

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

OUTORGANTE	FRANCISCO EDNALDO BOMES DE MATO		
Nacionalidade	BRASILEIRO	Natural	CRATEUS
Estado Civil	SOLTEIRO	RG nº	2000098116674
Profissão	AGRICULTOR	CPF nº	004.283.503-80
Endereço	LOCALIDADE DE HUMAITA, S/N		
Bairro	ZONA RURAL	CEP	62.215-000
Município/UF	IPAPORANGA - CE		

OUTORGADOS: BRUNO PEREIRA BRANDÃO, brasileiro, solteiro, advogado devidamente inscrito na OAB-CE sob o nº 22.013, THIAGO SABOYA PIRES DE CASTRO, brasileiro, solteiro, advogado devidamente inscrito na OAB-CE sob o nº 24.156 e MARCELO PEREIRA BRANDÃO, brasileiro, solteiro, advogado devidamente inscrito na OAB-CE sob o nº 24.156 todos com endereço profissional para receber intimações na Rua São Paulo - nº 32 - 7º Andar - Sala 705 - Bairro Centro - CEP: 60.030-100 - Fortaleza/CE, Tel.: (85) 8831-8547/ (85) 9963-8013 / (85) 8708-0184 (85) 3022-0470.

PODERES: Os poderes para o foro em geral, com a cláusula "ad judicium" e "et extra", a fim de que, possa defender os interesses e direitos da outorgante perante Juízo, Instância ou Tribunal, repartição pública, autarquia ou entidade paraestatal, propondo ação competente em que a outorgante seja autora ou reclamante, defendendo-a quando for réu, interessada ou requerida, podendo reclamar, conciliar, desistir, transigir, recorrer, receber e dar quitação de quaisquer valores, firmar compromisso, podendo ainda substabelecer o presente com ou sem reservas de poderes, bem como destituir advogado(s), se assim lhe convier, praticando todos os atos necessários para o bom e fiel desempenho deste mandato, dando tudo por bom, firme e valioso.

Fortaleza/CE, 30 de AGOSTO de 2015

Francisco Ednaldo Gomes de Matos
OUTORGANTE

Rua São Paulo - nº 32 - 7º Andar - Sala 705 - Bairro Centro - CEP: 60.030-100 - Fortaleza/CE

DECLARAÇÃO

OUTORGANTE	FRANCISCO EDNALDO GOMES DE MATOS		
Nacionalidade	BRASILEIRO	Natural	CRATEUS
Estado Civil	SOLTEIRO	RG nº	2000098116674
Profissão	AGRICULTOR	CPF nº	004.283.503-80
Endereço	LOCALIDADE DE HUMAITA SIN		
Bairro	ZONA RURAL	CEP	62215-000
Município/UF	IPAPORANGA - CE		

DECLARO, para os devidos fins de direito e sob as penas legais, que sou pobre na forma da lei, não possuindo condições financeiras para arcar com as custas processuais e honorários advocatícios, sem prejuízo próprio e de sua família, nos termos do Art. 5º, LXXIV, bem como de acordo com os mandamentos previstos na Lei nº 1.060/50.

Fortaleza/CE, 30 de AGOSTO de 2015

Francisco Edinaldo Gomes de Matos

DECLARANTE



Nº DO CLIENTE
3614128-3

COGITE

Para a utilização do sistema, utilize o nº acima
inscrito em seu cartão de identificação.

A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei nº 10.438, de 16 de abril de 2002.

343783894

Nota **33 38042 01 062480 - 2**

Data de Emissão **19/05/2014**

Nome **RAIMUNDA A. LUIZ DE MATOS**

End. Postal **PV I. A 00000**

CAJA DOS JORGES - IPAPORANGA - 62215000

Medidor **23546522**

Pot. **0000 A800**

Class. **04-RURAL MONOFASICO BAIXA RENDA**

Fator de Potência

RG/CPF **321213053-87**

CPF

Nome do Responsável

Mat/2014 **16/06/2014 16/06/2014** Conj. **16/06/2014** REND **6.43**

Res. de Cálculo (RCL)	Alíquota	Valor de Imposto	IC	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor
15000			IC	10.87	0.20	0.00	0.00	0.00	0.00
			IC	9.82	0.20	0.00	0.00	0.00	0.00
2730.1174.320.3408.0770.F517.A995.6800			IC	5.85		0.00			

Un. Anel (U)	Un. Anel (U)	Un. Anel (U)	Un. Anel (U)	Un. Anel (U)	Un. Anel (U)	Un. Anel (U)	Un. Anel (U)	Un. Anel (U)	Un. Anel (U)
4667	1.00	1.00	73	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00

VR. CONSUMO DO MES PRECO NORMAL **28,75**
DESCONTO TARIFA SOCIAL-BAIXA RENDA **-14,23**
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA **0,70**

VENCIMENTO **24/06/2014**

TOTAL A PAGAR (R\$) **15,22**

Energia	Transmissão	Distribuição	Encargos Setoriais	Tributos (ICMS PIS-COFINS)	TOTAL
8,55	0,45	0,45	0,91	1,33	15,22

Importante

A COGITE GARANTE E RESPONSABILIZA PELA FIDELIDADE NOS SEUS PAGAMENTOS.
NÃO FOI POSSÍVEL COLHER LETURA POR: LETURA BINETAL CONF. ART. 26 RES 414

Consta desta fatura R\$ 1,33 referente a PIS e COFINS.

(Art. 9º Res. 100/2005 - ANCEL e Lei nº 10.537/02 e 10.504/02)

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, FRANCISCO EDINALDO GOMES DE MATTOSRG nº 2000098116674, data de expedição 15/9/2009, Orgão SSP-CE,CPF nº 004.283.503-80, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	HUMAITA
Número	
Apto / Complemento	
Bairro	ZONA RURAL
Cidade	IPAPORANGA
Estado	CEARA
CEP	62.215-000
Telefone de Contato	88-96125068
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: IPAPORANGA-CE, 11 DE FEVEREIRO 2015Assinatura do Declarante: X Francisco Edinaldo Gomes de Mattos

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL			
MINISTERIO DAS CIDADES			
DETRAN - CE		Nº 010309969287	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO			
VIA	COD RENAVAM	RNTIC	EXERCICIO
ISME	01 473894238	0000000000	2013
JOAO NILTON BEZERRA DA SILVA ***** ***** IPAPORANGA/CE			
CPF/CNPJ		PLACA	
73169790382		01F6805	
PLACA ANT/UF		CHASSI	
*****/CE		9C2JC4110CR521630	
ESPECIE TIPO		COMBUSTIVEL	
PAS/MOTOCICLO/NAO ABELIC		GASOLINA	
MARCA/MODELO		ANO FAB	ANO REG
HONDA/CG 125 FAN KS		2012	2012
CAP/POT/CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE	
2P/0CV/124CC	PARTIC	VERMELHA	
COTA UNICA	VENC. COTA UNICA	VENC/COTAS	
*****, **	**/**/**	1*****	
FAIXA/PVA	PARCELAMENTO/COTAS	2*****	
***	*****, **	3*****	
PREMIO TARIFARIO RS	IOF RS	PREMIO TOTAL RS	DATA DE PAGAMENTO
286.75	1.11	292.01	14/10/2013

IPAPORANGA		DATA	
Igor Costa		26/12/2013	



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS

fls. 18

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 445 - 5956 / 2014

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Data / Hora da Comunicação: **09/10/2014 17:33:14**

Data / Hora da Ocorrência : **18/07/2014 08:30:00**

Endereço da Ocorrência: **ESTR. DISTRITO DE ASSIS A HUMAITÁ
S/N**

ZONA RURAL IPAPORANGA /CE

Ponto de Referência:



Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **FRANCISCO EDNALDO GOMES DE MATOS**

Nascimento : **15/03/1982**

RG: **20100198116674** Órgão Emissor: **SSP** UF: **CE** - CPF: **00428350380**

Filiação: **EDUARDO GOMES DE MATOS**

RAIMUNDA ARAUJO DE MATOS

Endereço: **SIT LOCALIDADE DE HUMAITÁ S/N**

ZONA RURAL 62215000

IPAPORANGA CE BRASIL

Teléfono:

Histórica

INFORMA O REGISTRANTE QUE NO DIA E HORA ACIMA MENCIONADO SOFREU ACIDENTE DE TRANSITO QUANDO SE ENCONTRAVA GUIANDO A MOTOCICLETA DE MODELO HONDA/CG 125 EAN KS, ANO DE FABRICAÇÃO/MODELO 2012/2012, COR PREDOMINANTE VERMELHA, PLACA DTP 6805, CHASSI 9C2JC4110CR321630, LICENCIADA EM NOME DE JOAO NILTON REZERRA DA SILVA, VINDO A DESVIAR DE UMA VACA E PERDEU O CONTROLE DA MOTO, VINDO A CAIR NO SOLO, SENDO SOCORRIDO POR POPULARES PARA O HOSPITAL MUNICIPAL DE IPAPORANGA JA QUE O MUNICIPIO NAO DISPOE DE SAMU, CORPO DE BOMBEIROS, ANJOS DO ASPHALTO OU SIMILAR, FICANDO CONSTATADO EDEMA EM PERNA DIREITA COM POSSIVEL TRAUMA. E NADA MAIS DISSE.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

MANOEL GENESIO BERNARDINO - MAT.: 133958-T-0

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO :

Francisco Ednaldo Gomes de Matos

VISTO DO DELEGADO(A) :

JOAO PEREIRA GOMES - MAT.: 198827-1-3

Data: 18/07/2019

1. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

CNS:

Nome: Francisco Edmundo Gomes de Matos

Est. Civil: 2 Sexo: mas Data do Nasc. 15/03/82 Idade:

CPF: RG: Orgão: Data da exp.: / /

Certidão de Nascimento: Nº do termo: Livro: Fis:

Nome do Cartório:

Naturalidade: Prof.:

Procedência: Ipaporanga-CE Tel.:

Residência: Matos

Filiação: Edmundo Gomes de Matos - Rda - Araújo de Matos

Cônjuge:

2. QUEIXA PRINCIPAL:

3. HISTÓRIA ATUAL:

4. PESO _____ KG: 5. P.A. _____ 6. TEMPERATURA:

7. EXAMES SOLICITADOS:

Ass. de Tatiana Alves.
Ass. Do Paciente ou Responsável

Assinatura do Médico

Ref.: 009 -

DATA	PROCEDIMENTOS
18/07/19	Paciente comparece a Unidade com edema em pernas e, após dige o mesmo refere acidente de trânsito encaminha ao HBSL. pois não tem médico plantonista na Unidade no momento. Valdery Cavalcante Calisto ENFERMEIRO COREN-CE 391 623



ESTADO DO CEARÁ
GOVERNO MUNICIPAL DE
IPAPORANGA
A CERTEZA DE UM NOVO TEMPO



SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS/CEARÁ

FICHA DE REFERÊNCIA

FRANCISCO CLETO DE FERRA
Secretaria de Saúde

1. Preencher esta ficha em três vias
2. Ao terminar a consulta ou tratamento, entregar 2ª via ao usuário, orientando-o para retornar com a 1ª via à Unidade de Origem

Unidade de Origem: _____

Distrito Sanitário: _____ Município: Ipaporanga

Nome: F^{co} Edmundo Boing. Prontuário Nº _____

Sexo: M ☒ F ☐ Data de Nascimento 15/03/82 Ocupação: _____

Endereço: _____ Bairro: _____ Tel: _____

Motivo do Encaminhamento:

Paciente, 32a, comparece a Unidade Hospitalar.
Referindo acidente de trânsito - com Edmundo em
Resultado de Exames Perna (D) com possível fratura.

Consulta já Realizada.

Impressão Diagnóstica: Enfermeiro

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

Função

Data

Hora

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: Ambulatorial ☐ Hospitalar ☐ Auxílio Diagnóstico ☐

Procedimento: _____ Profissional: _____

Unidade de Referência: _____ Data: ____/____/____ Hora: ____

FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA (*)

Unidade de Referência: _____

Município: _____ Prontuário Nº _____ Alta ____/____/____

Resumo Clínico/Cirúrgico:

Resultado de Exames

Diagnóstico: Principal _____ CID: _____

Secundário 1 _____ CID: _____

Secundário 2 _____ CID: _____

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

Utilizar também como recurso de alta

Guia de atendimento - EMERGENCIA

Prontuário: 080790 Atendimento: 0002 CNS: Guia Aut:
Paciente: FRANCISCO EDNALDO GOMES DE MATOS Sexo: M
RG : 2000098116674 Nascimento: 15/03/1982 Local: CRATEUS/CE Idade: 32 Ano(s)
Pai: EDUARDO GOMES DE MATOS Mãe: RAIMUNDA ARAUJO DE MATOS
Endereço: CAMPO MAITA, SN Telefone: 88 94120598 CEP: 62218-000
Bairro: ZONA RURAL Município: IPAPORANGA UF: CE
Profissão: SEGURANCA Empresa:
Convênio: SUS Matrícula:
Cônjuge: Responsável: MARIA DE FATIMA ALVES
Endereço: CAMPO MAITA, SN Município: IPAPORANGA UF: CE
Data Atendimento: 18/07/2014 Hora: 12:43 CID: Sala:
Médico: FERNANDO MENDEZ HERRERA CRM/UF: 13196/CE
Tipo Atendimento: CONSULTA ORTOPEDICA/TRAUMATO Funcionário: ANGELINA REGIA MACEDO DA CUNHA
Indicador de Acidente: CPF do Responsável:
Observação:

Peso: kg Altura (cm): Sinais Vitais: T (°C): P (bpm): R (mpm): PA (mmHg): X

Tram

Per

(D)

Angela

Angela

Angela

—

Voluntária de 15:00 Paciente não usa medicação. Est. Jovis

FERNANDO MENDEZ HERRERA - CRM: 13196

- R. da punha

*Angela de Andrade Almeida
MÉDICA
CRM 10469*

Maria de Fatima Alves
Assinatura Paciente/Responsável

Angela

[Ir para conteúdo principal](#) [Ir para menu principal](#)



Seguro DPVAT, administrado pela Seguradora Líder-DPVAT

– Site Oficial –

[Assista ao vídeo da Líder](#)

- [Home](#)
- [Conheça o DPVAT e a Seguradora Líder](#)
- [Como dar entrada - Dicas importantes](#)
- [Pontos de Atendimento](#)
- [Fale Conosco](#)

Início do conteúdo

Acompanhe o processo de indenização

[voltar](#)

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 até 30 dias a contar da data da entrega da documentação completa.

[nova consulta](#)

SINISTRO 2014915638 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA FRANCISCO EDNALDO GOMES DE MATOS

COBERTURA Invalidez

SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO ARUANA SEGUROS S/A

ENDEREÇO Rua Visconde de Pirajá 547 Sala 802, Ipanema, Rio de Janeiro - 19, CEP: 22410-900

BENEFICIÁRIO FRANCISCO EDNALDO GOMES DE MATOS

CPF/CNPJ: 00428350380

Posição em 08-04-2015 20:12:49

Indenização creditada em 30/03/2015, no valor de R\$ 1.687,50, em banco e conta de titularidade do beneficiário, conforme autorização de pagamento assinado pelo mesmo.

Data do Pagamento	Valor da Indenizacao	Juros e Correção	Valor Total
--------------------------	-----------------------------	-------------------------	--------------------