

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: MANIA LOPES MOTA, BRASILEIRA, VIUVA,
APRESENTADA, inscrito no CPF sob o nº 911.994.253-20 e RG nº
3430 881-99, residente e domiciliado na Rua
ST DOS MILHONS, nº. S/N, Bairro ZONA RURAL,
QUITEMANOPOLIS -CE, CEP 63650 000, e-mail MANIALOPESMOTA@OUTLOOK.COM.

OUTORGADOS: **José Etnatan Pereira Filho**, brasileiro, casado, advogado OAB/CE nº 27.758, **Geraldo Pinheiro Neto**, brasileiro, casado, advogado, OAB/CE 20.427, **Rossana Cláudia Rossas De Araújo Lemos**, brasileira, casada, advogada, OAB/CE sob o nº 26.353 e **Paulo Rômulo Coutinho Cavalcante**, brasileiro, solteiro, advogado (ainda sem numero de inscrição), todos com escritório à Rua Edmar Villar de Queiroz, 96, Bairro Edson Queiroz, Fortaleza-CE.

PODERES: por este instrumento particular de procuração, constituo meus bastantes procuradores os outorgados, concedendo-lhes os poderes da cláusula *ad judicium et extra*, para o foro em geral, podendo, portanto, promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, em qualquer instância, 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 aos Advogados acima descritos, os poderes para **receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, receber e dar quitação, firmar compromisso, levantar alvará, pedir justiça gratuita** (Em conformidade com a norma do art. 105 do NCPC15).

Os poderes específicos acima outorgados poderão (ou não poderão) ser substabelecidos.

Fortaleza/Ce, 15 de JUNHO de 2018.

Mania Lopes Mota

Outorgante

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3430881-99

DATA DE EXPEDIÇÃO 22.12.99.

NOME MARIA LOPES MOTA

FILIAÇÃO João Lopes Mota

NATURALIDADE Maria Izabel Mota.

DATA DE NASCIMENTO 02.11.1956

SEXO F

DOC ORIGEM Independência, Ce.

CART. NASC. 946.1v.A.029.Fle.38.

CART. LAPI. Independência, Ce.

CPF

FORTALEZA

ASSINADO DIRETOR

LEIN 7118 DE 29/08/03

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

CPF

CARTÃO DE IDENTIDADE

maria do peçota

Cartão de uso pessoal e intransferível.

Dove ser apresentado junto com um documento de identidade.

Julho/2001

CORREIOS

www.correios.com.br

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Secretaria da Receita Federal

CPF

911.994.253-20

MARIA LOPES MOTA

02/11/1956

9974 77009

CAITE

VITIMA



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° 522484632

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135 040 | Fortaleza CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

A Tarifa Social de Energia Elétrica
foi criada pela Lei nº 10.438 de
26 de abril de 2002

Esta é a segunda via de
ABR/2018

Utilize o n° abaixo sempre
que entrar em contato conosco

N° DO CLIENTE
2347325 DV **8**

VENCIMENTO
01/06/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)
0,00

Rota 37 037042 11 032000 Medidor 10335227 Poste 0000 0
Nome MARIA LOPES MOTA
Endereço Postal

End. da Unidade Consumidora ST DOS MILTONS QUITERIANOPOLIS 63650000

RG / CPF / CNPJ 911.994.253-20 CGF
Classe 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA, BAIXA RENDA Fator de Potência 0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual Leitura Anterior Constante Consumo (kWh) Consumo Incl. Consumo Faturado
FP 13851 13734 1 117 0 117

DESCRIÇÃO DA CONTA

DESCRIÇÃO DA CONTA	Quantidade	Tarifa	Valor (R\$)
ENERGIA			
Consumo faixa 0-30 Kwh	30	0,17254	5,17
Consumo faixa 31-100 Kwh	70	0,29580	20,70
Consumo faixa 101-220 Kwh	17	0,44371	7,55

OUTROS PAGAMENTOS	Valor (R\$)
SALDO PARA PAGAMENTO FUTURO	-36,37
INDENIZACAO MENSAL DMIC	-1,12
JUROS DO MES	0,05
CORRECAO MONETARIA DO MES	0,44
JUROS DO MES	0,80
MULTA MORATORIA	1,33
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA S. BAIXA RENDA	1,45

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/ Apresentação	Prev. Próxima Leitura
23/04/2018	23/05/2018

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

9FCD.8670.3F5B.BD1C.24FF.A768.38DB.39D4

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
ISENTO		

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

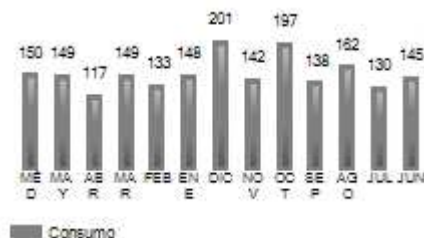
Item	Valor (R\$)
ENERGIA	17,18
TRANSMISSÃO	1,83
DISTRIBUIÇÃO	9,78
ENCARGOS SETORIAIS	2,62
TRIBUTOS (ICMS, PIS/COFINS)	3,46

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta. CM: 17,59
Conjunto PARAMBU
Mês FEV/ 2018

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC (h)	10,87	21,74	43,49	8,97	0,00	0,00
FIC (un)	7,59	15,19	30,39	1,00	0,00	0,00
DMIC (h)	5,88			8,97		

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.
Emitido kg (CO₂) | Compensado kg (CO₂) | Consciência Ecológica(%CO₂)
0 100

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO



autenticação mecânica cliente

N° do Cliente: 2347325-8 N° da Nota Fiscal: 522484632 Total a Pagar (R\$): 0,00
Data de Emissão: 07/06/2018 Referência: ABR/2018 N° de Controle:

FATURA PAGA, NÃO RECEBER

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, MARIA LOPES MOTA,RG nº 3430381-99, data de expedição 22/12/99, Órgão JSP/CE,CPF nº 911.994.253-20, 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>ST DOS MILTONS</u>
Número	<u>514</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>ZONA RURAL</u>
Cidade	<u>QUITEMANÓPOLIS</u>
Estado	<u>CEARA</u>
CEP	<u>63630 000</u>
Telefone de Contato	
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: FOCALPA 15 DE JUNHO DE 2018Assinatura do Declarante: marialopesmota



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE TALUA



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 558 - 2582 / 2017

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **23/08/2017 08:59:03**
Data / Hora da Ocorrência: **27/06/2017 11:30:00**
Endereço da Ocorrência: **ESTRADA DE TERRA**
Complemento: **SÍTIO DOS MILTON**
Bairro: **ZONA RURAL** Município: **QUITERIANOPOLIS/CE**
Ponto de Referência: **SÍTIO DOS MILTON**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **MARIA LOPES MOTA**
Nascimento: **02/11/1956** CPF:
RG: **343088199** Órgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **MARIA IZABEL MOTA**
JOÃO LOPES MOTA
Endereço: **SÍTIO MILTON / ANGICAL**
Bairro: **ZONA RURAL**
Município: **QUITERIANOPOLIS/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone:

Noticiante(s)

Nome: **EDITE LOPES DE MACEDO**
Nascimento: **29/09/1994** CPF: **064.524.833-90**
RG: **2007721886-2** Órgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **MARIA LOPES MOTA**
JOAQUIM SOARES DE MACEDO
Endereço: **SÍTIO DOS MILTONS**
Bairro: **ZONA RURAL** CEP: **63.650-000**
Município: **QUITERIANOPOLIS/CE**
País: **BRASIL** Telefone:

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **ORS8230** Uf: **CE** Município: **QUITERIANOPOLIS** Chassi: **9C2KD0550ER113681** Renavam: **1014826788** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/NXR150 BROS ES** Ano:
Fabricação: **2014** Ano Modelo: **2014** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**
Cor: **BRANCA** Proprietário: **IVAN LOPES DE MACEDO** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

Informa a vítima que no dia, hora e local acima citados, quando pilotava a motocicleta acima caracterizada, tendo como garupeira sua mãe **MARIA LOPES MOTA**, o pneu dianteiro derrapou na areia da estrada, perdendo o controle da motocicleta, no que sua mãe caiu da garupa e sofreu fratura no punho esquerdo. Acrescenta que a socorreu para o Hospital de Quiterianópolis e não teve ajuda do Corpo de Bombeiros, SAMU ou Autarquia Municipal de Trânsito e que tomaram conhecimento do acidente as pessoas de **IRAN LOPES DE MACEDO** e **IVAN LOPES DE MACEDO**. E nada mais disse. A vítima/noticiante ficou ciente de que as informações contidas no presente Boletim de Ocorrência são de sua inteira responsabilidade e

DELEGACIA REGIONAL DE TALUA

EDITE LOPES DE MACEDO

Pág. 1 de 2

Impresso em: 23/08/2017 09:13:38



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE TAUÁ



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 558 - 2582 / 2017

também das sanções previstas no Artigo 299 do CPB.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE TAUÁ

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

MARCOS ESTEVÃO PATRÍCIO OLIVEIRA - MAT.: 133193-1-6

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

EDITE LOPES DE MACEDO

VISTO DO DELEGADO(A) :

ANTONIO GISLEIAN GRACIANO DE LIMA - MAT.: 198333-1-3

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 013194391347
EXERCÍCIO: 2016
CÓD. RENAVAM: 0000000000

PLACA: 01 01014826788
NOME: IVAN LOPES DE ARAUJO
QUILTERIANO FILHO

PLACA ANT: 01 01161122397
CHASSI: 9C2KDD0550ER113681

ESPECIE TIPO: PAS/MOTOCICLO/MOTO/APLTC
COMBUSTIVEL: GASOL/ALCO

MARCA/MODELO: HONDA/NXR150 BROS ES
ANO FAB: 2014
COR PREDOMINANTE: BRANCA

CAP/POT/OIL: 2P/OCV/149CC
CATEGORIA: PARTIC
VENO / COTAS: 1º 2º 3º

COTA UNICA: 1º 2º 3º
PREMIO TARIFARIO (R\$): 143,50
COTA UNICA: 143,50

PREMIO TOTAL (R\$): 143,50
DATA DE PAGAMENTO: 31/01/2017

LOCAL: GUILHERMINOPOLIS
DATA: 31/01/2017
Igor Pontes
Superintendente

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

CENº 013194391347 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO: 2016
DATA EMISSÃO: 11/01/2017

VIA: 01
CPL/ONPU: 01161122397
PLACA: BRB230

RENAVAM: 01014826788
MARCA/MODELO: HONDA/NXR150 BROS ES

ANO FAB: 2014
Nº CHASSI: 9C2KDD0550ER113681

PRÊMIO TARIFÁRIO
FMS (R\$): 143,50
DENATRAM (R\$): 143,50

CUSTO DO BILHETE (R\$): 143,50
COTA UNICA: 143,50
DATA DE OUTAÇÃO: 31/01/2017

SEGUROADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 05.248.608/0001-04

MOTOR: 1005E5E113681
00301



09/05/2018

Seguradora Líder-DPVAT Acompanhe o Processo

SINISTRO 3180066886 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA MARIA LOPES MOTA
COBERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO Sabemi Seguradora
S/A-Filial Fortaleza-CE
BENEFICIÁRIO MARIA LOPES MOTA
CPF/CNPJ: 91199425320

Posição em 09-05-2018 13:57:35

Seu pedido de indenização está em fase final de análise na Seguradora Líder DPVAT. Em breve, o pagamento da indenização será liberado. Volte a consultar seu processo neste site dentro de 4 dias.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
10/05/2018	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50



Prefeitura de
QUITERIANÓPOLIS
FAZENDO MUITO MAIS
Secretaria de Saúde do Município

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE PACIENTE EXTERNO

Nº _____

Data: 27/06/17

1º IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

Nome: Maura Lopes Neto
Pai: _____
Mãe: _____
CNS: 811 132 8707 0340
Est. Civil: _____ Sexo: F Data do Nasc. 21/11/56 Idade: 60
Profissão: _____ RG: _____ CPF: _____
Endereço: Salvador - Bahia Cidade: _____

2. Sinais e Sintomas: Doença de Alzheimer
com perda de memória

3. Diagnóstico: _____

4. Conduta: Tratamento com
medicamentos
para Alzheimer

Ass. do Paciente responsável

Assinatura do Médico



FLUORANTHIO

SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO
HOSPITAL SAO LUCAS

Impressão: 28/06/2017 15:22

Página 1

Guia de atendimento - CONSULTORIOS

DADOS DO PACIENTE

Prestuario 111274	Atendimento 0003	Nome do Paciente MARIA LOPES MOTA <i>a</i>	CNS 898003289070346	Guia de Autorização
Documento(s) Identidade: 343088199			Estado Civil Viúvo(a)	Sexo Feminino
Data de Nascimento 02/11/1956	Local INDEPENDENCIA/CE			Idade 60 Ano(s)
Pai JOAO LOPES MOTA		Mãe MARIA IZABEL MOTA <i>e</i>		
Endereço SITIO DOS MILTONS, SN	Bairro ZONA RURAL	CEP 63650-000	Município QUITERIANOPOLIS	UF CE
Profissão APOSENTADA	Empresa	Cônjuge		Telefone 889976193
Responsável MARIA IZABEL MOTA	CPF do Responsável	Endereço SITIO DOS MILTONS, SN	Município QUITERIANOPOLIS	

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 28/06/2017	Hora 10:20	Convênio SUS	Matrícula	CID
Profissional do Atendimento JAMIL SANCHES JORQUEIRA			CRM/UF 6945/CE	Tipo Atendimento CONSULTA ORTOPEDICA/TRAUMATO
Indicador de Acidente			Funcionário	
Transito			MARIA RODRIGUES MACEDO DE SOUSA	
Observação guia 28/06/2017				
Sala				

Sinais Vitais

Peso (kg) 62	Altura (cm)	T (°C) 36.5	P (bpm) 97	R (bpm) ✓	PA (mmHg) 130x90
-----------------	-------------	----------------	---------------	--------------	---------------------

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

*Pronto que veio
e pulso em oleo
e hantaca pulso
e pulso e pul
frente do pulso
frente pulso e
pleno*

Dr. Jamil S. Jorquiza
Traumato Ortopedia

JAMIL SANCHES JORQUEIRA - CRM: 6945

EDITE LOPES DE MACEDO
Assinatura Paciente/Responsável
Responsável MARIA IZABEL MOTA

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por JOSE ETNATAN PEREIRA FLUORANTHIO e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 26/06/2017 às 15:19, sob o número 0142862-22.2018.8.06.0001 e código 38B89A9. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0142862-22.2018.8.06.0001 e código 38B89A9.



PREFEITURA DE
QUITERIANÓPOLIS
Cuidando bem do Povo

fls. 19

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
1 - Preencher esta ficha em 2 vias
2 - Ao terminar a consulta, o médico
entregar 2 vias ao usuário e manter
retomar com a 1ª via à Unidade de

FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem: _____

Distrito Sanitário: _____

Município: _____

Nome: Mons. Lúcio Mota

Prontuário N° _____

Sexo: M ☒ F ☐

Data de Nasc.: ____/____/____

Ocupação: _____

Endereço: _____

Bairro: _____

Tel.: _____

Motivo do Encaminhamento?

paciente Amador com (cancro) muito avançado
deformação do nariz devido ao uso de maquiagem

Resultado de Exames:

Amigdalite Tonsilopatia

Conduta já Realizada

Impressão Diagnóstica

Dr. Emanoel ROSSO
MÉDICO
MEC 17768

Assinatura do Encaminhante

Mário

Função

27 de 12

Data

Hora

Encaminhamento para Atendimento:

Ambulatorial ☐

Hospitalar ☐

Auxílio Diagnóstico

Procedimento: Amigdalite

Profissional: Transfusão

Unidade de Referência: _____

Data ____/____/____

Hora

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA (*)

Unidade de Referência: _____

Município: _____

Prontuário N° _____

Alta ☐

Resumo Clínico/Cirúrgico

Resultado de Exames

Diagnóstico: Principal

Secundário 1

Secundário 2

CID

CID

CID

Proposta de Conduta para seguimento

O problema justificou a referência? Sim ☐ Não ☐

O motivo da referência coincide com o diagnóstico Sim ☐ Não ☐

AGRAMAMENTO

RESUMO DE TRATAMENTO

1- NOME DO PACIENTE:

MARIA LOPES MOTA

2- LOCAL:

DUFARMACIA

3- DATA DO ACIDENTE:

27.06.2017

4- PACIENTE COM RELATO DE ACIDENTE DE TRANSITO:

Sofreu FRATURA GRAVE
DO PUNHO ESQUERDO.

5- O PACIENTE FEZ TRATAMENTO:

Clínico con-
servador Ix, ANA/GESIC,
ANESTÉSICO REDUZIDA FRATURA
IMOBILIZAÇÃO.

6- A VITIMA EVOLUIU REFERENDO:

RIGIDEZ
ARTICULAR, ADOTAÇÃO MUSCULAR
PERDA DA FORÇA, DEFORMIDA-
DE TRÓFICA, ATROFIA, INCA-
PACIDADE LABORAL.7- O PACIENTE EM ALTA DEFINITIVA DE TODOS OS TRATAMENTOS
APRESENTA UMA LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE:PUNHO
ESQUERDO GRAVE.OBS: A apresentação deste resumo não é obrigatório, apenas
para facilitar a análise do acidente.

DATA

27.10.17

+marialopes mota

Francisco E. Martine
MÉDICO
CRM - 6263

ASSINATURA

E CARIMBO