

Elke Castelo Branco ADVOCACIA
Rua 24 de Maio, n.º 1009, Sl.209 – Centro
Fortaleza/CE – CEP 60.020-001
Fone: (085) 8809.2001

PROCURAÇÃO “AD JUDICIA”

OUTORGANTE:

Nome: <i>Emanuelly de Oliveira Teixeira</i>			
Estado Civil: <i>solteira</i>	Profissão:	Carteira de Identidade: <i>2005010352084</i>	
CPF n.º: <i>040.804.203-66</i>	Residência: <i>Rua D, 190, Cj Res. Guadalupe</i>		
Bairro: <i>Parque Guadalupe</i>	Cidade: <i>Caucaia</i>	Estado: <i>CE</i>	CEP: <i>61.625-220</i>

OUTORGADO:

ELKE CASTELO BRANCO LIMA, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/CE sob o n.º 23.113 e **VITOR LOPES ARARUNA JUNIOR**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/CE n.º 27.450, ambos com escritório na Rua Vinte e Quatro de Maio, n.º 1009, Sala 118 – Centro, CEP: 60.020-001, Fortaleza – CE.

PODERES:

Concede amplos e ilimitados poderes com os da cláusula “AD JUDICIA et EXTRA” para o foro em geral, podendo o Outorgado defender o Outorgante em qualquer ação em que seja autor, réu, assistente, oponente ou de qualquer modo interessado para **promover a Ação Judicial competente para o receber indenização que lhe cabe, incluindo também poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT, assim como interpor todos os recursos em direito permitidos, propor ações e delas variar ou desistir, acompanhando-as em todos os seus termos até o final, agravar ou apelar de qualquer despacho ou sentença, fazer e assinar requerimentos e os documentos necessários, produzir provas e justificações, bem como poderes especiais para confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito que se funda a ação, acordar, receber, dar quitação, fazer retenção da importância referente aos honorários contratuais, finalmente tudo mais fazer, para o completo desempenho deste mandato, inclusive substabelecer, com ou sem reserva de iguais.**

Fortaleza, 28 de fevereiro de 2017.

Emanuelly de Oliveira Teixeira

OUTORGANTE

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu, Emanuelly de Oliveira Teixeira,
portador da carteira de identidade nº 2005010352084 e inscrito no CPF sob
o nº 040.804.203-66, residente e domiciliado no endereço
Rua D, 190, Cj Res. Guadalajara, Parque Guadalajara, Caucaia - CE,
DECLARO, para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que não tenho condições de
arcar com as despesas inerentes ao presente processo, sem prejuízo do meu sustento e de
minha família, necessitando, portanto, da Gratuidade da Justiça, nos termos do art. 98 e
seguintes da Lei 13.105/2015 (Código de Processo Civil). Requeiro, ainda, que o benefício
abranja a todos os atos do processo.

Fortaleza, 28 de julho de 2017.

Emanuelly de Oliveira Teixeira

DECLARANTE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE FISCALIZAÇÃO	
 EMANUELLY DE OLIVEIRA TEIXEIRA	
 DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF 2005010352084 SSPDS CE	
CPF 040.804.203-66 DATA NASCIMENTO 08/10/1987	
IRACIÃO MARIO JOSE MAGALHAES TEIXEIRA MARIA LENILVA DE OLIVEIRA TEIXEIRA	
PERMISSÃO ACC CATIA	
Nº REGISTRO 05531912530 VALIDADE 07/12/2021 1ª HABILITAÇÃO 04/07/2012	
OBSERVAÇÕES SEM OBSERVAÇÃO:	
<i>Emanuely de Oliveira Teixeira</i> ASSINATURA DO PORTADOR	
LOCAL FORTALEZA, CE DATA EMISSÃO 12/12/2016	
<i>Idon Vascócelus Ponte</i> 05980667996 CE156924854	
ASSINATURA DO EMISSOR 05980667996 CE156924854	

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Emanuelly de Oliveira TeixeiraRG nº 200501035208, data de expedição 12/12/2016 Órgão SSPDS

CPF nº 040.804.420-66, 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)	<u>D.</u>
Número	<u>190</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Pq. Guadalajara</u>
Cidade	<u>Caucaia</u>
Estado	<u>Ceara</u>
CEP	<u>61625-230</u>
Telefone de Contato	<u>(85)988431841 / (85)98821.2282</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Caucaia 09, de maio de 2017

Assinatura do Declarante: X Emanuelly de Oliveira Teixeira

DADOS DO CLIENTE

Nome: MARIA LENILVA D. TEIXEIRA

Endereço: RUA DE CUIRES GUARALAJARA, 190, PARQUE GUARALAJARA

Cidade: CRATO

CEP: 01625-230

End. Entrega:

Cidade:

CEP:

Local: 129 Setor: 077 Quadra: 0375 Lote: 0250 Comp: 0000
Subsetor: 00 Subquadra: 00

ECONOMIAS

Residencial: 001 Comercial: 000 Industrial: 000 Pública: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volumen ^{m³}	Média Semestral ^{m³}
ÁGUA	A09F120874	1128	1141	13	10

DATAS

Leitura Atual: 25/04/2017 Emissão: 25/04/2017 Lacre Atual: 194538
Leitura Anterior: 24/03/2017 Próxima Leitura: 24/05/2017 Lacre Original: 194538

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 03/2017

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Dúgidas	149	149	048	149	149
Análises	160	168	168	167	167
Em conformidade	160	167	168	150	167

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

MÉDIA DE CONSUMO (OUT/14 A SET/15): 12 m³ | META: 10 m³.
Agradecemos sua pontualidade. Água tratada e saudável.
RELATORIO DA QUALIDADE DA ÁGUA VEJA NO SITE CAGECE

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME
ÁGUA	39,73	Mês/Ano
ESGOTO	16,99	Água (m³)
TARIFA DE CONTINGÊNCIA	12,99	Esgoto (m³)
		ABR/16 14 11
		MAI/16 10 8
		JUN/16 13 10
		JUL/16 8 7
		AGO/16 12 9
		SET/16 10 8
		OUT/16 12 9
		NOV/16 11 8
		DEZ/16 8 6
		JAN/17 10 8
		FEB/17 12 9
		MAR/17 11 0

TAXAS SOBRE O FATURAMENTO

Descrição	Valor (R\$)	SUBSÍDIO	Valor (R\$)
PIS	0,66	VALOR DO SERVIÇO	94,16
COFINS	3,26	VALOR DO SUBSÍDIO	25,45
		VALOR TOTAL A PAGAR	68,71

MÊS/ANO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
04/2017	11/05/2017	68,71

DIRETÓRIO DE ATENDIMENTO

Banco de Atendimento: 0800 275 0195 - nas lojas de atendimento, de 8h às 17h, no site www.cagece.com.br ou na ouvidoria Cagece: 3101.1918, de 8h às 12h e 13h às 17h. Ouvidoria estadual: 155. Site da ARCE: www.arce.ce.gov.br

Central de Atendimento

Cagece

0800 275 0195

MOBILIT

155

É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme resoluções das Agências Reguladoras.

Maiores informações pelo telefone: 0800 275 0195, nas lojas de atendimento, de 8h às 17h, no site www.cagece.com.br ou na ouvidoria Cagece: 3101.1918, de 8h às 12h e 13h às 17h. Ouvidoria estadual: 155. Site da ARCE: www.arce.ce.gov.br

Entidades Reguladoras: Fortaleza: ACFOR - Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental: 0800 285 1819 - Densais Localidades: ARCE - Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará: 0800 275 0195.

DADOS DO CLIENTE

352623055572252 - 0323

Inscrição: 007044720

Código do Responsável:

Mês/Ano: 01/2017

Local: 129 Setor: 077 Quadra: 0375 Lote: 0250 Comp: 0000
Subsetor: 00 Subquadra: 00

Cidade: CRAUCAIR Vencimento: 11/05/2017 Total (R\$): 68,71

82680000000 2 68710009100 2 00704472001 4 00066622015 7





GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO



BOLETIM DE Ocorrência Nº 301 - 2274 / 2017

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
 Data / Hora da Comunicação: **03/05/2017 10:42:26**
 Data / Hora da Ocorrência: **04/03/2017 12:30:00**
 Endereço da Ocorrência: **RUA PADRE ANCHIETA**
 Complemento:
 Bairro: **ELLERY** Município: **FORTALEZA/CE**
 Ponto de Referência: **FRANGOLANDIA**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **EMANUELLY DE OLIVEIRA TEIXEIRA**
 Nascimento: **08/10/1987** CPF: **040.804.203-66**
 RG: **2005010352084** Orgão Emissor: **SSP CE** UF:
 Filiação: **MARIA LENILVA DE OLIVEIRA TEIXEIRA**
MARIO JOSE MAGALHAES TEIXEIRA
 Endereço: **RUA PEDESTRE D, 190**
 Bairro: **PQ ALBANO** CEP: **61.625-230**
 Município: **CAUCAIA/CE**
 País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98917-0022**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **PNH8398** Uf: **CE** Município: **CAUCAIA** Chassi:
9C6KG0650F0032670 Renavam: **1063649886** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **YAMAHA/YS150 FAZER SED** Ano
 Fabricação: **2015** Ano Modelo: **2015** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**
 Cor: **BRANCA** Proprietário: **EMANUELLY DE OLIVEIRA TEIXEIRA**
 Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

QUE A DECLARANTE VINHA SOZINHA PLOTANDO A MOTO DE PLACAS
 PNH8398 DE SUA PROPRIEDADE, QUE ESTAVA PELA RUA: PADRE
 ANCHIETA QUANDO UM CARRO DE PLACAS PNL2259, QUE ESTAVA
 PARADO NO LADO DIREITO CRUZOU A FRENTE DA DECLARANTE PARA
 ESTACIONAR EM UMAS VAGAS QUE TINHAM NO LADO ESQUERDO, QUE AO
 FAZER TAL MANOBRA CRUZOU A FRENTE DA DECLARANTE E ESTA COLIDIU
 COM ELE, QUE COM A COLISÃO A DECLARANTE CAIU E SE LESIONOU, QUE
 FOI SOCORRIDA PELO SAMU PARA O HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE ONDE
 RECEBEU OS PRIMEIROS ATENDIMENTOS. QUE A DECLARANTE JÁ HAVIA
 REGISTRADO UM BOLETIM DE ACIDENTE DE TRANSITO SEM FINS DE DPVAT
 NO 10 DP, DE Nº110- 2821\2017

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 1. DISTRITO POLICIAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

"ESCRIVÃO AD HOC" - MAT.:

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A) :

MARIA CÂNDIDA BRUM - MAT.: 126913-1-9

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

Pág. 1 de 2

Impresso em: 03/05/2017 11:02:38



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

fls. 22



BOLETIM DE Ocorrência Nº 301 - 2274 / 2017



DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento a Sra. Emanuelly de Oliveira Teixeira, no dia 04/03/2017, às 13h53min, na Rua Padre Anchieta, no Bairro Monte Castelo, vítima de acidente de trânsito. Removida ao Hospital Antonio Prudente.

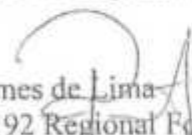
Documento requerido pela Sra. Maria Lenilva de Oliveira Teixeira, Processo nº P640023/2017.

Fortaleza, 11 de abril de 2017.

Atenciosamente,


Esther Cunha

Coord. SAME do SAMU 192 Regional Fortaleza


Roberto Gomes de Lima
Protocolo do SAMU 192 Regional Fortaleza



ESTE PRONTUÁRIO É PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento
11279436	EMANUELLY DE OLIVEIRA TEIXEIRA	F	
RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil
	4080420366		2-SOLTEIRO
Endereço			
FORTALEZA-CE CEP:61000000			
Telefone Residencial	Telefone Trabalho	Nome da Mãe	

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor			
116100-RECEPCAO ELETIVA AGUANAMBI			
Data	Hora	Matricula	Tipo Documento
15/03/2017	12:50		
Médico Atendente	Clínica		
116112 RODRIGO SCHIROLL ASTOLFI	4-CIRURGICA		
Médico Acompanhante	Tipo Atendimento		
116112 RODRIGO SCHIROLL ASTOLFI	0-INTERNAÇÃO		
Avaliação médica			

DADOS DO CONVENIO

Convenio	Plano
22-HAPVIDA	14-NOSSO PLANO ENFERMARIA COLETIVO
Carteira	Validade
01686000001015025	

DADOS DA INTERNAÇÃO

Posto	Acomodação	
CENTRO CIRURGICO - HAP FORTALEZA	133410 SALA CC 01	
Procedimento	Senha	Descrição
21782500	30720142	INTERRUPÇÃO
		EXERTE OSSEOS
		LESÕES LIGAMENTARES AGUDAS AO NÍVEL DO TORNOZELO -
		TRATAMENTO CIRURGICO

FICHA DE ANESTESIA

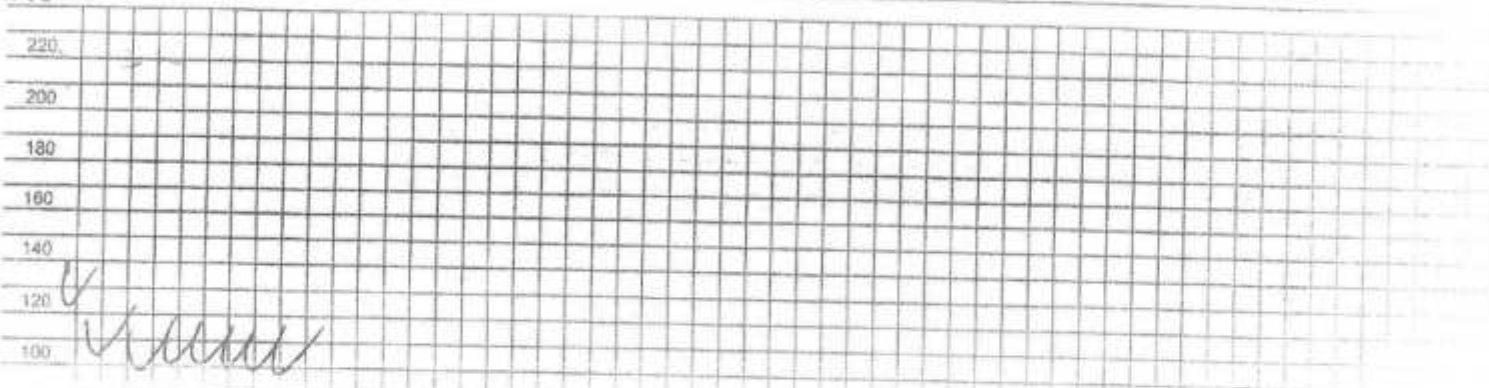


**ANTONIO
PRUDENTE**

Nome: Emanuelly de Oliveira Data: 15.03
 Idade: _____ Peso: _____ Sexo: F
 Prontuário: _____ Convênio: UAT
 Diagnóstico: VPR
 Cirurgia: fratura Anestesia: Roger + desbr
 Cirurgião: Dr. Rodrigo ASA: I

A | HORA | 17h | 18h

ETC O₂
PVC



1	deixado 3y	9			A			
2	Rogel 17h 15y 12h	10			B			
3	18h 15h	11			C			
4	deixado 3y	12			D			
5	deixado 3y	13			E			
6	deixado 3y	14			F			
7	deixado 3y	15			G			
8	deixado 3y	16			H			
9	deixado 3y	17			I			
10	deixado 3y	18			J			
LIQUIDOS					VOLUME	PERDAS	VOLUME	BALANÇO

BOLETIM DE CIRURGIA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAP FORTAL Leito: 133410/5

Paciente: EMANUELLY DE OLIVEIRA TEIXEIRA

Atendimento: 41730789

Prontuário: 14255438

Convênio: HAP-CA

Profissional(is): DAVI MARINHO DE ARAUJO, MEDICO, CRM 13177 (1)

Nº 09073048 15/03/2017 20:00:00

DIAGNÓSTICO

Diagnóstico Clínico

S920

Diagnóstico Cirúrgico

S920

DADOS DA CIRURGIA

Data Da Cirurgia

15/03/2017

Hora Da Cirurgia

17:23

Cirurgia

FRATURA DE CALCANEIO TRATAMENTO CIRURGICO

Cirurgião

DR RODRIGO

Anestesia

DR DAVI

Anestesiologia

DR GREGORIO

Descrição Cirúrgica

PACIENTE EM DECUBITO DORSAL
 PREPARO DE ROTINA
 ASSEPSIA E ANTISSEPSIA
 COLOCAÇÃO CAMPOS ESTÉREIS
 Acesso lateral AO CALCANEIO hemostasia
 REDUÇÃO COM PINÇAS ÓSSEAS
 FIXAÇÃO COM PARAFUSOS ENKERTO OSSEO E REPARO
 LOCAMENTAR
 DRENAGEM COM SIF E DRENO
 DRESSING COM FOLHA CURATIVO

Códigos Dos Procedimentos

30729157+30732026+30728142

Dr. Gregorio

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Formulário 106/04

Nº 157 Co. 12403612 Atendimento: 3173/789 Paciente: EMANUELLY DE OLIVEIRA TEIXEIRA

Prontuário: 14295434
S. 00000000 - HAPATIA

Data: 12/07/2013
Peso: 70,00 kg
Altura: 1,60 m

1. DIETAGERAL-ADULTO (PARA A IDADE)		3/0h ORAL	
2. Hidratação Venosa: Fase Única	Vol. Total: 500 ml	7,60 kcal/dia - Acesso Periférico	
SORO FISIOLÓGICO 0,9%	20,83 ml kcal/dia	500 ml	
3. CEFAZOLINA SODICA (1.00g) (D1/2)	1 g	1 FRAP(C/1GR)	8/8h EV
4. PROFENID IV (100.00mg)	100 mg	1 FRAP(C/100MG)	8/8h EV
5. DIPIRONA (500.00mg/ml)	1000 mg	2 ML (AMPL C/500MG)	8/8h EV
6. TRAMAL (50.00mg/ml)	100 mg	2 ML (AMPL C/100MG)	8/8h EV
7. PLAMET (5.00mg/ml)	10 mg	2 ML (AMPL C/10MG)	8/8h EV
8. SONDAGEM VESICAL DE ALÍVIO			SN
9. CURATIVO MFOB-1-SI-GATE ACOLCHADA			SN

Dr. Rodrigo S. Antolli
Cirurgião de Pe e Tornozelo
CRM-RO 14449 PEDT 13008

RP1541

TIAMI MARINHA ARAUJO 5/03/2017 17:25

55,4 kg



(1)

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 3170264400 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** EMANUELLY DE OLIVEIRA TEIXEIRA**COBERTURA** Invalidez**SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO** MARIA GECINEIDE FERREIRA NOBRE COR. SEGUROS EIRELI**BENEFICIÁRIO** EMANUELLY DE OLIVEIRA TEIXEIRA**CPF/CNPJ:** 04080420366**Posição em 01-08-2017 10:32:29**

Pagamento creditado ao beneficiário de acordo com os dados informados na autorização de pagamento.

Data do Pagamento	Valor da Indenizacao	Juros e Correção	Valor Total
20/06/2017	R\$ 3.375,00	R\$ 0,00	R\$ 3.375,00

ACESSIBILIDADE

</Pages/Acessibilidade.aspx></Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx>

A A A O

COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

[Documentos Despesas Médicas \(/Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx\)](/Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx)[Documentos Invalidez Permanente \(/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx\)](/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx)[Documento Morte \(/Pages/Documentacao-Morte.aspx\)](/Pages/Documentacao-Morte.aspx)[Dicas Indispensáveis \(/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx\)](/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)

PAGUE SEGURO

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

ACOMPANHE O PROCESSO

[Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização. \(/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx\)](/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx)