



PROCURAÇÃO



PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

OUTORGANTE: RAFAEL MOURA GOMES
brasileiro(a), estado civil _____, profissão
OPERADOR DE FORNO, portador da cédula de identidade Registro Geral
n.º 20072339663, inscrito no Cadastro de Pessoas Físicas sob o
n.º 953.774.673-02, residente e domiciliado na
PV ATOLA OL LUIZ NO CAMPO 00180 CEP-62690-000

OUTORGADOS: **ADRIANO FERNANDES PINHEIRO**, OAB/CE 22.161 e
NEIO LÚCIO FERRAZ PASSES, OAB/CE 30.495, ambos com endereço profissional
à Rua Francisco Segundo da Costa 77, Sl. 07, Edson Queiroz, Fortaleza/CE,
CEP: 60811-650 e na Rua Manoel Teixeira, 164, centro, Trairi/CE, CEP 62.690-000.

PODERES OUTORGADOS: Por este instrumento particular de **PROCURAÇÃO**, o(a)
outorgante firmatário(a), confere aos advogados outorgados poderes para representá-lo(a)
perante qualquer Órgão da Administração Pública (direta e/ou indireta) ou Entidade de
Direito Privado ou Órgão Judicial, de qualquer instância, para com as cláusulas "ad judicium"
e "extra" propor ações e/ou delas variar, transigir, ser citado, receber intimação, oferecer
defesa, direta ou indireta, tais como exceção de suspeição, impedimento ou incompetência,
em qualquer instância, interpor recursos judiciais, reconvir, protestar, interpelar, reclamar,
requerer assistência do Ministério Público, bem como levantar alvarás judiciais.

CLÁUSULA ESPECIAL: O(a) Outorgante, nesta oportunidade, se responsabiliza pela
legalidade, idoneidade e veracidade de todos os documentos que serão fornecidos aos
outorgados para anexar nas petições objeto do presente instrumento de outorga.

Trairi/CE, 21 de MARÇO de 2019.

Rafael Moura Gomes
OUTORGANTE



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA FINANCEIRA

Eu, RAFAEL MOURA GOMES,
brasileiro(a), estado civil _____, profissão _____
OPERADOR DE FORNO, portador(a) da Cédula de Identidade n.º
90072339653, inscrita(o) no CPF sob o n.º
053 774 673 - 02, residente e domiciliado(a) na
Rua/Avenida/Localidade) PV ATOLA 04 LITZ NO CAMPO 00180
CEP: 63690 - 000

declaro que não posso suportar as despesas processuais decorrentes desta
demanda sem prejuízo do meu próprio sustento e de minha família, sendo,
pois, para fins de concessão do benefício da gratuidade de Justiça, nos termos
da Lei 1.060/50, pobre no sentido legal da aceção.

Por ser verdade, firmo o presente.

Trairi - CE, 21 de MARÇO 2013.

x

DECLARANTE



DOCUMENTOS PESSOAIS

INSTITUTO BRASILEIRO DE REABILITACAO
 INSTITUTO DAS CRIANÇAS
 INSTITUTO DE ASSISTENCIA PUBLICA E SERVICOS SOCIAIS
 INSTITUTO DE ASSISTENCIA SOCIAL DO BRASIL

Foto e Livro
 Rafael Maria Gomes

ARTEIMA DE IDENTIFICACAO

2087322945 2

DATA DE EMISSAO
 27/11/2008

NOME
 RAFAEL MARIA GOMES

NOME DO PAI
 FRANCISCO VANDERLEI MORAES

NOME DA MAE
 MARIA WATILDE MORAES

NACIONALIDADE
 BRASILEIRO

DATA DE NASCIMENTO
 28/07/1989

ENDEREÇO
 CART. NASCIMENTO - CARTÃO DE EMBAIXADA - 214 FOLHA 207 LIVRO A
 01 TRAIPI - CE

1 VIA

P. 2

 **MINISTÉRIO DA FAZENDA**
Receita Federal

CPF

CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Número de inscrição
053.774.673-02

Nome
RAFAEL MOURA GOMES

Nascimento
24/03/1989



 **CORREIOS**

Cadastre-se pelo site www.correios.gov.br e em qualquer
Bureau de Correios ou com o seu documento de identificação

1º trimestre
JUN/2009





COMPROVANTE DE ENDEREÇO

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA



Eu, _____
portador (a) do RG n.º _____
em _____/_____/_____, pelo Órgão _____ expedido
CPF/MF sob o n.º _____ inscrito(a) no
na _____ (RUA, _____, residente e domiciliado (a)
_____ AVENIDA, _____ LOCALIDADE) _____

DECLARO para os devidos fins de comprovação de residência, sob as penas da Lei (art. _____
da Lei 7.115/83), que o Sr. _____

(a) _____
Portador (a) do RG n.º _____ expedido
em _____/_____/_____, pelo Órgão _____ inscrito(a) no
CPF/MF sob o n.º _____ reside no domicílio sito
na _____ (RUA, _____, AVENIDA, _____
LOCALIDADE) _____

conforme cópia de comprovante anexo.

Declaro ainda, estar ciente de que declaração falsa pode implicar na sanção penal prevista
no art. 299 do Código Penal, *in verbis*:

*"Art. 299 - Omitir, em documento público ou particular, declaração que nele deveria
constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita,
com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre o fato juridicamente
relevante.*

*Penas: reclusão de 1 (um) a 5 (cinco) anos e multa, se o documento é público e reclusão de 1
(um) a 3 (três) anos, se o documento é particular."*

_____, _____ de _____ de _____

DECLARANTE

enel

Nota é a segunda via de
MAR/2019

CONSUMIDOR
4940266 8

VENCIMENTO
10/04/2019

VALOR A PAGAR (R\$)
0,00

CONTEÚDO DA CONTA

OUTROS PAGAMENTOS
VALOR PARA PAGAMENTO FUTURO
MULTA MORATORIA
CONTRIBUIÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL-INT

Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° 565443352
Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Melchior, 100 | CEP 60130-940 | Fortaleza CE
CNPJ 07047261/0001-70 | CGF 06.705.848-3

ÍNDICE DO CLIENTE
Nota 28 034082 08 018000
Nome CARLA NAIARA DE MIRANDA
Endereço Postal

Medidor 10555310 Poste 0000 0

Ent. da Unidade Consumidora PV ATOLA 01 LUZ NO CAMPO 00180 CANAAN TRAZU 62690000
RG / CPF / CNPJ 056.245.303-23
Classe 82 - 04-RURAL, MONOFASICA CGF

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO
Fator de Potência 0
Leitura Atual 10112 Leitura Anterior 10050 Constante 1 Consumo (kWh) 62 Consumo Incl. 0 Consumo Faturado 62

DIAS DE LEITURA
Data de Emissão/ Apresentação 13/03/2019 Próx. Próxima Leitura 10/04/2019

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL
089E.8684.0248.1940.CICC.77CA.316F.852D

ICMS
Base de Cálculo (R\$) Alíquota Valor do Imposto
ISENTO

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 10,56
Conjunto TRAUJ
Mês JAN/ 2019

	Padrão Individual Mensal	Trím. Atual	Trím. Normal	Trím. Atual	Trím. Normal	Trím. Atual
CMC (h)	10,44	20,88	41,76	0,00	0,00	0,00
FIC (un)	7,52	15,04	30,08	0,00	0,00	0,00
DMC (h)	5,58			0,00		

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



Consumo

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)
Considere suas emissões pelo consumo de energia elétrica.
Emissão kg (CO₂) Compensado kg (CO₂) Consciência Ecológica (%CO₂)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

Autenticação mecânica cliente

N° do Cliente: 4940266-8 N° da Nota Fiscal: 565443352
Data de Emissão: 22/03/2019 Referência: MAR/2019

Total a Pagar (R\$): 0,00
N° de Controle:

PAGA NÃO RECEBER



CONSULTA POR BENEFICIÁRIO

Seguradora Líder-DPVAT Acompanha o Processo

MINISTRO 3160443043 - Resultado de consulta por beneficiário



RAFAEL MOURA GOMES

COBERTURA Invalidez

DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO INVESTPREV

S/A-Filial Fortaleza - CE

BENEFICIÁRIO RAFAEL MOURA GOMES

CPF/CNPJ: 05377467302

Posição em 14-03-2019 17:07:40

Seu pedido de indenização foi negado, pois não recebemos a documentação complementar que foi solicitada em nossa última correspondência.

SINISTRO 3160443043 - Resultado de consulta por beneficiário



Beneficiário: RAFAEL MOURA GOMES
Motivo de Invalidez: ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO INVESTPREV

Endereço: S/A-Filial Fortaleza - CE

Beneficiário: RAFAEL MOURA GOMES

CNPJ: 05377467302

Posição em 18-01-2019 11:05:18

Seu pedido de indenização foi negado, pois não recebemos a documentação complementar que foi solicitada em nossa última correspondência.

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
06/07/2017	Negativa por ausência de comprovação documental	
07/01/2017	Exigência Documental	
01/09/2016	Interrupção de Prazo	
29/07/2016	Interrupção de Prazo	
27/07/2016	Aviso de Sinistro	



BOLETIM DE OCORRÊNCIA



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 561 - 504 / 2016



Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRANSITO**
Data / Hora da Comunicação: 15/03/2016 10:03:48
Data / Hora da Ocorrência : 06/03/2016 02:00:00
Endereço da Ocorrência:

ALAGADIÇO TRAIRI /CE

Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **RAFAEL MOURA GOMES**
Nascimento : 30/09/1989
RG: 2007233965 3 Órgão Emissor: SSPDC UF: CE - CPF:
Filiação: **FRANCISCO VANDERLAN MOURA**
MARIA NATILDE MOURA
Endereço: **R PV ATOLA**
LUZ NO CAMPO
TRAIRI CE BRASIL Telefone:

Histórico

DECLARANTE COMPARECEU A ESTA DEPOL NA DATA E HORA SUPRAMENCIONADAS PARA COMUNICAR QUE FOI VITIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO QUANDO PILOTAVA A MOTOCICLETA DA MARCA/MODELO HONDA NXR 160 BROS ESDD, FABRICAÇÃO MODELO 2015, DE COR BRANCA, DE CATEGORIA PARTICULAR, DE PLACA PNN5610, DE CHASSI 9C2KD0810FR480678, DOCUMENTADA EM NOME DO DECLARANTE; QUE QUANDO TRAFEGAVA NO SENTIDO CANAÃ/CLEMENTE E FOI PASSAR POR UMA CURVA AVISTOU UM VEICULO EM SENTIDO CONTRÁRIO; QUE QUANDO FOI PASSAR PELO VEICULO SOBROU NA CURVA E ACABOU CAINDO; QUE FOI SOCORRIDO POR UM AMIGO NA MOTOCICLETA DO PRÓPRIO DECLARANTE; QUE DEU ENTRADA NO HOSPITAL MUNICIPAL DE TRAIRI ONDE ATENDIDO PELO DOUTOR RODRIGO DE CARVALHO VERAS, CREMEC 18279; QUE SOFREU CORTE PROFUNDO NA TÍBIA DIREITA, VINDO A SER PONTEADO; QUE NÃO REALIZOU EXAME DE CORPO DE DELITO POR NÃO HAVER IML NESTA URBE; QUE TEM COMO TESTEMUNHAS DO FATO O SENHOR JORGE STENES RODRIGUES BARBOSA, RG 20073283759 E A SENHORA MARIA MATILDE MOURA, RG 397087236; QUE REGISTRA ESTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA PARA FINS DE SEGURO DPVAT. E NADA MAIS DISSE.

LEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE TRAIRI

SPONSÁVEL PELO REGISTRO : [Assinatura]
"ESCRIVÃO AD HOC"

SPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO : Rafael Moura Gomes

ASSINATURA DO DELEGADO(A) : Alexandre Paulo de Brito Saunders
ALEXANDRE PAULO DE BRITO SAUNDERS - MAT.: 404547-1-3



DOCUMENTAÇÃO MÉDICA



ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE TRAIRI
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



Receita de Controle Especial

INDICAÇÃO DO EXISTENTE	
UN. CE	
UN. CE	

1ª Via - Retenção da Farmácia
2ª Via - Orientação ao Paciente

CAPÍTULO E ASSINATURA DO MÉDICO

Rafael Homen Gomes

Atende, Trairi

① Cefalexina 500mg ————— 28ip E
01cp em 6h, 12h, 18h, 24h

② Ibuprofeno 600mg ————— 12ip E
01cp de 8/8h

05/03/16

INDICAÇÃO DO COMPRADOR

_____ Og. Exat
_____ _____ _____

INDICAÇÃO DO FARMACÊUTICO

_____ Farmácia de _____
_____ Data



ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE TRAIRI
UNIDADE MISTA DE SAÚDE DE TRAIRI



FICHA DE ATENDIMENTO

03.16		Horário:	Paciente chegou:	☐ Meios próprios	☐ Ambulância
Wapail. Melina Gomes					
Mãe:	M ^{re} Mestrade Nogueira		NR do RG	Telefone	
Idade:	26 ^{an}	Sexo:	M	Data de Nascimento:	30.09.89
Idade	Cartão do SUS:		Profissão:		
Id:	Atiela		Bairro:		
Trairi		Estado:	Recepcionista: Lucia		
mmHg	T:	RC	Glicemia:	mg/dl	P: Kg Pulso: bpm SPO ₂ : %

Clinica: Paciente vítima de acidente de moto, apresentando
lesões graves em H&G, lesões profundas - contusões,
em P&M - direita - Nega náuseas, vômitos, cefaleia.
Não tem evidências de fraturas.

at: Jotun Jangley
- ACV.

histico: Acidente de trânsito

Exames Solicitados

2. T-X
4.

Assinatura e Carimbo do Profissional Responsável:

[Assinatura]

DESTINO DO PACIENTE

Alta	☐ Transferência	☐ Óbito	DATA DA SAÍDA	HORA DA SAÍDA
Razão do Óbito:				



ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE TRAIRI
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



Receita de Controle Especial

IDENTIFICAÇÃO DO EVITENTE

Nome Completo: _____

CPF: _____

UF: CE

Endereço: _____

Cidade: _____

UF: CE

Telefone: _____

1ª Via - Retenção da Farmácia

2ª Via - Orientação ao Paciente

Paciente: Rafael Moisés Gouveia

Endereço: _____

Prescrição: Oral

① Cefalexina 500mg — 28cp.

1cp de 6h em 7 dias.

6h, 12h, 18h e 0h.

② Ibuprofeno 600mg — 15cp.

1cp de 8h.

Dr. Leonardo Fernandes
R. 1234

CREMEX 13.254

[Assinatura]

DATA: 10/03/16

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

CPF: _____

Org. Emissor: _____

End: _____

Cidade: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico: _____

Data: _____



OK-140316



SUS
Sistema
Único de
Saúde

Estado do Ceará
Secretaria de Saúde do SUS - Ceará

UNIDADE MISTA DE SAÚDE DE TRAIRI

ATESTADO MÉDICO

Atestado que Rafael Herson Gomes

necessita de 03 (três dias) dia(s) de licença
por tratamento de saúde

CID S81.0 Encefalopatia orgânica

06/03/16

Assinatura do Médico



CR-14.01.16



SUS
Secretaria
de Saúde

Estado do Ceará
Secretaria de Saúde do SUS - Ceará

UNIDADE MISTA DE SAÚDE DE TRAJAÍ

ATTESTADO MÉDICO

Atesto que Rafael Gomes
Gomes

paciente de 05 (cinco) dias de licença
para tratamento de saúde.

CID S81.9

11/03/16

Assinatura do Médico

ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE TRAIRI
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SUS



REQUISIÇÃO / PROCEDIMENTO
EXAMES LABORATORIAIS

HOSPITAL

P.A.M.

Prontuário Nº

SEXO

COR

PESO

ALTURA

CLÍNICA

ENF.

LEITO

OS CLÍNICOS:

EXAMINAR:

PROCEDIMENTO SOLICITADO:

2-x tarsozinhos direitos

03/16

Data

Assinatura / Carimbo



DOCUMENTO DO VEÍCULO

