

**PROCURAÇÃO AD JUDICIA****OUTORGANTE**

NOME: WARLYSON COSTA DE OLIVEIRA
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
PROFISSÃO: AUTONOMO
DOMICÍLIO: TR MANOEL GOMES / EUSEBIO
RG/CPF/PIS PASEP: 2005002112622 / 047.065.113-05

OUTORGADO

JORGE ULISSES E SILVA FERREIRA LIMA, inscrito na OAB/CE sob o nº. 29.690, com escritório profissional situado na Rua Hercílio Pinheiro, nº 329, CEP 62960-000, Centro - Tabuleiro do Norte-CE.

Por meio do presente instrumento são outorgados amplos poderes, inerentes ao bom e fiel cumprimento deste mandato, bem como para o foro em geral, conforme estabelecido no artigo 105 da Lei nº 13.105, de 16 de março de 2015 (Código de Processo Civil), e os especiais para transigir, fazer acordo, firmar compromisso, substabelecer, renunciar, desistir, reconhecer a procedência do pedido, receber intimações, receber e dar quitação, praticar todos atos perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, e órgãos da administração pública direta e indireta, praticar quaisquer atos perante particulares ou empresas privadas, recorrer a quaisquer instâncias e tribunais, podendo atuar em conjunto ou separadamente, dando tudo por bom e valioso.

Local: FORTALEZA- CE

Data: 20 / 12 / 2018

Warlyson Costa de Oliveira**OUTORGANTE****OAB/CE nº 29.690**

advocaciaulissessterreira@gmail.com

Rua Hercílio Pinheiro, nº 329, CEP 62.960-000, Centro - Tabuleiro do Norte-CE

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA**NOME:** WARLYSON COSTA DE OLIVEIRA**RG:** 2005002112622**SSP/CE** **CPF:** 047.065.113-05**DECLARA de sã consciência e bem da verdade que VIVE E RESIDE em:****Logradouro:** TR MANOEL GOMES**Complemento:** NUMERO 66**Bairro** EUSEBIO **CEP :** 61760000

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, 20 DE DEZEMBRO 20 18Warlyson Costa de Oliveira

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Nome: WARLYSON COSTA DE OLIVEIRA

Nacionalidade: BRASILEIRO Estado CEARÁ Estado Civil: SOLTEIRO

Profissão: AUTONOMO

Rg: 2005002112622 SSP/CE -CPF: 047.065.113-05

Logradouro: TR MANOEL GOMES

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.

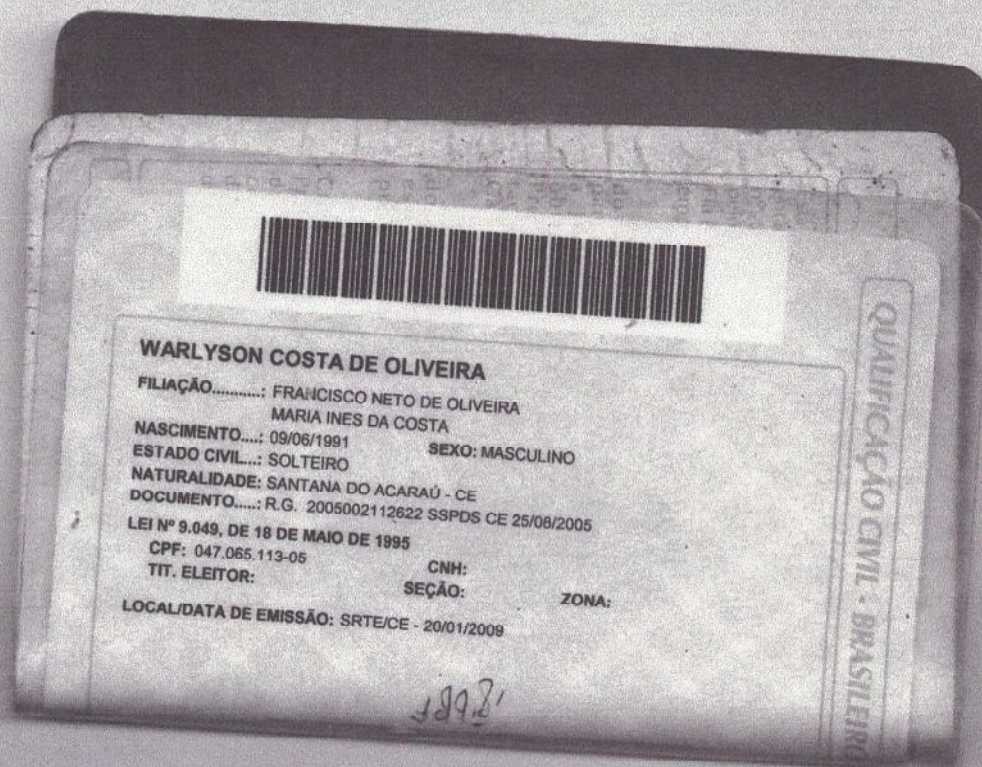
Fortaleza/Ce: 20 de DEZEMBRO de 2018

Warlyson Costa de Oliveira

VÍTIMA WARLYSON COSTA DE OLIVEIRA
COBERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO Compreve
 Previdência S/A-Filial Fortaleza-CE
BENEFICIÁRIO WARLYSON COSTA DE OLIVEIRA
CPF/CNPJ: 04706511305

Desculpe, no momento, não conseguimos localizar informações com os dados que você forneceu. Por gentileza, clique [aqui](#) e nos envie um e-mail para que possamos checar melhor o seu caso. Por gentileza, aguarde, em até 72 horas, 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
27/11/2018	R\$ 6.075,00	R\$ 0,00	R\$ 6.075,00



Nº DO CLIENTE

7926328-3

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 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

ene!

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | 10

503826637

Rota 03 20041 55 725000 - 3

Data de Emissão 08/12/2017

Nome WELINGTON COSTA DE OLIVEIRA

End. Postal TR MANOEL GOMES 00066

GUARIBAS - EUSEBIO -

Medidor 5830687

Poste 0000 0000

Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASICO

Fator de Potência 0,00

RG / CPF / CNPJ 045520643-04

CGF

Nome do Responsável

DATAS

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Mês de Referência	Data da Apresentação	Previsão Próxima Leitura	Veja a legenda no verso desta conta.
Dez/2017	08/12/2017	05/01/2018	Conjunto Eusebio Mês Dez 2017 Eusebio 14.18

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto		Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
60,00	27,00%	16,74	DIC	10,44	30,99	41,70	0,00	0,00	0,00

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

DATE: 10/05/1994	TIME: 10:00	DMIC	5.50	0.00
------------------	-------------	------	------	------

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. Excl.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
4706	4627	1,00	81	0,00		R\$ 70,00	R\$ 5,67
09/12/17	09/11/17		36 DÍG		91		62,03

DESCRIÇÃO

VALOR CONSUMO DO MES	62,03
MULTA MORATORIA REF 11/2017	1,27
CORRECAO MONETARIA DO MES	0,09
JUROS DO MES	0,93
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 5,34)	

VENCIMENTO	15/12/2017	TOTAL A PAGAR (R\$)	64,32
------------	------------	---------------------	-------

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)[illegible]

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Compensa suas emissões pelo consumo de energia elétrica

Emitido kg (CO ₂)	Compensado kg (CO ₂)	Consciência Ecológica (%CO ₂)
35,01	0,00	0

INFORMACOES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

PARA CRIAR UMA CONTA EM DEBITO AUTOMATICO UTILIZE
O NÚMERO DE CONTATO 0800 00 10 1010

Consta de: 1.000 R\$ 1,29; 1.000 R\$ 1,18 e CDFIN: Alíquotas: PIS:0,35% e COFINS:4,37%



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
 POLÍCIA CIVIL
 DELEGACIA METROPOLITANA DO EUSEBIO



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 208 - 865 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
 Data / Hora da Comunicação: **19/02/2018 15:08:47**
 Data / Hora da Ocorrência: **30/12/2017 23:00:00**
 Endereço da Ocorrência: **RODOVIA CE-010**
 Complemento:
 Bairro: Município: **EUSEBIO/CE**
 Ponto de Referência: **PROXIMO ESTRADA DO FIO**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **WARLYSON COSTA DE OLIVEIRA**
 Nascimento: **09/06/1991** CPF:
 RG: **2005002112622** Orgão Emissor: **SSPDS** UF:
 Filiação: **MARIA INES DA COSTA**
FRANCISCO NETO DE OLIVEIRA
 Endereço: **TRAVESSA MANOEL GOMES, 66**
 Bairro: **AMADOR**
 Município: **EUSEBIO/CE** CEP: **61.760-000**
 País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98610-8194**

Histórico

AFIRMA A VITIMA, QUE TRAFEGAVA NO VEICULO CELTA DE PLACA 'HWC-4596. QUE CONSTA NO NOME DE FRANCISCO NETO DE OLIVEIRA. SEGUNDO OS POPULARES UM OUTRO VEICULO VINHA NA CONTRA MÃO E ACABOU COLIDINDO NA DIANTEIRA DO CELTA, QUE A VITIMA CHEGOU A DESMAIAR E NÃO LEMBRA DO ACIDENTE: QUE FOI SOCORRIDO PELO O SAMU E LAVADO PARA O IJF, ONDE FOI FEITO VÁRIOS PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS. E NADA MAIS DISSE.//

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA METROPOLITANA DO EUSEBIO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

SASSO SALIM AMARAL SALES DE OLIVEIRA - MAT.: 198205-1-3

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Warlyson Costa de Oliveira

VISTO DO DELEGADO(A):

MARIA ALEXANDRA OLIVEIRA DE MEDEIROS CAVALCANTE - MAT.: 133864-1-2



INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA



Emitido em: 07/02/2018 9:2:33

Por:UBIRAJARA MORAIS MENDONÇA

Registro de Atendimento Emergencial

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL						DATA/HORA: 31/12/2017 00:20:08	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE							
CNS: 706502300091290	NOME: WARLYSON COSTA DE OLIVEIRA			Registro: 5543760			
CPF: 04706511305	RG: 20050021126	D. NASC: 09/06/1991	ESTADO CIVIL:	SEXO: M	RAÇA/COR: Parda		
NOME DA MÃE: MARIA INES DA COSTA			NOME DO PAI: FRANCISCO NETO DE OLIVEIRA				
TIPO DE LOGRADOURO: Travessa	ENDEREÇO DO PACIENTE: MANOEL GOMES		Nº: S/N	BAIRRO: AMADOR			
COMPLEMENTO:	TELEFONE CONTATO:	MUNICÍPIO: EUSEBIO	UF: CE	CEP: 61760000			
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL							
NOME: SAMU CE USA 108 COND THIAGO /MARIA		PARENTESCO: MAE			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 automóvel / microônibus (acidente de carro). Ocupante de um automóvel (carro) traumatizado em colisão com um carro, pickup/caminhonete.							
QUEIXAS: colisão carro x carr há 40min trazido pelo com relato de trauma fechado de abdômen veio em máscara reservatória de O2, provável TCE encaminhado para a reanimação							
OBSERVAÇÕES:							
SINAIS VITAIS							
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Publica	Escala de Dor: Forte		PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: VERMELHO				
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:							
ATENDIMENTO MÉDICO							
Anamnese:							
Exame Físico:							
Conduta:							
SERVIÇO DE PROTOCOLO - 131 RAE TIRADA PELO SISTEMA E-SUS DATA 07/02/18 MATRICULA 10-888-1 SERVIÇO DE PROTOCOLO							
TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:							
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:							
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:							
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:					

Atesto para fins de comprovacao junto ao trabalho, que os dados abaixo sao a verdade e servem de informacao sobre as condicoes e razoes da internacao neste Hospital em relacao ao Servico de Traumatologia-Ortopedia.

NOME:	WARLISON COSTA DE OLIVEIRA		
LEITO:			
DATA DE INTERNACAO:	31 12 2017	DATA DA ALTA:	25/01/2018
BE/PRONT:	5543760	CIDADE DE ORIGEM:	EUSEBIO
IDADE:	26		
DIAGNOSTICOS:	FRATURA DE FEMUR - DIAFISE ESQ (OPERADA)		
CONDUTA DECIDIDA PARA CADA LESAO:	1. RETORNO PARA DR GUILHERME EM 2 SEMANAS 2. PISAR COM MULETAS 3. MOVER JOELHO E QUADRIL		
STAFF QUE OPEROU NA EMERGENCIA:			
STAFF DO LEITO:	STAFF INDEFINIDO		
RESIDENTE DO LEITO:	MARCEL ROLIM		

Ass:  Data : ____/____/____ Imprimir	Retornar dia: ____/____/____ Hora: ____ para Dr. <u>Guilherme Colares</u>
	Dispensa do trabalho por : <u>90 dias</u>

CID : 572

No. HOSPGESTOR: 36316

LEITO:

NOME: WARLISON COSTA DE OLIVEIRA

DATA DE INTERNACAO: 31/ 12/ 2017

DATA DA ALTA: 25/01/2018

BE/PRONT: 5543760

CIDADE DE ORIGEM: EUSEBIO

NASCIMENTO: 09061991

IDADE: 26

DIAGNOSTICOS: FRATURA DE FEMUR - DIAFISE ESQ (OPERADA)

CONDUTAS E CUIDADOS POS- 1. RETORNO PARA DR GUILHERME EM 2 SEMANAS 2. PISAR COM
OPERATORIOS: MULETAS 3. MOVER JOELHO E QUADRIL

TELEFONE:

CELULAR:

STAFF QUE OPEROU NA EMERGENCIA:

STAFF DO LEITO: STAFF INDEFINIDO

RESIDENTE DO LEITO: MARCEL ROLIM



Mapa de Cirurgias

Dias Int. #	Hora	Leito	Cirurgião	Residente	Material	Observação	Status da marcação
MAPA DO DIA 23/01/2018 - Terça-Feira							
25	8	07:30	2107	GUILHERME COLARES	CESAR AUGUSTO / GUILHERME / PEDRO RAFAEL	+ CX BASICA TO PARA MMII + CX. DHS/DCS + HASTE PARA FEMUR PROXIMAL LONGA (PFN LONGO) + KIT BASICO: CX OSTEOTOMOS, MARTELO, CURETAS E SACABOCADO + TREPANO PNEUMATICO MACON	INTENSIFICADOR DE IMAGEM + MESA DE TRAÇÃO REALIZADA

FRATURA DE FEMUR - SUBTROCANTERICA ESQ BE:5543760

Marcado por:
Marcel Rolim Qu em:
25-01-2018 7:15:54

Ass.: _____	Retornar dia: ____/____/____ Hora: ____ para Dr. <u>Guilherme Colares</u>
Data : ____/____/____	
Imprimir	



**Prefeitura de
Fortaleza**

ALTA HOSPITALAR - ENFERMARIA 18



Nome: Warlison Costa de Oliveira

Prontuário: 5543760

Enfermaria: 18

Leito: 18

Sexo: Masculino

Idade: 26 anos

Período de internação: 30/12/2017 - 09/01/2018

RESUMO CLÍNICO

Evolução/Intercorrências/Medicações Relevantes:

Paciente vítima de colisão automobilística em 30/12/17. Foi admitido na emergência do IUF com 14 pontos na Escala de Coma de Glasgow, PA: 60x30mmHg; FC: 137 bpm. US-Fast evidenciou grande quantidade de líquido livre na cavidade abdominal. Foi iniciado ressusitação volêmica agressiva.

Laparotomia exploratória realizada no mesmo dia. Durante procedimento, foi evidenciado 2,5l de sangue na cavidade abdominal; lesões múltiplas de mesocolon e mesoalça não sangrantes e sem comprometimento vascular de alças, além de desserosamento de colon direito e esquerdo. Havia ainda lesão sub hepática com sangramento profuso.

Procedimento foi realizado por DR Fernando Diógenes, no qual foi realizada sutura de lesão sub hepática com vicryl; sutura seromuscular de colons com propylene e aproximação de meso.

Dr. Roberto Rios, cirurgião plástico, realizou reparo de escalo e pálpebra direita.

Foram realizadas transfusões de concentrado de hemácias em 31/12; 01/01 e 02/01.

Paciente foi transferido para enfermaria em 04/01/18, estável hemodinamicamente. Foi concluído antibioticoterapia com cefepime (D7). Paciente evoluiu sem intercorrências. Em 09/01/18, recebe alta da cirurgia geral.

Destino: Traumatologia

Condições de Alta/Transferência:

Curado (☐)

Melhorado (X)

Inalterado (☐)

Óbito (☐)

OBSERVAÇÕES

1. Retorno ao ambulatório de cirurgia geral em 30 dias a partir de hoje (marcar no SPA);
2. Seguir prescrição médica;
3. Em caso de intercorrências, procurar a emergência mais próxima: UPA, Frotinha, IUF.

Dr. Carlos E. G. Nobre
CRM 17397

Médico responsável

Fortaleza, 05 de dezembro de 2017