



RABELO LEAL ADVOCACIA e SERVIÇOS DE SEGUROS
Dr. Felipe Leal – OAB/CE 17.528

PROCURAÇÃO

Nome: <u>Maria Gorete Cruz Silva</u>	
Nacionalidade: <u>Brasileira</u>	estado civil: <u>Solteira</u>
Profissão: <u>Do lar</u>	
RG: <u>200204049454</u>	SSP/ <u>CE</u> CPF: <u>013226.373-42</u>
Logradouro: <u>R. Francisca Ademir Londero</u>	
Nº <u>445</u> , Compl. <u>para</u>	
Bairro: <u>Belavista</u>	CEP: <u>62.400-000</u>
Cidade: <u>Canindé</u>	UF: <u>Ceará</u> Tel: <u>(85) 9.97679417</u>

OUTORGADO: Felipe Reinaldo Rabelo Leal, brasileiro, casado, advogado, inscrição na OAB/CE 17.458, ambos com escritório profissional situado na Rua do rosário 77 sala 1402 Centro, Fortaleza – Ceará, Fone: (85) 98685-3187 / (85) 3226-1683, onde recebe intimações, notificações, etc. PODERES: Para o FORO EM GERAL, com Cláusula "ad-judicia et extra", para promover a defesa do mandante ou a de qualquer interesse seu, seja através de atos de representações, seja intentando ações ou defendendo-o das que contra si forem intentadas, podendo ainda confessar, reconhecer procedência de pedidos, receber citações, transigir, desistir, renunciar a direitos sobre que se fundam ações, dar quitação, firmar compromisso, receber e dar quitação, endossar cheque, receber alvará em nome do outorgante, dando tido por bom e valioso, com o fim específico para **AJUIZAR AÇÃO NA JUSTIÇA ESTADUAL DO CEARÁ**, podendo substabelecer com o sem reserva de iguais poderes em todas as instancias da Justiça Estadual deste estado.

Fortaleza (CE), 29 de junho de 2018.

Maria Gorete Cruz Silva

Assinatura



Nº DO CLIENTE 7810048-8 Para efetuar o atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.		A fatura mensal de energia elétrica foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002. enel Campanha Energética do Ceará Rua Pedro Valdivino, 150 CEP 60135-040 Fortaleza-CE CNPJ: 07.047.251/0001-70 CGF: 05.108.849-9	
CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B SÉRIE B-4 Nº		522354743	
Rota 15 36000 10 097600 - 8		Data de Emissão 20/04/2018	
Nome MARIA GORETE CRUZ SILVA			
End. Postal RU FRANCISCA ADENISE CORDEIRO 00745 BELA VISTA - CANINDE - 62700000		Posta 0000 0000	
Medidor 725197		CGF	
Classe 01-RESIDENCIAL 01-NORMAL MONOFASICO		RG / CPF / CNPJ 013226373-42	
Nome do Responsável			
DATAS		ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO Veja a legenda no verso desta conta.	
Mês de Referência	Data da Apresentação	Previsão Próxima Leitura	
Abr/2018	20/04/2018	22/05/2018	
ÍNDICES		Canine Feb/2018 0,0000000000000000	
Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto	
ISENTO			
ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL		Apuração Individual	
CÍD. BAF2 FED2 7694 6653 3850 7028 5440		ELSD 7,20	
INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO		Período de Referência	
Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)
6595	6566	1.00	30
Const. Incl.	Const. Excl.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
0.00	0.00	0.50403	15.12
DESCRIÇÃO		VALOR (R\$)	
VALOR CONSUMO DO MÊS		15,12	
MULTA MORATORIA REF 01/2018		0,51	
COB. SALDO FATURA ANTERIOR		30,74	

VENCIMENTO	20/05/2018	TOTAL A PAGAR (R\$)	46,37
COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO		HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)	
Energia	7,06		
Transmissão	0,13		
Distribuição	7,56		
Cargos Setoriais	0,00		
Tributos (ICMS PIS-COFINS) ...	0,96		
TOTAL	15,71		
CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)			
Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.			
Emitido kg (CO ₂)	Compensado kg (CO ₂)	Conscientize Ecológica (%CO ₂)	
12,97	0,00	0%	
INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO			
PARA CADASTRAR SUA CONTA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZE O NÚMERO DO CLIENTE-CONSUMIDOR DO SEU TÍTULO DE UTILIDADE PÚBLICA.			
Chame os vizinhos e amigos e entre no combate ao mosquito transmissor de dengue, zika e chikungunya. Ministério da saúde. Gov. Federal.			
Consta desta fatura R\$ 0,50 referente à PIS e COFINS Alíquotas: PIS(1,06% e COFINS(4,54%). Vale R\$ 9 Real. 100 Cédula - MAREL e Vale R\$ 10,63 e 10 e 10,82 e 83).			
Para este mês a bandeira será verde, sem custo adicional para os consumidores. Mais informações em www.eneel.gov.br .			

Nº do Cliente: 7810048-8
Data de Emissão: 20/04/2018
Nº da Nota Fiscal: 522354743

Referência: Abr/2018
Total e Pagar (R\$): 46,37
Nº de Controle: 0007810048 00019 39192 49





RABELO LEAL ADVOCACIA e SERVIÇOS DE SEGUROS
Dr. Felipe Leal – OAB/CE 17.528

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

NOME:

Maria Jurete Cruz Silva.

RG:

2002044049454.

SSP/CE CPF: 033.226-373-42

DECLARA de sua consciência e bem da verdade que VIVE E RESIDE em:

Logradouro:

R. Euameirsa Ademir Condado.
nº 745

Complemento:

Casa.

Bairro:

Bilovista CEP: 62.400-000

Que a presente declaração é a expressão da verdade, a qual é feita nos termos e sob as penas da lei, pelo que me responsabilizo pela presente

Fortaleza/Ce, 29 DE Janeiro 2019

Maria Jurete Cruz Silva



RABELO LEAL ADVOCACIA e SERVIÇOS DE SEGUROS
Dr. Felipe Leal – OAB/CE 17.528

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Nome: Maria Glete Cruz Silva

Nacionalidade: Brasileira Estado: Ceará Estado Civil: Solteira

Profissão: Do lar.

Rg: 90020449 SSP/CE - CPF: 093.226.373-19
454

Logradouro: R. Francisca Ademir Condeiro nº 445

Desejamos obter os benefícios da "Justiça Gratuita", declara, sob as penas da lei que não possui recursos suficientes para custear qualquer demanda, sem prejuízo do sustento próprio e da família, pelo que, nos termos da lei nº 1.060 de 05 de Fevereiro de 1950, faz jus aos benefícios da gratuidade da justiça.

Fortaleza/Ce: 29 de Jan de 2019

Maria Glete Cruz Silva



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
 POLÍCIA CIVIL
 DELEGACIA DO 20. DISTRITO POLICIAL



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 120 - 698 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
 Data / Hora da Comunicação: **16/05/2018 13:27:52**
 Data / Hora da Ocorrência: **13/02/2018 17:30:00**
 Endereço da Ocorrência: **ANEL VIÁRIO**
 Complemento:
 Bairro: **PARQUE JARI** Município: **MARACANAÚ/CE**
 Ponto de Referência: **CEMITÉRIO MEMORIAL FORTALEZA**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **MARIA GORETE CRUZ SILVA**
 Nascimento: **10/03/1983** CPF:
 RG: **2002014048454** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
 Filiação: **MARIA DO SOCORRO CRUZ SILVA**
FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA
 Endereço: **RUA FRANCISCA ADENISE CORDEIRO, 745**
 Bairro: **BELA VISTA**
 Município: **CANINDE/CE** CEP:
 País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98936-8989**

Histórico

Informa a declarante que no dia acima citado, estava como garupeira na motocicleta HONDA/CG 160 START de placa PNU5948, Renavam: 1131470319, Chassi: 9C2KC2500HR066708 registrada no Detran em nome de seu companheiro THIAGO LEITÃO LOPES, este que conduzia a motocicleta; Que a motocicleta vinha em sua mão normalmente quando um veículo GM/Corsa Sedan de placas HYO0720 conduzido por FABRICIO RODRIGUES DE SOUZA, este que estava em um acostamento entrou na via repentinamente cruzando na frente da motocicleta que seguia a declarante; Que THIAGO não conseguiu frear a tempo e acabou colidindo com o veículo GM/Corsa Sedan de placas HYO0720; Que com o impacto a declarante foi arremessada por cima do carro Corsa, bateu no para-brisa e depois caiu no chão; Que a declarante foi socorrida por uma ambulância que a levou para o hospital o IJF onde ficou internada e depois foi transferida para o hospital Fernandes Távora onde foi submetida a uma cirurgia; Que a declarante teve fratura exposta no fêmur direito; Que o motorista do Corsa FABRICIO permaneceu no local; Que a polícia Rodoviária Federal esteve no local e registrou o BAT; Que THIAGO também sofreu fraturas e foi socorrido pela ambulância; Que no local FABRICIO assumiu a culpa do acidente, porém depois quando THIAGO pediu para conversar com ele, o mesmo disse que não ia pagar nada; Que a motocicleta HONDA/CG 160 START de placa PNU5948 ficou bastante avariada impossibilitada de uso. E nada mais disse.
 x/x/x/x/x

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 20. DISTRITO POLICIAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

EDNUZIA ALMEIDA EMIDIO - MAT.: 404678-1-5

DELEGACIA DO 20. DISTRITO POLICIAL

Pág. 1 de 2

Impresso em: 16/05/2018 13:57:05

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA DO 20. DISTRITO POLICIAL

**BOLETIM DE Ocorrência Nº 120 - 698 / 2018****RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:** *maria gorette euz silva***VISTO DO DELEGADO(A) :****JOSÉ EVILÁSIO COSTA REBOUÇAS - MAT.: 013335-1-8**

SINISTRO 3180440047 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA MARIA GORETE CRUZ SILVA****COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO INVESTPREV**

Seguradora S/A-Filial Fortaleza - CE

BENEFICIÁRIO MARIA GORETE CRUZ SILVA**CPF/CNPJ: 01322637342****Posição em 09-10-2018 11:02:26**

Desculpe, no momento, não conseguimos localizar informações com os dados que você forneceu. Clique Aqui e nos envie um e-mail para que possamos checar melhor o seu caso. Entraremos em contato com você para informar a situação do seu pedido de indenização.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
08/10/2018	R\$ 2.362,50	R\$ 0,00	R\$ 2.362,50

HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES TÁVORA
AV FRANCISCO SA, 5445 - ALVARO WEYNE - FORTALEZA(CE)
CNPJ: 07.275.084/0001-15 CNES: 252884-3

FICHA DE INTERNAÇÃO

==[ADMISSÃO]==

Número	Data	Hora	Convênio	Classificação
201821000743	20/02/2018	21:20	PRAXIS	RUE - SMS
Caráter de Atendimento				SISREG
ELETIVO				12600079658
Origem do Paciente			Clínica/Especialidade	AIH
IJF			CLÍNICA CIRÚRGICA/TRAUMA-ORTOPEDIA	
Médico Solicitante			Médico Responsável	
6193 - ANTONIO VALTERNO NOGUEIRA PINHEI			6193 - ANTONIO VALTERNO NOGUEIRA PINHEI	
Procedimento Solicitado				Dias
0408050519 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR				4

==[IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE]==

Nome				Sexo
MARIA GORETE CRUZ SILVA				FEMININO
Nascimento	Idade	Raça/Cor	Estado Civil	Religião
10/03/1983	34 Anos	PARDA	SOLTEIRO(A)	CATÓLICO (A)
Mãe			Pai	
MARIA DO SOCORRO CRUZ SILVA			FRANCISCO RODRIGUES DA MSILVA	
Conjuge			Responsável	Prontuário
			MARIA LUANA RODRIGUES CASTELO	2444898
CNS	Registro		Documento Informado	
700609960420867	201802570000719		RG: 2002014049454	Emissão: 23/05/2002
País		Município de Naturalidade		CEP
BRASIL		ITAPIUNA/CE		62705-000
Município de Residência			Logradouro	
CANINDE/CE			RUA FRANCISCO ADENISE CORDEIRO	
Número	Complemento		Bairro	
745			CANINDE	
Fone Móvel	Fone Fixo	Ponto de Referência		
(85)9686.4803				

Situação no Mercado de Trabalho/Profissão(CBO)

EMPREGADO FORMAL / DO LAR

==[CONTATO/ACOMODAÇÃO]==

Em caso de urgência avisar

LUANA

Tipo de Acomodação

ENFERMARIA

Atendente: maria

==[TERMO DE RESPONSABILIDADE]==

Acomodação/Leito

213/01

Posto de Enfermagem

POSTO DE ENFERMAGEM 03

Data: 20/02/2018 Hora: 21:35:25 Tempo: 00:14:44

MARIA LUANA RODRIGUES CASTELO, abaixo assinado, responsável pelo paciente MARIA GORETE CRUZ SILVA, através do presente Termo de Responsabilidade, autoriza aos médicos do(a) HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES TÁVORA, a realizarem as investigações julgadas necessárias ao diagnóstico do referido paciente, bem como a executarem o tratamento adequado. Compromete-se, ainda, a respeitar todas as disposições contidas nos regulamentos do estabelecimento de saúde.

FORTALEZA(CE), 20 de fevereiro de 2018

RESPONSÁVEL

TESTEMUNHAS

Maria Luana Rodrigues Castelo



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde do Estado do Ceará
Coordenadoria de Regulação, Avaliação e Controle
CRESUS - Central de Regulação Estadual do SUS



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ

USUARIO: hercilio.aranha - UNIDADE: IJF INSTITUTO DR JOSE FROTA CENTRAL - FORTALEZA

Operação:
Acompanhar Solicitação de
Internação

VISUALIZAÇÃO DA SOLICITAÇÃO

Siga os passos abaixo:
 Seleção de situação
 Seleção da solicitação
 Visualização da solicitação
 Lista de ocorrência
 Inclusão de ocorrência
 Visualização de ocorrência
 Confirmação de cancelamento
 Registro de transferência
 Confirmação de transferência
 Operação finalizada com sucesso

Para retornar a lista de solicitações clique em Voltar.

Atalho
 Acesso / Desconectar
 Operações

Identificação do paciente

CNS - PACIENTE

700609960420867 - MARIA GORETE CRUZ SILVA

NOME DA MÃE

MARIA DO SOCORRO CRUZ SILVA

NÚMERO DO PRONTUÁRIO

5550088

DATA DE NASCIMENTO - IDADE

10/03/1983 - 34 anos

SEXO

FEMININO

NOME DO RESPONSÁVEL

O MESMO

TELEFONE DO RESPONSÁVEL

RUA FRANCISCO ADENISE CORDEIRO, Nº 745

ENDEREÇO

BELA VISTA

BAIRRO

CEARA

ESTADO DE RESIDÊNCIA

CANINDE

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Plantonista

MÉDICO

10473629372 - JONAS ARAUJO E SILVA

TELEFONE PARA CONTATO

(85) 32555000

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

PACIENTE TRANSFERIDO (INSTITUTO PRÁXIS)

Solicitação

NÚMERO

12600079658

SITUAÇÃO

SOLICITAÇÃO AGUARDANDO REGULAÇÃO

CENTRAL DE REGULAÇÃO

23044021 - FORTALEZA

DATA - HORA

20/02/2018 - 15:33

PROFISSIONAL

10473629372 - JONAS ARAUJO E SILVA

PROCEDIMENTO SOLICITADO

0408050519- - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR

PROCEDIMENTO REALIZADO

13 - CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

CLÍNICA

CLÍNICA COMPLEMENTAR

CARÁTER DA INTERNAÇÃO

5 - URG/EMERGÊNCIA AIH EMITIDA APÓS INTERNAÇÃO

GRAU DE PRIORIZAÇÃO

4 - URGÊNCIA

Justificativa da internação

DIAGNÓSTICO INICIAL

S723 - Fratura da diáfise do fêmur

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO

DIAGNÓSTICO DE CAUSAS ASSOCIADAS

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE COM FRATURA DE FEMUR, NECESSITA DE CIRURGIA

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

RISCO DE COMPLICAÇÃO

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS

ANAMNESE + EXAMES FÍSICO + RAIOS X

Causas externas

DEFINIÇÃO DO ACIDENTE

1 - NÃO SE APLICA



INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA



Emitido em: 05/04/2018 9:47:26

Por: UBIRAJARA MORAIS MENDONÇA

Registro de Atendimento Emergencial

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL						DATA/HORA: 13/02/2018 18:22:26	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE							
CNS: 700609960420867	NOME: MARIA GORETE CRUZ SILVA				Registro: 5550088		
CPF: 01322637342	RG: 2002014049454	D. NASC: 10/03/1983	ESTADO CIVIL:	SEXO: F	RAÇA/COR: Parda		
NOME DA MÃE: MARIA DO SOCORRO CRUZ SILVA				NOME DO PAI: FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA			
TIPO DE LOGRADOURO: Rua	ENDEREÇO DO PACIENTE: FRANCISCO ADENISE CORDEIRO		Nº: 745	BAIRRO: BELA VISTA			
COMPLEMENTO:	TELEFONE: 989368989	MUNICÍPIO: CANINDE	UF: CE	CEP: 62700000			
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL							
NOME: gessiane		PARENTESCO: colega			TELEFONE:		
ACIDENTE DE TRABALHO							
TIPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:		CÓDIGO DO CNAER:			
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO							
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motociclista, Colisão com um carro, pick up ou camionete							
QUEIXAS: COLISAO MOTO/CARRO APRESENTANDO FRATURA EXPOSTA DE FEMUR D							
OBSERVAÇÕES: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES/FRATURA EXPOSTA							
SINAIS VITAIS							
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Publica	Escala de Dor: Moderado		PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: AMARELO				
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:							
ATENDIMENTO MÉDICO							
Anamnese:							
Exame Físico:							
Conduta:							
SERVIÇO DE PROTOCOLO - INI RAE TIRADA PELO SISTEMA E-SUS DATA 05/04/18 MATRICULA 10-888.1 <i>[Assinatura]</i> SERVIDOR(A)							
TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:							
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:							
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:							
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:				CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:			