

**PROCURAÇÃO AD JUDICIA****OUTORGANTE**

|                   |                                |
|-------------------|--------------------------------|
| NOME:             | Sabino Saldanha da Silva       |
| ESTADO CIVIL:     | Solteiro                       |
| PROFISSÃO:        | Autônomo                       |
| DOMICÍLIO:        | R. das Pedrinhas, 710, Genibau |
| RG/CPF/PIS PASEP: | 371.877.163-20                 |
| TELEFONE:         | (85) 99118-8770                |

**OUTORGADOS**

**ERIKA LOIOLA AMORIM**, brasileira, solteira, inscrito na OAB/CE sob o nº. 42.472 e **FELIPE REINALDO RABELO LEAL**, Brasileiro, divorciado, escrito na OAB/CE sob o nº 17.528 com escritório profissional situado na Rua Barão do Rio Branco, 1779, Centro, Fortaleza- Ce.

Por meio do presente instrumento são outorgados amplos poderes, inerentes ao bom e fiel cumprimento deste mandato, bem como para o foro em geral, conforme estabelecido no artigo 105 da Lei nº 13.105, de 16 de março de 2015 (Código de Processo Civil), e os especiais para transigir, fazer acordo, firmar compromisso, substabelecer, renunciar, desistir, reconhecer a procedência do pedido, receber intimações, receber e dar quitação, praticar todos atos perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, e órgãos da administração pública direta e indireta, praticar quaisquer atos perante particulares ou empresas privadas, recorrer a quaisquer instâncias e tribunais, podendo atuar em conjunto ou separadamente, dando tudo por bom e valioso, ficando ciente que será deduzido em caso de êxito percentual de 30% do valor da causa.

Local: Fortaleza-CearáData: 18 03 /2020Sabino Saldanha da Silva

## DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Nome: Sabinho Saldanha da Silva  
 Nacionalidade: Brasileiro Estado: Ceará Estado Civil: Solteiro  
 Profissão: Autônomo  
 Rg: 95021011199 SSP/CE - CPF: 371.877.163 -20  
 Logradouro: Rua das Pedrinhas  
 Nº 910, Compl. : \_\_\_\_\_  
 Bairro: Genibau CEP 60534-030  
 Cidade: Fortaleza Telefone: (85) 99118-8770

*Desejamos obter os benefícios da "Justiça Gratuita", declara, sob as penas da lei que não possui recursos suficientes para custear qualquer demanda, sem prejuízo do sustento próprio e da família, pelo que, nos termos da lei nº 1.060 de 05 de Fevereiro de 1950, faz jus aos benefícios da gratuidade da justiça.*

Fortaleza/Ce: 18 de março de 2020

Sabinho Saldanha da Silva



**Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | Nº 579152816**  
 Companhia Energética do Ceará  
 Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135-040 | Fortaleza CE  
 CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 05.105.848-3

**DADOS DO CLIENTE**  
 Rota 13 01240 14 102200 - 2 Medidor 23627320 Poste 1384  
 Nome SABINO SALDANIA DA SILVA  
 Endereço Postal RU DAS PEDRIHAS 00710 - PARQUE GENTILAU - FORTALEZA CEP 60534-030  
 End. da Unidade Consumidora RU DAS PEDRIHAS 00710 - FORTALEZA  
 RG / CPF / CNPJ 371877163-20 CGF  
 Classe RESIDENCIAL MONOFASICO Fator de Potência 0,00

**JUN/2019**  
 Utilize o nº abaixo sempre que entrar em contato conosco  
**Nº DO CLIENTE** 6446769  
**VENCIMENTO** 04/07/2019  
**TOTAL A PAGAR (R\$)** 151,82  
**DESCRIÇÃO DA CONTA**

**VALOR CONSUMO DO MES**  
 ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL

**INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO**  
 19/06/19 20/06/19 21/06/19 22/06/19 23/06/19 24/06/19 25/06/19 26/06/19 27/06/19 28/06/19 29/06/19 30/06/19  
 11197 11014 1 183 0 183  
 Quantidade 20/06/19 21/06/19 22/06/19 23/06/19 24/06/19 25/06/19 26/06/19 27/06/19 28/06/19 29/06/19 30/06/19  
 183 0,70824 140,58 11,24

**DATA DE LETURA**  
 Data de Emissão/ Apresentação 27/06/2019  
 Prev. Próxima Letura 22/07/2019

**ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL**  
 0020 1C30.F085.E3EE.F7E6.A00E.E197.DB4A  
 ICMS  
 Base de Cálculo (R\$) Alíquota Valor do Imposto  
 140,58 27,00% 37,95  
**COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO**  
 Energia ..... 54,22  
 Transmissão ..... 4,29  
 Distribuição ..... 31,85  
 Encargos Soteriais ..... 7,22  
 Tributos (ICMS PIS/COFINS) ..... 43,00  
 Total ..... 140,58

**ÍNDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO**  
 Veja a legenda no verso desta conta.  
 Conjunto PICT  
 Mês ABR/2019 - EUSD 38,30  
 PICT 0,00 P  
 Apuração Individual:  
 Mensal Trm. Anual Mensal Trm. Anual  
 DIC (h) 4,83 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00  
 FIC (wh) 3,11 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00  
 DMIC (h) 2,69 0,00 0,00

**HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)**  
 131 183 151 180 167 197 190 170 180 184 190 172

**CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES CO<sub>2</sub> (kg/kWh)**  
 Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.  
 Emitido kg (CO<sub>2</sub>) Compensado kg (CO<sub>2</sub>) Consolidação Ecológica (% CO<sub>2</sub>)

**PARA GABASTRAR SUA CONTA EM DEBITO AUTOMATICO UTILIZE SEU NUMERO DO CLIENTE SEM O DIGITO VERIFICADOR.**  
 Em virtude da modernizacao dos nossos sistemas, alguns servicos

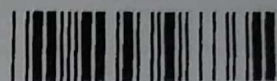
Comprovante de residencia





**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO  
Impresso nº 2019591449

Boletim de ocorrência



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 2852 / 2019

**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
Data / Hora da Comunicação: **26/08/2019 16:21:45**  
Data / Hora da Ocorrência: **19/06/2019 11:30:00**  
Endereço da Ocorrência: **AVENIDA GENIBAU**  
Complemento:  
Bairro: **GENIBAU** Município: **FORTALEZA/CE**  
Ponto de Referência:

**Dados da(s) Vítima(s)**

Nome: **SABINO SALDANHA DA SILVA**  
Nascimento: **29/08/1947** CPF: **371.877.163-20** UF:  
RG: **95021011199** Orgão Emissor: **SSP**  
Filiação: **GERALDA SALDANHA DA SILVA**  
Endereço: **RUA DAS PEDRINHAS, 710**  
Bairro: **GENIBAU** CEP:  
Município: **FORTALEZA/CE** Telefone: **(85) 99118-8770**  
País: **BRASIL**

**Histórico**

QUE COMPARECE A ESTA ESPECIALIZADA A FIM DE REGISTRAR, QUE NA DATA CITADA, ATRAVESSAVA ANDANDO A AVENIDA GENIBAU QUANDO FOI ATROPELADO POR UMA MOTO DE PLACA NÃO ANOTADA, QUE DO ATROPELAMENTO A VITIMA FICOU LESIONADA, E FOI SOCORRIDA PELO SAMU PARA O HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA - PARANGABA. E NADA MAIS DISSE./////////  
OBS: FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO NO ARTIGO 340 DO CPB.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

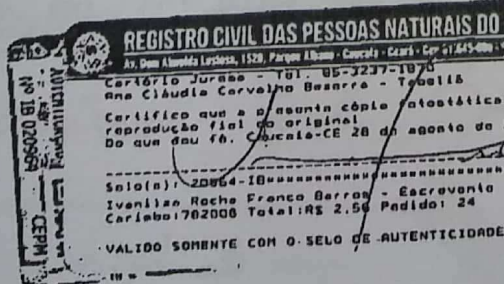
FRANCISCO DELÂNIO CAMPELO ALMEIDA - MAT.: 404836-1-6

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

*Sabino Saldanha da Silva*

VISTO DO DELEGADO(A) :

MARIA CAROLINA SANTOS BARREIRA - MAT.: 404579-1-7



RECEBIDO

25 SET 2019

Seguradora Lider DPVAT

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

Consolidado em: 26/08/2019 16:27:19

Pág. 1 de 1

Impresso em: 26/08/2019 16:27:19

Prefeitura de  
Fortaleza

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSE BARROSO DE OLIVEIRA PARANGABA

SU

# REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIA

## DADOS PESSOAIS

NOME DO PACIENTE  
SABINO SALDANHA DA SILVA

Nº DO PRONTUÁRIO  
380573

Nº DO DE  
277041

NASCIMENTO  
29/08/1947(71  
ANOS)

SEXO  
M

RACIA COR  
FARDO

RESIDÊNCIA  
GERALDA SALDANHA DA  
SILVA

ENDEREÇO  
RUA DAS PEDRINHAS 710 PARQUE GENIBÁ

CONTATO

QUANTIDADE

RESPONSÁVEL

NI  
FORTALEZA

60.534-030

CE

DATA DA OCORRÊNCIA TRANSPORTE DO PACIENTE

OCORRÊNCIA

## CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU USB 16, VITIMA DE ATROPELAMENTO POR MOTO, REFERE DOR EM 1º  
QDD+EDEMA EM NARIZ. REFERE HAS.

MOTIVO  
ATROPELAMENTO

ESCALA DE DCA  
99 (ADULTO)

SEXO

NI KG

TEMPERATURA

NI °C

CLASSIFICAÇÃO

VERDE

PRESSÃO ARTERIAL

117/80

ALERTAS

NEGA

SINAIS VITAIS

SAT O2

96%

PULSO

NI

GLICEMIA

NI

RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO  
ADELIA DE SOUSA MARTINS

DATA DE REALIZAÇÃO

19/05/2019

12:50:14

ÁREA DE ATENDIMENTO  
TRAUMATOLOGIA

ÁREA ATENDIMENTO

ANÁLISE

ATENDIMENTO MÉDICO

*Palpitar + fraca nasal + letargia  
de mãos D*

EXATIDÃO

COD. PROCEDIMENTO CIO

SAÚDE DO PACIENTE  
( ) HC ( ) SU ( ) US ABDOMINAL ( ) TC CRANIO ☒ RAO-X 303050227 ( ) OUTROS

MEDICAMENTO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÕES

*RAO-X do tórax AP  
RAO-X da abd. D AP  
RAO-X do pescoço AP, lateral  
RAO-X do pescoço AP, lateral*

DECISÃO MÉDICA ( ) A PEDIDO ( ) EVASÃO ( ) TRANSFERÊNCIA ( ) INTERNAÇÃO ( ) ÓBITO: ( ) ATÉ 48 HORAS ( ) MAIS DE 48 HORAS

DESTINO DO CORPO: ( ) FAMÍLIA ( ) IML ( ) ANAT. PATOL

DATA E HORA DO ATENDIMENTO

19/05/2019 às 12:50:17

Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 299 do Código Penal.

*João Américo*

*João Américo*  
sabino saldanha da silva

*Atendimento de emergência com  
paciente vítima de atropelamento com  
fratura de nariz e fratura de maxila superior  
e fratura de maxila inferior.  
Paciente com dor no local da lesão e  
fratura de nariz e fratura de maxila superior  
e fratura de maxila inferior.*

*Doença Transfusa*

*15 de maio de 2019 às 12:50:17  
15 de maio de 2019 às 12:50:17  
15 de maio de 2019 às 12:50:17*



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

**Rio de Janeiro, 18 de Março de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200030114**

**Vítima: SABINO SALDANHA DA SILVA**

**Data do Acidente: 19/06/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), SABINO SALDANHA DA SILVA**

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

|                  |              |
|------------------|--------------|
| Multa:           | R\$ 0,00     |
| Juros:           | R\$ 0,00     |
| Total creditado: | R\$ 2.362,50 |

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer

um dentre os outros dedos da mão 10%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 10%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 675,00

Recebedor: **SABINO SALDANHA DA SILVA**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **237**

Agência: **000002251-9**

Conta: **0000034181-9**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: [www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

