

lútima



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DO CEARÁ - COMARCA DE CAUCAIA



CARTÓRIO BRITO RAMOS

1º Ofício

REGISTRO CIVIL - TABELIONATO DE NOTAS E PROTESTO DE TÍTULOS

Rua Cel. Correia, 1583 - Fone:(85) 3342.3599 - Fax:(85) 3342.3632
Caucaia - CE

Belª Ângela Maria de Brito Ramos
TABELIA

Dra. Virgínia Lúcia Ramos Soares
SUBSTITUTA

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

NOME:

DAVI DA SILVA RODRIGUES

MATRICULA:

0155780155 2011 1 00125 005 0101882 20

DATA DE NASCIMENTO POR EXTENSO		DIA	MÊS	ANO
Vinte e oito de fevereiro de dois mil e onze		28	2	2011
HORA NASC	MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO			
4hs e 12m	Caucaia/CE			
MUNICÍPIO DE REGISTRO E UF	LOCAL DE NASCIMENTO		SEXO	
Caucaia/CE	Hosp. e Maternidade Santa Terezinha		masculino	
FILIAÇÃO				
Márcio da Rocha Rodrigues e Maria de Fátima da Silva				
AVÓS				
Francisco Rodrigues Pedro e Lucineide da Rocha Rodrigues (paternos) e Manuel Hemetério da Silva e Rita de Cássia Fonteles (maternos)				
GÊNEOS	NOME E MATRICULA DOS GÊNEOS			
Não	Não consta			
DATA DO REGISTRO POR EXTENSO		Nº DN		
Vinte e um de março de dois mil e onze		30-52737482-4		
OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES				
Ato registrado no livro A- 125, às fls. 005, sob o nº 101.882.				

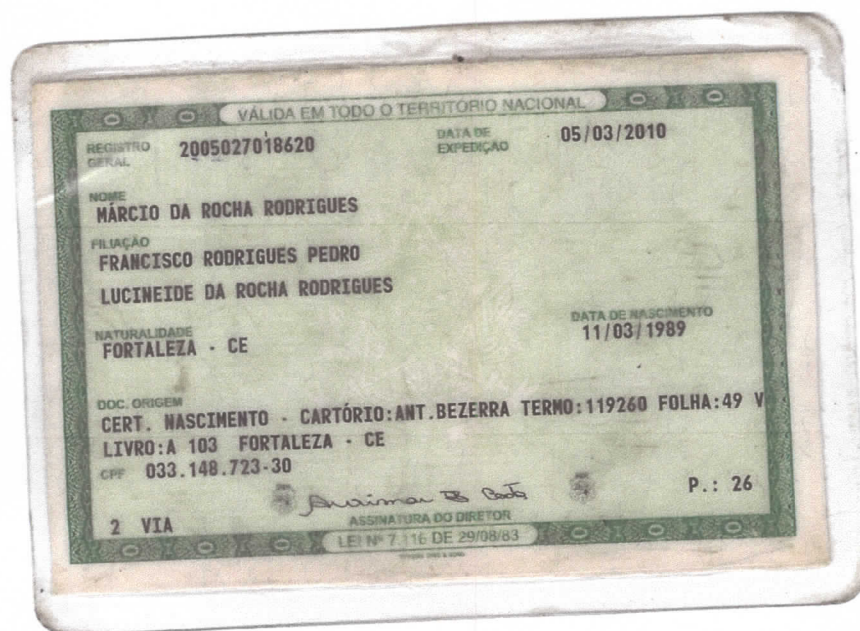
O conteúdo da certidão é verdadeiro, dou fé.
Caucaia/CE, 21 de março de 2011



Virgínia Lúcia Ramos Soares
Dra. Virgínia Lúcia Ramos Soares
Escrevente Substituta

VÁLIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE

CARTÓRIO BRITO RAMOS
1º OFÍCIO
RUA CEL. CORREIA, 1583
CAUCAIA - CE



PROCURAÇÃO “AD JUDICIA ET EXTRA”

OUTORGANTE:

NOME: Marcio da Rocha Rodrigues		
NACIONALIDADE: Brasileiro	ESTADO CIVIL: Casado	
PROFISSÃO: Soldador	C.P.F.: 033.148.723-30	
ENDEREÇO COM CEP: R. Alto do Cipó, 5/N. Cep. 62.685-000		
BAIRRO: Alto Cipó	CIDADE: Paracuruba	U.F.: CE

OUTORGADO: JOSÉ ADENILSON LUZ DE AZEVEDO, brasileiro, advogado, casado, inscrito na OAB/CE sob o nº 34.130, com endereço para intimações e notificações, nesta urbe, na Rua Paulo Gomes da Silva, nº 226, bairro Parque Soledade, CEP 61.603-070, Caucaia/CE, onde recebe intimações de estilo (art. 106 do NCPC).

PODERES: Por este instrumento o(a) Outorgante supra qualificado, nomeia e constitui o Outorgado acima identificado, seu bastante procurador, conferindo-lhe os mais amplos poderes para o foro em geral, com a cláusula “Ad Judicia Et Extra”, para agir, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-las nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando-os, representar o mesmo perante os Órgãos Públicos, nomear peritos e assistentes, promover reivindicações e impugnações, prestar lícitos compromissos, promover requerimentos administrativos, 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 ainda ao Advogado acima descrito, os poderes para, em nome do(a) Outorgante, receber citação judicial ou administrativa, receber intimações, prestar depoimento pessoal, reconhecer a procedência do pedido, confessar, transigir, desistir, renunciar ao direito em que se funda a ação, firmar acordos ou compromissos, receber e dar quitação, levantar, requerer ou receber alvarás, levantar valores em contas bancárias, receber valores, inclusive, em cheques decorrentes de condenação judicial, renunciar a quaisquer valores superiores ao teto dos Juizados Especiais em razão de eventual ajuizamento no procedimento especial (art. 3º da Lei 10.259/2001 e Lei 9.099/1995), pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, além de outros não expressamente constantes nesse mandato (art. 105 do NCPC).

Os poderes nesta procuração descritos poderão ser substabelecidos no todo ou em parte, com ou sem reservas, dando tudo por bom, firme e valioso, para o fiel cumprimento deste mandato.

DECLARAÇÃO: O(a)s outorgantes(s) **DECLARA(M)**, para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que não tem condições de arcar com as despesas inerentes à presente ação, sem prejuízo de seu sustento e de sua família, necessitando, portanto, da gratuidade judiciária, indicando como seus advogados os outorgados acima nomeados, nos termos do § 4º do art. 5º, da Lei nº 1.060 de 1950 e art. 98 e ss. do NCPC.

Fortaleza-CE, 15 de Abril de 2019

* Marcio da Rocha Rodrigues
OUTORGANTE



Esta é a segunda via de
JAN/2019

Utilize o nº abaixo sempre
que entrar em contato conosco

Nº DO CLIENTE

8128452

DV **7**

VENCIMENTO

08/02/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

0,00

DESCRIÇÃO DA CONTA

Quantidade x Tarifa = Valor (R\$)

OUTROS PAGAMENTOS

SALDO PARA PAGAMENTO FUTURO

TAXA DE SEGUNDA VIA

-30,81

2,85

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO₂) Compensado kg (CO₂) Consciência Ecológica(%CO₂)

0 100

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

autenticação mecânica cliente

Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | Nº **556107911**

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135-040 | Fortaleza CE

CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

A Tarifa Social de Energia Elétrica

foi criada pela Lei nº 10.438 de

26 de abril de 2002

DADOS DO CLIENTE

Rota 22 034051 03 062000

Medidor

Poste

Nome LUCINEIDE DA ROCHA RODRIGUES

7769065

0000 0

Endereço Postal

End. da Unidade PV ALTO DO CIPO 00000 ALTO CIPO PARAIPABA 62685000

Consumidora

RG / CPF / CNPJ 532.348.043-20

CGF

Classe B2 - 04-RURAL, MONOFASICA, BAIXA RENDA

Fator de Potência

0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual - Leitura Anterior x Constante = Consumo (kWh) + Consumo Incl. = Consumo Faturado

FP 1525 1448 1 77 0 77

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/
Apresentação

Prev. Próxima
Leitura

01/02/2019

04/02/2019

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

5F45.2B9B.B23C.C1A3.6E1E.9F15.899D.5053

ICMS

Base de Cálculo (R\$)

Aliquota

Valor do Imposto

ISENTO

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

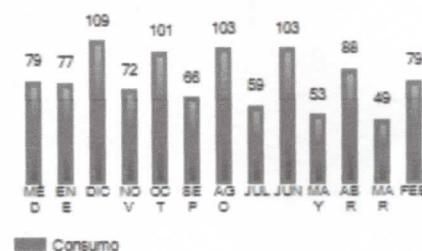
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 12,06

Conjunto

Mês NOV/ 2018

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC (h)	0,00	0,00	0,00	0,05	0,00	0,00
FIC (un)	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00
DMIC (h)	0,00			0,05		

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



Nº do Cliente:

8128452-7

Nº da Nota Fiscal: **556107911**

Total a Pagar (R\$): **0,00**

Data de Emissão:

22/01/2019

Referência: **JAN/2019**

Nº de Controle:

FATURA PAGA, NÃO RECEBER



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA METROPOLITANA DE CAUCAIA

Impresso nº 201952253

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 201 - 618 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **LESAO CORPORAL CULPOSA - TRANSITO**
Data / Hora da Comunicação: **22/01/2019 14:13:03**
Data / Hora da Ocorrência: **15/09/2018 19:30:00**
Endereço da Ocorrência: **RUA JOAQUIM BRAGA**
Complemento: **PARQUE SÃO GERARDO**
Bairro: _____ Município: **CAUCAIA/CE**
Ponto de Referência: _____



Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **DAVI DA SILVA RODRIGUES**
Nascimento: _____ CPF: _____ UF: _____
RG : _____ Orgão Emissor: _____
Filiação: **MARIA DE FÁTIMA DA SILVA**
Endereço: **RUA PV ALTO DO CIPÓ**
Bairro: **ALTO CIPO**
Município: **PARAIPABA/CE** CEP: _____
País: **BRASIL** Telefone: _____

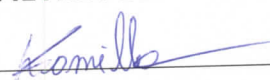
Noticiante(s)

Nome: **MARCIO DA ROCHA RODRIGUES**
Nascimento: _____ CPF: **033.148.723-30** UF: _____
RG : _____ Orgão Emissor: _____
Filiação: **LUCINEIDE DA ROCHA RODRIGUES**
Endereço: **RUA PV ALTO DO CIPÓ** CEP: **62.685-000**
Bairro: **ALTO CIPO**
Município: **PARAIPABA/CE** Telefone: **(85) 9402-8779**
País: **BRASIL**

Histórico

Que comparece a esta Delegacia na qualidade de genitor de Davi da Silva Rodrigues; Que relata que o seu filho estava brincando na rua em frente à residência de sua tia Francisca Rodrigues Pedro; Que uma motocicleta Honda de cor preta atingiu o seu filho; Que prontamente o depoente foi em direção ao seu filho para socorrê-lo; Que no momento do acidente não observou a placa da motocicleta; Que o seu tio Edvan também correu para prestar socorro, mas também não observou os dados da motocicleta; Que o Samu compareceu ao local do acidente prestando o devido socorro; Que o Samu conduziu o seu filho para o Hospital Municipal de Caucaia; Que apresenta a esta Delegacia os seguintes documentos: identidade do declarante, ficha de atendimento do Hospital Municipal de Caucaia, certidão de nascimento e comprovante de endereço. Nada mais disse.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA METROPOLITANA DE CAUCAIA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : 



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA METROPOLITANA DE CAUCAIA



Impresso nº 201952253

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 201 - 618 / 2019

KAMILLA DANTAS CHAGAS - MAT.: 30119436

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

marcio do rocio rodrygus

VISTO DO DELEGADO(A) :

LUCAS XIMENES DE CASTRO - MAT.: 3011812-X

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de prova, na forma e sob as penas da lei que eu Marcio da Rocha
Rodrigues,
inscrito(a) no CPF número 033.148.723-30, Registro Geral de número 2005027018620, resido em propriedade localizada na Ru. Alto do Lipo, S/N, na cidade de Paracipaba, no estado de Ceará, onde moro desde _____, e recebo correspondências.

Declaro ainda, estar ciente de que a falsidade da presente declaração pode implicar na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Sortaleza - ce, 15 de Abril de 2019.

Marcio da Rocha Rodrigues

DECLARANTE

DECLARAÇÃO
(LEI Nº 1.060/50)

NOME: <u>Marcie da Rocha Rodrigues</u>		
NACIONALIDADE: <u>Brasileiro</u>	ESTADO CIVIL: <u>Casado</u>	
PROFISSÃO: <u>Soldador</u>	DATA DE NASCIMENTO: <u>11/03/1989</u>	
C.P.F.: <u>033.148.723-30</u>	R.G.: <u>2005027018620</u>	
ENDEREÇO: <u>Rua: Av. Alto do Pipó, S/N.</u>		
BAIRRO: <u>Alto Pipó</u>	CIDADE: <u>Paracipaba</u>	U.F.: <u>ce</u>
C.E.P.: <u>62.685-000</u>	FONE:	

A pessoa acima qualificada, declara para os devidos fins de direito e sob as penas da Lei que não possui condições financeiras de arcar com as custas processuais, sob pena de prejuízo da manutenção própria e da própria família, nos termos do art. 5º, LXXIV, e na Lei nº 1.060/50 e alterações supervenientes.

Fortaleza-ce, 15 de Abril de 20 19.

Marcie da Rocha Rodrigues

Declarante



Prefeitura Municipal de Caucaia
Secretaria Municipal da Saúde

Hospital Municipal Dr. Abelardo Gadelha da Rocha

fls. 17

Prova do ato declaratório
FICHA DE ATENDIMENTO

DATA: 15/09/18	HORÁRIO: 19:31	PACIENTE CHEGOU: MEIOS PRÓPRIOS () AMBULÂNCIA (X)
PACIENTE: DAVI DA SILVA RODRIGUES		
NOME DA MÃE: MARIA DO FÁTIMA RODRIGUES		
DATA DE NASCIMENTO: 28/02/11	CARTÃO DO SUS:	ÍNDIO: () SIM (X) NÃO
IDADE: 7	SEXO: M (A F)	RG:
ENDEREÇO: RUA ENG DAVID LIMA 1190	CIDADE: CAUCAIA	ESTADO: CE
BAIRRO: P.S.G	FUNCIONÁRIO: J	

ACOLHIMENTO

QUEIXA PRINCIPAL:

pancada no peito lado E

CLÍNICO () CIRURGIÃO (X) TRAUMATOLOGISTA () PEDIATRIA ()

SINAIS VITAIS

ESCALA DE DOR ADULTO

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
SEM DOR			DOR LEVE			DOR MODERADA			PIOR DOR POSSÍVEL
HORA: 19:33	PA:	TEMP:	SpO2:	F.C:	GLICEMIA:				

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

VERMELHO () LARANJA () AMARELO () VERDE () AZUL ()

CARIMBO/ASSIN. PROFISSIONAL

ATENÇÃO: ESTA FICHA TEM VALIDADE DE APENAS 24 HORAS, APÓS ESSE PERÍODO O PACIENTE DEVERÁ SER INTERVISTADO

HORA:

HISTÓRIA CLÍNICA:

*Contato com objeto contundente, com dor em focos de trauma
Ela está em dor
Exame físico: - Sinal de Ryle e de Tardieu
- Sinal de Ryle
- Sinal de Tardieu
- Sinal de Ryle
- Sinal de Tardieu*

Integridade

DIAGNÓSTICO INICIAL:

CONDUTA:

EXAMES REALIZADOS:

LABORATORIAIS () RAIO-X () ULTRASSOM () ENDOSCOPIA () ECG () OUTROS: () () ()

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL:

Assinatura de Davi da Silva Rodrigues

FICHA DE ATENDIMENTO

DATA: 22/09/18		HORÁRIO: 7:55		PACIENTE CHEGOU:		MEIOS PRÓPRIOS (2) AMBULÂNCIA ()	
PACIENTE: DAVI		NO		SILVA		MOPINGUÊ	
NOME DA MÃE: Jussara		MS		Rafaela		NO SILVA	
DATA DE NASCIMENTO: 20/02/11		CARTÃO DO SUS:		—		ÍNDIO: ()SIM (2)NÃO	
IDADE: 7 A		SEXO: M(2) F()		RG:		TELEFONE: 98740-0348	
ENDEREÇO: R. ENG. FLÁVIO		COSTA		R. 1190		A	
BAIRRO: P. S. G.		CIDADE: Lourenço		ESTADO: GO		FUNCIONÁRIO: V. Silva	

ACOLHIMENTO

QUEIXA PRINCIPAL: Retorno, Dr. Paulo Elvel, MSE
CLÍNICO() CIRURGIÃO() TRAUMATOLOGISTA(☒) PEDIATRIA()

SINAIS VITAIS

ESCALA DE DOR ADULTO

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
SEM DOR		DOR LEVE				DOR MODERADA			PIOR DOR POSSIVEL	
HORA:	PA:	TEMP:		SpO2:		F.C:		GLICEMIA:		

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

VERMELHO() LARANJA() AMARELO() VERDE() AZUL()

CARIMBO/ASSIN. PROFISSIONAL:

ATENÇÃO: ESTA FICHA TEM VALIDADE DE APENAS 24 HORAS, APÓS ESSE PERÍODO O PACIENTE DEVERÁ SER INTERNADO.

HORA:	HISTÓRIA CLÍNICA:
-------	-------------------

for more mail (E) 8-10-27

DIAGNÓSTICO INICIAL:

CONDUTA:

Hebano 15d

EXAMES REALIZADOS:

LABORATORIAIS () RAIO-X() ULTRASSOM() ENDOSCOPIA() ECG() OUTROS: () _____ () _____ () _____

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL:

Wasan der Pocher Kollierung

SINISTRO 3190090187 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA DAVI DA SILVA RODRIGUES
COBERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO LIBIA
CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME
BENEFICIÁRIO DAVI DA SILVA RODRIGUES
CPF/CNPJ: 03314872330

Posição em 21-06-2019 15:38:49

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R\$00.000,00

Juros e Correção: R\$00.000,00

Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
28/03/2019	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50