

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA" E "ET EXTRA"



OUTORGANTE(S): Maria da Graça Magalhães
brasileiro(a), solteira (estado civil), agricultora (profissão),
portador (a) da cédula de identificação RG nº 2000028139470,
devidamente inscrito no CPF sob nº 009.803.493-62, residente e
domiciliado no: Sítio Corante
Viçosa do Ceará - CE.

OUTORGADO(S), CARLOS ANTONIO BRITO DE OLIVEIRA, brasileiro,
casado, advogado inscrito na OAB/CE sob o N° 31.972 e NATHANIEL MENDES
DE VASCONCELOS, brasileiro, solteiro, advogado inscrito na OAB/CE sob o
n° 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
judicia" 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, 19 de Janeiro de 2017.


CPF nº 009.803.493-62

OBS: TENDO EM VISTA O OUTORGANTE SER PESSOA ANALFABETA, SEGUE ASSIM A
PRESENTE PETIÇÃO COM ASSINATURA A ROGO, DEVIDAMENTE COMPROVADA POR
MEIO DE DUAS TESTEMUNHAS INDICADAS PELA OUTORGANTE.

x Antônio Fernando Aguiar
TESTEMUNHA 1

NOME: ANTÔNIO FERNANDE AGUIAR
CPF: 782.177.683-15

Francisco de Arruda Magalhães
TESTEMUNHA 2

NOME: FRANCISCO DE ARRUDA MAGALHÃES
CPF: 506.284.703-63



Scanned by CamScanner

Nº DO CLIENTE
5353376-3

A Tarifa Social de Energia Elétrica
fora de vigor a partir de 15.12.15,
de 15 de dezembro de 2015.

coselca

Para aplicação, verificar o endereço e o nome
no site: www.coselca.com.br

Rua Padre Valdeuino, 150
LJ 601 15º andar - Vila Rica
CEP: 01.147-150 - São Paulo - SP

Nome **MARIA DAS GRASAS MAGALHAES**
Endereço **ST CORANTE 00001 00 00001 0**
LESTE - VICOSA CEARA - 62300000

Metrofone **25115602**

Prata **0000 0000**

Classe **04-RURAL MONOFASICO**

Fator de Potência **0,00**

RG / CPF / CNP **009803493-62**

CGF

Nome do Responsável

Atividade
Mês de
atuação
Jun/2016
Data de
Apresentação
13/06/2016
Próxima Leitura
13/07/2016

INDICADOR DE CATEGORIA DE FORNECIMENTO
Vale a pena
Conjuntos
Mês
Jun/2016
EURO 4,07

Base de Cálculo (R\$) Alíquota Valor do Imposto
ISENTO

Padrão Individual
Mensal Trim. Anual
Mensal Trim. Anual
DIE 5,43 10,26 21,73 0,65 0,00 0,00
FIC 3,30 6,60 13,20 1,00 0,00 0,00
DMIC 3,11 0,69

VEREADORIA DO CONTROLE DE PREÇOS

3740.EDES.E177.ED81.S0F6.S0F4.5908.709C

INDICADOR DE CATEGORIA DE CONSUMO
Linha Atual
3561
Linha Anterior
3561
Consumo (KWH)
1,00
Consumo Incl.
0,00
Consumo Excl.
0,00
Tarifa (R\$/KWH)
9,35369
Valor (R\$)
10,61

VALOR CONSUMO DO MES **10,61**
SALDO PARA PAGAMENTO FUTURO **-10,61**

VENCIMENTO **13/07/2016**

TOTAL A PAGAR (R\$) **0,00**

COMPARATIVO DE VALOR DE CONSUMO

HISTÓRICO DE CONSUMO

Energia 6,42
Transmissão 0,15
Distribuição 2,25
Encargos Setoriais 1,16
Tributos (PIS/COFINS) 0,62
TOTAL 10,61

CONSUMO COM SUSTENTABILIDADE DE CO2 (GRAMAS)

Compensa suas emissões pelo consumo de energia elétrica através da Social.
Emitido kg(CO2) Compensado kg(CO2) Condição Social (16 CO2)

12,97 0,00 0%

Informações importantes e avisos de vencimento

CONTAS EM ATRASO

Previsão Aviso
NOTIFICAÇÃO DE SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ENERGIA ELÉTRICA
Prezado Cliente, constatamos em nossos controles contábil em atraso.
Segue o detalhamento do Débito. O não pagamento da dívida implica
na possibilidade de suspensão do fornecimento da energia em 15 dias
após a entrega desta, conforme previsto na Res. ANEEL 414/10, Arts.
172 e 173, bem como o envio das informações aos ÓRGÃOS DE PROTEÇÃO
AO CRÉDITO E CARTÓRIO DE PROTESTO. Caso já tenha efetuado o pagamento,
favor desconsiderar o aviso.

FATURADO TAVA MINIMA.

Consta desta fatura R\$ 0,62 referente a PIS e COFINS.
Art. 9 Res. 100-2007 - ANEEL e 3018 n. 10.877-02 e 10.933-35

DEBITOS ANTERIORES
Mes/Ano Valor R\$
04/2016 26,39
Total 26,39

Nº do Cliente: 5353376-3
Data de Emissão: 13/07/2016
Referência: Total a Pagar (R\$): Jun/2016

Declaração de Residência

(Lei nº 7.115/53)

17

Maria das Graças Magalhães, abaixo assinado,
brasileiro(a), estado civil solteira, profissão agricultora,
portador(a) do RG nº 2000028 13 9470 SSP/PE e CPF nº
09.803.493 - 62 filho de pai Francisco das Chagas Magalhães
mãe Francisca Pereira de Lima Magalhães DECLARO, para os
 devidos fins, conforme artigo 1º da Lei 7.115/83, que sou residente e
 domiciliado na Sítio Cavante, nº 514 bairro
zona rural, na cidade de Vieira do Alamo - PE, ponto de
referência (próximo à) Francisco Arruda.

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.

Vieira do Alamo - PE 19/01/2017.



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

(Lei nº 7.115/53)

17

EU, Maria dos Graças Magalhães, abaixo assinado, brasileiro(a), estado civil solteira, profissão agricultora, portador(a) do RG nº 2000028 13 9470 SSP/PE e CPF nº 009.803.493 - 62, filho de pai Francisco das Chagas Magalhães e mãe Francisca Pereira de Lima Magalhães DECLARO, para os devidos fins, conforme artigo 1º da Lei 7.115/83, que sou residente e domiciliado na Sítio Poante, nº 511 bairro zona rural, na cidade de Vieira do Ceará - PE, ponto de referência (próximo à) Francisco Arruda.

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.

Vieira do Ceará - PE 19/01/2017.

DECLARAÇÃO DE POBREZA

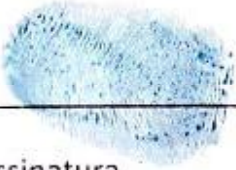
18

Eu Maria das Graças Magalhães,
nacionalidade brasileira, estado civil solteira,
profissão agricultora, RG nº 2000028139470 SSP/EE,
CPF nº 009.803.493-62, residente e domiciliado(a) na
Sítio Casimiro, nº 514, bairro Zona Rural,
na cidade de Vila Rica do Ceará - CE, 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.

Vila Rica do Ceará - CE, 19 de Janeiro de 2017.


Assinatura

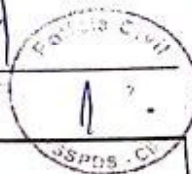


SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE VICOSA DO CEARA

BOLETIM DE Ocorrência N° 570 - 996 / 2016

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **21/06/2016 14:18:58**
Data / Hora da Ocorrência: **02/06/2015 15:30:00**
Endereço da Ocorrência: **SITIO MANHOSO**
Complemento:
Bairro:
Ponto de Referência: Município: **VICOSA DO CEARA/CE**



Noticiante(s)

Nome: **MARIA DAS GRAÇAS MAGALHAES**
Nascimento: **04/02/1948** CPF: **009.803.493-62**
RG: **2000028139470** Orgão Emissor: **SSO** UF: **CE**
Filiação: **FRANCISCA PEREIRA DE LIMA MAGALHAES**
FRANCISCO DAS CHAGAS MAGALHAES
Endereço: **SITIO CIPOAL**
Bairro: **ZONA RURAL** CEP:
Município: **VICOSA DO CEARA/CE**
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 99223-7914**

Histórico

AFIRMA A NOTICIANTE QUE NO LOCAL E DATA SUPRACITADOS, VINHA NA GARUPA DA MOTOCICLETA HONDA/NXR 150 BROS ES, 2013/2014, VERMELHA, PLACA OSL3226, CHASSI 9C2KD0550ER302110, DE PROPRIEDADE DE ANTONIO ARAUJO MAGALHAES, QUE ERA CONDUZIDO POR FRANCISCO DE ARRUDA MAGALHAES, ENVOLVEU-SE EM ACIDENTE DE TRANSITO, QUANDO O CONDUTOR AO PASSAR POR UMA PEDRA PERDEU O CONTROLE DO VEÍCULO, CHEGANDO OS MESMOS A CAIR AO CHÃO E FICANDO COM LESÕES CORPORAIS, CONFORME OS DOCUMENTOS EM ANEXO. ESTE B.O. É PARA FINS DE DPVAT.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE VICOSA DO CEARA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

RAIMUNDO RENAN SARAIVA DE OLIVEIRA NETO - MAT.: 40489916

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A) :

GREGORIO JOSE DE OLIVEIRA NETO - MAT.: 198805-1-6

Buscar no site

20

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- parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3160457156 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA MARIA DAS GRACAS MAGALHAES

COBERTURA Invalidez

SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO ARUANA SEGUROS S/A

BENEFICIÁRIO MARIA DAS GRACAS MAGALHAES

CPF/CNPJ: 00980349362

Posição em 26-09-2016 07:47:56

Pagamento liberado pela Seguradora Líder DPVAT.

Valor: R\$ 2.632,50

REGISTRO DE ATENDIMENTO

Nome: Maria das Graças Magalhães
 Sexo: M () F (☒) DN: 04/02/48
 Nome do Pai: Francisco das Chagas Magalhães Idade: _____
 Estado Civil: _____ Raça/Cor: _____
 Município de Origem: () Viçosa do Ceará () Outro Município: _____
 Endereço: Manhau Profissão: Francisco Pereira de Sousa Magalhães
 Cartão do SUS: _____ Telefone () _____
 Data do Atendimento: 02/06/15 RG: _____
 Hora: 16:13 Recepção: _____

SINAIS VITAIS

Peso: _____ g Temperatura: _____ °C Pressão Arterial: 150 x 90 mmHg
 FR: _____ irpm FC: _____ bpm DX: _____ mg/dL
 Classificação da dor: () Sem Dor () Leve () Moderada () Intensa () Insuportável

ACOLHIMENTO

Deseja Atendimento Ambulatorial: () Sim () Não
 Queixa Principal: _____
 Procurou Atendimento na Atenção Básica: () Sim () Não Há quanto tempo: _____
 Justificativa: _____ Qual o PSF: _____

TIPO DE ACIDENTE:

(☒) Acidente de Trânsito Data: 02/06/15 Hora: 16:13 Alcoolizado: () Sim (☒) Não () Ignorado
 (☒) Moto - Usando Capacete? nao () Automóvel - Usando cinto de Segurança? _____
 () Atropelamento Local: _____
 () Acidente por arma branca () acidente por arma de fogo () acidente de trabalho () Afogamento
 () Choque elétrico () Queda, De onde? _____
 () Ingestão Acidental: () Corpo Estranho () Produtos químicos farmacêuticos
 () Queimaduras: () 1° grau () 2° grau () 3° grau Por: () Água () Óleo () Álcool () Elétrico
 () Mordedura de Animais: () Domésticos () Selvagem
 () Outros: _____

Medicações e tempo de uso: _____

Anamnese e Exames Físicos Inicial:

Paciente deu entrada na unidade hospitalar vítima de Queda de
Campo de moto a menos oporata trauma em coluna lombar

Classificação de Risco: ☐

Data: 02/06/15

Assinatura do Profissional: _____

CEP: 257217

AVALIAÇÃO CLÍNICA:

ATENDIMENTO MÉDICO



EXAME FÍSICO:

parte da estrutura da unidade peripartu-
cipação de tempo com também por queda de

HIPÓTESE (S) DIAGNÓSTICA(S):

PROCEDIMENTO E CONDUTA:

1- Duetto 1a P	APRAZAMENTO
2- @ Diferença 1a P	
3-	
4-	
5-	
6-	

Dr. ANTONIO CÉSAR V. RIBEIRO
MÉDICO - CRM 6937
CPF: 036.015.59-14

MÉDICO
Assinatura e Carimbo

OBSERVAÇÃO DE ENFERMAGEM:

DESTINO:

() Alta () Observação

() TRANSFERÊNCIA PARA:

Assinatura do Usuário ou Responsável



PREFEITURA MUNICIPAL DE TIANGUÁ
HOSPITAL E MATERNIDADE MADALENA NUNES
SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO



1. Preencher esta ficha em 3 vias;
2. Ao terminar a consulta ou tratamento, entregar 2 vias ao usuário, orientando-o para retornar com a 1ª via à unidade de Origem.

FICHA DE REFERÊNCIA

TEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS / CEARÁ

Endereço de Origem: _____
Município: _____

Nome: Me das Graças Magalhães Prontuário Nº 168965

Sexo ☐ M ☒ F Data de Nascimento: 1 / 1 / 1 Ocupação Nº _____

Endereço: _____ Bairro: _____ Município: _____

Motivo de Encaminhamento: Do qualif @ c/ indur p/ MK @, repete
à anelgema

Resultado de Exames: Re: s/ lo. agude

Consulta já Realizada: _____

Expressão Diagnóstica: hírni de disco? (crise aguda)
7, 2, 15

Assinatura do Encaminhamento - Nº Registro _____ Função _____ Data _____ Hora _____

AGENDAMENTO

Encaminhamento para Atendimento: Ambulatorial: ☐ Hospitalar: ☐ Auxílio Diagnóstico: ☐

Procedimento: _____ Profissional: _____

Unidade de Referência: _____ Data: 1 / 1 / 1 Hora: _____

FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA (*)

Unidade de Referência: _____ Prontuário Nº _____ Alta: 1 / 1 / 1

Município: _____

Resultado Clínico / Cirúrgico: _____

Resultado de Exame: _____

Santa Casa de M. de Sobral
CONFERE COM O ORIGINAL
Andreia R. Montenegro Portela
COORDENADORA

Diagnóstico: Principal: _____ CID: _____

Secundário 1 _____ CID: _____

Secundário 2 _____ CID: _____

Proposta de Conduta para Seguimento: _____

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



HOSPITAL
DOM WALFRIDO

Serviço de Imagem

24

Pedido.....: 1420614
Dt. Realização.: 09/07/2015
Médico Solic.: HOSPITAL SANTA CASA DE
SOBRAL
Convênio.....: PLANO ECONOMICO
Dt. Impressão.: 15 de julho de 2015

MARIA DA GRACAS MAGALHAES
Matrícula.....: 850952
Atendimento....: 4209732
Idade.....: 67a 5m 10d

Exame: 652 - RM DE BACIA / PELVE

LAUDO

CLINICA: Dor na virilha.

TÉCNICA:

Sem contraste:
CORONAL T2 FSE
CORONAL T1 SPGR
AXIAL T2 FS
AXIAL T1 SPGR

RELATÓRIO:

- Edema nos processos transversos de S2 à S4 à esquerda.
- Lesão com alteração de sinal na musculatura glútea.
- Nota-se também edema no pilar anterior do fêmur esquerdo.
- Derrame nas bolsas trocântéricas com espessamento dos tendões do glúteos médios e mínimo, bilateralmente.

CONCLUSÃO:

1. Edema ósseo, conforme descrição acima.
2. Estiramento da musculatura grau II.
3. Bursite trocântérica bilateral.

FRANCISCO SAVIO TEIXEIRA PONTES
CRM: 6463

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGÊNCIAL

ATEND.: 4207937 DT. ATEND.: 7/7/2015 - 19:03
MATR.: 850952 NASCIMENTO.: 4/2/1948
NOME.: MARIA DA GRACAS MAGALHAES
NRE.: FRANCISCA PEREIRA DE LIMA MAGALHAES
CPF.: 00980349362 DNS: 704107699052850 SUSFACIL:
ENDER.: MANHOSO O
BAIRRO: DISTRITO - VIOSA DO CEARA -CE- CEP: 62300000

25/7/2015

ATENDIMENTO: AD

CIRÚRGICO ☒

ACOLHIMENTO

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: ☒

HORA DA CLASSIFICAÇÃO: _____

PROCEDÊNCIA: Viciosa

☐ PROCUROU PSF: SIM ☐

CAUSAS:

- ☐ ENCAMINHADO
- ☐ NÃO TINHA FICHA P/ CONSULTA
- ☐ NÃO TINHA MÉDICO
- ☐ POSTO ESTAVA FECHADO
- ☐ NÃO RESOLVEU O PROBLEMA

NÃO ☐

CAUSAS:

- ☐ NÃO É EFICIENTE
- ☐ É LONGE DE CASA
- ☐ NUNCA TEM MÉDICO
- ☐ TEM PLANO DE SAÚDE
- ☐ SAMU
- ☐ CARRO
- ☐ DEAMBULANDO
- ☒ OUTRAS AMBULANCIAS
- ☐ MOTO, BICICLETA...

☒ TRANSFERIDO DE OUTRO HOSPITAL:

☐ UBS

Santa Casa de M. de Sobral
SAME
CONFERE COM O ORIGINAL
Andreia R. Montenegro Portela
COORDENADORA

EDA DO ACOLHIMENTO:

paciente queixando dor na perna da moto há mais de 30 dias
relatando ser alérgica em geral e usando medicação para M.T.F., dor
de onça. Refrata dificuldade em deambular

PA: 101/70 PULSO: 76 bpm FR: _____ TEMP.: _____ PESO: _____

TIPO DE ACIDENTE:

- ☐ Acidente c/ objetos corto-contusos ☐ Acidente por arma de fogo ☐ Afogamento
- ☐ Choque-elétrico ☐ Queda. De onde? _____
- ☐ Ingestão acidental: ☐ Corpo estranho ☐ Produto químicos farmacêuticos
- ☐ Queimaduras: ☐ 1º Grau ☐ 2º Grau ☐ 3º Grau Por: ☐ Água ☐ Óleo ☐ Álcool ☐ Elétrico
- ☐ Atropelamento: ☐ Carro ☐ Moto ☐ Bicicleta ☐ Outros
- ☐ Carro ☐ com cinto ☐ sem cinto ☐ Moto: ☐ com capacete ☐ sem capacete
- ☐ Mordedura de animais: ☐ Doméstico ☐ Selvagem ☐ Ofídico
- ☐ OUTROS

LOCAL DO ACIDENTE: + Traci Fontinelli de Araújo

TIPO DE TRAUMA

- ☐ TCE ☐ ABDOMINAL ☐ TORÁCICO ☐ ORTOPÉDICO ☐ POLITRAUMA
☐ ESPANCAMENTO ☐ MÃE: ☐ OUTROS ☐ VIOLÊNCIA SEXUAL
☐ PAI ☐ PAI ☐ PADASTRO ☐ DESCONHECIDO

HORA DO ATENDIMENTO MÉDICO: _____
 HDA DO MÉDICO: _____

CONDUTA: _____

DIAGNÓSTICO: _____

Ass. Médico - CRM

MOTIVO DO ATENDIMENTO

- ☐ CLÍNICO ☐ CARDIOLÓGICO ☐ NEUROLÓGICO ☐ OFTALMOLÓGICO
☒ CIRÚRGICO ☐ TRAUMAT. ORTOPÉDICO ☐ OTORRINO ☐ ODONTOLÓGICO
☐ TENTATIVA DE SUICÍDIO ☐ OUTROS

DESTINO DO ATENDIMENTO: ☒ CONSULTA

- ☒ COM MEDICAÇÃO
☐ SEM MEDICAÇÃO

- ☐ ALTA COMPLEXIDADE
☐ INTERNAÇÃO

- ☐ CLÍNICO ☐ CIRÚRGICO

OBSERVAÇÃO: DESTINO

- ☐ INTERNADO: ☐ CLÍNICO ☐ CIRÚRGICO
☐ ALTA
☐ TRANSFERÊNCIA ☐ HOSPITAL DE ORIGEM ☐ OUTROS

ALTA DO PACIENTE