

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA E EXTRA JUDICIA"

OUTORGANTE (s):

Nome:	Francisca Joaquina d Sousa		
Nacionalidade:	Brasileira	Estado Civil:	Casada
Profissão:	Agricultora		
RG/CE nº	1100976-86	CPF.:	913368133-34
Endereço:	Sit Ipu Mazagão, Ipu Mazagão, Itapipoca-CE		

OUTORGADO (S): JOSÉ AGACIR VIEIRA DE CASTRO, brasileiro, casado, Advogado, OAB/CE nº 25.774, com escritório profissional na Rua Deocleciano Aragão, 122, Centro, CEP: 63.740-000, Novo Oriente – CE. Email: agacircastro@hotmail.com.

PODERES: Pelo presente instrumento de procuração, ao final assinado, o(a) **Outorgante** nomeia e constitui seu bastante procurador o(s) advogado(s) acima qualificado(s), a quem confere amplos e ilimitados poderes, para o foro em geral e de modo singular, inclusive os das Clausulas "**AD JUDICIA E EXTRA JUDICIA**" (art. 105, CPC), para com esta se apresentar, requerer providências, defender, junto ou separado em qualquer juízo, instância ou tribunal, **inclusive administrativamente junto ao INSS e demais órgãos**, fundações, autarquias e empresas da administração direta ou indireta dos entes federativos nacionais ou **JUDICIAL** em qualquer ação em que o(os) mesmo(s) seja autor(a), réu ou ré, assistente ou de qualquer modo interessado(a), podendo para tanto ajuizar as ações competentes, inclusive as de falência, e defendê-lo(s) nas contrárias, seguindo umas e outras, até decisão final; propor reconvenções, exceções, agravar, apelar de qualquer decisão ou sentença; fazer e assinar requerimentos e documentos necessários; produzir provas e justificações; firmar compromissos, passar recibos e dar quitação; assinar termo de inventariante; conferindo-lhe, ainda **PODERES ESPECIAIS** para confessar, desistir, renunciar direitos, transigir, celebrar acordos judiciais e extrajudiciais, interpor os recursos necessários em geral, Ação de Execução e Ação Rescisória, representando, incluindo também os **PODERES ESPECÍFICOS** da Procuração **ad negotia**, levantar junto ao Banco do Brasil S/A ou Caixa Econômica Federal, valores referentes à Requisição de Pequeno Valor – RPV e/ou Precatórios em nome do(a) outorgante, decorrente de processo administrativo e/ou judicial, requerendo, ainda, a não retenção do imposto de renda prevista no artigo 27º, da Lei 10.883/03, sobre rendimentos, cujos patrocinadores foram os outorgados e ainda substabelecer esta em nome de outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, podendo inclusive nomear advogado(s) para o fiel cumprimento deste mandato, dando tudo por bom, firme e valioso.

Itapipoca - CE, 14 de Agosto de 2019

x Francisca Joaquina d Sousa

Outorgante

DECLARAÇÃO DE POBREZA**OUTORGANTE (s):**

Nome:	Francisca Joaquina de Sousa		
Nacionalidade	Brasileira	Estado Civil:	Casada
Profissão:	Agricultora		
RG/CE nº	1100976-86	CPF.	913.368.133-34
Endereço:	St Ipu Mazagão, Ipu Mazagão, Itapipoca - CE		

DECLARO¹, para os fins que se fizerem necessário, que sou pobre na forma da Lei, não dispondo de recursos suficientes para pagar custas processuais e honorárias advocatícias, sem prejuízo do sustento próprio e de minha família, necessitando, pois, dos benefícios da Justiça Gratuita, nos termos do que dispõe a Lei nº 1.060/50 c/c os artigos 98/99, NCPC.

Itapipoca - CE, 14 de Agosto de 2019

Francisca Joaquina de Sousa

Declarante

¹ "Art. 1º - A declaração destinada a fazer prova de vida, residência, pobreza, dependência econômica, homonímia ou bons antecedentes, quando firmada pelo próprio interesse ou por procurador bastante, e sob as penas da Lei, presume-se verdadeira." (Lei nº 7.115/83).

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome
FRANCISCA JOAQUINA DE SOUSA

Nº de inscrição
913368133-34

Data do Nascimento
04/10/45

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO

Francisca Joaquina de Sousa

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por JOSE AGACIR VIEIRA DE CASTRO e TRIBUNAL DE JUSTICA DO ESTADO DO CEARÁ, protocolado em 06/01/2021 às 08:37, sob o número 00500183920218060101. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0050018-39/2021 e código 7FB3A78.

Este documento de inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF, não possui validade jurídica por terceiros, salvo nos casos previstos na legislação vigente.

CPF - CADASTRO NACIONAL

Emitido em : 18/02/00

Assinatura
FRANCISCA JOAQUINA DE SOUSA

VALIDAÇÃO

1200976-08

FRANCISCA JOAQUINA DE SOUSA

Vicente Joaquina Feller

Francisca Joaquina da Silva

Uruburetã - CE

04/10/45

Cert. Cas. 140, Lv. 2, Fls. 143

Cert. de São Joaquim, Uruburetã - CE

3614179

Atividade Social da categoria rural 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 07047251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

seu atendimento, utilize o nº acima e entre em contato conosco.

COMPANHIA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO 2 | SÉRIE ÚNICA | Nº 087550519

Referência 11/2020

Objeto IC928R03 - 80600

Nome FRANCISCA JOAQUINA DE SOUSA

Endereço ST IPU MAZAGÃO, 01200, IPU MAZAGÃO, 62500-000,

Classificação Rural Residencial Rural

Modalidade Tarifária B2 RURAL

Ligação Monofásico

Emissão 12/11/2020

Medidor 3846328-CPN-308

ÁREA RESERVADA AO FISCO

619E6EFC4843992017488E7A07C486E

DATAS DE LEITURA P.P.: 29 dias

Anterior	Atual	Próxima prevista
14/10/2020	12/11/2020	12/12/2020

DADOS DA MEDIÇÃO

Posto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo Mês (kWh)	Consumo Incl. (kWh)	Consumo Est. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FF	3.520	3.405	1.000	65	65	65	0,47431	30,83

DADOS DO FATURAMENTO

	TARIFA	VALOR (R\$)
BENEFÍCIO TARIFÁRIO BRUTO	-	6,78
BENEFÍCIO TARIFÁRIO LÍQUIDO	0,47431	-6,40
CONSUMO	-	30,83
DEBITO DE PEQUENOS VALORES	-	24,43

Tributo:

	Base (R\$):	Aliquota (%):	Valor (R\$):
ICMS	0,00	0,00	0,00
PIS	37,61	1,04	0,38
COFINS	37,61	4,63	1,72

VENCIMENTO 21/12/2020

TOTAL A PAGAR (R\$) 55,64

CPF/CNPJ 913.368.133-34

CONSUMO CONSCIENTE

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

Emitido kg (CO ₂)	Compensado kg (CO ₂)	Consciência Ecológica (%CO ₂)
25,37	0,00	0,00

IMPAGAMENTOS PENDENTES

- Unid. consumidora enquadrada na subclasse Rural Residencial Rural, faturada com desc. tarifário de R\$ 6,40.

Períodos: Band. Tarif.: Verde : 15/10 - 12/11



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
 POLÍCIA CIVIL
 DELEGACIA REGIONAL DE ITAIPÓCA
 Impresso nº 2019464419



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 466 - 3226 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
 Data / Hora da Comunicação: **10/07/2019 09:25:03**
 Data / Hora da Ocorrência: **08/02/2019 18:30:00**
 Endereço da Ocorrência: **IPU MAZAGÃO**
 Complemento:
 Bairro:
 Ponto de Referência:

Município: **ITAIPÓCA/CE**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **FRANCISCA JOAQUINA DE SOUSA**
 Nascimento: **04/10/1945** CPF:
 RG: **1100976-86** Orgão Emissor: **SSP**
 Filiação: **FRANCISCA JOAQUINA DA SILVA**
VICENTE JOAQUIM FELIX
 Endereço: **LARGO IPU MAZAGÃO**
 Bairro: **IPU MAZAGÃO**
 Município: **ITAIPÓCA/CE**
 País: **BRASIL**



UF: **CE**

CEP:

Telefone:

Histórico

Narra que na data, hora e local citados acima, caminhava pelo acostamento da pista, quando fora colhida por uma motocicleta de dados desconhecidos qual lhe atingiu jogando-a contra o solo; Afirma que ficara desacordada vindo a recobrar os sentidos na Unidade de Pronto Atendimento-UPA, de onde fora encaminhada para o Hospital Maternidade São Vicente de Paulo, conforme prontuário de atendimento de nº141603 e atendimento de nº0004, em anexo; Que segundo fora informada, a mesma fora socorrida no citado hospital por familiares, pois o condutor da motocicleta que a atropelou, evadiu-se do local sem prestar socorro. Nada mais havendo, deu-se por encerrada a presente ocorrência policial.

Obs.: A noticiante ficou ciente das penalidades do Art. 299, do C.P.B. (Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia 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 fato juridicamente relevante - "Falsidade Ideológica").

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE ITAIPÓCA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

HELIA MARIA DE LIMA FREITAS - MAT.: 300488-1-4

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Francisca Joaquina de Sousa

VISTO DO DELEGADO(A):

FRANCISCO JOSÉ PORTELA NETO - MAT.: 30124375

FICHA DE REFERÊNCIA

1- PREENCHER ESTA FICHA EM 3 VIAS. 2- AO ELIMINAR A CONSULTA OU TRATAMENTO, ENTREGUE 2ª VIA AO USUÁRIO ORIENTANDO-O PARA RETORNO COM A 1ª VIA A UNIDADE DE ORIGEM.

Unidade de Origem

Distrito Sanitário: _____ Município: _____

Nome: Francisca Joaquina de Sousa Prontuário Nº _____

Sexo: M ☐ F ☐ Data da Nascimento: ____/____/____ Ocupação: _____

Endereço: _____ Bairro: _____

Motivo do Encaminhamento: Paciente 73 anos vitima de atropelamento evoluindo com fratura em tibia direita e escoriações difusas, necessitando de avaliação ortopedica.

Resultados de Exames: Glasgow 15 ; PA 140/90 ; FC (80) , FR (20), St O2: 97 %

Consulta já realizada: Cetoprofeno

Impressão Diagnóstica: Fratura de tibia direita

Assinatura do(a) encaminhado(a) Nº registro _____

Função _____

08 / 02 / 2019

Data

Hora

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: (☐) Ambulatorial (☐) Hospitalar (☐) Auxílio Diagnóstico

Procedimento: avaliação Profissional: Ortopedista

Unidade de referência: _____ Data: ____/____/____ Nota: _____

FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA

Unidade de Referência: _____

Município: _____ Prontuário Nº: _____ Alta: _____

Resumo Clínico/Cirúrgico: _____

Resultados de Exames: _____

Diagnóstico Principal: _____ CID: _____

Secundário 1: _____ CID: _____

Secundário 2: _____ CID: _____

Proposta de consulta para seguimento: _____

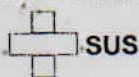
Problema justificou a referência? () Sim () Não

O motivo da referência coincide com o diagnóstico? () Sim () Não

Assinatura do(a) consulte Nº Registro
Utilize também como resumo de alta.

Função _____

Data



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO - HOSPITAL MAT. SAO VICENTE DE PAULO

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO - HOSPITAL MAT. SAO VICENTE DE PAULO

2 - CNES
2552086

4 - CNES
2552086

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
FRANCISCA JOAQUINA DE SOUSA

6 - Nº DO PRONTUÁRIO
141603

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE
89.8002.902.9690-76

8 - DATA DE NASCIMENTO
04/10/1945

9 - SEXO
Masc. ☐ 1 Fem. ☒ 3

10 RAÇA/COR
01 - Branca

10.1 ETNIA

11 - NOME DA MÃE
FRANCISCA JOAQUINA DA SILVA

12 - TELEFONE DE CONTATO
(88)99284-7003

13 - NOME DO RESPONSÁVEL
MARIA KELE SOUSA SANTOS

14 - TELEFONE DE CONTATO

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)
RUA IPU MAZAGAO, SN, ZONA RURAL

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
ITAPIPOCA

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO
2306405

18 - UF
CE

19 - CEP
62500-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
paciente vítima de trauma, com fratura em planalto tibial D

Retornar para osteossíntese

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
Quadro Acima

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)
Anamnese + Exames

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL
S82.1 Fratura da extremidade proximal da tibia

24 - CID 10 PRINCIPAL
T731

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO
Eletivo

31 - DOCUMENTO
(X) CNS () CPF

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
980016278224025

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
ADRIANO DE ALMADA FERREIRA

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO
08/02/2019

35 - ASSINATURA E CARIMBO Nº DO REGISTRO NO CONSELHO

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

() ACIDENTE DE TRÂNSITO

() ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

() ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

42 - CNPJ EMPRESA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS () CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

(Sistema Único de Saúde) não aceita nenhum ônus para o paciente ou qualquer tipo de convênio.

28 - CORISO DO PROCEDIMENTO

0308010019

Adriano de Almada Ferreira
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-CE 12320

Dr. José Ribeiro Barroso
CPF: 04.866.860-87
Médico Auditor
SMST - Itapipoca - CE

SINISTRO 3190429008 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA FRANCISCA JOAQUINA DE SOUSA****COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO LIBIA****CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME****BENEFICIÁRIO FRANCISCA JOAQUINA DE SOUSA****CPF/CNPJ: 91336813334****Posição em 20-07-2019 08:31:51**

O pedido de indenização está em fase final de análise na Seguradora Líder-DPVAT. Em breve, o pagamento da indenização será liberado.

Por gentileza, volte a consultar seu processo neste site dentro de 4 dias.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
23/07/2019	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50