempregado inscrito(a) sob o CPF nº
404.135.603-25 e RG nº _____, residente
e domiciliado na Rua 117, nº 321,
Bairro Centro, na cidade de Maracá, telefone _____
abaixo firmado, nomeia e constitui o seu bastante procurador judicial:

OUTORGADO: **MÔNICA ALMEIDA DA SILVA**, brasileira, divorciada, advogada devidamente inscrito na OAB-CE sob os números **25.813**, com endereço profissional, para onde deverão ser encaminhadas às intimações e notificações, Rua 24 de Maio, nº 220, Bairro Centro, Fortaleza-Ceará, telefones: (85) 98834.5308 – 99737.8888.

PODERES: Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante acima qualificado nomeia e constitui seu bastante procurador o outorgado também supra qualificado, ao qual concede procuração para o foro em geral, com os poderes das cláusulas "ad judicium e et extra judicium", para sua representação e defesa, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, nos termos do artigo 5º, parágrafo 2º da Lei n.º 8.906/94, podendo portanto, promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, assinar termo, substabelecer com ou sem reserva de poderes, e praticar ainda, todos e quaisquer atos necessários e convenientes ao bom e fiel desempenho deste mandato.

PODERES ESPECÍFICOS: A presente procuração outorga ao Advogado(a) acima descrito, os poderes para receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, desistir, transigir, renunciar o direito em que se funda a ação, firmar compromissos e acordos, ratificar em Juízo, receber, dar quitação, receber alvará judicial, pedir justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica requerer falência ou concordata, podendo, ainda, o outorgado, substabelecer, com ou sem reserva de iguais poderes.

Fortaleza (CE), 08 de Junho de 201 8.

Francisco Carlos Carmo Pinto

OUTORGANTE

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA DO 21. DISTRITO POLICIAL

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 121 - 833 / 2017****Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
 Data / Hora da Comunicação: **25/10/2017 09:12:37**
 Data / Hora da Ocorrência: **08/07/2017 18:40:00**
 Endereço da Ocorrência: **AVENIDA VEREADOR EDMILSON MARQUES**
 Complemento:
 Bairro: **CONJUNTO TIMBÓ** Município: **MARACANAÚ/CE**
 Ponto de Referência: **LAVAJATO DO MAZINHO**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **FRANCISCO CARLOS CESAR PINTO**
 Nascimento: **02/01/1971** CPF: **404.135.603-25**
 RG: **93015032361** Orgão Emissor: **SSPDC** UF:
 Filiação: **FRANCISCA BARBOSA PINTO**
FRANCISCO PINTO FILHO
 Endereço: **RUA 117, 521**
 Bairro: **TIMBÓ**
 Município: **MARACANAÚ/CE** CEP:
 País: **BRASIL** Telefone: **98868-1653**

Histórico

Narra o declarante que, na data e hora acima informadas, estava na garupa da motocicleta (HONDA/CG 125 TITAN KS, de placa HXJ-5950-MARACABNAÚ, licenciada em nome de FRANCISCO CARLOS CESAR PINTO), pilotada por seu irmão RAIMUNDO PINTO SOBRINHO, quando ao se aproximar de um redutor de velocidade, um automóvel que seguia imediatamente à frente, parou bruscamente, tendo o a motocicleta em que o declarante seguia colidido na traseira do mesmo; QUE em consequência do acidente ambos caíram, tendo o declarante sofrido várias escoriações pelo corpo, principalmente no ombro direito, onde afirma ter perdido os movimentos do braço direito; QUE foi socorrido por uma ambulância do SAMU, (conforme certidão apresentada), para o hospital de Maracanaú-CE; QUE se responsabiliza civil e penalmente por todas as informações aqui narradas; E nada mais disse.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 21. DISTRITO POLICIAL**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :****FRANCISCO ANJOS BEZERRA DE LIMA FILHO - MAT.: 198838-1-7****RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:**

Francisco Carlos Cesar Pinto
Paulo Roberto Magalhães Feitosa

VISTO DO DELEGADO(A) :**PAULO ROBERTO MAGALHÃES FEITOSA - MAT.: 300582-1-3**



PREFEITURA DE MARACANAÚ
UBASF Prefeito Almir Dutra
Rua 125, nº 396 Conj. Timbó
Tel 3382.8256

FICHA DE REFERÊNCIA E CONTRA REFERÊNCIA

BASF _____ AVISA _____

me: Francisco Carlos César Pinto Pront. Familiar: _____
 xo: ☒ M ☐ F Data de nascimento: ____/____/____ Ocupação: _____
 endereço: _____ Bairro: _____ Telefone: _____

referência para atendimento: ☒ Ambulatorial ☐ Hospitalar ☐ Auxílio Diagnóstico
 motivo do encaminhamento: Paciente c/ trauma de moto há 1 mês
evoluindo c/ parêntese em MSD e dor. Limitação de amplitude
resultado de exames já realizados: de movimentos do ombro direito. Em uso
de corticóide. Exame de pleura braquial
 conduta já realizada: Aguarda consulta c/ neurologista.

pressão diagnóstica: _____
Emília Ellen A. Moraes Emília Ellen A. Moraes
 Médica Médica
 Assinatura CRP 18.449 CRM 18349 10/08/17 _____
 n° Registro Função Data Hora

AGENDAMENTO

idade de Referência: Carla da Uíva Mariana Data: 11/08/17 Hora: 13:00hs
 especialidade: Fisioterapia (20 sessões) Profissional: Dalila
 início: _____ Autorização: 56857

RESUMO DO ATENDIMENTO DE REFERÊNCIA

idade de Referência: _____ Município: _____
 prontuário ou Registro: _____ Data da Alta: _____

Resumo Clínico / Cirúrgico / Obstrutivo: _____

Resultado de exames importantes para o diagnóstico: _____

Diagnóstico Principal: _____ CID: _____

Secundário 1: _____ CID: _____

Secundário 2: _____ CID: _____

Proposta de Conduta para Seguimento: _____

Assinatura do Consultante - n° Registro

Função

Data

Hora



HMJEH-HOSPITAL MUNICIPAL DR. JOAO ELISIO DE HOLANDA
REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL
RUA JOAO DE ALENCAR, S/N, CENTRO/MARACANAÚ-CE
CEP: 61900-150 FONE: (85) 35215500



1700962214	08/07/2017 19:01:27	FICHA DE ATENDIMENTO		CLINICA MEDICA	NOTURNO
Paciente		Data Nascimento	Idade	CNS	CPF
FRANCISCO CARLOS CESAR PINTO		02/01/1971	45 A 6 M 6 D		
Tipo Doc	Documento	Írgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil
Identidade	930150322361	SSPDS CE	30/08/2010	M	Casado(a)
Mãe	Francisca Barbosa Pinto		Pai	Francisco Carlos Cesar Pinto	
Endereço	RUA - 117 - 521 - TIMBO - MARACANAÚ - CE		Contatos	Cel1: 85983681653	

Class. de Risco	Plano Convenio	N de Cadeira	Validade	Autorização
MOTIVO DO ATENDIMENTO				
PRONTO ATENDIMENTO	Carate do Atendimento	Profissional do Atend.	Sis Prenatal	Peso
Sator	Urgência			Temp.
SPA	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.	Procedencia	Pressão
			Registrado	SS: cass

Últimos Atendimentos:

31/10/2016 20:24:16 - 31/10/2016 18:47:56 - 28/12/2014 10:48:52 - 27/12/2014 15:56:07 - 26/12/2014 10:07:18 - 26/06/2017 20:40:03

SAD - Exames Complementares

☐ CTG ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:

Classificação de Risco

Libação Alcoolica + Ferimento Contame

em Couro cabeludo

Código: _____ Assinatura e Carimbo do(a) Enfermeiro(a): _____

Data / Hora / Consultas Especializadas e Procedimentos

CD - 20/08/17 - 08/07/17

Código: _____ Assinatura e Carimbo do Médico: _____ Data: _____

LIBACAO ALCOOLICA + FERIMENTO CONTAME

EM COURO CABELUDO

Código: _____ Assinatura e Carimbo do Médico: _____ Data: _____

CD: SUTURA DA LESAO + CURATIVO

Código: _____ Assinatura e Carimbo do Médico: _____ Data: _____

Código: _____ Assinatura e Carimbo do Médico: _____ Data: _____

Código: _____ Assinatura e Carimbo do Médico: _____ Data: _____

Assinatura do Paciente ou Responsável: _____

CONFERE COM O ORIGINAL

EM: 08/07/17

Georgina G. Lins

Comissão de Prontuário - HMJEH

CEP: 61900-150



PREFEITURA DE
MARACANAÚ

PREFEITURA MUNICIPAL DE MARACANAÚ
SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO - S.O.S.



REGISTRO DE OCORRÊNCIA DE SOCORRO E URGÊNCIA

DATA: 08/04/17

Nome do Socorrista: [assinatura]

DADOS SOBRE A OCORRÊNCIA

Hora da Solicitação 18:40

Hora de Chegada ao Local 18:45

Hora da Saída do Local

Hora de Chegada ao Hospital

DADOS SOBRE O PACIENTE

Nome: Agnesco Carlos Lage

Endereço: Rua 114 - 521

Idade: 43 MA F()

Bairro: Imbo

Nº:

Fone:

TIPO DE OCORRÊNCIA

- ☒ Acidente de trânsito
☐ Afogamento
☐ Agressão
☐ A.V.C
☐ Choque Elétrico
☐ Outros / Especificar

- ☐ Desabamento
☐ Emergência Obstétrica
☐ Hipertensão
☐ Intoxicação
☐ Já removido

- ☐ Mal Súbito
☐ Queda
☐ Queimadura
☐ Transf. s/ emergência
☐ falso Aviso

COR

- ☐ CIANÓTICO
☒ NORMAL
☐ PÁLIDO

PELE

- ☐ FRIA ☐ ÚMIDA
☒ NORMAL ☐ NORMAL
☐ QUENTE ☐ SECA

RESPIRAÇÃO

- ☐ AUSENTE
☐ DIFÍCIL ☒ NORMAL
☐ SUPERFICIAL

SANGRAMENTO

- ☐ AUSENTE
☐ INTENSO ☒ MÍNIMO
☐ MODERADO

SINAIS VITAIS: HORA:

P.A:

PULSO: 82 bpm

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA INICIAL

- ☐ ALERTA
☐ RESPONDE A DOR
☒ RESPONDE AO CHAMADO

FALA

- ☒ CONFUSA
☐ NENHUMA
☐ NORMAL

PULSO RADIAL

- ☐ AUSENTE ☐ IRREGULAR
☐ FORTE ☒ REGULAR
☐ FRACO ☐ NORMAL

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

- ☐ ASPIRAÇÃO
☐ ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA
☐ CURATIVOS
☐ IMOBILIZAÇÃO DE MEMBROS

- ☐ LÍQUIDO ENDOVENOSA
☐ OXIGÊNIO
☒ OUTROS Imobilização Cervical

CONDIÇÃO DE CHEGADA AO HOSPITAL

- ☒ INALTERADO
☐ MELHORADO
☐ PIORADO

ÓBITO

- ☐ ANTES DO SOCORRO
☐ DURANTE O TRANSPORTE
☐ NO TRANSPORTE

HOSPITAL DE DESTINO: Hosp de Maracanaú

MOTORISTA:

CARRO: 03

PLACAS:

RESPONSÁVEL PELA REMOÇÃO NO HOSPITAL:

AUXILIAR DO ENFERMEIRO:

OBSERVAÇÕES:

HMM 149

HX G 0823 - Cerna Poreto - colúmbio Poreto e m. at.

CONFERE COM
O ORIGINAL



Secretaria de Saúde de Maracanaú
SOS Ambulância

CERTIDÃO NARRATIVA

Certificamos, em virtude do direito que lhe é conferido por Lei a esta Coordenação, mediante ao requerimento por escrito da parte interessada que, o SOS AMBULÂNCIA de Maracanaú, prestou atendimento, Pré-Hospitalar ao Sr.(a) **FRANCISCO CARLOS CÉSAR PINTO**, CONTATO: 988681653, RG Nº **93015032361-SSP/CE**, filho(a) de **FRANCISCO PINTO FILHO** e de **FRANCOSCA BARBOSA PINTO**, nascido(a) em 02/01/1971, natural de **QUIXADÁ-CE**

Residente na RUA: 117, Nº521, CONJUNTO TIMBÓ/ MARACANAÚ-CE o qual na data de 08/07/2017, por volta de 18;40hs, foi vitimado(a) no trânsito. (CARRO X MOTO)

A vítima foi conduzida ao Hospital; JEH, MARACANAÚ/CE.

Em anexo, cópia da Ficha de Registro de Ocorrência de Socorro e Urgência.

MARACANAÚ-CE, 11 de AGOSTO de 2017.

PREFEITURA DE MARACANAÚ
SECRETARIA DE SAÚDE
Francisco Gessival M. Santos
Fco. Gessival M. Santos
COORDENADOR SOS AMBULÂNCIA

FRANCISCO GESSIVAL MARQUES DOS SANTOS
COORDENADOR DO S.O.S AMBULÂNCIAS

DOR

o e Previdência
tatório para o
ou atividade

odos os dados
entos básicos
direitos perante
ma para a
nais benefícios
t, sua habilita-
ao Fundo, de
S.

ntido neste
conservação,
as atividades

r protegê-la e
o de sua vida
ão e validade
e cidadão,
e o de seus
nbém, como

DS DO
LHADOR.

UMERADAS

MINISTÉRIO DO TRABALHO
SECRETARIA DE POLÍTICAS DE EMPREGO E SALÁRIO
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

PIS/PASEP

124.61335-55-0

NÚMERO

2896325

SERIE

001-0

UF

CE

Francisco Carlos da Silva Pinto



FOLECLAR DIREITO



BRASILEIRO

12/01/1971

CPT: 04.135.603-25

ZONA: 104

SEÇÃO: 0007

NOME: FRANCISCO CARLOS CÉSAR PINTO

LOCAL DE NASCIMENTO: QUIZADA - CE

PLACAS: FRANCISCO PINTO FILHO

FRANCISCA BARBOSA PINTO

DOC. AI VESTIBUL: RE 93016032161 SSP CE

ESTADO: CIVIL - CASADO

LEI Nº 11.126 DE 04 DE MARÇO DE 1996

RG: 015032351

T. ELE: 00: 33444280762

LOCAL DA EMISSÃO: SGT-MARACI NAU-CE

EMISSÃO: 24/04/2002

Carla Pimenta da Silva

DOCUMENTO
198556-6
Para agilizar seu atendimento, utilize o e-mail: sempre que entrar em contato conosco.

A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002
Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza-CE
CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.106.948-3

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 490545790
Data: 16/08/2017 10:14/0000 - 8 Data de Emissão: 24/08/2017
Nome: FRANCISCO CARLOS CESAR PINTO
End. Postal: RUA 117 CASA 00521
CENTRO - MARACANAU -
Medidor: 7939522 Poste: 0000 0000
Classe: 01-RESIDENCIAL MONOFASICO Fator de Potência: 0,90
RG / CPF / CNPJ: 404135603-25 CGF:
Nome do Responsável:

DATAS
Mês de Referência: Ago/2017 Data da Apresentação: 24/08/2017 Previsão Próxima Leitura: 25/09/2017

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO
Veja o legenda no verso desta conta.
Conjunta: DISTRITO INDUSTRIAL II
Mês: Ago 2017 EISO: 17,10

ICMS
Base de Cálculo (R\$): 57,98 Alíquota: 27,00% Valor do imposto: 15,65

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL
PIS/PASEP/COFINS: 12,51 + 3,00 = R\$ 15,51

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. Fat.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
517	457	1,00	60	0,00	0,00	0,00	0,00
24/08/17	24/07/17		31 DIAS		60		57,98

VALOR CONSUMO DO MES
QUOTA PARCELAMENTO 3/10: 39,57
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL: 12,51
DOACAO CIDADANIA E AMOR TEL 0800 276 6565 4/12: 3,00
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 3,20): 0,00

VENCIMENTO 08/10/2017 **TOTAL A PAGAR (R\$)** 113,06

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	19,42
Transmissão	1,86
Distribuição	13,53
Encargos Setoriais	4,69
Tributos (ICMS, PIS, COFINS)	17,06
TOTAL	57,98

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

Mês	Consumo (kWh)	Valor (R\$)
61	80	94
76	114	124
29	0	0
24	12	0
1		

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)
Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.
Emitido kg (CO₂): 34,58 Compensado kg (CO₂): 0,00 Consciência Ecológica (%CO₂): 0,00

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

CONTAS EM ATRASO
Prezado Cliente, notificação de suspensão do fornecimento de energia elétrica.
Prazado Cliente, constata-se em nossos controles contábeis em atraso.
Segue o detalhamento do Débito, e não pagamento da dívida implica na possibilidade de suspensão do fornecimento de energia em 15 dias após a entrega desta, conforme previsto na Res. NUCLEC 414/10, Arts. 123 e 173. Assim, o envio das informações aos órgãos de proteção ao crédito e cartório de protesto. Caso já tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar o aviso.

DEBITOS ANTERIORES

Período	Valor (R\$)
06/2017	117,45
Total	117,45

Consta desta fatura R\$ 3,21 referente a EIS e COFINS. Alíquotas: PIS: 0,68% e COFINS: 3,14%.

Nº do Cliente: 198556-6 Referência: Ago/2017
Data de Emissão: 24/08/2017 Total a Pagar (R\$): 113,06
Nº da Nota Fiscal: 490545790 Nº de Controle: 0000198556 00516 39662 90



Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MONICA ALMEIDA DA SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 23/04/2018 às 21:29, sob o número 01265818820188060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0126581-88.2018.8.06.0001 e código 359606D.



Bradesco

Dia & Noite

BUN BRADESCO DIA E NOITE
 EXTRATO CONTA FACIL
 FRANCISCO CARLOS CESAR PINHO
 AGENCIA 2499 CONTA 0722638-1

TERM.019637
 15:51 HRS
 18/OUT/2017

DISPONIVEL	0,00
= TOTAL DISPONIVEL	0,00
+ CONTA FACIL (C/C + POUP)	
	0,00
TOTAL DE RECURSOS	0,00

MOVIMENTACAO - CONTA FACIL - (C/C + POUP)		
	JANEIRO/2014	VALOR
DIA	HISTORICO N.DOC	
	SALDO ANTERIOR	0,00
	SALDO TOTAL	0,00

Demonstrativo para simples conferencia.
 Sujeito a alteracoes ate o final do dia.
 Fone Facil - 4002 0022 / 0800 570 0022.
 SAC Alo Bradesco - 0800 7048383.
 Deficiencia Auditiva/Fala 0800 722 0099.
 Atendimento 24 horas, 7 dias por semana.
 Ouvidoria - 0800 7279933 das 08h as 18h,
 de segunda a sexta-feira, exceto feriados.
 A declaracao de Quitacao Anual de Tarifas p/ esta disponivel no Autoatendimento e Internet.



Cartório Almolda
Av. 19, N.º 703, Loj.
Conj. Jereissal II, P.
Tel (85) 338.

O presente é uma fotocópia conferida com o original
 e as notas publicadas e referidas verdadeiras
 em test. OK da verdade
 25 AGO. 2017

 Ser Roberto Almeida
 Camila Andrade - Substituta
 Suzu Ferreira Martins - Secretária
 Sociedades de Defesa Agrária



(1)



Buscar no site



Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

R\$ = 4056,00

ACESSIBILIDADE

 (/Pages A A 

/Acessibilidade.aspx)

 (/Pages

/Atalhos-

de Teclado.aspx)

COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

Nova Consulta

Documentos Despesas

Médicas (/Pages

/Documentacao-

Despesas-

Medicas.aspx)

Documentos Invalidez

Permanente (/Pages

/Documentacao-

Invalidez-

Permanente.aspx)

Documento Morte

(/Pages

/Documentacao-

Morte.aspx)

Dicas Indispensáveis

(/Pages/Dicas-

Indispensaveis-

Para-Pedir-

a-Indenizacao.aspx)

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3170595834 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA FRANCISCO CARLOS CESAR PINTO****COBERTURA Invalidez****PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO LIBIA CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME****BENEFICIÁRIO FRANCISCO CARLOS CESAR PINTO****CPF/CNPJ: 40413560325****Posição em 22-03-2018 13:40:15**

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento na conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
22/11/2017	R\$ 9.450,00	R\$ 0,00	R\$ 9.450,00

Histórico das correspondências enviadas