

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Eduardo Cruz da Silva, solteiro, Autônomo,
Portador do RG: 2004010253304, SSP/CE 0PF: 061
462-673-09, com domicílio e residência na rua
Capitão Nogueira N° 400, Bairro Análonidia,
cidade de Fortaleza, CEP: 60851-180 - Fortaleza/CE

OUTORGADO: Nomeia e constitui como bastante procurador para defender seus direitos fundamentais e interesses jurídicos, Dr. **FRANCISCO WAGNER BARBOSA DE ALENCAR FILHO**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/CE sob o nº 29.811 e a Dra. **SARAH BASTOS DE ALENCAR**, brasileira, solteira, advogada, inscrita na OAB/CE 33.781, ambos com escritório profissional na Avenida Desembargador Moreira, nº 2120, sala 1304, Bairro Aldeota, na Cidade de Fortaleza, no Estado Ceará, recebendo a comunicação de quaisquer atos processuais neste endereço.

PODERES: Por este instrumento particular de mandato, o OUTORGANTE confere aos OUTORGADOS plenos poderes para o foro em geral, com a cláusula *ad judicium* e *et extra*, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defende-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, 23 de Dezembro de 2019.

Eduardo Cruz da Silva
OUTORGANTE

Av. Desembargador Moreira, nº 2120, sala 1304, Bairro Aldeota, CEP: 60.170-002, Fortaleza-CE /
E-mail: wedpvt.juridico@gmail.com | (85) 99796-0818 (85) 988982031

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, 23 de Dezembro de 2019.

Edualdo Cruz da Silva
Assinatura do declarante





Nº de Inscrição:

003121178

DADOS DO CLIENTE

Nome: MARIA DA CONCEICAO SANTOS DA CRUZ

End. Leitura: RUA CAP NOGUEIRA, 400, AEROLANDIA

Cidade: FORTALEZA

CE: 60851-180

End. Entrega:

Cidade:

Local: 001

Setor: 023
Subsetor: 00Quadra: 0164
Subquadra: 00

Lote: 0341

CEP: 0000

ECONOMIAS

Residencial: 001

Comercial: 000

Industrial: 000

Público: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volumen (m³)	Média Semestral (m³)
ÁGUA	A19N456080	49	67	18	18

DATAS

Leitura Atual: 12/12/2019

Emissão: 12/12/2019

Lacre Água: 99999

Leitura Anterior: 13/11/2019

Próxima Leitura: 13/01/2020

Lacre Esgoto:

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 10/2019

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Exigidas	526	526	125	526	526
Analisadas	528	527	528	528	528
Em conformidade	527	526	518	516	528

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

MÉDIA DE CONSUMO (OUT/14 A SET/15): 24 m³ | META: 19 m³.

Agradecemos sua pontualidade. Água tratada e saúde.

Evite incêndios. Regularize-se junto ao Corpo de Bombeiros.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

ÁGUA
ESGOTO
PARCELAMENTO DE DEB 4/5
MULTA DE 2%
JUROS DE 0,033% AO DIA

Valor (R\$)

68,09
47,58
53,03
3,36
0,44

HISTÓRICO DE VOLUME

Mês/Ano	Água (m³)	Esgoto (m³)
dez/18	19	15
jan/19	17	13
fev/19	22	17
mar/19	18	14
abr/19	19	15
mai/19	17	13
jun/19	19	15
jul/19	18	14
ago/19	14	11
set/19	18	14
out/19	18	14
nov/19	23	18

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO

Descrição	Valor (R\$)
PIS	1,65
COFINS	8,24

SUBSIDIO

Descrição	Valor (R\$)
VALOR DO SERVIÇO	188,35
VALOR DO SUBSIDIO	15,85
VALOR TOTAL A PAGAR	172,50

MÊS/ANO
12/2019VENCIMENTO
15/01/2020TOTAL A PAGAR (R\$)
172,50

I: 358299050726344 L: 3210 H: 08:49:42 R: 092 P: 001

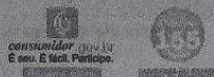
ONDE PAGAR SUA FATURA

Bancos: Bradesco, Itaú, Banco do Brasil, Caixa Econômica Federal, Santander, Bradesco, Outros, etc.
A Cagece disponibiliza o serviço de crédito em nome de sua família. Atenda este serviço. Consulte a agência.

Central de Atendimento
Cagece
0800 275 0195

Cagece
MOBIL

É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme resoluções das Agências Reguladoras.
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. Ouvidoria estadual: 153. Site da ARCE: www.arce.ce.gov.br.
Mais informações pelo telefone: 0800 275 0195 nas lojas de atendimento, de 8h às 17h, no site www.cagece.com.br ou na Ouvidoria da Cagece: 3101.1918 de 8h às 12h e 13h às 17h.



Fatura Mensal

Via do agente arrecadador

DADOS DO CLIENTE

Inscrição: 003121178

358299050726344 - 3210

Local: 001

Setor: 023
Subsetor: 00Quadra: 0164
Subquadra: 00

Lote: 0341

Mês/Ano: 12/2019
Comp: 0000

Cidade: FORTALEZA

Vencimento: 15/01/2020

Total (R\$): 172,50

82690000001 7 72500009000 3 00312117801 0 01016422015 3



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA METROPOLITANA DE CAUCAIA
Impresso nº 2020152680

3200146954



fls. 17

BOLETIM DE Ocorrência N° 201 - 1807 / 2020

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **20/02/2020 15:13:27**
Data / Hora da Ocorrência: **14/11/2019 10:25:00**
Endereço da Ocorrência: **R IJJALMA PETIT COM A RUA CAPITÃO OLAVO, AEROLANDIA - FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **EDUARDO CRUZ DA SILVA**
Nascimento: **14/04/1990** CPF: **061.462.673-09**
RG: **2004010253304** Orgão Emissor: **SSP** UF:
Filiação: **MARIA DA CONCEIÇÃO SANTOS DA CRUZ**
EDMUNDO BRITO DA SILVA FILHO
Endereço: **RUA CAPITÃO NOGUEIRA, 400**
Bairro: **AEROLANDIA**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **3472-5744**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **ORZ0590** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **9C2KC1660FR003174** Renavam: **1017401630** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 150 TITAN EX** Ano
Fabricação: **2014** Ano Modelo: **2015** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**
Cor: **BRANCA** Proprietário: **PEDRO SILVA DA CRUZ** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

DIZ O DECLARANTE QUE NO DIA E HORA ACIMA DESCRITO, PILOTAVA SUA MOTO ACIMA DESCRITA QUANDO FOI ATINGIDO POR UM OUTRO VEÍCULO DE PLACAS NÃO ANOTADAS; QUE O DECLARANTE NA CAIU AO SOLO E NA QUEDA FRATUROU A TIBIA E FIBULA ESQUERDA; QUE LEVADO AO HOSPITAL FROTHINHA DE ANTONIO BEZERRA E EM SEGUIDA PARA O HOSPITAL MATERNIDADE DRA. ZILDA ARNS NEUMANA, POR UMA VIATURA DO SAMU ONDE FOI OPERADO. E

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA METROPOLITANA DE CAUCAIA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : JOSENILDO MOURA DE MENEZES - MAT.: 061369-1-5

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: EDUARDO CRUZ DA SILVA

VISTO DO DELEGADO(A) : EDUARDO COUTINHO DO RÊGO - MAT.: 30119304

SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192 REGIONAL FORTALEZA

P-999368/19

PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

VEÍCULO: USB M-02 PONTO DE APOIO: CAIAZULHAS Nº DA OCORRÊNCIA: 0365

DATA: 14/11/2019 TURNO: M/T EQUIPE: Edgley e Eduardo

NOME: Eduardo Cruz da Silva IDADE: 29 anos SEXO: Masculino

ENDEREÇO: Vila Nova Pet. com Cap. 501

REFERÊNCIA: Ind. Marginal BR 16 BAIRRO: Aterro Velho

QTY: 11:10 QUS: 11:25 QUY: 12:16 QUU: 13:00

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: Colisão Carro e Moto

RESPONSIVIDADE E AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

RESPOSTA AO CHAMADO **EXPANSÃO TORÁCICA** **PULSO CENTRAL (AGRAVO CLÍNICO)**

☒ RESPONSIVO ☒ PRESENTE ☒ PRESENTE

☐ NÃO RESPONSIVO ☐ AUSENTE ☐ AUSENTE

☒ PÉRVIAS ☐ OBSTRUÍDAS POR: _____

A Vias aéreas

B Respiração

PADRÃO RESPIRATÓRIO **INSPEÇÃO** **PALPAÇÃO/PERCUSSÃO** **AUSCULTA**

☒ EUPNEICO ☐ NORMAL ☐ NORMAL ☐ NORMAL

☐ TAQUIPNEICO ☐ ALTERADA: _____ ☐ ALTERADA: _____ ☐ ALTERADA: _____

☐ BRADIPNEICO ☐ _____ ☐ _____ ☐ _____

☐ AGÔNICA/AUSENTE ☐ _____ ☐ _____ ☐ _____

C Circulação

PULSO **PELE** **ENCHIMENTO CAPILAR** **SANGRAMENTO EXTERNO**

☒ NORMOCÁRDICO ☐ CHEIO ☒ CORADA ☐ SUDOREICA ☒ ≤ 2 seg

☐ TRAQUICÁRDICO ☐ FILIFORME ☐ PÁLIDA ☐ SECA ☐ > 2 seg

☐ BRADICÁRDICO ☐ IMPALPÁVEL ☐ CIANÓTICA ☐ QUENTE ☐ NÃO

☐ LOCAL: _____ ☐ FRIA

D Neurológico

ESCALA DE COMA DE GLASGOW - ADULTO (a) / PEDIÁTRICA (p)

ABERTURA OCULAR **RESPOSTA VERBAL** **RESPOSTA MOTORA**

ESPONTÂNEA ☒ 4 ORIENTADO (A) / SORRI (P) ☒ 5 OBEDECE A COMANDOS ☒ 6

A VOZ ☐ 3 CONFUSO (A) / CHORO CONSOLÁVEL ☐ 4 LOCALIZA A DOR ☐ 5

A DOR ☐ 2 PALAVRAS INAPROPRIADAS (A) / INCONSOLÁVEL (P) ☐ 3 MOVIMENTO DE RETIRADA ☐ 4

NENHUMA ☐ 1 SONS INCOMPREENSÍVEIS (A) / GEMENTE (P) ☐ 2 FLEXÃO ANORMAL ☐ 3

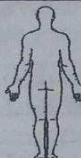
TOTAL: 15 NENHUMA ☐ 1 EXTENSÃO ANORMAL ☐ 2

PUPILAS: ☒ NORMAIS (FOTOREAGENTES E ISOCÓRICAS)

☐ ALTERADAS

E Exposição

ADULTO **LESÕES** **PEDIÁTRICO**

Dr. Otavio Valdeci

Fratura de Membro inferior esquerdo fêmur e fíbula fechada

SAMPLA

FC: 97 bpm PA: 150/90 mmHg FR: 18 rpm GLIC.: — OXIM.: 99% TEMP.: —

Abundado paciente em via pública ao lado. O mesmo apresenta consciência, orientado, verbalizando e alerta. Este foi acometido por colisão carro com moto, portava capacete nas duas partes, sem referir manuseios e/ou vapores. O mesmo apresenta fratura de membro inferior esquerdo de fêmur e fíbula fechada, alguns esmagamentos leves pelo corpo sem sinais sinais de fratura por intensa no local.

FY: DESLOCAMENTO; QUS: CHEGADA AO LOCAL DA OCORRÊNCIA; QUR: SAÍDA DO LOCAL DA OCORRÊNCIA; QUY: CHEGADA À UNIDADE DE SAÚDE; QUU: SAÍDA DA UNIDADE DE SAÚDE

ANOTAÇÕES / CONDUTAS MÉDICAS	
ASS. / CRM: _____	
ANOTAÇÕES / CONDUTAS DE ENFERMAGEM Foi abordado paciente em via pública no sub for visto nível de consciência e responsabilidade fato anotações primárias e secundárias foi visto (S.S.V.V) sinais vitais e sinais físicos com anotações e complicações, fato proximidade e história do caso, investigações e circunstâncias do trauma, fatos inócuos com tola e atadura, parafalanga e removed o mesmo do veículo. Foi provido o atendimento regular da ocorrência do SAMU 192 regular Fortalece e removido este paciente para o hospital. Ass. / COREN: regular Fortalece uniforme encabeça para o hospital referindo este segue nos dados médicos e observações hospitalar comprovando por familiares - esposa e mãe.	
ASS.: _____	
DESTINO DO PACIENTE	
☒ UNIDADE DE SAÚDE: <u>Frotinha do Antonio Bezerra</u>	
☐ LIBERADO ☐ RECUSA ☐ REMOVIDO POR TERCEIROS ☐ OUTRO: _____	
☐ ÓBITO → ☐ NO LOCAL ☐ DURANTE O TRANSPORTE	
PACIENTE ACOMPANHADO: ☒ SIM ☐ NÃO ASS. DO MÉDICO DA UNIDADE DESTINO: _____	
ASS. DO RESPONSÁVEL: <u>X^{ca} Cibele do Nascimento</u>	
COMPROVANTE DE ENTREGA DE VALORES	
RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO: _____	
DESCRIÇÃO DE VALORES ENTREGUES: _____	
LOCAL: _____	
ASS. DO RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO: _____	
TERMO DE RECUSA	
EU, _____ RG / CPF _____	
DECLARO ESTAR CIENTE DA NECESSIDADE DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA. PORÉM, RECUSO O SERVIÇO OFERTADO PELO SAMU EM: _____ às _____ hs, ASSUMINDO TOTAL RESPONSABILIDADE PELA MINHA DECISÃO.	
ASSINATURA: _____	

 Prefeitura de Fortaleza		Prefeitura Municipal de Fortaleza Secretaria Municipal de Saúde Coordenadoria de Hospitais e Unidades Especializadas Hospital e Maternidade Dra. Zilda Arns Neumann	
RESUMO DE ALTA			
PACIENTE: EDUARDO CRUZ DA SILVA		Nº PRONTUÁRIO: 87809	
TOTAL DE DIAS DE PERMANÊNCIA:	ENFERMARIA / LEITO: POSTO 1 /LEITO 102-06		
DATA DE ADMISSÃO 25/11/2019	DATA DA ALTA 08/12/2019		
DIAGNÓSTICO INICIAL / CID-10 FRATURA DA TIBIA E FÍBULA DISTAL ESQUERDA		DIAGNÓSTICO FINAL / CID-10 FRATURA DA TIBIA E FÍBULA DISTAL ESQUERDA CORRIGIDA	
HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO: PACIENTE 39A REFERENCIADO PARA ESTE HOSPITAL PARA TRATAMENTO CIRURGICO FRATURA DA TIBIA E FÍBULA DISTAL ESQUERDA .			
RESULTADOS DOS PRINCIPAIS EXAMES REALIZADOS EXAMES LABORATORIAIS, ECG E RX DE TÓRAX (PRÉ-OPERATÓRIO): SEM ALTERAÇÕES CLINICAMENTE SIGNIFICATIVAS.			
EVOLUÇÃO E COMPLICAÇÕES PACIENTE EVOLUI ESTÁVEL HEMODINAMICAMENTE, SEM QUIEXAS CLÍNICAS NO MOMENTO. PARAMETROS FISIOLÓGICOS E NORMAIS. EUPNEICA EM AR AMBIENTE E AFEBRIL. ELIMINAÇÕES FISIOLÓGICAS. DIETA ORAL. CONSCIENTE, ORIENTADA E VIGIL. BOM CONTROLE ALGÍDICO.FERIDA OPERATORIA SEM SINAIS FLOGÍSTICOS. APTO PARA ALTA HOSPITALAR.			
TERAPÊUTICA REALIZADA: TRATAMENTO CIRURGICO FRATURA DO PILÃO TIBIAL ESQUERDO E REPARO LIGAMENTAR REALIZADO POR DR VALCIR FILHO E DR FELIPE MARTINEZ NO DIA 06/12/19 SEM INTERCORRENCIAS.			
ORIENTAÇÃO PÓS ALTA:			
1) SEGUIR PRESCRIÇÃO E ORIENTAÇÕES MÉDICAS			
2) MARCAR NO SAME RETORNO PARA AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA <u>28.12.19 - 14h.</u>			
3) FAZER RAIO-X PARA AVALIAÇÃO AMBULATORIAL NO RETORNO			
4) RETIRAR PONTOS APÓS 14 DIAS DA CIRURGIA COM ENFERMAGEM			
5) ANALGESIA, PROFILAXIA PARA TEV E ORIENTAÇÕES GERAIS			
CONDIÇÕES DE ALTA () Curada (X) Melhorado () Inalterada () A pedido () Transferida () OUTRA () Óbito () Solicitada Necropsia			
Dr. RAFAEL Lima CUNHA Médico da Família e Comunidade CREMEC - 17610 Av. Lineu Machado, 145 - J. Clube CEP: 60520 - 100 Fortaleza		DATA DA ALTA: 08/12/2019 FORTALEZA- CE	
CARIMBO DO SERVIÇO		CARIMBO E ASS. DO MÉDICO	
Av. Lineu Machado, 145 - Jaquei Clube CEP: 60520 -100 Fone: (85) 3233-3545 Fortaleza - Ceará			

Rio de Janeiro, 15 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200146954

Vítima: EDUARDO CRUZ DA SILVA

Data do Acidente: 14/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), EDUARDO CRUZ DA SILVA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%	
Graduação: Em grau médio 50%	
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%	
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$ 1.687,50

Recebedor: EDUARDO CRUZ DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000001559

Conta: 0000030499-3

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

