

SABOYA & BRANDÃO ADVOGADOS ASSOCIADOS

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

OUTORGANTE	MARIA CELIA TORRES DA SILVA		
Nacionalidade	BRASILEIRA	Natural	
Estado Civil	CASADA	RG nº	90006016060
Profissão	SERVIÇOS GERAIS	CPF nº	187.081.883-00
Endereço	RUA DELTA, 11		
Bairro	PASSAGE	CEP	60861 - 331
Município/UF	FORTALEZA / CE		
Telefone	98922.7956		

OUTORGADOS: **BRUNO PEREIRA BRANDÃO**, brasileiro, casado, advogado devidamente inscrito na OAB-CE sob o nº 22.013, **THIAGO SABOYA PIRES DE CASTRO**, brasileiro, solteiro, advogado devidamente inscrito na OAB-CE sob o nº 24.156 e **MARCELO PEREIRA BRANDÃO**, brasileiro, solteiro, advogado devidamente inscrito na OAB-CE sob o nº 26.103, todos com endereço profissional para receber intimações na Rua Carlos Ribeiro Pamplona – nº 100 – 1º Andar – Sala 101 – Bairro Edson Queiroz – CEP: 60.811-695 – Fortaleza/CE, Tels.: (85) 98780-0013 / (85) 98636-3030 / (85) 98853-0069. E-mails: brunop.brandao@yahoo.com.br / thiago_cs@hotmail.com / marcelobrandao_@hotmail.com

PODERES: Os poderes para o foro em geral, com a cláusula "ad judicium" e "et extra", a fim de que, possa defender os interesses e direitos da outorgante perante Juízo, Instância ou Tribunal, repartição pública, autarquia ou entidade paraestatal, propondo ação competente em que a outorgante seja autora ou reclamante, defendendo-a quando for réu, interessada ou requerida, podendo reclamar, conciliar, desistir, transigir, recorrer, receber e dar quitação de quaisquer valores, firmar compromisso, podendo ainda substabelecer o presente com ou sem reservas de poderes, bem como realizar endosso em cheque nominal emitido em nome do outorgante, destituir advogado(s), se assim lhe convier, praticando todos os atos necessários para o bom e fiel desempenho deste mandato, dando tudo por bom, firme e valioso.

Fortaleza/CE, 20 de MAIO de 2018

> Maria Celia Torres da Silva
OUTORGANTE

RUA CARLOS RIBEIRO PAMPLONA - Nº 100 - 1º ANDAR - SALA 101 - BAIRRO EDSON QUEIROZ - CEP: 60.811-695
FORTALEZA/CE

Tels.: (85) 98780-0013 / (85) 98853-0069 / (85) 98636-3030

E-mails: brunop.brandao@yahoo.com.br marcelobrandao_@hotmail.com thiago_cs@hotmail.com

SABOYA & BRANDÃO

ADVOGADOS ASSOCIADOS

DECLARAÇÃO

DECLARANTE	MARIA CELIA TORRES DA SILVA		
Nacionalidade	BRASILEIRA	Natural	
Estado Civil	CASADA	RG n°	90006016060
Profissão	SERVIÇOS GERAIS	CPF n°	187.081.883-00
Endereço	RUA DELTA, 11		
Bairro	PASSARÉ	CEP	60861-331
Município/UF	FORTALEZA/CE		

DECLARO, para os devidos fins de direito e sob as penas legais, que sou pobre na forma da lei, não possuindo condições financeiras para arcar com as custas processuais e honorários advocatícios, sem prejuízo próprio e de sua família, nos termos do Art. 5º, LXXIV, bem como de acordo com os mandamentos previstos na Lei nº 1.060/50.

Fortaleza/CE, 20 de MAIO de 20 18

➤ Maria Célia Torres da Silva

DECLARANTE

RUA CARLOS RIBEIRO PAMPLONA - Nº 100 - 1º ANDAR - SALA 101 - BAIRRO EDSON QUEIROZ - CEP: 60.811-695

FORTALEZA/CE

Tels.: (85) 98780-0013 / (85) 98853-0069 / (85) 98636-3030

E-mails: brunop.brandao@yahoo.com.br marcclobrandao@hotmail.com thiago_cs@hotmail.com



Nº DO CLIENTE
6004557-4
 Para aplicar seu cancelamento, 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 60035-040 | Fortaleza - CE
 CNPJ 07042251/0001-70 | CEF 06.105.848-3



CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 508145607

Rota 05 01210 21 084600 - 2 Data de Emissão 09/01/2018

Nome WILTON FERREIRA DA SILVA

End. Postal RU DELTA 00011
 PASSARE - FORTALEZA - 60361331

Medidor 11278556

Poste 0000 0000

Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASICO BAIXA RENDADOR de Potência 0,00

RG/CPF/CNPJ 135119473-91

CGF

Nome do Responsável

DATAS	Mês de Referência	Data de Apresentação	Previsão Próxima Leitura
	Jan/2018	09/01/2018	06/02/2018

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO	Veja a legenda no verso desta conta.
Conjunto	99,99%
Mês	99,99%

ICMS	Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
	150,00		

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trím.	Anual	Mensal	Trím.	Anual
DIC	4,95	14,85	148,50	0,00	0,00	0,00
FIC	3,17	9,51	95,10	0,00	0,00	0,00
OMIC	2,77	8,31	83,10	0,00	0,00	0,00

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

EXCZ. EXCL. (ICMS) 150,00 - 150,00 - 150,00 - 150,00

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Const. Incl.	Const. Excl.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
16893	15992	1,00	117	0,00	0,00	0,17913	21,02
				20	0,00	0,17913	3,58
				17	0,00	0,17913	3,04
09/01/18	11/12/17		25 000	117			34,70

DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)
VALOR CONSUMO DO MÊS	34,70
MULTA MORATORIA REF 12/2017	0,36
JUROS DO MÊS	0,46
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	9,73
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA	1,39

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
16/01/2018	47,14

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO	HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)
Consumo	117
Consumo Incl.	20
Consumo Excl.	17
TOTAL	154

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO ₂ (kg/kWh)	Compensação (R\$)
117	0,00

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

CORTAS EM ATRASO

Prezado Cliente, gostaríamos de avisar que a sua conta de energia elétrica está em atraso. Devido a isso, a sua conta será considerada em atraso e a possibilidade de suspensão do fornecimento de energia elétrica em 15 dias após a emissão desta. Para evitar isso, favor efetuar o pagamento da sua conta até o dia 15 de janeiro de 2018. Caso contrário, a sua conta será considerada em atraso e a possibilidade de suspensão do fornecimento de energia elétrica em 15 dias após a emissão desta. Para evitar isso, favor efetuar o pagamento da sua conta até o dia 15 de janeiro de 2018.

Consta desta fatura R\$ 47,14 referente a R\$ 34,70 de consumo e R\$ 12,44 de encargos. Para o mês de janeiro de 2018 a bandeira será VERDE, sem custo adicional para os consumidores.



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO



fls. 17

BOLETIM DE Ocorrência Nº 301 - 1110 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **07/03/2018 11:10:43**
Data / Hora da Ocorrência: **06/09/2017 19:30:00**
Endereço da Ocorrência: **AVENIDA JUSCELINO KUBITSCHKE, 3317**
Complemento:
Bairro: **PASSARE** Município: **FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência: **PROX A ROTATORIA DO CASTELAO**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **MARIA CELIA TORRES DA SILVA**
Nascimento: **14/05/1949** CPF: **187.081.883-00**
RG: **90006016060** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **MARIA DE LOURDES TORRES**
FRANCISCO JUSTINO TORRES
Endereço: **RUA DELTA, 11**
Bairro: **PASSARE**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP: **60.861-331**
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98756-9309**

Histórico

AFIRMA A DECLARANTE QUE NA DATA, HORA E LOCAL CITADOS; QUE, AO TENTAR ATRAVESSAR A JUSCELINO KUBITSCHKE FOI ATROPELADA POR UMA MOTO(PLACA NÃO ANOTADA) NA VIA; QUE, APÓS O IMPACTO, A VITIMA FOI AO SOLO E FICOU LESIONADA; QUE, A VITIMA FOI SOCORRIDA PELO ESPOSO E FOI LEVADA PARA ATENDIMENTO NO FROTINHA DE MESSEJANA. E NADA MAIS DISSE.//
OBS:FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO ART. 340 DO CPB.
PRAZO PREVISTO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL:6 MESES.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

CRISTIANO ALEX NOGUEIRA DA SILVA - MAT.: 300518-1-5

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: *Maria Celia Torres da Silva*

VISTO DO DELEGADO(A) :

MARIA CÂNDIDA BRUM - MAT.: 126913-1-9





REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

DADOS PESSOAIS

NOME DO PACIENTE MARIA CELIA TORRES DA SILVA	Nº DO PRONTUÁRIO 5048424	Nº DO SE 228049
CADUS	NASCIMENTO 14/05/1949(68 ANOS)	SEXO F
NOME MÃE MARIA DE LOURDES TORRES	NOME RESPONSÁVEL NI	RACIA/COR PARDO
ENDEREÇO RUA DELTA 11 PASSARE	MUNICÍPIO FORTALEZA	UF CE
CITYATO (85) 98756-9309	CEP NI	

OCORRÊNCIA

LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/LOCAL DO ACIDENTE

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

QUEIXA PAC ATROPELADA POR MOTO, COM TRAUMA NO ABDOME TRAUMA NA MÃOE TRAUMA NO JOELHO	MOTIVO AVALIAÇÃO TRAUMATOLOGICA
OP-TRAUM NI	ESCALA DE DOR 99 (ADULTO)

SINAIS VITAIS

PM'S NI KG	PRESSÃO ARTERIAL NI/NI	SAT O2 NI%	PULSO NI	GLICEMIA NI
TEMPERATURA NI °C	ALERGICAS NEGA			

CLASSIFICAÇÃO AMARELO	RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO MARIA CELIA DO NASCIMENTO	DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO 06/09/2017 20:09:55
---------------------------------	--	--

ÁREA ATENDIMENTO

DE ATENDIMENTO
2 - EMERGENCIA TRAUMATOLOGICA

ATENDIMENTO MÉDICO

Fratura de fêmur, fratura de costela, fratura de costela e costela. Fratura de costela de 1º MTC.

- RX do fêmur, diga não dar (AP/obliq)
- RX do joelho dar.

DIAGNÓSTICO Fratura de fêmur	COO. PROCEDIMENTO	CD
--	-------------------	----

SADT SOLICITADO:
☐ HC ☐ SU ☐ US ABDOMINAL ☐ TC CRANIO ☐ RAIO-X ☐ OUTROS

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MÉDICAMENTO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÕES
<i>Cl: Intensa no preparo do cirurgião.</i>		
Dr. Glauber G. Félix Médico Ortopedia e Traumatologia CREMEC - 14059		

TIPO DE ALTA/SAÍDA

ALTA/SAÍDA
☐ DECISÃO MÉDICA ☐ A PEDIDO ☐ EVASÃO ☐ TRANSFERÊNCIA ☐ INTERNAÇÃO ÓBITO: ☐ ATÉ 48 HORAS ☐ APÓS 48 HORAS
DESTINO DO CORPO: ☐ FAMÍLIA ☐ IML ☐ ANAT. PATOL

DATA E HORA DO ATENDIMENTO

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA

Impresso por MARIA CELIA DO NASCIMENTO em 06/09/2017 20:09:55

Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 299 do Código Penal.

Maria Celia Torres da Silva
MARIA CELIA TORRES DA SILVA

09 10 17

227

06/09/2017-05
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON
BARROS DE OLIVEIRA
P/P Alt martin

SUS

Ministério
da
Saúde

Sistema
Único de
Saúde

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

Identificação do Estabelecimento de saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HDEBO

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HDEBO

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Maria Celis Torres de Silva

6 - Nº PRONTUÁRIO

5046424

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

70141610131131781512161215

8 - DATA DO NASCIMENTO

15/05/1949

9 - SEXO

Masculino ☒ Feminino ☐

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Maria de Budes Torres

11 - TELEFONE DE CONTATO

815 8179161931019

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Rua Delta (PASSARÉ)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

FORTALEZA

14 - CDD - RGCE MUNIC

15 - UF

CE 161018161131311

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente vítima de atropelamento por moto (sic) com dor e limitação funcional no 1º Q.T. dir., edema com inchaço de base do 1º MTC, compatível com fratura de Bennett.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Necessidade de tratamento cirúrgico

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Por deformidade e limitação funcional

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura de Bennett

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Internação

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

União

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

União

28 - DOCUMENTO

CNS ☐ CPF ☐

29 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Gláuber Felix

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

06/09/17

32 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

Dr. Gláuber Felix
Médico
Ortopedia e Traumatologia
CREMORB 14069

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES ON THE ROAD)

33 - ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - CNPJ DA EMPRESA

38 - CNPJ DA EMPRESA

39 - CNPJ DA EMPRESA

40 - CNPJ DA EMPRESA

41 - CNPJ DA EMPRESA

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

☐ EMPREGADO

☐ EMPREGADOR

☐ AUTÔNOMO

☐ DESEMPREGADO

☐ APOSENTADO

☐ NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

44 - CDD - ÓRGÃO EMISSOR

45 - Nº AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

CNS ☐ CPF ☐

47 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

48 - DATA DO DOCUMENTO

49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PIP Alt Martin

09 10 17

Gráf. HDEBO-SAME-AIH-005

**Prefeitura de
Fortaleza**

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA

HOSPITAL E MATERNIDADE Dra ZILDA ARNS NEUMANN

RECEITUARIO

PACIENTE:

M. Lúcio Tavares

PRESCRIÇÃO:

1. NOVALGINA 1g _____ 01 CAIXA

TOME 01 COMPRIMIDO VO DE ATÉ 6/6h SE DOR

2. OMEPRAZOL 20mg _____ 01 CAIXA

TOME 01 COMPRIMIDO VO 1 X AO DIA EM JEJUM

DATA:

*22.09.12**Paulo Elyel Frota Ponte*
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC: 9314/SBOT: 11262**RETORNO**

MARCAR CONSULTA DE RETORNO POS-CIRURGICO TRAUMATOLOGICO COM 15 DIAS

DIA:

HORA:

DR:

HD:

*Fa 15 dias @ - H. Lúcio**Paulo Elyel Frota Ponte*
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC: 9314/SBOT: 11262



Prefeitura de
Fortaleza

Prefeitura Municipal de Fortaleza
Secretaria Municipal de Saúde
Coordenadoria de Hospitais e Unidades Especializadas
Hospital e Maternidade Dra. Zilda Arns Neumann

RECEITUÁRIO MÉDICO

Nome:

Prontuário:

W. Camp

*1) Fratura — me
com oimplante*

*2) O fêmur 35 — me
com oimplante*

Dr. Rodrigo Linhares
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC: 8690 RQE: 6368

8690

Fortaleza, *20* de *02* de *18*.

Dr. Rodrigo Linhares
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC: 8690 RQE: 6368

Assinatura do(a) Médico(a)/CRM

Hospital e Maternidade Dra. Zilda Arns Neumann
Av. Lineu Machado, 145 — Jôquei Clube — Cep: 60.520 — 101 — Fone: (85) 3233-3954
Fortaleza — Ceará



Prefeitura de
Fortaleza

Prefeitura Municipal de Fortaleza
Secretaria Municipal de Saúde
Coordenadoria de Hospitais e Unidades Especializadas
Hospital e Maternidade Dra. Zilda Arns Neumann

RECEITUÁRIO MÉDICO

Nome:

Prontuário:

*Atto, para os devidos fins, que
a presente está de alta definitiva
do tratamento ambulatorial de enfer-
meira do 1º GRUPO*

Fortaleza,

20

de

02

de

18

Dr. Rodrigo Linhares
Ortopedia e Traumatologia
CREMEO-8660 RQE-6368

Assinatura do(a) Médico(a)/CRM

Hospital e Maternidade Dra. Zilda Arns Neumann
Av. Lineu Machado, 145 - Jôquei Clube - Cep: 60.520 -101 - Fone: (85) 3233-3954
Fortaleza - Ceará

SINISTRO 3180180865 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** MARIA CELIA TORRES DA SILVA**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** Comprev

Previdência S/A-Filial Fortaleza-CE

BENEFICIÁRIO MARIA CELIA TORRES DA SILVA**CPF/CNPJ:** 18708188300**Posição em 15-05-2018 09:22:00**

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
16/05/2018	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50