



Alencar, Ribeiro & Sombra
Advogados Associados

PROCURAÇÃO AD JUDICIA

OUTORGANTE: Eduardo Matos Elias, brasileiro, solteiro, menor,
RG nº 2016293276-0, representado por sua genitora: Maria
Helene Matos da Silva Elias, brasileira, solteira, autônoma,
portadora do RG 98010464254, SSP/CE, com CPF 985.745.
323-49, residente e domiciliada na Rua 634, n.º 25, bairro
Conjunto Ceará, Cidade de Fortaleza, Estado do Ceará,
CEP. 60.533-570.

OUTORGADOS: **ALENCAR, RIBEIRO & SOMBRA ADVOGADOS ASSOCIADOS S/S**, registrada na OAB/CE sob o nº 0860, inscrição CNPJ nº 18.041.675/0001-44, endereço eletrônico ars.juridico@gmail.com, através dos advogados **FRANCISCO WAGNER BARBOSA DE ALENCAR FILHO**, inscrito na OAB/CE sob o nº 29.811, **ABELMAR RIBEIRO DA CUNHA NETO**, inscrito na OAB/CE sob o nº 30.204 e **FABIO LIMA SOMBRA**, inscrito na OAB/CE sob o nº 27.447; com escritório profissional, à Av. Desembargador Moreira, nº 2120, sala 1304, Bairro Aldeota, CEP 60.170-002, Fortaleza – CE, onde receberão intimações.

PODERES: Por este instrumento particular de mandato, o OUTORGANTE confere ao OUTORGADO plenos poderes para o foro em geral, com a cláusula *ad judicium* et extra, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-lo nas contrárias, seguindo uma e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando, conferindo-lhe, ainda, os poderes especiais para *receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, receber, dar quitação, firmar compromisso e assinar declaração de hipossuficiência econômica*, conforme estabelecido no Art. 105 do Código de Processo Civil (Lei 13.105/2015), agindo em conjunto ou separadamente, podendo ainda substabelecer esta a outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, enfim, praticar todos os atos processuais que ache oportuno e conveniente para o fiel cumprimento deste mandato, dando tudo por bom, verdadeiro, firme e valioso.

Fortaleza - CE, 02 de Julho de 2018.

Maria Helene Matos da Silva Elias
OUTORGANTE



Alencar, Ribeiro & Sombra
Advogados Associados

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Declaro, também, para os devidos fins, ser pobre, na forma e sob as penas da Lei nº 7.115/83, não podendo, assim, arcar com as despesas advindas desse processo sem que haja prejuízo do sustento meu e de minha família.

Fortaleza - CE, ____ de ____ de 2018.

ASSINATURA

DO DECLARANTE



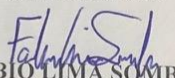
Alencar, Ribeiro & Sombra
Advogados Associados

SUBSTABELECIMENTO

EU, **ABELMAR RIBEIRO DA CUNHA NETO**, brasileiro, solteiro, advogado regularmente inscrito na OAB/CE sob o n. 30.204, portador do CPF de nº. 994.876.753-53 e **Dr. FABIO LIMA SOMBRA**, brasileiro, solteiro, advogado regularmente inscrito na OAB/CE 27.447, portador do CPF de nº 036.055.363-01, **SUBSTABELEÇEMOS SEM RESERVA** os poderes que nos foram conferidos por **EDUARDO MATOS ELIAS**, MENOR, representado por sua genitora **MARIA HELANE MATOS DA SILVA ELIAS**, para a advogada Dra. **SARAH BASTOS DE ALENCAR** – OAB/CE 33.781.

Fortaleza - CE, 18 de fevereiro de 2019.


ABELMAR RIBEIRO DA CUNHA NETO
OAB/CE 30.204


FABIO LIMA SOMBRA
OAB/CE 27.447

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO HUMANA E TRACAS DACTILOSCÓPICAS

Prolegar Direito

PROIBIDO PLASTIFICAR

Eduardo Matos Elias

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2016291276 - 0

DATA DE EXPEDIÇÃO 10/11/2016

NOME
EDUARDO MATOS ELIAS

FILIAÇÃO
BRUNO ELIAS DA SILVA

MARIA HELENE MATOS DA SILVA ELIAS

NATURALIDADE
FORTALEZA - CE

DATA DE NASCIMENTO
24/03/2008

DOC. ORIGEM
CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO

LIVRO: A-342 FORTALEZA - CE

CPF

1 VIA

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

ANT BEZERRA TERMO: 304652 FOLHA: 19

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
MARIA HELENE MATOS DA SILVA ELIAS

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR UF
99010464254 SSP CE

CPF
985.741.323-49

DATA NASCIMENTO
19/11/1982

FILIAÇÃO
LUIZ AUGUSTO DA SILVA
MARIA HELEISE MATOS DA SILVA

PERMISSÃO
B

ACC
B

CUMAR
B

Nº REGISTRO
05301692558

VALIDADE
29/06/2021

1ª HABILITAÇÃO
13/09/2011

OBSERVAÇÕES

Assinatura do Portador
Maria Helene Matos da Silva Elias

LOCAL
FORTALEZA, CE

DATA EMISSÃO
05/07/2016

Assinatura do Emissor
68580100890
CE154190500

DETRAN-CE (CERRA)

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1289471920

PROIBIDO PLASTIFICAR
1289471920



Nº DO CLIENTE

4861729-6

Para agilizar seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

A Tarifa Social de Energia Elétrica 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 07047261/0001-70 | CGF 08.105.848-3

enel

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B - SÉRIE B-4 (Nº)

Rota 16 01240 23 139000 - 2 Data de Emissão 24/11/2017

Nome MARIA HELENE MATOS DA SILVA ELIAS
End. Postal RU 0614 CONJ CEARA 00025
CONJUNTO CEARA - FORTALEZA - 60531570

Medidor 7702958 Poste 1258 555W
Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASICO BAIXA RENDA Fator de Potência 0,00
RG / CPF / CNPJ 985741323-49 CGF

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência Nov/2017 Data de Apresentação 24/11/2017 Previsão Próxima Leitura 23/12/2017

ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a leitura anterior desta conta:
Conjunta Set/2017 USD 24,82
Mês: DICRI= 0,30 P

ICMS

Base de Cálculo (R\$) 100,63 Aliquota 27,00% Valor do Imposto 27,17

Padrão Individual

Mensal Trim. Anual Mensal Trim. Anual

DIC 3,17 6,35 12,70 0,00 1,00 0,00
FIC 2,77 0,00
DMIC

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

E950.306E.304F.C802.1944.8197.9F86.1A24

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Ant.	Leit. Atual	Const.	Consumo (kWh)	Const. Incl.	Const. Excl.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
23003	22533	1,00	148	0,00	70	0,4400	30,72
					43	0,6600	31,72
24/11/17	25/10/17		30 DIAS		148		70,24

VALORES DO CONSUMO DO MÊS

ICMS COMPLEMENTAR BAIXA RENDA-CONV CONFAZ 079 10,37
MULTA MORATORIA REF 08/2017 1,33
CORRECAO MONETARIA DO MES 0,32
JUROS DO MES 1,82
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL 11,27
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA 1,38
PARCERIA ARAGAO DISTRIBUIDOR (85) 3253-4704 3/10 39,00
CARTAO DE TODOS - 0800.283.8916 19,50
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 6,47)

VENCIMENTO	05/11/2017	TOTAL A PAGAR (R\$)	155,12
-------------------	------------	----------------------------	--------

COMPOSIÇÃO DO VALOR DO CONSUMO

Transmissão 2,42
Distribuição 16,45
Encargos Setoriais 5,69
Tributos (ICMS PIS/COFINS) 33,20
TOTAL 81,99

HISTÓRICO DE CONSUMO

147	148	149	150	151	152	153	154	155	156	157	158
147	148	149	150	151	152	153	154	155	156	157	158

CONSUMO CONSCIENTE E EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.
Emitido 63 (kg) Compensação 63 (kg) Consciência Ecológica (%CO₂) 0

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

Prezado Cliente, constam em nossos controles conta(s) em atraso. Segue o detalhamento do Debito. O não pagamento da dívida implica na possibilidade de suspensão do fornecimento da energia em 15 dias após a entrega deste, conforme previsto na Res. ANEEL 414/10, Arts. 172 c/c 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.

Consta desta fatura R\$ 3,87 referente a PIS e COFINS. Aliquotas: PIS:0,64% e COFINS:2,33%
A bandeira para o mês de outubro será vermelha patamar 2 com acréscimo de R\$ 0,00 (mais tributos) a cada 100 (kWh). Mais informações em www.aneel.gov.br

Nº do Cliente: 24/11/2017 Referência: 155,23
Data de Emissão: 502515067 Total a Pagar (R\$): 0004861729 00063 39852 07
Nº 033000001-0 5523003100040-00048617290-2 006833935219-2





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 - 6072 / 2017

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **29/11/2017 16:00:21**
Data / Hora da Ocorrência: **27/10/2017 11:00:00**
Endereço da Ocorrência: **AVENIDA MISTRO DE ALBUQUERQUE LIMA, 880**
Complemento: **C/ AVENIDA C**
Bairro: **CONJUNTO CEARA** Município: **FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **MARIA HELENE MATOS DA SILVA ELIAS**
Nascimento: **19/11/1982** CPF: **985.741.323-49**
CNH: **737959916** Orgão Emissor: **DETRAN** UF: **CE**
Filiação: **MARIA HELEISE MATOS DA SILVA**
LUIZ AUGUSTO DA SILVA
Endereço: **RUA 614, 25 1ª ETAPA**
Bairro: **CONJUNTO CEARA**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP: **60.531-570**
País: **BRASIL** Telefone:

Nome: **BRUNO ELIAS DA SILVA**
Nascimento: **06/11/1983** CPF: **009.206.973-80**
CNH: **05329230252** Orgão Emissor: **DETRAN** UF: **CE**
Filiação: **MARIA MACIREMA RIBEIRO DA SILVA**
VICENTE ELIAS DA SILVA
Endereço: **RUA 614, 25**
Bairro: **CONJUNTO CEARA**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP: **60.531-570**
País: **BRASIL** Telefone:

Nome: **EDUARDO MATOS ELIAS**
Nascimento: **24/03/2008** CPF:
RG: Orgão Emissor:
Filiação: **MARIA HELENE MATOS DA SILVA ELIAS**
BRUNO ELIAS DA SILVA
Endereço: **RUA 614, 25**
Bairro: **CONJUNTO CEARA**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone:

Dados do(s) Veículo(s)

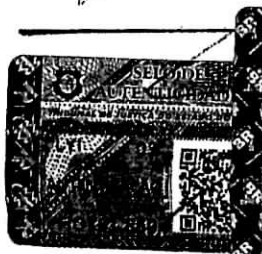
1) Placa: **HUW9488** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi:
9BGRZ08X05G127310 Renavam: **837650496** Tipo do Veículo:
AUTOMOVEL Marca / Modelo: **GM/CELTA 2P LIFE** Ano Fabricação:
2004 Ano Modelo: **2005** Combustível: **GASOLINA** Cor: **PRETA**
Proprietário: **LUIZ AUGUSTO DA SILVA** Situação: **NÃO INFORMADO**
Envolvimento: **COLISAO**

2) Placa: **HYK4368** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi:
9BFZF10A578431567 Renavam: **903503204** Tipo do Veículo:
AUTOMOVEL Marca / Modelo: **FORD/FIESTA FLEX** Ano Fabricação:
2006 Ano Modelo: **2007** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **PRATA**

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

Pág. 1 de 2

Impresso em: 29/11/2017 16:19:51



JAIME ARARIPE
Serviço Registral

Registro Civil das Pessoas Naturais do Distrito de Antônio Bezerra - Estado do Ceará
Bel. Jaime de Alencar Araripe Júnior - Titular | Bel. Guilherme Augusto de Alencar Araripe - Substituto
Av. Miler Hill, 4965 - CEP 60356-001 - Fortaleza - Ceará | (85) 3235-3301 - cartorio@secrel.com.br

AUTENTICAÇÃO - Certifico que esta fotocópia é reprodução
fidel do original que se foi representado.

Fortaleza, 14 de dezembro de 2017, 08:21:31. Em testemunho da verdade,

JOÃO PAULO VIANA MACHADO ADRIANO (Escritório)

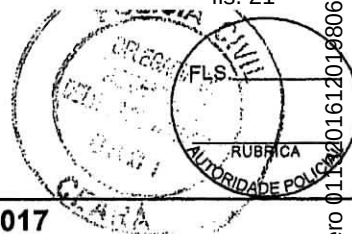
Valor total R\$ 2,29 - FINE - autêntica

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por SARAH BASTOS DE ALENCAR e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 23/02/2019 às 18:07, sob o número 01132016120198060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/imprensa/pesquisa/consultar-proto/documentos, informe o processo 0113201-61-2019.8.06.0001 e código 44A97C9.



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO



fls. 21

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 6072 / 2017

2) Proprietário: **RENATA DE SOUSA LIMA** Situação: **NÃO INFORMADO**
Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

QUE, COMPARECEM A ESTA ESPECIALIZADA A FIM DE REGISTRAR QUE, NA DATA CITADA, A VITIMA BRUNO ELIAS DA SILVA TRANSITAVA CONDUZINDO O CARRO DE PLACAS HUW-9488 E AS VITIMAS MARIA HELENE MATOS DA SILVA ELIAS E EDUARDO MATOS ELIAS TRANSITAVAM COMO PASSAGEIROS DO REFERIDO CARRO, QUE TRANSITAVAM PELA AV. MISTRO D. ALBUQUERQUE LIMA QUANDO UM CARRO DE PLACAS HYK-4368 AVANÇOU A PREFERENCIAL COLIDINDO COM AS VITIMAS, FICANDO AS VITIMAS LESIONADAS SENDO AS VITIMAS MARIA HELENE MATOS DA SILVA ELIAS E EDUARDO MATOS ELIAS SOCORRIDAS POR POLICIAIS MILITARES PARA O HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO E DEPOIS FORAM TRANSFERIDOS PARA O INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA E A VITIMA BRUNO ELIAS DA SILVA FOI SOCORRIDO PARA HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO POR MEIOS PRÓPRIOS. E NADA MAIS DISSE.//////////
OBS:COMUNICAÇÃO FALSA É CRIME CAPITULADO NO ART.340 DO CPB.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

FRANCISCO DELÂNIO CAMPELO ALMEIDA - MAT.: 404836-1

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

BRUNO ELIAS DA SILVA

VISTO DO DELEGADO(A) :

DIANA MÁRCIA NOGUEIRA SURIMÁ - MAT.: 012875-1

x Maria Helene Matos da Silva Elias



Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por SARAH BASTOS DE ALENCAR e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, Promotoria de Justiça, sob o número 0111201-61.119.8060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0111201-61.119.8060001 e código 44A97C9.



**GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ**
Secretaria da Segurança Pública
e Defesa Social

Coordenadoria Integrada de Operações de Segurança

REGISTRO DE OCORRÊNCIA M20170801074 / 3697.

ÓRGÃO: PM Polícia Militar do Ceará

M20170801074

Data Abertura

27/10/2017 10:47:27

Área

AIS11

Tipo: M310 - ROUBO

Sub Tipo M310G - A ESTABELECIMENTO COMERCIAL

Endereço

RUA FRANÇA, 143, POTIRA II, CAUCAIA.

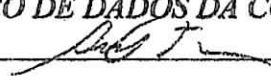
OBSERVAÇÕES: CARRO GOL PRATA E UMA MOTO BROS VERMELHA BRANCA E PRETA, FUGIU SENTIDO RUA ESTADOS UNIDOS. FIESTA PRATA E UMA MOTO BROS VERMELHA. SOLICITANTE INFORMA QUE ELES EFETUARAM 6 DISPAROS NO LOCAL E SAIRAM SENTIDO JUREMA. RD1144 SGT PIRES 8751.2661 15H30 - CORREDOR COMERCIAL, PERITA SÔNIA PC7005 CIENTE AS 11:29. CARRO ENVOLVIDO NO ASSALTO HYK4368, CP17211 ESTA NO LOCAL. PERÍCIA JÁ COMPRARECEU. VEÍCULO ATROPELADOR ????. PERÍCIA VTR 7005 PERITA SÔNIA. CP 17251, SD OSMANI, FICOU NO LOCAL PARA ESPERAR O REBOQUE. CP 17211 PEGAR O S49. CP17251 SD.OSMANIR 985742543 17HS CM GENIBAU. GUINCHO ACIONADO. RUA ITÁLIA 214 BAIRRO TABAPUAZINHO CAUCAIA. MOTO BROS PMD 4812 CAUCAIA. SOLICITANTE RELATA QUE UM CARRO FIESTA PRATA PAROU E LHE ABORDOU E LEVOU A SUA MOTO. CARACTERÍSTICAS: MORENO, BERMUDA JEANS, BLUSA LISTRADA, GOLA POLO LEVOU E SAIU SENTIDO JUREMA. SOLICITANTE CARLOS DANIEL. ORIENTADO A REGISTRAR O BOLETIM. CADASTRADO NO S25 PROVISÓRIO. VEÍCULO: Placa: PMD4812 Chassi: 9C2KD1000GR020330, Modelo: HONDA/NXR 160 BROS Cor: PRETA, Ano: 2016/2016, Município: CAUCAIA. REPASSADO S25 FREQUENCIA GDGOE. SOLICITANTE - FRANCISCA SONIA. BAIRRO - CIPÓ. ENDEREÇO - AV. SOL POENTE, KM 11. COMUNICADO A DP - VÍTIMA REGISTRAR BOLETIM NA DP. CHEGANDO NA AV. MINISTRO ALBUQUERQUE DE LIMA COM AV. C, 880. ENCONTRAMOS A COMPOSIÇÃO DA RD1144 E CP12062 COM 3 HOMENS, LUCAS JONATAN DE MARIA, 20 ANOS; JONAS HENRIQUE DE MARIA, 19 ANOS E BRUNO SANTOS ARRAIS, 16 ANOS. ELES FORAM PRESOS APÓS BATEREM O CARRO DE PLACA HYK4368 EM UM CELTA PRETO HUW9488, AS VÍTIMAS DO CELTA FORAM SOCORRIDAS POR POPULARES, OS PRESOS FORAM PARA A 12º DP, CONJUNTO CEARÁ E O MENOR PARA A DCA. A VÍTIMA VALDIR MALHEIRO DE ARAÚJO, 30 ANOS, QUE TEVE DINHEIRO, TV, DOCUMENTOS, ETC. ROUBADOS SE DIRIGIU PARA A DP. REBOQUE DM TRANSPORTES, ELIELDO NEGRÃO DE SOUSA, PLACA PMH 2302, ACOMPANHANDO ATÉ A DCA. CP17251 FINALIZOU O APOIO. SEGUNDO A PERITA SÔNIA COLISÃO ENTRE O CARRO DE PLACA HYK 4388 E UM CARRO DE PLACA HUW 9488 - PERÍCIA CONCLUÍDA. FOMOS ACIONADOS POR POPULARES QUE HAVIA ACONTECIDO UM ASSALTO NA RUA FRANCA, 143, PARQUE DAS NAÇÕES E QUE OS SUSPEITOS ESTAVAM EM UM VEÍCULO FIESTA PRATA PLACAS HYK4368, QUANDO NOS DEPARAMOS COM OS MESMOS NA AV. DOM ALMEIDA LUSTOSA COMEÇANDO UMA PERSEGUIÇÃO TERMINANDO NA AV. MIN ALBUQUERQUE LIMA COM AV.C, EM FRENTE AO Nº. 880 VEIO A COLIDIR COM UM CELTA PLACAS HUW 9488 CONDUZIDO POR BRUNO ELIAS DA SILVA, 33 ANOS. ACUSADOS: LUCAS JONATAN DE MARIA, 20 ANOS E JONAS HENRIQUE DE MARIA, 19 ANOS, IRMÃOS. END. TRAV ISAC NEWTON, 79, AUTRAN NUNES E O MENOR BRUNO DOS SANTOS ARRAIS, 16 ANOS ROBENIA DE SOUZA SANTOS, MÃE. END. RUA PEDRO AUGUSTO, 225, AUTRAN NUNES VÍTIMA: VALDIR MALHEIRO DE ARAÚJO, 30, RUA FRANÇA 136, PARQUE DAS NAÇÕES, VÍTIMA

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

2: CARLOS DANIEL BRIOSO SILVA, 18 ANOS, RUA MOZART PINTO, 1783, VÍTIMA 3: JOSÉ NILSON DIOGENES SALDANHA, 57 ANOS. ART. MENOR 157 ATO INFRACIONAL. MAIORES. 157 INC.1 E 2, ART. 244B ECA. PROCEDIMENTO FEITO NA DCA PELA DRA. ARLETE GONÇALVES SILVEIRA. OS MAIORES FORAM ENCAMINHADOS A DMC E MENOR APRESENTADO NA DCA. INQ. 26-469/2017. CP12051/12062/RD1144.

Viaturas: CP12051, CP12062, RD1144. Finalização: 14 – FLAGRANTE.

CONFORME REGISTRO DO BANCO DE DADOS DA COORDENADORIA INTEGRADA DE OPERAÇÕES DE SEGURANÇA, CONFERE:  (TEN-CEL PM JOSÉ AIAS DE SOUSA SILVA – MAT. 091.257-1-X).

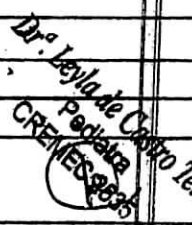
José Aias de Sousa Silva
Ten-Cel PM Mat.: 091257-1-X

Fortaleza, 24 de novembro de 2017.


ARISTÓTELES COELHO CORREIA – CEL QOPM
COORDENADOR DA CIOPS – MAT. 091.741-1-7

CIOPS – TECNOLOGIA E SEGURANÇA A SERVIÇO DA COMUNIDADE
AV. BEZERRA DE MENEZES, 581 – SÃO GERARDO – CEP 60.325-003 - FONE 3101-6000
Home Page: www.seguranca.ce.gov.br – E-Mail: ciops@sspds.ce.gov.br
Telefones de Emergência: 190 / 193 / 197 / 192 – Teledenúncia: 181.

Registro de Atendimento Emergencial

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL				DATA/HORA: 27/10/2017 12:25:13	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE					
CNS: 899004815936104	NOME: EDUARDO MATOS ELIAS		Registro: 5634391		
CPF:	RG:	D. NASC: 24/03/2008	ESTADO CIVIL:	SEXO: M	RAÇA/COR: Parda
NOME DA MÃE: MARIA HELENE MATOS DA SILVA ELIAS			NOME DO PAI: BRUNO ELIAS DA SILVA		
TIPO DE LOGRADOURO: Rua	ENDEREÇO DO PACIENTE: 614		Nº: 25	BAIRRO: CONJUNTO CEARA	
COMPLEMENTO:	TELEFONE CONTATO:	MUNICÍPIO: FORTALEZA	UF: CE	CEP: 80531570	
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL					
NOME: AMB DO CONJUNTO CEARA		PARENTESCO:		TELEFONE: 987919707	
ACIDENTE DE TRABALHO					
TIPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:	COSIDO DO ONIAT:		
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO					
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com automóvel / microônibus (acidente de carro). Ocupante de um automóvel (carro) traumatizado em colisão com outro veic. a motor de duas ou três ro					
QUEIXAS: LACERAÇÃO NA CABEÇA, NO PESCOÇO, ECG 15, APOS COLISAO CARRO					
OBSERVAÇÕES: TCE					
SINAIS VITAIS					
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Residência	Escala de Dor: Leve	PRIORIDADE DE ATENDIMENTO:			
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO: PEDIATRA					
ATENDIMENTO MÉDICO					
Anamnese: Paciente vítima de colisão de veículos, consciente, afeta. Refere dor no pescoço e costas, no tórax e membros superiores e inferiores. Exame Físico: cabeleira e região cervical a D. Do exame geral: fraturas ou escoriações.					
Conclusão:					
TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO: Sol TCE de caráter					
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:					
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:					
DATA E HORA DO ATENDIMENTO: 27/10/17 12:50h		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA: 			

0301000001
CONSULTA MÉDICA

ARQUIVO GERAL I.J.F. ESTA COPIA
CONFERE COM A ORIGINAL
DATA 24/11/2018
Matricula: 15566-14


José Munil Paz Albuquerque
Chefe do Arquivo Geral



INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

Registro de Atendimento Emergencial



Emitido em: 07/11/2017 14:27:8

Por: EDUARDO MOREIRA

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

DATA/HORA: 27/10/2017 12:25:13

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CNS: 898004815936104	NOME: EDUARDO MATOS ELIAS	Registro: 5534331
CPF:	RG:	D. NASC: 24/03/2008
	ESTADO CIVIL:	SEXO: M
NOME DA MÃE: MARIA HELANE MATOS DA SILVA ELIAS	NOME DO PAI: BRUNO ELIAS DA SILVA	RAÇA/COR: Parda
TIPO DE LOGRADOURO: Rua	ENDEREÇO DO PACIENTE: 614	Nº: 25
COMPLEMENTO:	TELEFONE CONTATO:	BAIRRO: CONJUNTO CEARA
	MUNICÍPIO: FORTALEZA	UF: CE
	CEP: 60531570	

IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL

NOME: AMB DO CONJUNTO CEARA	PARENTESCO:	TELEFONE: 987919707
-----------------------------	-------------	---------------------

ACIDENTE DE TRABALHO

TIPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:	COSIDO DO CMIER:
------------------	-------------------	---------------------	------------------

ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com automóvel / microônibus (acidente de carro). Ocupante de um automóvel (carro) traumatizado em colisão com outro veículo, a motor de duas ou três ro

QUEIXAS: LACERAÇÃO NA CABEÇA, NO PESCOÇO, ECG 15, APOS COLISAO CARRO

OBSERVAÇÕES: TCE

SINAIS VITAIS

LOCAL DA OCORRÊNCIA: Residência	Escala de Dor: Leve	PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: VERDE
---------------------------------	---------------------	----------------------------------

ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:

ATENDIMENTO MÉDICO

Anamnese:

Exame Físico:

Conduta:

TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:

EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:

DATA E HORA DO ATENDIMENTO:

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:

SERVIÇO DE PROTOCOLO - 10:
RAE TIRADA
PELO SISTEMA E-SUS
DATA 07/11/2017
MATRÍCULA 13826
SARAH BASTOS DE ALENCAR
SERVIDORA(A)

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por SARAH BASTOS DE ALENCAR e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 23/02/2019 às 18:07, sob o número 01132016120198060001. Para conferir o original, acesse o site https://resaj.tce-jus.br/pesquisa/consultar_documento.do, informe o processo 0113201-61.2019.8.06.0001 e código 44A97C9.



INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

"24 horas de proteção à vida"

Boletim de Emergência Reg.:

5534391

O Sr.(a)

Edardo matos Dias

Foi atendido (a) neste Hospital no dia

27/10/17

às

h.

Tendo como causa do socorro

torção + fratura

graves no membro superior direito

Observações:

paciente encaminhado para
urgência de 07 (sete)
dias

Fortaleza,

27 de 10

de 2007

Médico de Plantão - CRM:

Dr. João Paulo V. A. Batista
CRM: 3553

Batista

CPF:



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos – Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Eduardo matos Elias

CPF da Vítima

Data do Acidente

27.10.17

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

maria helane matos da silva elias

CPF do Representante legal

985.741.323-49

Email

Telefone (DDD)

(85) 98774-9995

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

- ☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☒ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Sat e 25 de Dezembro de 2017

Local e Data

Maria Helane Matos da Silva Elias

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Luiz Augusto da Silva

RG nº 93027017338, data de expedição 28/01/2005

Órgão SSP-CE, portador do CPF nº 14103621320, com

domicílio na cidade de Fortaleza, no Estado de

CEARA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

RUA 614, CONJUNTO CARIAS, nº 25,

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mençãoado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima EDUARDO MATOS ENAS, cujo o condutor era

BRUNO ENAS DA SILVA.

Veículo: Automovel

Modelo: GM/Celta 2P Life

Ano: 2005

Placa: HUW 9488/CE

Chassi: 9BGR208X056127310

Data do Acidente: 27-10-17

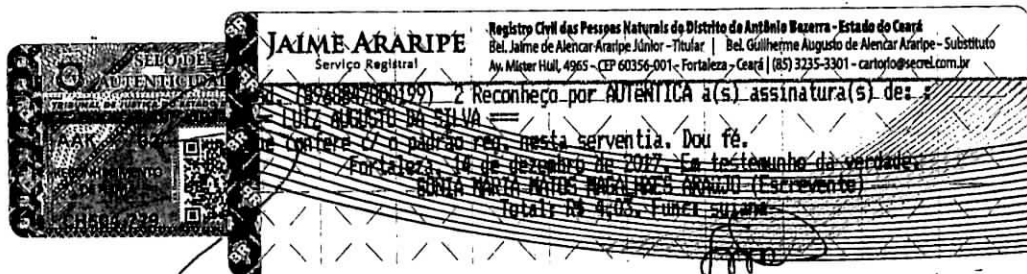
Local e Data: Fort. ce. 14-12-17



Luiz Augusto da Silva
Assinatura do Declarante

Bruno Enas da Silva

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 013.145.905.642
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
VIA - COT. RENAVAM Nº 000000000000 EXERCÍCIO 2016
PFT 01 00857650456

NOME
LUIZ AUGUSTO DA SILVA

FORTALEZA - CE

CPF/ENP 14103621330 PLACA HLMW9488/CE
PAGANT OF LICEN 1985705055710

ESPECIES PAS/ AUTOMÓVEL / 4000 CM3 / 4 P. / 2005
MARC/MODELO IGN/DELTA 2E LITE
C/POT/GIL 5P770EV/1000CV

CATEGORIA PART. 15
COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA
I *****
P *****
V *****
A *****

PREMIO TARIFARIO (R\$) 50,55
CUSTO DO SEGURO (R\$) 105,65
OBSERVAÇÕES

DETRAN - CE
FORTALEZA
1985705055710

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

CE Nº 013.145.905.642 BILHETE DE SEGURO DPVAT
ESTÉ É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMACOES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralidenc.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSAO 2016 11/11/2016
PLACA HLMW9488
TIP/ENP 14103621330

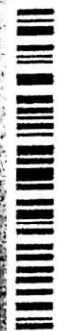
PAGANT OF LICEN 1985705055710
MARC/MODELO IGN/DELTA 2E LITE
C/POT/GIL 5P770EV/1000CV

ESPECIES PAS/ AUTOMÓVEL / 4000 CM3 / 4 P. / 2005
MARC/MODELO IGN/DELTA 2E LITE
C/POT/GIL 5P770EV/1000CV

CATEGORIA PART. 15
COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA
I *****
P *****
V *****
A *****

PREMIO TARIFARIO 50,55
CUSTO DO SEGURO (R\$) 105,65
OBSERVAÇÕES

DETRAN - CE
FORTALEZA
1985705055710





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima	Nome completo da vítima <i>Eduardo Matos Elias</i>
---------------------------	---------------	---

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo <i>Maria Helene Matos da Silva E</i>	CPF titular da conta <i>985.741.323-49</i>	Profissão <i>recurso</i>
Endereço <i>Rua 0614 Cony Ceara</i>	Número <i>25</i>	Complemento
Bairro <i>Cony Ceará</i>	Cidade <i>Fortaleza</i>	Estado <i>CE</i>
Email	CEP <i>60531-570</i>	Telefone (DDD) <i>(85) 98774-9995</i>

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR	☐ SEM RENDA	☐ ATÉ R\$ 1.000,00	☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00	
☒ CONTA POUPOANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341) ☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos) BANCO Nome NRO AGÊNCIA NRO. D/V CONTA NRO. D/V (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Fort. Ce, 07 de *Junho* de 18
Local e Data

X *Maria Helene Matos da Silva Elias*
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal