

PROCURAÇÃO

PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA

OUTORGANTE:

(nome) FRANCISCO LEANDRO BARBOSA TEIXEIRA,
 brasileiro(a), (estado civil) SOLTEIRO, (profissão) AUTÔNOMO,
 portador(a) da cédula de identidade Registro Geral n.º 2008576589-3,
 inscrito(a) no Cadastro de Pessoas Físicas sob o n.º 065.530.453-30,
 residente e domiciliado(a) FAZENDA ALGODDIN, 00100 - O 00100 O, CÓRREGO FUNDO
Trairi/CE, CEP:62.690-000.
 (Rua/Avenida/Localidade)

OUTORGADOS: ADRIANO FERNANDES PINHEIRO, OAB/CE 22.161, e NEIO LÚCIO FERRAZ PASSES, OAB/CE 30.495, ambos com endereço à Rua Fortunato Barroso, 270, Centro, Trairi/CE, CEP: 62.690-000, (adrianopinheiro.adv@gmail.com - neioferrazadvogado@gmail.com), onde recebem intimações e demais comunicações.

PODERES: Por este instrumento particular de mandato, o **OUTORGANTE** confere aos **OUTORGADOS** plenos poderes para o foro em geral, com a cláusula *ad judicium* et extra, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-lo nas contrárias, seguindo uma e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando, conferindo-lhes, ainda, os poderes especiais para receberem citação, confessarem, reconhecerem a procedência do pedido, transigirem, desistirem, renunciarem ao direito sobre o qual se funda a ação, receberem, dar quitação, firmarem compromisso e assinarem declaração de hipossuficiência econômica, conforme estabelecido no Art. 105 do Código de Processo Civil (Lei 13.105/2015), agindo em conjunto ou separadamente, podendo ainda substabelecerem esta a outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, enfim, praticarem todos os atos processuais que achem oportuno e conveniente para o fiel cumprimento deste mandato, dando tudo por bom, verdadeiro, firme e valioso.

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

Trairi/CE, 30 de OUTUBRO de 2019.

Francisco Leandro Barbosa Teixeira
 OUTORGANTE

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu,
(nome) FRANCISCO LEANDRO BARBOSA TEIXEIRA,
brasileiro(a), (estado civil) SOLTEIRO,
(profissão) AUTÔNOMO, portador da cédula de identidade Registro
Geral n.º 2008576589-3, inscrito(a) no Cadastro de Pessoas
Físicas sob o n.º 065.530.453-30, residente e domiciliado(a)
(Rua/Avenida/Localidade) FAZENDA ALGODIN, 00100, 0 00100 0,
CÓRREGO FUNDO, Trairi/CE, CEP: 62.690-000,
DECLARO, para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que não tenho
condições de arcar com as despesas inerentes ao presente processo, sem prejuízo
do meu sustento e de minha família, necessitando, portanto, da **Gratuidade da**
Justiça, nos termos do art. 98 e seguintes da Lei 13.105/2015 (Código de
Processo Civil). Requeiro, ainda, que o benefício abranja a todos os atos do
processo.

Trairi/CE, 30 de OUTUBRO de 2019.

x Francisco Leandro B. Teixeira

DECLARANTE

DECLARAÇÃO DE ISENÇÃO DE IRPF

Eu, FRANCISCO LEANDRO BARBOSA TEIXEIRA,
brasileiro(a), SOLTEIRO, AUTÔNOMO
com endereço na (Rua, Localidade, Avenida)
FAZENDA ALGODÃO, 00100, 0 00100 0, CORREGO FUNDO
Trairi/CE, Cep: 62690-000, **DECLARO** para os devidos fins e sob as penas
da lei que sou **ISENTO** de **DECLARAÇÃO ANUAL DE IMPOSTO**
DE RENDA PESSOA FÍSICA.

Informo ainda que, com a edição da Instrução Normativa da RFB n.º 864 de 25 de julho de 2008, a referida "DECLARAÇÃO ANUAL DE ISENTO" deixou de ser emitida pela RFB, conforme informação extraída do sítio da própria Receita.

A presente declaração segue em conformidade com a Lei n.º 7.115/83, que autoriza o interessado a comprovar a referida isenção mediante declaração escrita e assinada.

Portanto, afirmo que não obtive rendimentos financeiros tributáveis junto à Secretaria da Receita Federal nos últimos três anos, exercícios referentes aos anos de 2016, 2017 e 2018.

Nos referidos exercícios não obtive rendimentos provindos de trabalho assalariado, proventos de aposentadorias, pensões, aluguéis ou atividade rural, suficientes para declarar IRPF, e não me enquadro nos demais casos que obrigam a entrega da Declaração Anual de Imposto de Renda Pessoa Física.

Nesse azo, assumo a responsabilidade de informar, imediatamente à Vossa Excelência a alteração da situação narrada, apresentando a documentação comprobatória, assim que disponibilizada pela RFB.

Sob as penas da Lei, **DECLARO** que as afirmações acima são a expressão da verdade pelo que me comprometo criminalmente, sabendo que declaração falsa é crime (art. 299 do Código Penal).

Trairi/CE, 30 de OUTUBRO de 2019.

x Francisco Leandro Barbosa Teixeira

DECLARANTE

DOCUMENTOS PESSOAIS



COMPROVANTE DE ENDEREÇO

Nº do Cliente: **4877800**

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 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.648-3

Para agilizar seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.



CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | Nº 012322717

Rota TR529R06 - 6000 Referência 09/2019
Nome MARIA CLEIDE BARBOSA BRAGA
Endereço FZ ALGODOIN, 00100 - 0 00100 0, CORREGO FUNDO,
62690-000, TRAIRI

Classificação Res. d. Baixa Renda
Modalidade Tarifa B1 RESIDENCIAL
Ligação Monofásico

Emissão 12/09/2019
Medidor 4360108 - FAE - 632

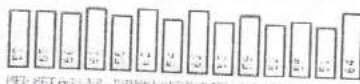
ÁREA RESERVADA AO FISCO

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)

7700R3004E86209041#20366017740F

DATAS DE LEITURA

Anterior 14.08.2019 Atual 12.09.2019 P.F.: 29 dias Próxima prevista 11.10.2019



DADOS DA MEDIÇÃO

Posto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo Mês (kWh)	Consumo Incl. (kWh)	Consumo Fat. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FP	2.874	2.817	1,00	57	00	57	0,24684	14,07

DADOS DO FATURAMENTO

	TARIFA	VALOR (R\$)
CIP - ILUM PUB PREF MUNIC	-	4,98
PIS COMPL BX RENDA	-	0,17
COFINS COMPL BX RENDA	-	0,65
DESCONTO BAIXA RENDA	-	-17,35
CONSUMO SEM SUBVENÇÃO	-	17,35
JUROS MORATÓRIOS	-	0,22
CONSUMO DE 000 KWH ATE 030 KWH	0,18433	5,53
CONSUMO DE 030 KWH ATE 100 KWH	0,31630	8,54
ADICIONAL BAND. VERMELHA	0,03667	1,10
DEBITO DE PEQUENOS VALORES	-	41,74

Tributo:	Base (R\$):	Aliquota (%):	Valor (R\$):
ICMS	0,00	0,00	0,00
PIS	32,52	0,81	0,27
COFINS	32,52	3,69	1,20

VENCIMENTO **21/10/2019** TOTAL A PAGAR (R\$) **62,93**

CONSUMO CONSCIENTE CPF/CNPJ **951.617.913-49**

EMISSIONES DE CO₂ (kg/kWh). Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO₂) **22,25** Compensado kg (CO₂) **0,00** Consciência Ecológica (%CO₂) **0,00**

Períodos: Band. Tarif.: Vermelha : 15/08 - 12/09

ATO DECLARATÓRIO DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

DOCUMENTAÇÃO MÉDICA



TRAIRI

Estado do Ceará
Município de Trairi
Secretaria de Saúde



fls. 25
Sistema
União
de Registros

HOSPITAL E MATERNIDADE JOSÉ GRANJÃ RIBEIRO

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

☐ ☒ Emergência
 ☐ ☒ Muita urgência
 ☐ ☒ Urgência
 ☐ ☒ Pouca urgência
 ☐ ☒ Não urgência

FICHA DE ATENDIMENTO

Data: 29.07.19 Horário: 13:30hs
 Paciente chegou: (☒) Meios próprios () Ambulância
 () Carro do PSF

Paciente:

Nome da Mãe: Leandro Digo: Francisco Leandro Barbosa Teixeira
Maria Cleide Barbosa Braga

Idade: 26a Sexo: ☒ M ☐ F Data de Nascimento: 23/06/1998 Nº do RG: 2008576589-3 Telefone: _____

Escolaridade: _____ Cartão do SUS: _____ Profissão: _____

Endereço: Residencial Bairro: _____

Cidade: Trairi Estado: CE Atendente: Taíra

PA: 140/100 mmHg T: _____ °C Glicemia: _____ mg/dl P: _____ Kg Pulso: 60 bpm SPO₂ 98 %

Registro de Enfermagem:

História Clínica: paciente vítima de acidente de carro - moto apresentando
edema no membro superior esquerdo, evoluiu com contusão.
As exames: ECG - IS PIFR

Diagnóstico: CP. Soluto vago, zero

Exames Solicitados

1. _____ 2. _____
 3. _____ 4. _____

Assinatura e Carimbo do Profissional Responsável:

Dra. Adilina Freitas
 Médica
 CREMEC - 16.840

DESTINO DO PACIENTE

() Alta () Transferência () Óbito

DATA DA SAÍDA

HORA DA SAÍDA

Motivo do Óbito:

Assinatura do Paciente ou Responsável

Maria Teixeira Costa Sousa

FICHA DE REFERÊNCIA

16170008941

Unidade de Origem: _____
Distrito Sanitário: _____ Município: Itaiti
Nome: Fco Leonardo Teodoro Barbosa Prontuário nº: _____
Sexo: M Data de Nascimento: 23.06/1998 Ocupação: _____
Endereço: Rendenaesl Bairro: _____ Fone: _____
Motivo do Encaminhamento:
Paciente vítima de acidente moto - como aparente fratura
edema na região parietal superior, incluindo hemicontra
e comites (2x). Nega perda de consciência
Exames realizados:
ECG 13 PIFR
Exame Diagnóstico: TCE com sinais de alarme
Assinatura do Encaminhante: [Assinatura] Nome: Dra. Adilma Freitas Médico(a) CREMEC - 18.849
Função: Médica Data: 29.04.19 Hora: 14h

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: ☐ Ambulatorial ☐ Hospitalar ☐ Auxílio Diagnóstico
Exame: IJF
Unidade de referência: _____ Data: ____/____/____ Hora: ____/____/____

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA (*)

Unidade de referência: _____
Município: _____ Prontuário Nº: _____ Data: ____/____/____
Resumo Clínico/Indicações:
Resultado de Exames:
Diagnóstico Principal: _____ CID: _____
Secundário 1: _____ CID: _____
Secundário 2: _____ CID: _____
Proposta de Conduta para Seguimento:
O problema justifica a referência? Sim ☐ Não ☐ O motivo da referência coincide com diagnóstico? Sim ☐ Não ☐
Assinatura do Encaminhante e Carimbo: _____ Função: _____ Data: ____/____/____ Hora: ____/____/____

FICHA DE REFERENCIA

16170008941

Município: Trairão

Nome: Luciano Teixeira Barbosa

Data: 23.06.1998

Endereço: Rondonópolis

Paciente vítima de acidente moto - carro, apresentando
lesão na região parietal superior, incluindo um osso
e comissuras (2x) No gope pado de comissuras.

Exame: ECG 13 PIFR

TCG com nível de observação

Dra. Adilina Fentosa
Médica
CREMEC - 18.849

Médico

29.07.19 14h

AGENDAMENTO

ITF

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA

**TRAIRI**

PREFEITURA MUNICIPAL

Estado do Ceará
Município de Trairi
Secretaria de Saúde

SUS



1- Preencher a ficha em 15 dias;
2- Ao terminar a consulta ou
tratamento, entregar a 1ª via ao
usuário, encaminhando a 2ª para retornar
com a 1ª via à Unidade de Origem.

fls. 28

FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem: _____	
Distrito Sanitário: _____	Município: _____
Nome: _____	Prontuário nº: _____
Sexo: M ☐ F ☐ Data de Nascimento: ____/____/____	Ocupação: _____
Endereço: _____	Bairro: _____ Fone: _____
Motivo do Encaminhamento: _____	
Resultado de Exames: _____	
Conduta já Realizada: _____	
Impressão Diagnóstico: _____	
Assinatura do Encaminhante: _____ Dra. Adilina Feitosa Médica CREMEC 16.849	Função: _____ Data: ____/____/____ Hora: ____
AGENDAMENTO	
Encaminhamento para atendimento: ☐ Ambulatorial ☐ Hospitalar ☐ Auxílio Diagnóstico	
Procedimento: _____	
Unidade de referência: _____	Data: ____/____/____ Hora: ____
FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA (*)	
Unidade de referência: _____	
Município: _____	Prontuário Nº: _____ Data: ____/____/____
Resumo Clínico/Cirúrgico: _____	
Resultado de Exames: _____	
Diagnóstico Principal: _____	CID: _____
Secundário 1: _____	CID: _____
Secundário 2: _____	CID: _____
Proposta de Conduta para Seguimento: _____	
O problema justificou a referência? Sim ☐ Não ☐ O motivo da referência coincide com diagnóstico? Sim ☐ Não ☐	
Ass. do Encaminhamento e Carimbo: _____	Função: _____ Data: ____/____/____ Hora: ____

FICHA DE REFERÊNCIA

Cidade de Origem: _____
 Distrito Sanitário: _____ Município: _____
 Nome: _____ Prontuário nº: _____
 Sexo: M ☒ F ☐ Data de Nascimento: _____ Ocupação: _____
 Estado Civil: _____ Bairro: _____ Fone: _____
 Motivo do Exame/Exame: _____
 Resultado do Exame: _____
 Tipo de Exame: _____
 Tipo de Diagnóstico: _____
 Assinatura do Examinador: *Dra. Adilina Feitosa*
 Médica
 CREMEC-16.849
 Função: _____ Data: _____ Hora: _____

AGENDAMENTO

Local para atendimento: ☒ Ambulatorial ☐ Hospitalar ☐ Anexo Diagnóstico
 Data: _____ Hora: _____
 Unidade de referência: _____

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA (*)

Motivo de referência: _____
 Município: _____ Prontuário nº: _____ Data: _____
 Exame Clínico: _____
 Resultado do Exame: _____
 Diagnóstico Principal: _____ CID: _____
 Diagnóstico 1: _____ CID: _____
 Diagnóstico 2: _____ CID: _____
 Proposta de Conduta para Seguimento: _____
 O problema justifica a referência? Sim ☐ Não ☐ O motivo da referência coincide com diagnóstico? Sim ☐ Não ☐



TRAIRI

PREFEITURA MUNICIPAL

2017 - 2020

Estado do Ceará
Município de Trairi
Secretaria de Saúde

fls. 30

DECLARAÇÃO

Declaro para fins de comprovação de transferência hospitalar, que **Francisco Leandro Barbosa Teixeira**, RG 2008576589-3 SSP/CE, filho de Maria Cleide Barbosa Braga e Francisco Teixeira dos Santos, deu entrada nesta Unidade de Saúde dia 29 de julho de 2019 às 13:30 hs, em decorrência de acidente automobilístico. O mesmo foi transferido para o Instituto Dr. José Frota em Fortaleza, apresentando Traumatismo Crânio-Encefálico com sinais de alarme. Retificamos que, na ficha de referência do paciente, emitida no dia 29/07/2019 às 14 hs, **onde se lê:** Nome: Francisco Leandro Teixeira Barbosa **leia-se:** Nome: Francisco Leandro Barbosa Teixeira.

Trairi/CE, 08 de Outubro de 2019.

Juliana de Mesquita Pontes
Diretora Executiva do
Hospital de Trairi
Port.: N° 334/2019

Diretora Executiva

**TRAIRI**Estado do Ceará
Município de Trairi
Secretaria de Saúdefls. 31
SUS
Sistema Único de Saúde**HOSPITAL E MATERNIDADE JOSÉ GRANJÃ RIBEIRO****CLASSIFICAÇÃO DE RISCO**☐ ☒ Emergência ☐ ☒ Muita urgência ☐ ☒ Urgência ☐ ☒ Pouca urgência ☐ ☒ Não urgência**FICHA DE ATENDIMENTO**Data: 29.07.19 Horário: 13:30hs Paciente chegou: (x) Meios próprios () Ambulância
() Carro do PSF

Paciente:

Leandro Digo: Francisco Leandro Barbosa Teixeira

Nome da Mãe:

Maria Cleide Barbosa Braga

Idade:

Sexo:

☒ M ☐ F

Data de Nascimento:

23/06/1998

Nº do RG

2008576589-3

Telefone

Escolaridade

Cartão do SUS:

Profissão:

Endereço:

Residencial

Bairro:

Cidade:

Trairi

Estado:

CE

Atendente:

Trairi

PA: 140/100 mmHg T: °C Glicemia: mg/dl P: Kg Pulso: 60 bpm SPO₂ 98 %

Registro de Enfermagem:

História Clínica:

Paciente externo de atendimento de rotina - motivo apresentando
edema no espaço pericardial superior, evoluindo com hipoalbuminemia.
Ao exame: ECO-15 PIFR

CP: Soluções para zona

Diagnóstico:

Exames Solicitados1. 2.
3. 4.

Assinatura e Carimbo do Profissional Responsável:

Dra. Adilene Feitosa
Médica
CREMEC - 16.046

DESTINO DO PACIENTE

DATA DA SAÍDA

HORA DA SAÍDA

() Alta () Transferência () Óbito

Motivo do Óbito:

Assinatura do Paciente ou Responsável

Maria Teixeira Costa Sousa



RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE Instituto Dr. José Frota CNES: 2529149 CNPJ: 07.835.044/0001-80 Rua Senador Pompeu, 1757 Bairro: Centro Fone: 3255.5000 Fortaleza - CE CEP: 60025-001		1ª Via - FARMÁCIA 2ª Via - PACIENTE
Paciente: <i>Leandro B. Lima</i>		
Endereço: <i>R. Dr. da Silva Brito 116</i>		
Prescrição: <i>14 de 02/2019 - 03c</i> <i>Doe para 500</i>		
Data: <i>10/09/19</i>		Carimbo e Assinatura do Médico
IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR		IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
Nome:		Data: <i>1/1</i> Fornecedor: Carimbo e Assinatura
Nº Ident.: UF:		
Endereço:		
Nº: Bairro:		
Cidade: UF:		
CEP: Tel.:		



TRAIRI

PREFEITURA MUNICIPAL
2017 - 2020

Estado do Ceará
Município de Trairi
Secretaria de Saúde

Receita de Controle Especial

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	
Nome Completo	_____
CRM	_____ UF _____ No. _____
Endereço Completo e Telefone	_____
Cidade:	_____ UF: _____
Telefone:	_____

1a. VIA FARMÁCIA

2a. VIA PACIENTE

Francisco José Ferreira Noronha
Clínico Geral
CRM: 3889

CARIMBO E ASSINATURA DO MEDICO

Paciente: *Francisco Noronha*

Endereço: *Avenida*

Prescrição: *1 - Control 1000 03*

1 - Control 1000 03

1 - Control 1000 03

1 - Control 1000 03

1 - Control 1000 03

1 - Control 1000 03

1 - Control 1000 03

1 - Control 1000 03

1 - Control 1000 03

1 - Control 1000 03

1 - Control 1000 03

1 - Control 1000 03

1 - Control 1000 03

1 - Control 1000 03

1 - Control 1000 03

1 - Control 1000 03

1 - Control 1000 03

1 - Control 1000 03

1 - Control 1000 03

1 - Control 1000 03

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	
Nome	_____
Ident.:	_____ Órgão Emissor: _____
End.:	_____
Cidade:	_____ UF: _____
Telefone:	_____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR	
ASSINATURA DO FARMACÊUTICO DATA	

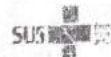
Secretaria Municipal de Saúde - Av César Cals S/N - Centro - Trairi - CE - CEP 62.690-000

Fone: (85) 3351-1504 - CNPJ: 07.533.545/0001-62 - CEP 06.920.220-9

INFORMAÇÕES



Estado do Ceará
Município de Trairi
Secretaria de Saúde



- Se tiver pressão alta, verificar antes de realizar a fisioterapia;
- Não realizar fisioterapia se:
 - Estiver com febre;
 - Com pressão acima de 140x90.

Nº 2215 DATA 17/09/19

NOME: João Leonardo Rombosa

D.N.: 13/06/98 LOC: b. do seião

DIAGNÓSTICO Fratura de Patela E

CID: M222.103020S0027

CNS: 204319151150003

1	17-0919	14	
2	19-0919	15	
3	24-0919	16	
4	26-0919	17	
5	01-1019	18	
6	08-1019	19	
7	15-1019	20	
8	17-1019	21	
9	24-1019	22	
10	29-1019	23	
11		24	
12		25	
13		26	

27		40	
28		41	
29		42	
30		43	
31		44	
32		45	
33		46	
34		47	
35		48	
36		49	
37		50	
38		51	
39		52	



TRAINING

2017 - 2020

Estado do Ceará
Município de Trairi
Secretaria de Saúde

Receita de Controle Especial

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo _____

CRM _____ UF _____ No. _____

Endereço Completo e Telefone _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

1a. VIA FARMÁCIA

2a. VIA PACIENTE

Dr. Rômulo Amorim
Médico
CREMEC 20.398

CARIMBO E ASSINATURA DO MEDICO

Paciente: Fue Indine Barkero

Endereço: Parque

Prescrição: Hydral 100 mg 03 caps
Tomar 02 caps de 8/8h

09/10/2019

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome _____

Ident.: _____ Órgão Emissor: _____

End.: _____

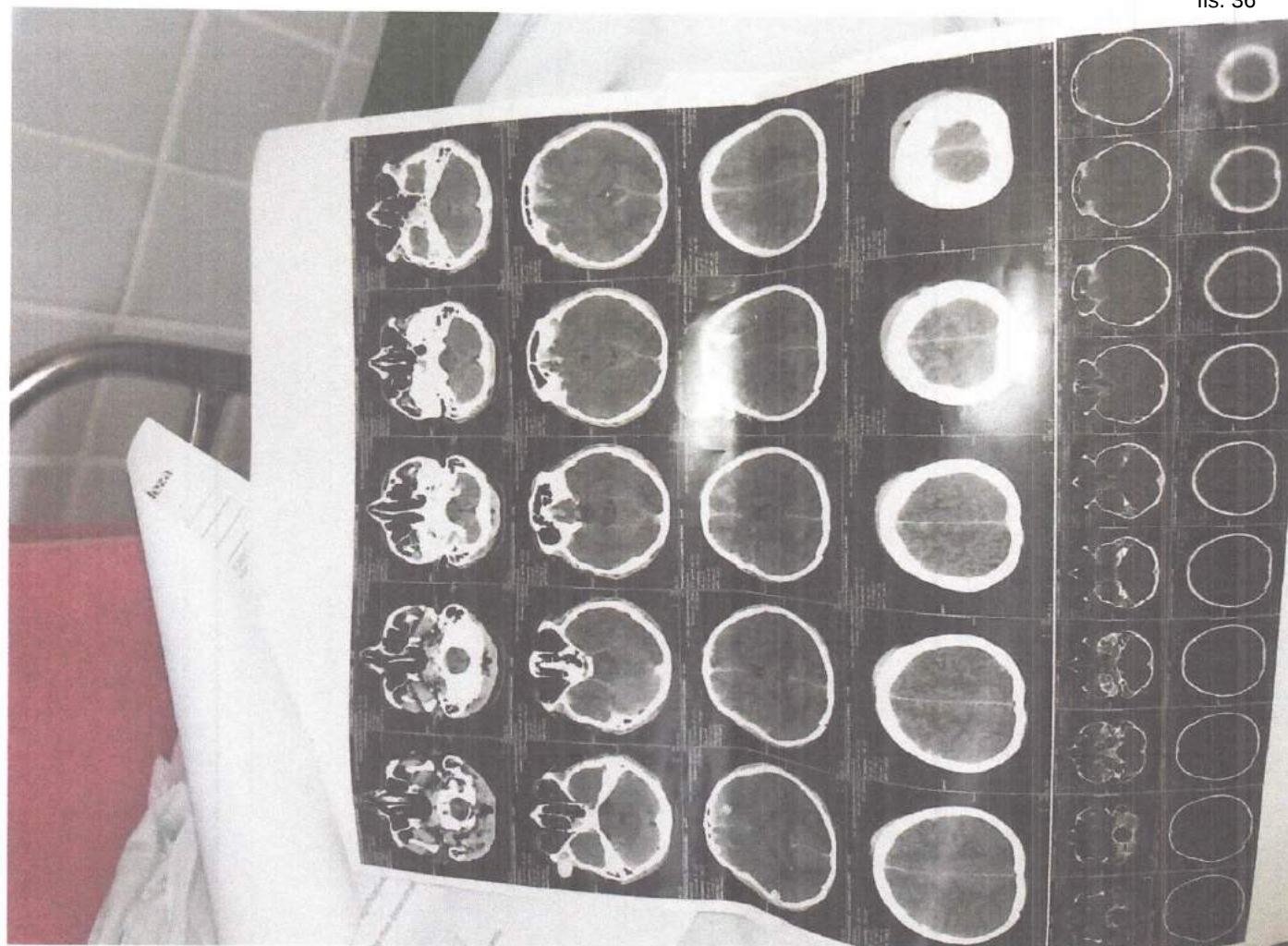
Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

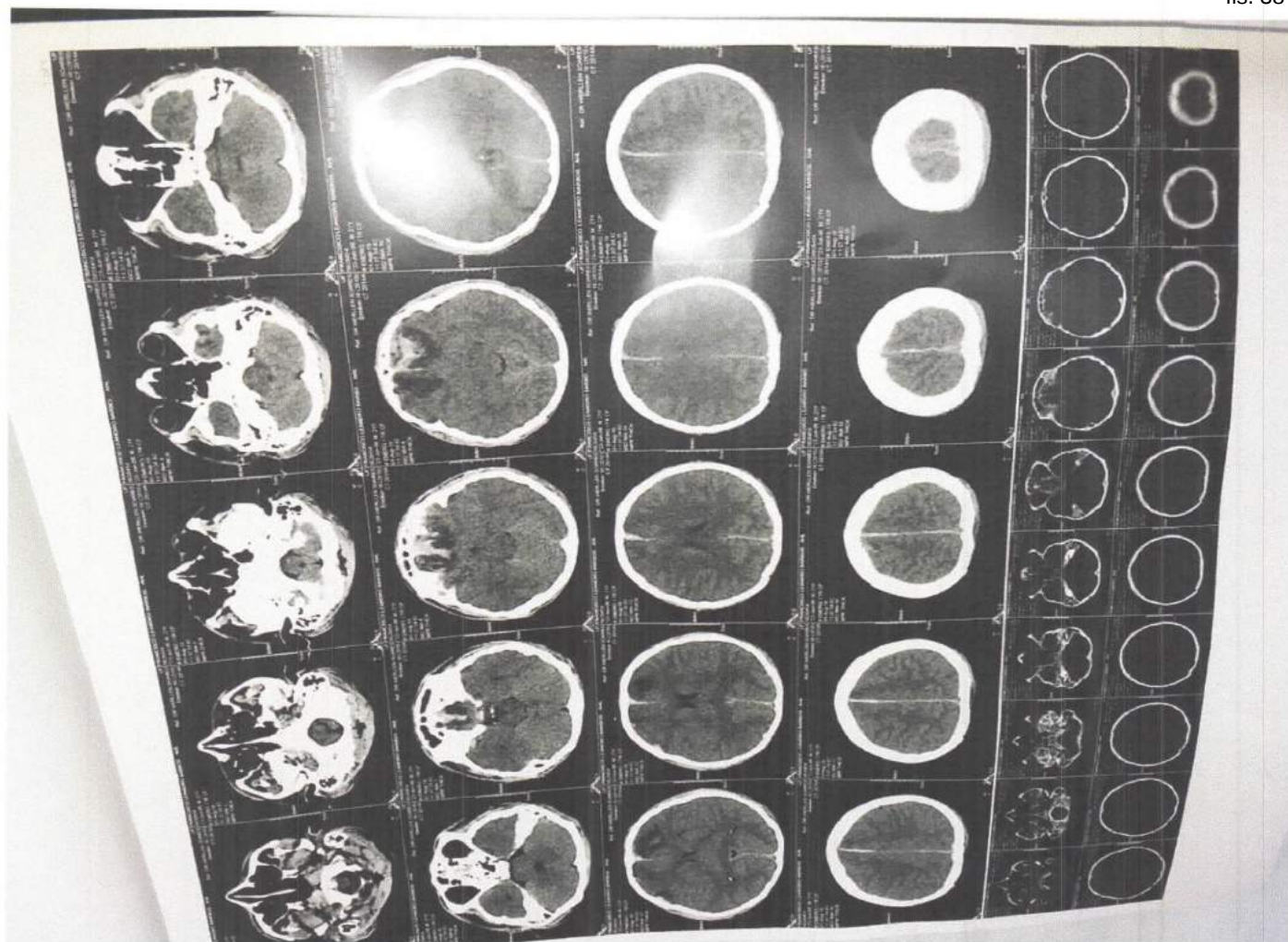
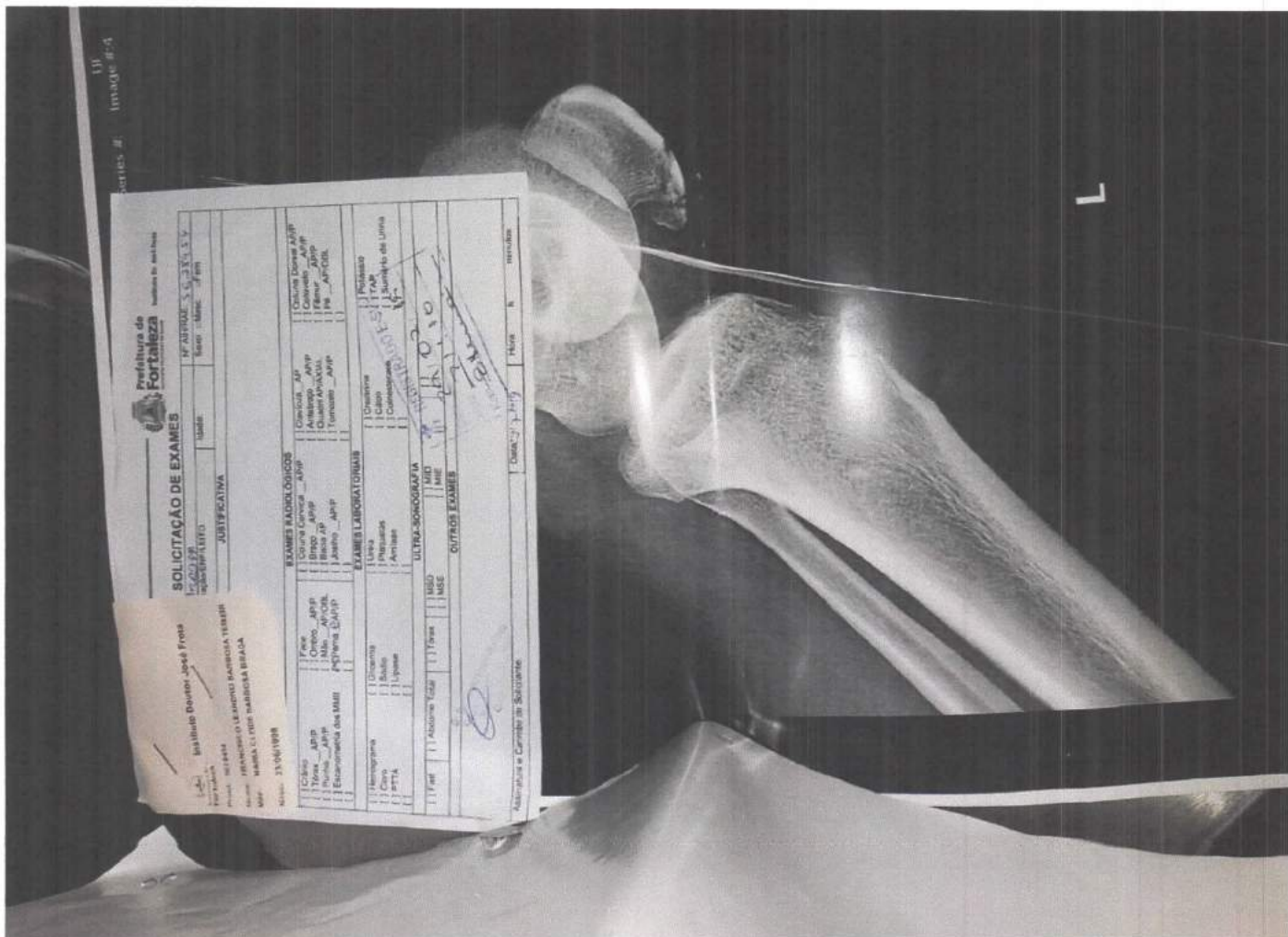
IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

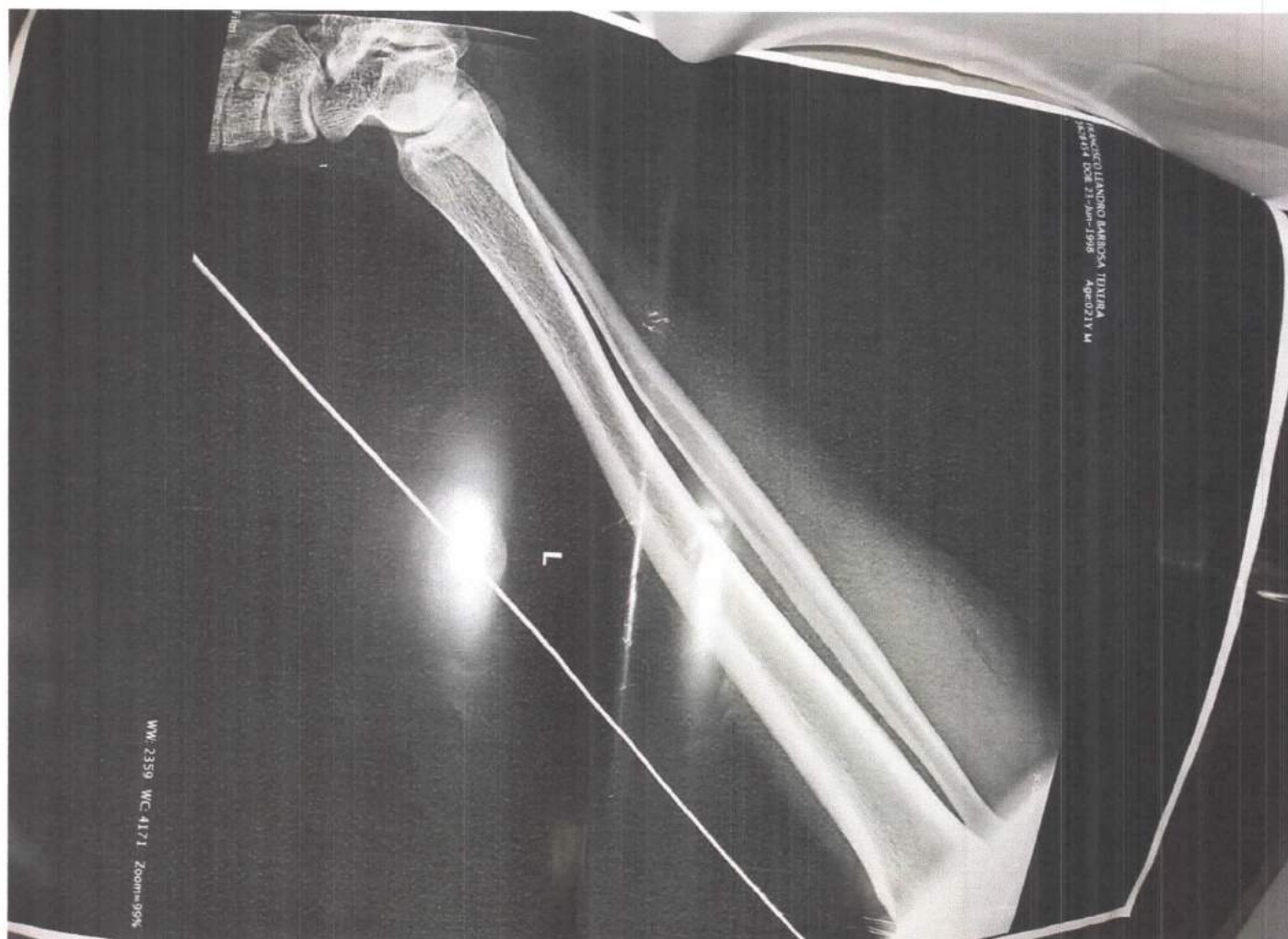
ASSINATURA DO FARMACÊUTICO DATA

Secretaria Municipal de Saúde – Av César Cals S/N – Centro – Trairi – CE – CEP 62.690-000
Fone: (85) 3351-1504 – CNPJ: 07.533.946/0001-62 – CGF 06.920.238-9









DOCUMENTO DO VEÍCULO

NOV 1 2015