

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA" E "ET EXTRA"

OUTORGANTE(S): Francisco Edmundo da Silva,
 brasileiro(a), casado (estado civil), vigilante (profissão),
 portador (a) da cédula de identificação RG nº 2007534278-7
 devidamente inscrito no CPF sob nº 828.845.873-49, residente e
 domiciliado no Bairro São José
Alagoinha do Ceará.

OUTORGADO(S), CARLOS ANTONIO BRITO DE OLIVEIRA, brasileiro,
 casado, advogado inscrito na OAB/CE sob o Nº 31.972 e NATHANIEL MENDES
 DE VASCONCELOS, brasileiro, solteiro, advogado inscrito na OAB/CE sob o
 nº 34.325, ambos com escritório situado à Rua Padre José Beviláqua, nº 022, Bairro
 Centro, Viçosa do Ceará/CE, CEP 62300-000.

PODERES: Por este instrumento particular de procuração, nomeia e constitui
 seu bastante procurador e advogado, o outorgado acima qualificado, para o fim
 de representá-la com amplos poderes para o foro em geral, com a cláusula "ad
 judicium" e "et extra", em qualquer Fórum ou Tribunal, órgão ou instância
 administrativa Federal, Estadual ou Municipal, podendo propor contra quem de
 direito as ações cabíveis e defendê-la nas contrárias, seguindo umas e outras até
 final decisão, usando os recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe(s),
 ainda, poderes especiais para confessar, transigir, desistir, firmar compromissos
 ou acordos, receber e dar quitação, podendo ainda, substabelecer esta na pessoa
 de outrem, com ou sem reservas de iguais poderes dando tudo por bom, firme e
 valioso.

Viçosa do Ceará/CE, 29 de Maio de 2017.

Francisco Edmundo da Silva
 (nome)
 CPF nº 828.845.873-49



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL 2807534278 - 7	DATA DE EXPEDIÇÃO 09/05/2010
NOME FRANCISCO EDNARDO DA SILVA	
FILIAÇÃO ROSENIRA FELIX DA SILVA	
NATURALIDADE VICOSA DO CEARÁ - CE	DATA DE NASCIMENTO 01/12/1977
DOC. ORIGEM CERT. CASAMENTO - CARTÓRIO: 1 OFÍCIO TERMO: 1535 FOLHA: 55V	
LIVRO: B-07 VICOSA DO CEARÁ - CE	
CPF 828.845.873-49	RG: ANT: 2957483-95
1 VIA	P.: 14
ASSINATURA DO DIRETOR	
LEI Nº 7.116 DE 29/09/85	

3129979-2

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

Companhia Energética do Ceará
Rua Pedro Veldovino, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

Cooper
Sociedade

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº

Rota 18 31140 01 028000 - 1 Data de Emissão 467358564
Nome FRANCISCO EDUARDO DA SILVA 22/02/2017
End. Postal BAIRRO SAO JOSE 00000
VICOSA - VICOSA CEARA - 62300000
Medidor 2081331
Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASICO Poste 0000 0000
RG/CPF/CNPJ 828845873-49 Fator de Potência 0,00
Nome do Responsável CGF

Mês de Referência	Data de Apresentação	Previsão Próxima Leitura	ÍNDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO
Fev/2017	22/02/2017	27/03/2017	Veja a legenda no verso desta conta.
			Conjuntado 1741P00A
			Dez/2016
			ELSD 9,54
Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto	Apuração Individual
47,79	27,00%	12,90	Mensal Trim. Anual Mensal Trim. Anual
			DIC 5,31 10,62 21,25 0,00 0,00 0,00
			FIC 3,36 6,72 13,45 0,00 0,00 0,00
			DMIC 3,00 0,00

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. Pat.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
7159	7092	1,00	67	0,00	0	0,71240	47,79

22/02/17 25/01/17 28 Dias
VALOR CONSUMO DO MES 47,79
MULTA MORATORIA REF 01/2017 0,97
JUROS DO MES 0,11
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL 5,88

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO	HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)
Energia 20,57	72 67 68 78 75 68 80 72 75 79 59 62
Transmissão 8,51	
Distribuição 2,17	
Encargos Setoriais 3,50	
Tributos (ICMS PIS/COFINS) 15,94	
TOTAL 47,79	

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)
Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.
Emitido kg (CO₂) 28,96
Compensado kg (CO₂) 0,00
Consciência Ecológica(%CO₂) 0%

Conta de Energia Elétrica nº 3129979-2, emitida em 22/02/2017, referente ao mês de fevereiro de 2017.

Declaração de Residência(Lei nº 7.115/53)

Eu, Francisco Edmundo da Silva, abaixo assinado, brasileiro(a), estado civil casado, profissão Vigilante, portador(a) do RG nº 2007534278-7 SSP/ce e CPF nº 828.845.873 49 filho de pai N.C e mãe Rozemina Félix da Silva DECLARO, para os devidos fins, conforme artigo 1º da Lei 7.115/83, que sou residente e domiciliado na Bairro São José, nº 5A bairro São José, na cidade de Alipora do Ceará - ce ponto de referência (próximo à) Ignês.

DECLARO ainda ser conhecedor das sanções civis, administrativas e criminais a que estarei sujeito, caso o quanto aqui declarei não porte estritamente a verdade.

Por ser a expressão da verdade, firmo a presente declaração para que surta seus efeitos legais.

Alipora do Ceará - ce 29/05/2017.

Francisco Edmundo da Silva

DECLARAÇÃO DE POBREZA

Eu Francisco Ednardo da Silva
 nacionalidade Brasileiro, estado civil casado
 profissão Vigilante, RG nº 2007534278-7 SSP/ CE
 CPF nº 828.845.873-49, residente e domiciliado(a) na
Bairro São José, nº SN, bairro São José
 na cidade de Quicosa do Ceará, venho por meio desta, Declarar, nos
 termos da Lei nº 7.115, de 29 de agosto de 1983 e, para todos os fins de direito, que
 não possuo condições financeiras de arcar com o pagar com o pagamento de custas
 processuais, honorários advocatícios e demais cominações legais sem prejuízo próprio
 e familiar, vindo requerer perante este Nobre Juízo, os benefícios da Justiça Gratuita
 sob as penas da Lei.

Declaro ainda, que tenho conhecimento das sanções penais que estarei sujeito caso
 inverídica a declaração prestada, sobretudo a disciplina no art. 299 do Código Penal.

Por ser verdade, firmo o presente.

Quicosa do Ceará - CE, 29 de Maio de 2017.

Francisco Ednardo da Silva

Assinatura

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE VICOSA DO CEARÁ

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 570 - 333 / 2017

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTES - OUTROS**
Data / Hora da Comunicação: **13/03/2017 12:05:20**
Data / Hora da Ocorrência: **21/02/2017 20:00:51**
Endereço da Ocorrência: **AVENIDA LAMARTINE NOGUEIRA**
Complemento:
Bairro: **SÃO JOSÉ** Município: **VICOSA DO CEARÁ/CE**
Ponto de Referência: **DONA JOANA**

Notificante(s)

Nome: **FRANCISCO EDNARDO DA SILVA**
Nascimento: **01/12/1977** CPF:
RG: **20075342787** Órgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
Filiação: **ROSEMIRA FELEX DA SILVA**
NC
Endereço: **RUA VEREADOR JUAREZ FONTENELE**
Bairro: **SÃO JOSÉ** CEP: **62.300-000**
Município: **VICOSA DO CEARÁ/CE**
País: **BRASIL** Telefone:

Histórico

O NOTICIANTE AFIRMA QUE TRAFEGAVA COM A MOTOCICLETA HONDA BIZ 125 ES, COR VERMELHA, PLACA HXY 6644, ANO E MODELO 2009/2009, CHASSI 9C2JE42209R048958, DE PROPRIEDADE DE ESMERALDINA DA SILVA PASSOS, QUANDO ENVOLVERAM-SE EM ACIDENTE DE TRANSITO, APÓS DESVIAR-SE DE UM ANIMAL RAPOSA QUE INVADIU A ESTRADA, CHEGANDO O NOTICIANTE A CAIR AO CHÃO E FICANDO COM LESÕES CORPORAIS CONFORME A FICHA DE ATENDIMENTO MÉDICO AMBULATORIAL EM ANEXO. ESTE B.O É PARA FINS DPVAT, QUE NADA MAIS DISSE.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE VICOSA DO CEARÁ

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

SERGIO TENIQUE OLIVEIRA FERREIRA - MAT.: 300265-1-9

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Francisco Edmarcelo da Silva

VISTO DO DELEGADO(A):

GREGORIO JOSE DE OLIVEIRA NETO - MAT.: 196805-1-6

Buscar no site

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

Nova Consulta

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 3170248609 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** FRANCISCO EDNARDO DA SILVA**COBERTURA** Invalidez**SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA-Filial Fortaleza-CE**BENEFICIÁRIO** FRANCISCO EDNARDO DA SILVA**CPF/CNPJ:** 82884587349**Posição em 25-05-2017 08:13:50**

Pagamento liberado pela Seguradora Líder DPVAT.

Valor: R\$ 1.687,50

O prazo para recebimento da indenização no banco depende do tempo necessário ao processamento bancário, que é de até 5 dias úteis contados a partir da data de liberação.

Data do Pagamento	Valor da Indenizacao	Juros e Correção	Valor Total
26/05/2017	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50

ACESSIBILIDADE



(/Pages/Acessibilidade.aspx)



(/Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx)

A A A O

COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

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)

PAGUE SEGURO

Como Pagar (/Pages/Pague-Seguro.aspx)
Consulta a Pagamentos Efetuados (/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetutados.aspx)
Informações Gerais (/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx)

ACOMPANHE O PROCESSO

BOLETIM DE ATENDIMENTO

Por: ESUS DESENVOLVIMENTO

Nr.BE.....: 42828 Data: 21-02-2017 Hora: 20:00

Incluído/Atualizado por: ESUS

Paciente.....: FRANCISCO EDNARDO DA SILVA

CARTAO SUS...:

Sexo.....: MASCULINO

Mãe.....: ROSIMIRA FELIX DA SILVA

Estado Civil: CASADO

Naturalidade: VICOSA DO CEARA

RG.....:

Endereço.....: BAIRRO SAO JOSE

Bairro.....:

RESPONSÁVEL.: ()

Data de Nascimento: 01-12-1977

Pai.....: NC

Cor.....:

Nacionalidade.....: BRASILEIRO

CPF.....:

Número.....: nc

Cidade.....: (CE)

Prontuário: 21882

Idade.....: 39a 02m 20d

Ocupação...:

FONE.....: C

SisPrénatal: /-..

CEP.....: 623000

DOCUMENTO.....:

CPF.....:

Unid.Interna: EMERGENCIA HMMVC

Médico.....:

SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Especialidade:

PA: [130X80]mmHg

PULSO: []

TEMP: []

PESO: []

ESTATURA: []

EXAMES COMPLEMENTARES: []

RAIOX []

SANGUE []

URINA []

TC

[] LIQUOR []

EG []

[]

ULTRASONOGRAFIA

SUSPEITA DE VIOLÊNCIA OU MAUS TRATOS.: [] SIM [] NÃO

DADOS CLÍNICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: / /

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM:

Paciente refere trauma em membro superior direito.

Trauma em mão esquerda.

Etiologia

DIAGNOSTICO:

PRESCRIÇÃO:

CID:

HORARIO DA MEDICAÇÃO:

DATA DA SAÍDA: / /

HORA DA SAÍDA: :

ALTA: [] DECISÃO MÉDICA [] A PEDIDO [] EVASÃO [] DESISTÊNCIA [] ENCAMINHADO AO AMBULATÓRIO

INTERNAÇÃO NO PRÓPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERÊNCIA (UNIDADE DE SAÚDE):

BITO: [] ATE 48HS [] APÓS 48HS [] FAMÍLIA [] IML [] ANATOMIA PATOLÓGICA

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura do Médico

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO
HOSPITAL E MATERNIDADE MADALENA NUNES
Guia de atendimento - AMBULATORIO

347.8

Impressão: 31/03/2017 08:06
Página 1
v2017001

DADOS DO PACIENTE	
Prontuário 191197	Atendimento 0002
Nome do Paciente FRANCISCO EDINARDO DA SILVA	
Documento(s) CPF: 828.845.873-49	
Data de Nascimento 01/12/1977	Local VICOSA DO CEARA/CE
Pai NC	Mãe ROSEMIRA FELIX DA SILVA
Endereço RUA VEREADOR JUAREZ FONTENELE, SN	Bairro SAO JOSE
Profissão VIGILANTE	Empresa
Responsável FRANCISCO EDUARDO DA SILVA	CPF do Responsável
Endereço RUA VEREADOR JUAREZ FONTENELE, SN	
CNPJ 62300-000	Município VICOSA DO CEARA
UF CE	Telefone 88 94411623
DADOS DO ATENDIMENTO	
Data Atendimento 31/03/2017	Hora 08:06
Convênio SUS	Matrícula
Profissional do Atendimento RENATO JORGE CARVALHO OLIVEIRA	CID
Indicador de Acidente	CRM/UF 7644/CE
Observação	Funcionário LEILA MARIA LINHARES DE SA
Sala	Tipo de Saída () Alta () Internação () Óbito
Vitais	Data/Hora Liberação
Altura (cm)	T (°C)
P (bpm)	R (mpm)
PA (mmHg)	
Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)	

Prontuário
mão E

mt

R 1: m... ..

✓ m 3 x 30 m



RENATO JORGE CARVALHO OLIVEIRA - CRM: 7644

Francisco Eduardo da Silva
Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: FRANCISCO EDUARDO DA S

FICHA DE REFERÊNCIA



CO DE SAÚDE - SUS / CEARÁ

Origem: _____

Sanitário: _____

Município: _____

Pessoa: PEREIRA, OSMAR J. SILVA

Prontuário Nº: _____

Sexo: ☒ M ☐ F Data de Nascimento: 01/02/1977 Ocupação: _____

Endereço: _____

Bairro: _____

Município: _____

Fone: _____

Motivo do Encaminhamento: Prontuário de modo de fazer a cura

Resultado do(s) Exame(s):

Rx final

Conduta já Realizada: _____

Impressão Diagnóstica: Prontuário

Dr. Manoel Alves da Cruz Santos

MÉDICO

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

Função

Data

Hora

AGENDAMENTO

Encaminhamento para Atendimento: _____

☐ Ambulatorial☐ Hospitalar☐ Auxílio Diagnóstico

Procedimento: _____

Profissional: _____

Unidade de Referência: _____

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

Função

Data

Hora

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA(*)

Unidade de Referência: _____

Município: _____

Prontuário Nº _____

Data da Alta: ____/____/____

Resumo Clínico / Cirúrgico: _____

Resultado do(s) Exame(s): _____

Diagnóstico: Principal

Secundário 1

Secundário 2

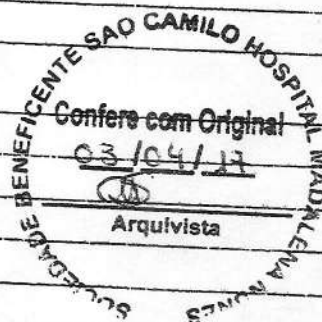
Proposta de Consulta para seguimento: _____

O problema justificou a referência? Sim ☐ Não ☐ O motivo da referência coincide com o diagnóstico? Sim ☐ Não ☐

Assinatura do Consultante - Nº Registro

Função

Data



Arquivista

CID: _____

CID: _____

CID: _____