

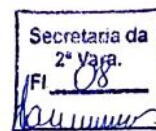


DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Maria Idaiana Leite Sousa, brasileira, casada, promotora de vendas, portadora do RG nº 10059186 SSP/CE, CPF nº 028.097.953-39, residente e domiciliada na rua Alberto Guimarães Malveira, 912, Antônio Holanda, Limoeiro do Norte, Limoeiro do Norte – CE, declaro que não tenho condições financeiras de arcar com o pagamento das custas processuais, sob pena de implicar em prejuízo próprio e de minha família, nos termos do art. 5º, LXXIV, da Constituição da República e arts. 98 e 99 do código de processo civil.

Limoeiro do Norte, 21 de Julho de 2016.

Maria Idaiana de Sousa
DECLARANTE



OSILENE FERREIRA CASTRO
Advogada – OAB/CE Nº 27.596

EDUARDO CHAVES DE ALENCAR
Advogado – OAB/CE Nº 30.525

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Maria Idaiana Leite Sousa, brasileira, casada, promotora de vendas, portadora do RG nº 10059186 SSP/CE, CPF nº 028.097.953-39, residente e domiciliada na rua Alberto Guimarães Malveira, 912, Antônio Holanda, Limoeiro do Norte, Limoeiro do Norte – CE.

OUTORGADOS:

OSILENE FERREIRA CASTRO, brasileira, solteira, advogada, inscrita na OAB/CE sob nº 27.596, com endereço profissional à Rua. João Maria de Freitas, nº 844 – João XXIII, nesta cidade de Limoeiro do Norte Estado do Ceará.

EDUARDO CHAVES DE ALENCAR, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 30.525 com endereço profissional na Rua. João Maria de Freitas, nº 844 – João XXIII, nesta cidade de Limoeiro do Norte Estado do Ceará.

PODERES OUTORGADOS:

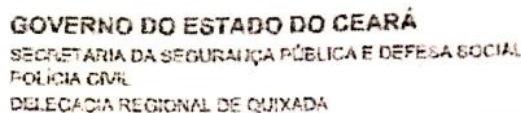
Pelo presente instrumento de mandato, o outorgante confere aos advogados outorgados poderes para representá-lo perante qualquer Órgão da Administração Pública (direta ou indireta) ou Entidade de Direito Privado ou Órgão Judicial, de qualquer instância, para com as cláusulas “*AD JUDITIA ET EXTRA*” propor ações e ou delas variar, transigir, receber e dar quitação, apresentar e receber ALVARA JUDICIAL, reconhecer a procedência do pedido, firmar compromisso, assinar prestar primeiras e ultimas declarações, receber citação e intimação, oferecer defesa, tais como exceção de suspeição, impedimento ou incompetência, em qualquer instancia, interpor recursos judiciais, reconvir, protestar, interpelar, reclamar, pedir abertura de inquérito policial, requerer assistência do Ministério Público. Podendo ainda praticar todos os atos relativos a processos administrativos junto ao INSS e judiciais junto a Justiça Federal ou Juizados Especial Federal de Seção Judiciária do Ceará, e a quaisquer outros órgãos, e AUTORIZO ainda, com fulcro no disposto no art. 10, parágrafo único, da Lei 10.259, meus procuradores a CONCILIAR OU TRANSIGIR, bem como DESISTIR, em meu nome e decidir sobre a modalidade de pagamento, receber e dar quitação, quer por RPV, quer por Precatório, confirmando tudo que lhe fora outorgado na Procuração e tudo o mais necessário ao bom e fiel desempenho deste mandato, dando tudo por bom, firme e valioso.

Limoeiro do Norte, 21 de Julho de 2016.

Maria Idaiana L. Sousa.
OUTORGANTE

Rua. João Maria de Freitas, Nº 844 – João XXIII – Limoeiro do Norte/CE
Contato: (88) 9635-8416

E-mail: osileneofc@hotmail.com



2^a y 3^a 00

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO
Data / Hora da Comunicação: 09/08/2016 15:35:25
Data / Hora da Ocorrência: 21/04/2016 13:00:00
Endereço da Ocorrência: LARGO VARZEA DA ONÇA
Complemento:
Bairro: SEDE Município: QUIXADA/CE
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: MARIA IDAIANE LEITE SOUSA
Nascimento: 27/07/1987 CPF: 028.097.953-39
RG: 10059186 Órgão Emissor: SSP
Filiação: IVA LEITE SOUSA
FRANCISCO CESAR DE SOUSA
Endereço: VILA VARZEA DA ONÇA
Bairro: ZONA RURAL CEP:
Município: QUIXADA/CE
País: BRASIL Telefone: (88) 98121-3513

Histórico

Informa a noticiante que: é portador da CNH nº 05615805347 Detran/CE e que no dia, hora e local supracitados, pilotava o motociclo HONDA/BIZ 125 ES, COR PRETA, PLACA PMU 9530, CHASSI 9C2JC4820DR088898, registrado em nome de IVA LEITE LIMA, quando ao utilizar o freio perdeu a moto derrapou e a noticiante veio a cair; Que, foi socorrida por populares para a UPA, nesta urbe; Que, tem como testemunha as pessoas de IVA LEITE LIMA e IRLA LEITE SOUSA. E, nada mais disse.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE QUIXADA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

TAYLOR RUSCHEL LORREIA BEZERRA - MAT.: 198323-1-7

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

2 Maria Theresia bei Sauso

VISTO DO DELEGADO(A) :

ANNA CLAUDIA NERY DA SILVA - MAT.: 300121-1-9

CARLOS JULIO MIRANDA
QUILANDA-CE
 Rua Manoel de C. 1881-1412-0003
 Centro - Tel: (88) 3412-0003
 e-mail: carlosmiranda.com-salvador@uol.com.br

Autentica para os devidos fins a presen-
 ça de uma cópia reprográfica do original que foi
 apresentado em cartório pela parte interessada.
 Deuse QUILANDA CE
 Em test.

03 JUL. 2016

Maria Luisa de Arruda Brito - Esc. Autoriz.
 Maria Schmidt Gonçalves - Substituta
 Wagner Lima Borges - Substituto
 Wagner Silva Almeida - Esc. Autoriz.
 Azei Gárlen Dantas de Lima - Esc. A
 Jadson Lima de Queiroz - Esc. Autoriz.

DELEGACIA REGIONAL DE OUTRADA

Pág. 1 de 1

Indirizzo: via Cavour 14, 10121 Torino

Secretaria da
F. 10
M. 10

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACÃO

MARIA IDIANNE LEITE SOUSA

DOC. IDENTIFIC. / CNH / RENOV. DE
10059186 MTS CE

CPF 028.097.953-39 DATA DE NASCIMENTO 27/07/1987

FUNÇÃO FRANCISCO CESAR DE SOUSA IVA LEITE SOUSA

PERMISSÃO ACC CACIM AB

Nº RENOV. 05612805347 VALÊNCIA 19/06/2017 1ª RENOV. 08/10/2012

VÁLIDA EM TODOS TERRITÓRIOS NACIONAIS 1004104613

PRIMEIRA PLASTIFICAR 1004104613

Assinatura: Maria Idianne Leite Sousa

LOCAL QUIZADA, CE DATA 05/09/2014

41506865448 CE143519131

DETRAN-CE (CEASA)



Secretaria da

Fl. 11

SERVIÇO AUTÔNOMO DE ÁGUA E ESGOTO DE LIMOIEIRO DO NORTE
AV. DOM AURELIANO MATOS, 1400 - CENTRO - LIMOIEIRO DO NORTE-CE
CEP: 62100-000 - CNPJ: 07.825.932/0001-78
Fone: (88) 3423.4200 - Site: www.saae-limoieiro.com.br

0024327.6 PAR-R-1 IDENTIFICAÇÃO DO CONSUMIDOR 08/2016

RAIMUNDO VIEIRA GADELHA
RUA ALBERTO GUIMARÃES MALVEIR 912, CAD. 2243, ANTONIO H. DE
LIMOIEIRO DO NORTE-CE 00.00.09.0000023250
CEP: 62.930-000

SERVIÇOS E TARIFAS		PREST.	VALOR
COD.	DESCRIÇÃO		
01	ÁGUA		22,30
16	MULTA POR ATRASO - 05/2016		0,45
16	MULTA POR ATRASO - 06/2016		0,46

HIDROMETRIA
DATA INST: 29/01/15
ANTERIOR: 7
DT ANTER.: 15/07/16
ATUAL: 7
DT ATUAL: 17/08/16
CONSUMO: 0
DIAS CON.: 33
OCOR.: 50

ULTIMOS CONSUMOS

MES	CONS.	DIAS
06/15	7	30
07/15	7	29
04/16	7	30
05/16	7	32
06/16	7	30
07/16	7	29
08/16	0	33

MEDIA: 7 (M3)

PARÂMETRO	PARADO	TOTAL ANALISE	VALOR MEDIO
PH	6,0 A 9,0	01	7,60
CORO	ATE 5,0	01	5,00
FLUOR	ATE 1,5	01	1,50

RESERVATORIO
01- ETA-SEDE MUNI.

PERÍODO DE ANALISE
10/08/16 A 10/08/16

FATURA 160146659 VENCIMENTO 10/09/2016 VALOR R\$ 23,21

MENSAGENS.

HIDROMETRO PARADO.

CONTA CALCULADA COM BASE NA MEDIA DE CONSUMO.

CONSUMIDOR

SERVIÇO AUTÔNOMO DE ÁGUA E ESGOTO DE LIMOIEIRO DO NORTE
AV. DOM AURELIANO MATOS, 1400 - CENTRO - LIMOIEIRO DO NORTE-CE
CEP: 62100-000 - CNPJ: 07.825.932/0001-78
Fone: (88) 3423.4200 - Site: www.saae-limoieiro.com.br

0024327.6 RAIMUNDO VIEIRA GADELHA 08/2016
FATURA 160146659 VENCIMENTO 10/09/2016 VALOR R\$ 23,21

SAAE

0024327.08.16.160146659
82620000000-6 23210260002-9 43270816160-4 14665900004-7



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE QUIXADÁ
Secretaria Municipal de Saúde de Quixadá
Unidade de Pronto Atendimento 24h (Renascer)

Nº Atendimento / Classificação

1537-30

FICHA DE ATENDIMENTO AO PACIENTE

Unidade: UPA24h (Renascer - Quixadá/CE) Hora de chegada: 15:14 Data de atendimento: 21/04/16
Atendimento: (X) 1º atendimento () 2º atendimento () Previdenciário () Outro

Secretaria da
Fl. 2

TRIAGEM

Hora: : Temp: °C P.A.: 120x80 mmHg P: 79 bpm SpO2: 100 Dx: brunha

IDENTIFICAÇÃO

Nome: Maria Idariane Beite Sousa
Responsável (se menor):
Sexo: () Masc. (X) Fem. Data de nascimento: 27/07/87 Idade: 28 Naturalidade: Quixadá
Estado civil: () Solteiro(a) (X) Casado(a) () Divorciado(a) () Viúvo(a) Profissão: Promotora Vendeda
Categoria: (X) SUS () Outro RG/Cartão SUS: 10059186 Procedência: Quixadá/CE
Residência: Varzea da Onça

ATENDIMENTO

Queixa principal: PCR VITIM DE ACIDENTE DE
MOTO.

Histórico atual:

Exame(s) solicitado(s):

Dr. Diego Antunes Silva

Assinatura e Carimbo Médico
CREMEX 10.000 IQG15



→ Voltar a ser Olá, meu

16/39

Dr. Diego Antunes Silvelra
Médico
CREMEC 16.660

SENA



Autentico para os devidos fins a presente
cópia reprográfica do original que foi
apresentado em cartório pela interessada.

02 SET. 2016

Em test. Maria da verdade.

Cartório de Registro Civil do Estado de Pernambuco
Rua Fco. de Sá, 100 - Centro - Recife - PE
Válido até 02/09/2017
Marteiba Vanuza Viana Silva - Titular
Maria Lúcia Lima Silva - Substituta
Maria Aurineide de Almeida Costa - Esc. Autorizada

**HCSR**
HOSPITAL E CASA DE SAÚDE DE RUSSAS*Uma História Cuidando de Vidas***SANTAS
CASAS
UNIDAS****RESUMO DE ALTA****IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:**NOME: me Idiane Leite SousaENFERMARIA: 03 LEITO: 02 PRONTUÁRIO: _____RESUMO CLÍNICO: Fratura femoral

EXAMES REALIZADOS E RESULTADOS: _____

PROCEDIMENTO REALIZADO: Hx Amput

TERAPÊUTICA UTILIZADA: _____

ADMISSÃO: 06/09/2016 ALTA: 07/09/2016 DIAS INTERN.: 1 / 1**CONDIÇÕES DE ALTA:**MOTIVO: CURADO (☒), MELHORADO (☐), APEDIDO (☐), EVASÃO (☐), TRANSFERIDO (☐), ÓBITO (☐)
INALTERADO (☐), ADMINISTRATIVO (☐)

ENCAMINHANDO AO LABORATÓRIO: _____

DIAGNÓSTICO FINAL: _____

OBSERVAÇÕES: _____

MÉDICO RESPONSÁVEL

HOSPITAL E CASA DE SAÚDE DE RUSSAS - RUA DR. JOSE RAMALHO Nº 1436, RUSSAS-CE CNPJ: 07.770.001/0001-64 Tel.: (088) 3411-0147 / Telefax (088) 3411-6611

www.hcsrussas.com.br



Uma História Cuidando de Vidas

**SANTAS
CASAS
UNIDAS**

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

NOME: M^a Joanne Peite Sousa

DIAGNÓSTICO DO PACIENTE:

[illegible]

HOSPITAL E CASA DE SAÚDE DE RUSSAS - RUA DR. JOSE RAMALHO Nº 1436, RUSSAS-CE CNPJ: 07.770.001/0001-64 Tel.: (088) 3411-0147 / Telefax (088) 3411-6611

www.hcsrussas.com



HCSR
HOSPITAL E CASA DE SAÚDE DE RUSSAS

Uma História Cuidando de Vidas

**SANTAS
CASAS
UNIDAS**

BOLETIM DE OPERAÇÃO

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

NOME: Olavo Edson Lof Feas

DATA: 06/09/2016

LEITO: _____

DIAGNOSTICO CLÍNICO:

Retinopatia proliferativa

DIAGNOSTICO CIRÚRGICO:

CONDIÇÕES DO PACIENTE

TEMPO	PULSO	RESP.	P.A.	GERAIS

ANESTESIA:

Dr. Paulo Lof Feas

OPERAÇÃO:

CLASSIFICAÇÃO:

INÍCIO: 17:00 FIM: 17:20

ACHADOS (DESCREVER OS ÓRGÃOS EXPLORADOS E REGISTRE OS OS ACHADOS PATOLÓGICOS)

O QUE FOI FEITO:

Retinotomia a laser

Endoscopia + biópsia

Retinotomia a laser

Retinotomia a laser

Retinotomia a laser

Dr. Marcelo Lof Feas
Oftalmologista
CRM: 11895
R. 7399

CONTAGEM COMPRESSAS:

Operador: _____

Auxiliar: _____

Anestesista: _____

HOSPITAL E CASA DE SAÚDE DE RUSSAS - RUA DR. JOSE RAMALHO Nº 1436, RUSSAS-CE CNPJ: 07.770.001/0001-64 Tel.: (088) 3411-0147 / Telefax (088) 3411-6611

www.hcsrussas.com.br

06/09/2016

Laudo Para Solicitação De A. I. H. ...

3.2

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Secretaria da
2ª Vara
Fl. 16

Identificação do Estabelecimento de Saúde
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL E CASA DE SAÚDE DE RUSSAS
2 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL E CASA DE SAÚDE DE RUSSAS

CNES
232800-3
4 - CNES
232800-3

Identificação do Paciente
3 - NOME DO PACIENTE
MARIA IDAIALE LEITE SOUSA

4 - Nº. DO PRONTUÁRIO
00098857

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)
898003025347289

6 - DATA DE NASCIMENTO
27/07/1987

7 - SEXO
3 - Feminino

8 - RAÇA/ETNIA
Branca

9 - NOME DA MÃE
IVA LEITE SOUSA

12 - TELEFONE DE CONTATO
(88) 99800-8293

13 - NOME DO RESPONSÁVEL
MARIA IDAIALE LEITE SOUSA

14 - TELEFONE DE CONTATO
(88) 99800-8293

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)
RUA: JOAQUIM DE SOUSA BARRETO - 26B - PROX A PRACA - VARZEA ALEGRE

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
RUSSAS

17 - C. R. DO MUNICÍPIO 18 - UF
231180 CE 82.900-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Prisão femoral

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID-10 PRINCIPAL

25 - CID-10 SECUNDÁRIO

26 - CID-10 CAUSAS ASSOCIAVAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DISCRIMINAÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

29 - CLÍNICA
TRAUMATOLOGICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO
URGÊNCIA

31 - DOCUMENTO
C. N. S.

32 - Nº. DO DOCUMENTO (CNS / CPF)
980016284796167

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE
MARCELO LOPES MAIA

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO
06/09/2016

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº. DO REGISTRO DO CONSELHO)
06/09/2016

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - ☐ ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - ☐ ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - ☐ ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº. DO BILHETE

41 - SÍMBOLO

42 - CNPJ DA EMPRESA

43 - CNPJ DA EMPRESA

44 - SÍMBOLO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

☒ EMPREGADO

☐ EMPREGADOR

☐ AUTÔNOMO

☐ DESEMPREGADO

☐ APOSENTADO

☐ NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COO. ORÇÃO EMISSOR

52 - Nº. DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

48 - DOCUMENTO

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

☐ CNS ☐ CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

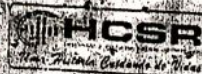
51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº. DO REGISTRO DO CONSELHO)

Dr. Rinaldo Gladstone F. Mala
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
MÉDICO AUTOR
CRM 18433 / CPF 061099008-07
DATA 06/09/2016

06/09/2016

Guia de Internação 01

Seguradora



HOSPITAL E CASA DE SAÚDE DE RUSSAS
Dr. José Ramalho, 1436 - Centro
Russas / Ceará



Secretaria da

2/9/16

1600165029 06/09/2016 11:10:15 GUIA DE ADMISSÃO () GUIA DE ATENDIMENTO () TRAUMA/CIRURGICO-02.006.002

Paciente: 00098857 - MARIA IDAINE LEITE SOUSA Nascimento: 27/07/1987 Id: 29 A 1 M 10 D 898003025347289 CNS: 028.097.953-39 CPF

Documento: Sexo: F Estado Civil: Casado(a) Raça/Cor: Branca - Escolaridade: Ocupação: PROMOTOR DE VENDAS

Endereço: RUA - JOAQUIM DE SOUSA BARRETO - 26B - VARZEA ALEGRE - RUSSAS - CE CEP: 62.900-000 Complemento: PROX A PRACA

Naturalidade: QUIXADA - CE Contatos: (88) 99800-8293

Mãe: IVA LEITE SOUSA Pai: FRANCISCO CESAR DE SOUSA SisPreNatal

Plano - Convênio: SUS - SUS Carteira: Validade: Autorização:

Caráter de Atendimento: Urgência CID Principal: Procedência: Especialidade: TRAUMA/ORTOPEDIA Profissional Solicitante: MARCELO LOPES MAIA Perm. Máxima (dias):

ANOTAÇÕES GERAIS

Parecer () Exames Laboratoriais () RX () Ultrassonografia () Prótese () Mudança de Procedimento ()

Convênio: Autorizado Até: / / Prorrogado Até: / /

Outros () Especificar:

Data da Saída: 07/09/2016 Motivo: () Curado () A pedido () Evasão () Transferido () Ybito

DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO:

Fratura malleolo lateral

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

PRINCIPAL:

fto G. Myer OPERAÇÃO fratura malleolo lateral

SECUNDÁRIA:

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL E EXAME FÍSICO

HOSPITAL E CASA DE SAÚDE DE RUSSAS
RUA DE... 1436
CEP: 62.900-000
02/09/2016
10:02
2.560
ATIVO

Dr. Marcelo Lopes Maia
Ortopedista e Traumatologista
CRM: 100905
RQE: 7388 Responsável

maria Idaine Leite Sousa
Paciente ou Responsável

Diretor Responsável

Guia emitida por: maria.aubetiza

<http://192.168.0.21:8888/IS4/s4/AB858913-A2C3-4D5E-AE99-018DA5DA1001.html>

1.1

26/06/2017 18:29



SINISTRO 3160679802 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA MARIA IDAIANNE LEITE SOUSA
COBERTURA Invalidez
SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO
Comprev Previdência S/A-Filial Fortaleza-CE
BENEFICIÁRIO MARIA IDAIANNE LEITE SOUSA
CPF/CNPJ: 02809795339

Posição em 26-06-2017 18:29:22

A documentação abaixo encontra-se pendente, devendo ser entregue no mesmo local em que a documentação inicial foi entregue.

Descrição	Tipo	Status	Nome
Documentação médico-hospitalar	Vitima	Não Conforme	