

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA ET EXTRA"

OUTORGANTE:

NOME: <u>Maria Rosilene da Silva</u>		
NACIONALIDADE: <u>Brasileira</u>	ESTADO CIVIL: <u>Solteiro</u>	
PROFISSÃO: <u>Serviços Gerais</u>	C.P.F.: <u>010.790.493-47</u>	
ENDEREÇO COM CEP: <u>Rua: S.to. José. St-07. N° 483 - cep. 61.606-610</u>		
BAIRRO: <u>Itapira</u>	CIDADE: <u>Caucaia</u>	U.F.: <u>ce</u>

OUTORGADO: JOSÉ ADENILSON LUZ DE AZEVEDO, brasileiro, advogado, casado, inscrito na OAB/CE sob o nº 34.130, com endereço para intimações e notificações, nesta urbe, na Rua Paulo Gomes da Silva, nº 226, bairro Parque Soledade, CEP 61.603-070, Caucaia/CE, onde recebe intimações de estilo (art. 106 do NCPC).

PODERES: Por este instrumento o(a) Outorgante supra qualificado, nomeia e constitui o Outorgado acima identificado, seu bastante procurador, conferindo-lhe os mais amplos poderes para o foro em geral, com a cláusula "Ad Judicia Et Extra", para agir, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-las nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando-os, representar o mesmo perante os Órgãos Públicos, nomear peritos e assistentes, promover reivindicações e impugnações, prestar lícitos compromissos, promover requerimentos administrativos, assinar termo, substabelecer com ou sem reserva de poderes, e praticar ainda, todos e quaisquer atos necessários e convenientes ao bom e fiel desempenho deste mandato.

PODERES ESPECÍFICOS: A presente procuração outorga ainda ao Advogado acima descrito, os poderes para, em nome do(a) Outorgante, receber citação judicial ou administrativa, receber intimações, prestar depoimento pessoal, reconhecer a procedência do pedido, confessar, transigir, desistir, renunciar ao direito em que se funda a ação, firmar acordos ou compromissos, receber e dar quitação, levantar, requerer ou receber alvarás, levantar valores em contas bancárias, receber valores, inclusive, em cheques decorrentes de condenação judicial, renunciar a quaisquer valores superiores ao teto dos Juizados Especiais em razão de eventual ajuizamento no procedimento especial (art. 3º da Lei 10.259/2001 e Lei 9.099/1995), pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, além de outros não expressamente constantes nesse mandato (art. 105 do NCPC).

Os poderes nesta procuração descritos poderão ser substabelecidos no todo ou em parte, com ou sem reservas, dando tudo por bom, firme e valioso, para o fiel cumprimento deste mandato.

DECLARAÇÃO: O(a)s outorgantes(s) **DECLARA(M)**, para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que não tem condições de arcar com as despesas inerentes à presente ação, sem prejuízo de seu sustento e de sua família, necessitando, portanto, da gratuidade judiciária, indicando como seus advogados os outorgados acima nomeados, nos termos do § 4º do art. 5º, da Lei nº 1.060 de 1950 e art. 98 e ss. do NCPC.

Caucaia-ce, 18 de Outubro de 2019

* Maria Rosilene da Silva
OUTORGANTE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO HUMANA E PERÍCIAS BIOMÉTRICAS

Prolegar Direito

PROIBIDO PLASTIFICAR

maria Rosilene da Silva

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 98025038010 DATA DE EXPEDIÇÃO 14/12/2016

NOME MARIA ROSILENE DA SILVA

FILIAÇÃO JOSÉ RIBAMAR DA SILVA MARIA CARMELIA DA SILVA

NATURALIDADE CAUCAIA - CE DATA DE NASCIMENTO 04/03/1982

DOC. ORIGEM CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO:1 OFÍCIO TERMO:16644 FOLHA:289 LIVRO:A15 CAUCAIA - CE

CPF

2 VIA

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

P.: 26





GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
 POLÍCIA CIVIL
 DELEGACIA METROPOLITANA DE CAUCAIA
 Impresso nº 2019390192



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 201 - 5417 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
 Data / Hora da Comunicação: **11/06/2019 10:03:18**
 Data / Hora da Ocorrência: **08/09/2018 21:00:00**
 Endereço da Ocorrência: **RODOVIA BR 222**
 Complemento:
 Bairro: **CENTRO** Município: **CAUCAIA/CE**
 Ponto de Referência: **CONVENTO**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **MARIA ROSILENE DA SILVA**
 Nascimento: **04/03/1982** CPF:
 RG : Orgão Emissor: UF:
 Filiação: **MARIA CARMELIA DA SILVA**
JOSE DE RIBAMAR DA SILVA
 Endereço: **RUA SAO JOSE, 483**
 Bairro: **PARQUE ITAPUÃ**
 Município: **CAUCAIA/CE** CEP:
 País: **BRASIL** Telefone: **8835-2571**

Histórico

QUE A DECLARANTE NO DIA E HORA ACIMA MENCIONADA, VIAJAVA NA GARUPA DA MOTOCICLETA DE MARCA BRAVA - CICLOMOTOR DAFRA/SUPER 50, DE COR VERMELHA, SEM PLACA E CHASSI 95VJJ2F8BCM000394, PILOTADA POR SEU COMPANHEIRO JOSINALDO DA COSTA PEREIRA, QUANDO A MOTO FOI COLIDIDA COM OUTRA MOTO DE PLACAS NÃO ANOTADAS; QUE A DECLARANTE E SEU COMPANHEIRO CAÍRAM AO SOLO E A DECLARANTE FRATUROU O DEDO E UMA LESÃO NO JOELHO; QUE A DECLARANTE FOI LEVADA POR UMA AMBULÂNCIA DO SAMU PARA O HOSPITAL IJF CENTRO DE FORTALEZA.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA METROPOLITANA DE CAUCAIA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

Josenildo Moura de Menezes
 Escrivão de Polícia

JOSENILDO MOURA DE MENEZES - MAT.: 061369-1-5

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Maria Rosilene da Silva

VISTO DO DELEGADO(A) :

LUIS RODRIGUES CAVALCANTE JUNIOR - MAT.: 301002-1-2

DADOS DO CLIENTE

Nome: MARIA CARMELITA DA SILVA

End. Leitura: RU STO JOSE ST-07, 483, ITAPUA

Cidade: CAUCAIA

CEP: 61.606-610

End. Entrega:

Cidade:

CEP:

Local: 129

Setor: 007

Quadra: 0093

Lote: 0596

Comp: 0000

Subsetor:

Subquadra:

ECONOMIAS

Residencial: 001

Comercial: 000

Industrial: 000

Pública: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volume(m³)	Média Semestral (m³)
AGUA	A12F360511	568	578	10	11

DATAS

Leitura Atual: 25/05/2019

Emissão: 11/06/2019

Lacre Água: 3073089

Leitura Anterior: 27/04/2019

Próxima Leitura: 25/06/2019

Lacre Esgoto:

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 03/2019

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Exigidas	146	146	047	146	146
Analisadas	149	149	149	148	148
Em conformidade	144	148	128	121	148

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

MÉDIA DE CONSUMO(OUT/14 A SET/15): 8 m3 | META: 10 m3.

Agradecemos sua pontualidade. Água tratada e saúde.

DIGITE ARCE NA PLAY STORE E BAIXE O APLICATIVO DA ARCE.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME		
		Mês/Ano	Água (m³)	Esgoto (m³)
AGUA	28,30	MAI/2018	9	0
JUROS DE 0,033% AO DIA	0,19	JUN/2018	11	0
		JUL/2018	14	0
		AGO/2018	15	0
		SET/2018	11	0
		OUT/2018	11	0
		NOV/2018	12	0
		DEZ/2018	13	0
		JAN/2019	11	0
		FEV/2019	12	0
		MAR/2019	10	0
		ABR/2019	10	0

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO

Descrição	Valor (R\$)
PIS	0,27
COFINS	1,36

SUBSÍDIO

Descrição	Valor (R\$)
VALOR DO SERVIÇO	41,29
VALOR DO SUBSÍDIO	12,80
VALOR TOTAL A PAGAR	28,49

MÊS/ANO

05/2019

VENCIMENTO

13/06/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

28,49

ONDE PAGAR SUA FATURA

Bancos: Bradesco, BNB, Itau, BIC, Banco do Brasil, Caixa Econômica Federal, Santander, Triângulo. Outros: PagFácil. A Cagece disponibiliza o serviço de débito em conta de sua fatura. Ative já este serviço. Consulte sua agência.

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 1919 - Demais Localidades: ARCE - Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará: 0800 275 3838.

DADOS DO CLIENTE

Inscrição: 0056292384

Código de Responsável:

Mês/Ano: 05/2019

Local: 129

Setor: 7

Quadra: 0093

Lote: 0596

Comp: 0000

Subsetor:

Subquadra:

Cidade: CAUCAIA

Vencimento: 13/06/2019

Total (R\$): 28,49

82620000000-6 28490009400-4 05629238401-5 00009231025-9



EMISSION: LOJA CAUCAIA 11/06/2019 09:39:39

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de prova, na forma e sob as penas da lei que eu Maria Rosilene da Silva, inscrito(a) no CPF número 010.790.493-47, Registro Geral de número 98025038010, resido em propriedade localizada na Rua: St. GOM. St-07, N° 483, na cidade de Pauçara, no estado de Ceará, onde moro desde _____, e recebo correspondências.

Declaro ainda, estar ciente de que a falsidade da presente declaração pode implicar na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Pauçara - ce, 18 de Outubro de 2019.

Maria Rosilene da Silva
DECLARANTE

DECLARAÇÃO
(LEI Nº 1.060/50)

NOME: <u>Maria Rosilene da Silva</u>		
NACIONALIDADE: <u>Brasileira</u>	ESTADO CIVIL: <u>Solteiro</u>	
PROFISSÃO: <u>Serviços Gerais</u>	DATA DE NASCIMENTO: <u>04/03/1982</u>	
C.P.F.: <u>010.790.493-47</u>	R.G.: <u>98025038010</u>	
ENDEREÇO: <u>Rua: São José. 54-07, Nº 483</u>		
BAIRRO: <u>Itapua</u>	CIDADE: <u>Caucaia</u>	U.F.: <u>ce</u>
C.E.P.: <u>61.606-610</u>	FONE:	

A pessoa acima qualificada, declara para os devidos fins de direito e sob as penas da Lei que não possui condições financeiras de arcar com as custas processuais, sob pena de prejuízo da manutenção própria e da própria família, nos termos do art. 5º, LXXIV, e na Lei nº 1.060/50 e alterações supervenientes.

Caucaia-ce, 18 de Outubro de 2019.

* Maria Rosilene da Silva

Declarante



Prefeitura de
Fortaleza

INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

SAÚDE e SUS
HOSPITALAR

Emitido em: 11/06/2019 8:3:59

Por: EDUARDO MOREIRA

fls. 17

Registro de Atendimento Emergencial

Pronto de Atto declaratório

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

DATA/HORA: 08/09/2018 22:07:21

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE							
CNS: 700202937118030	NOME: MARIA ROSILENE DA SILVA				Registro: 5579771		
CPF: 01079049347	RG: 98025038010	D. NASC: 04/03/1982	ESTADO CIVIL:	SEXO: F	RAÇA/COR: Parda		
NOME DA MÃE: MARIA CARMELIA DA SILVA				NOME DO PAI: JOSE DE RIBAMAR DA SILVA			
TIPO DE LOGRADOURO: Rua		ENDEREÇO DO PACIENTE: SAO JOSE		Nº: 483	BAIRRO: CAPUAN		
COMPLEMENTO:	TELEFONE: 988253571	MUNICÍPIO: CAUCAIA		UF: CE	CEP: 61615375		
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL							
NOME: SAMU USE 47 COND EDUARDO JOSIVALDO				PARENTESCO: ESPOSO		TELEFONE:	
ACIDENTE DE TRABALHO							
TIPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADO:		CNPJ DO EMPREGADOR:		COSIDO DO CNAER:		
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO							
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motociclista, Acidente de transporte sem colisão. Inclui: capotamento, queda ou projeção de uma motocicleta							
QUEIXAS: PACIENTE, 36 ANOS, TRAZIDA PELO SAMU COM HISTÓRIA DE TRAUMA FECHADO REGIAO DE OMBRO ESQUERDO + FX EXPOSTA PE E JOELHO							
OBSERVAÇÕES: DIREITO NA 01 HORA PROBLEMAS EM EXTREMIDADES - FX 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:							
TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:							
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:							
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:							
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:				CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:			



Prefeitura de
Fortaleza
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

LAUDO MÉDICO

RELATÓRIO DE ALTA

Nome: Maria Raulone da Silva
Idade: 55 anos 77 meses 11
Prontuário: 5579771 Unidade: 11 Leito: 1004

RESUMO CLÍNICO

Evolução/Intercorrências/Medicações relevantes:

Diagnóstico Principal: Lesão de Pott - vertebrae T12 e L1
Diagnósticos Secundários: fratura de coluna T12

Seqüelas Apresentadas:

Procedimentos Cirúrgicos:

() Não

- 1- Cirurgia realizada: Amputação Cirúrgica Cirurgião: Marcos
Tipo de anestesia/Sedação: _____ Data: 09/05/10
- 2- Cirurgia realizada: _____ Cirurgião: _____
Tipo de anestesia/Sedação: _____ Data: ____/____/____
- 3- Cirurgia realizada: _____ Cirurgião: _____
Tipo de anestesia/Sedação: _____ Data: ____/____/____
- 4- Cirurgia realizada: _____ Cirurgião: _____
Tipo de anestesia/Sedação: _____ Data: ____/____/____
- 5- Cirurgia realizada: _____ Cirurgião: _____
Tipo de anestesia/Sedação: _____ Data: ____/____/____
- 6- Cirurgia realizada: _____ Cirurgião: _____
Tipo de anestesia/Sedação: _____ Data: ____/____/____

Procedimentos Invasivos/Exames

() Sim

() Não

- 1- _____ Data: ____/____/____
- 2- _____ Data: ____/____/____



INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

"24 horas de proteção à vida"

Boletim de Emergência Reg. 5579771

O Sr.(a) Maria Raulene da Silva

Foi atendido (a) neste Hospital no dia 08 / 09 / 18, às ____ : ____ h.

Tendo como causa do socorro _____

Fratura Humer E

Observações:

Requerida de 30 (trinta) dias
de afastamento do trabalho

Fortaleza, 10 de 09 de 20018

Médico de Plantão – CRM: _____

Dr. Ângelo Luz

Cirurgia do Joelho

CPF: _____

CRM 8258

Meus doc 'Rq Word'CPD' Boletim de Emergência Reg.doc



Prefeitura de
Fortaleza
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

LAUDO MÉDICO

RELATÓRIO DE ALTA

Nome: Maria Pauline da Silva
Idade: 55 anos 77 meses
Prontuário: 5579771 Unidade: 11 Leito: KW 04

RESUMO CLÍNICO

Evolução/Intercorrências/Medicações relevantes:

Diagnóstico Principal: lesão de Pott com abscesso
Diagnósticos Secundários: fratura de fêmur E

Seqüelas Apresentadas:

Procedimentos Cirúrgicos:

() Não

1- Cirurgia realizada: Amputação Cirúrgica Cirurgião: Marcos
Tipo de anestesia/Sedação: 09/09/10
2- Cirurgia realizada: Cirurgião:
Tipo de anestesia/Sedação: Data //
3- Cirurgia realizada: Cirurgião:
Tipo de anestesia/Sedação: Data //
4- Cirurgia realizada: Cirurgião:
Tipo de anestesia/Sedação: Data //
5- Cirurgia realizada: Cirurgião:
Tipo de anestesia/Sedação: Data //
6- Cirurgia realizada: Cirurgião:
Tipo de anestesia/Sedação: Data //

Procedimentos Invasivos/Exames

() Sim

() Não

1- Data //
2- Data //

Registro de Atendimento Emergencial

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL						DATA/HORA: 08/09/2018 22:07:21	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE							
CNS: 700202937118030	NOME: MARIA ROSILENE DA SILVA				Registro: 5579771		
CPF: 01079049347	RG: 98025038010	D. NASC: 04/03/1982	ESTADO CIVIL:	SEXO: F	RAÇA/COR: Parda		
NOME DA MÃE: MARIA CARMELIA DA SILVA			NOME DO PAI: JOSE DE RIBAMAR DA SILVA				
TIPO DE LOGRADOURO: Rua	ENDEREÇO DO PACIENTE: SAO JOSE		Nº: 483	BAIRRO: CAPUAN			
COMPLEMENTO:	TELEFONE: , 988253571	MUNICÍPIO: CAUCAIA		UF: CE	CEP: 61615375		
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL							
NOME: SAMU USE 47 COND EDUARDO JOSIVALDO		PARENTESCO: ESPOSO		TELEFONE:			
ACIDENTE DE TRABALHO							
TIPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:		COSIDO DO CNAER:			
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO							
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motociclista, Acidente de transporte sem colisão. Inclui: capotamento, queda ou projeção de uma motocicleta							
QUEIXAS: PACIENTE, 36 ANOS, TRAZIDA PELO SAMU COM HISTÓRIA DE TRAUMA FECHADO REGIAO DE OMBRO ESQUERDO + FX EXPOSTA PE E JOELHO							
OBSERVAÇÕES: DIREITO NA 01 HORA PROBLEMAS EM EXTREMIDADES - FX 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:							
TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:							
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:							
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:							
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:					

VÍTIMA MARIA ROSILENE DA SILVA
COBERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO LIBIA CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME
BENEFICIÁRIO MARIA ROSILENE DA SILVA
CPF/CNPJ: 01079049347

Posição em 02-03-2020 16:55:27

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R\$00.000,00

Juros e Correção: R\$00.000,00

Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
03/07/2019	R\$ 337,50	R\$ 0,00	R\$ 337,50
16/08/2019	R\$ 1.518,75	R\$ 0,00	R\$ 1.518,75