



PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA

OUTORGANTE:

Nome: VERA LUCIA DIAS DE CARVALHO.		Nacionalidade: BRASILEIRA	
Estado Civil: SOLTEIRA	Profissão: COMERCIAL	Carteira de Identidade: 98098082026 SSP/CE	
CPF nº: 917.158.223-15	Residência: BC DO CORRENTE, Nº 00096.		
Bairro: CORRENTE	Cidade: SÃO BENEDITO	Estado: CEARÁ	CEP: 62.370-000

por este instrumento nomeio e constituo meu bastante procurador o **DRA. FABIANA NEGREIROS DE AZEVEDO**, brasileira, solteira, advogada, RG nº 2005028073284 SSP/CE, CPF 046.013.703-45, devidamente inscrito na OAB/CE sob o nº 35.010; com escritório profissional no seguinte endereço: Av. Tabajara, nº 247, sala 06, altos, centro - São Benedito/Ceará - CEP 62.370-000, onde recebe intimações, a quem concede poderes com cláusula **AD JUDICIA e EXTRA JUDICIA** para o foro em geral, conforme estabelecido no art.38 do Código de Processo Civil pátrio acompanhando-as e especialmente para onde esta se apresentar para defender os direitos do outorgante em qualquer ação em que o mesmo seja autor ou réu, ou reclamar, defender direitos, podendo interpor todos os recursos permitidos, até final sentença, fazer e assinar requerimentos, apresentar documentos e testemunhas, produzir provas e justificações, transigir, desistir, firmar compromissos, acordo, renunciar direitos, **receber e dar quitação**, passar recibos, representar a outorgante em instituições públicas e privadas, bem como repartições públicas, seja Federal, Estadual ou Municipal, autarquias e fundações, podendo, ainda representar a outorgante e licitações, adjudicar bens, assinar contratos, homologar acordos, e tudo o mais, inclusive substabelecer a presente procuração com ou sem reservas de poderes, dando tudo por bom, firme e valioso.

São Benedito (CE), 10, de MAIO de 2018.

Vera Lucia Dias de Carvalho

OUTORGANTE

Obs.



Nome: VERA LUCIA DIAS DE CARVALHO.			
Estado Civil: SOLTEIRA	Profissão: COMERCIAL	Nacionalidade: BRASILEIRA	
CPF nº : 917.158.223-15	Residência : BC DO CORRENTE, Nº 96.		
Bairro: CORRENTE	Cidade: SÃO BENEDITO.	Estado: CEARÁ	CEP: 62.370-000

em conformidade com o Art. 4º da Lei 1.060 de 05/02/1950 e o Art. 5º, LXXIV da Constituição Federal, **DECLARO SER POBRE DA FORMA DA LEI**, não podendo arcar com taxas, emolumentos, depósitos judiciais, custas, honorários advocatícios ou outras cobranças de qualquer tipo ou natureza sem prejuízo de meu sustento e de minha família.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

São Benedito (CE), 10 de MAIO de 2018:

Vera Lucia Dias de Carvalho







Esta é a segunda via de
SET/2018

Utilize o nº abaixo sempre
que entrar em contato conosco

Nº DO CLIENTE
3152882 DV **1**

VENCIMENTO
20/09/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)
0,00

DESCRIÇÃO DA CONTA

Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | Nº **541086521**
Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

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

DADOS DO CLIENTE

Rota 08 031000 13 02500
Nome VERA LUCIA DIAS DE CARVALHO Medidor 2110242 Poste 0000 0
Endereço Postal

End. da Unidade Consumidora BC DO CORRENTE 00096 CORRENTE SAO BENEDITO 62370000

RG / CPF / CNPJ 917.158.223-15 CGF
Classe B1 - 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 9760 9685 1 75 0 75

Quantidade Tarifa Valor (R\$)

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/ Apresentação Prev. Próxima Leitura
13/09/2018 15/10/2018

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

EFCF.B724.9FFE.3F20.61FF.169F.AB6D.E1CA

ICMS

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

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

OUTROS PAGAMENTOS

SALDO PARA PAGAMENTO FUTURO -29,46
MULTA MORATORIA 0,42
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA S. BAIXA RENDA 0,46
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL-INT 8,49
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 1,91)

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

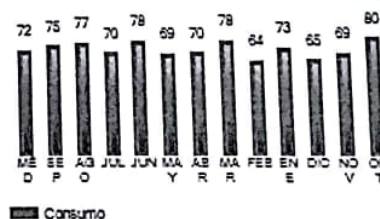
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 7,60

Conjunto INHUCU

Mês JUL/ 2018

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC (h)	5,31	10,62	21,25	0,41	0,00	0,00
FIC (un)	3,30	6,60	13,20	1,00	0,00	0,00
DMIC (h)	3,03			0,41		

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



autenticação mecânica cliente

Nº do Cliente: **3152882-1**
Data de Emissão: **21/09/2018**

Nº da Nota Fiscal: **541086521**
Referência: **SET/2018**

Total a Pagar (R\$): **0,00**
Nº de Controle:

FATURA PAGA, NÃO RECEBER



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE SAO BENEDITO



BOLETIM DE Ocorrência Nº 547 - 1682 / 2017

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **22/08/2017 15:36:58**
Data / Hora da Ocorrência: **25/05/2017 16:20:00**
Endereço da Ocorrência: **TRAVESSA FRANCISCO CAVANCANTE**
Complemento: **DEPOIS DA PADARIA**
Bairro: **CORRENTE** Município: **SAO BENEDITO/CE**
Ponto de Referência: ,

Noticiante(s)

Nome: **VERA LUCIA DIAS DE CARVALHO**
Nascimento: **30/07/1978** CPF: **917.158.223-15**
RG: **98098082026** Orgão Emissor: UF:
Filiação: **IDELZUITE DIAS DE CARVALHO**

Endereço: **AVENIDA SALMITO FERREIRA DE ALMEIDA**
Bairro: **CORRENTE** CEP:
Município: **SAO BENEDITO/CE**
País: **BRASIL** Telefone:

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **HYQ9709** Uf: **CE** Município: **SAO BENEDITO** Chassi:
9C2HA07103R077253 Renavam: **894576402** Tipo do Veículo:
MOTONETA Marca / Modelo: **HONDA/C100 BIZ ES** Ano Fabricação:
2003 Ano Modelo: **2003** Combustível: **GASOLINA** Cor: **VERMELHA**
Proprietário: **VERA LUCIA DIAS DE CARVALHO** Situação: **NÃO**
INFORMADO Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

A declarante vem relatar que fora vítima de acidente de trânsito no dia e local supracitado. Que estava pilotando sua motoneta Biz ES cor vermelha, SEM HABILITAÇÃO, quando um bêbado atravessou a pista repentinamente, tendo a mesma perdido o equilíbrio e caído. Que teve fratura no tornozelo direito, sendo socorrida à UPA e encaminhada o hospital de Tianguá. Nada mais disse.///

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE SAO BENEDITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

NINIVE XIMENES ARAUJO - MAT.: 300675-1-7

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Francisco Miguel de Sales Filho

VISTO DO DELEGADO(A) :

FRANCISCO MIGUEL DE SALES FILHO - MAT.: 126884-1-5



REPUBLICA FEDERAL DO BRASIL		MINISTERIO DAS CIDADES	
DETTRAN - CE Nº 012635873293 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO			
CRDD	01 894576402	0000000000	2015
VERA LUCIA DIAS DE CARVALHO SAO BENEDITO/CE			
PLACA ANT/V	91715822315	CHASSI	HY09709
Especie tipo: GASOLINA			
MARCA/MODELO		ANO FAB. / ANO MOD.	
HONDA/C100 BIZ ES		2003 / 2003	
CAP/PT/CL	CATEGORIA	COR/PREDOMINANTE	
2P/OCV/97CC	PARTIC	VERMELHA	
COTA UNICA		VENC. COTA UNICA	VENC. COTAS
1		1	1
V		2	2
A		3	3
PREMIO TARIFARIO (R\$)		DE (R\$)	PREMIO COTA (R\$)
286,75		111	292,01
DATA DE PAGAMENTO		25/01/2016	
OBSERVAÇÕES			
SAO BENEDITO/CE			
27/07/2016			
CE Nº 012635873293 BILHETE DE SEGURO DPVAT			
ESTÉ É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT			
91715822315 - DADOS INFORMACIONAIS, LEIA Nº 91715822315			
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA			
www.dpvatsegurodoctransito.com.br			
SAC DPVAT 0800 022 1204			
EXERCÍCIO	2015	DATA EMISSÃO	27/07/2016
PLACA	HY09709	MARCA / MODELO	
91715822315		HONDA/C100 BIZ ES	
ANO FAB.	2003	ANO MOD.	2003
PREMIO TARIFÁRIO	129,04	DE (R\$)	143,38
CUSTO DO BILHETE (R\$)	4,15	DE (R\$)	292,01
COTA UNICA	1	PARCELADO	25/01/2016
LOTE/D6694728/95A-LIACRBE-DPVAT			
MOTOR: HAO7E1307926-538/0001-04			
www.segurdadadetransito.com.br			
JAN-2016			



Estado do Ceará
GOVERNO MUNICIPAL DE SÃO BENEDITO
Secretaria de Saúde do Município



FICHA DE REFERÊNCIA

Preencha essa ficha em 3 vias ao terminar a consulta ou tratamento entregar 2 vias ao usuário o orientando-o para retornar com a 1ª via a unidade de origem.

Unidade de Origem: UPA São Benedito

Distrito Sanitário:

Município: São Benedito

Nome: Vera Lúcia Dias Lapaibe Prontuário: _____
Sexo: () M (X) F Data Nascimento 30/07/78 Ocupação: _____
Endereço: Corrente Bairro: _____ Tel: _____

Motivo do Encaminhamento: Paciente, 38 anos, vítima de acidente de trânsito (queda de moto) há ± 15 dias evoluindo com dor e deformidade em tornozelo
Resultado do Exame: direito.

Rx de tornozelo (D) (AP): Fx do tibial (D)

Conduta já Realizada: Análise + Imobilização

Impressão Diagnóstica: Fx de tornozelo (D) (Fx do tibial (D))

Assinatura de Encaminhamento N° Registro

Medicar
Função

Data: 07/08/17

Hora: 19:00h

AGENDAMENTO

Encaminhamento para o atendimento: ☒ Ambulatorial ☐ Hospital ☐ Auxílio Diagnóstico

Procedimento: Avaliação ortopédica Profissional: Ortopedista

Unidade de Referência:

Data: / / Hora:

FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA (*)

Unidade de Referência:

Município:

Prontuário N°:

Alta: / /

Resumo Clínico/ Cirúrgico:

Resumo de Exames:

Diagnóstico: Principal: _____ CID: _____

Secundário 1: _____ CID: _____

Secundário 2: _____ CID: _____

Proposta da Conduta para Segmento:

O Problema justificou a referência? () Sim () Não O motivo da referência coincide com o diagnóstico? () Sim () Não

Assinatura de Encaminhamento N° Registro

Função

Data: / /



UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

MINISTÉRIO DA SAÚDE

GOVERNO FEDERAL

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

Governo Municipal de São Benedito

REGISTRO DE ATENDIMENTO

Nome: VERA LUCIA DIAS DE CARVALHO
Sexo: M () F (X) DN: 00/07/78 Idade: 38 Raça/Cor: _____
Município de Origem: () São Benedito () Outro Município: _____
Endereço: RUA SALMITO PENSINA DE ALMEIDA
Telefone: () _____
SUS: _____ RG: 98098082028
Data do Atendimento: 25/05/17 Hora: 16:43 Recepção: _____

SINAIS VITAIS

Peso: _____ g Temperatura: _____ °C Pressão Arterial: _____ x _____ mmHg
FR: _____ lpm FC: _____ bpm DX: _____ mg/dL
Classificação da dor: () Sem Dor () Leve () Moderada () Intensa () Insuportável
Medicações e tempo de uso: _____

Anamnese e Exames Físicos Inicial:

Cliente vítima de acidente de moto apresentando edema e ferimento da
em MMII (D).

Classificação de Risco:

- ☐ 0 MIN. - EMERGÊNCIA (VERMELHO) -Necessita de atendimento imediato
- ☐ 10 MIN. - MUITO URGENTE (LARANJA) -Necessita de atendimento praticamente imediato
- ☒ 50 MIN. - URGENTE (AMARELO) -Necessita de atendimento rápido, mas podem aguardar
- ☐ 120 MIN. - POUCO URGENTE (VERDE) -Podem aguardar atendimento ou serem encaminhados para outros serviços de saúde.
- ☐ 240 MIN. - NÃO URGENTE (AZUL) -Podem aguardar atendimento ou serem encaminhados para outros serviços de saúde.

Assinatura do Profissional: _____



ATENDIMENTO MÉDICO

AVALIAÇÃO CLÍNICA/ EXAME FÍSICO:

HIPÓTESE(S) DIAGNÓSTICA(S) Doença do trato

PROCEDIMENTO E CONDUTA:

- 1- Diclofenaco 75 mg I
- 2- Ureantes 250 mg I
- 3- _____
- 4- _____
- 5- _____
- 6- _____

Roberto Burgos M. Farias
MÉDICO
CRM 17.17109

MÉDICO
Assinatura e Carimbo

OPTEI POR NÃO REALIZAR PROCEDIMENTO/ MEDICAÇÃO PRESCRITO PELO MÉDICO PLANTONISTA

Assinatura do Usuário/ Responsável

DESTINO:

() Alta () Observação

() TRANSFERÊNCIA: () Hospital de Origem () Outro _____

Reginaldo Alves Ferreira
Assinatura do Usuário ou Responsável

Gomez e Silva M261789



DADOS DO PACIENTE									
Prontuário 113024	Atendimento 0003	Nome do Paciente VERA LUCIA DIAS DE CARVALHO		CNS 160778676920005	Guia de Autorização				
Identidade: 98098082028									
Data de Nascimento 30/07/1978	Local SAO BENEDITO/CE		Estado Civil Casado(a)		Sexo Feminino		Idade 38 Ano(s)		
Pai FRANCISCO JOSE SILVA CARVALHO				Mãe IDELZUIE DIAS DE CARVALHO					
Endereço RUA SALMITO FERREIRA DE ALMEIDA, SN				Bairro CORRENTE	CEP 62370-000	Município SAO BENEDITO	UF CE	Telefone 88 92055948	
Profissão OPERADORA DE CAIXA		Empresa		Cônjugue					
Responsável CELINA DE CARVALHO		CPF do Responsável	Endereço RUA SALMITO FERREIRA DE ALMEIDA, SN		Município SAO BENEDITO	UF CE			
DADOS DO ATENDIMENTO									
Data Atendimento 08/06/2017	Hora 09:01	Convênio. SUS	Matrícula		CID				
Profissional do Atendimento DANILLO CONSERVA ARRUDA			CRM/UF 16409/SP		Tipo Atendimento ENCAMINHADO P/CONSULTA				
Indicador de Acidente Trânsito			Funcionário RENARA AGUIAR FONTENELE						
Observação									
Sala			Data/Hora Liberação						
Sinais Vitais			Tipo de Saída () Alta () Internação () Óbito						
Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)	R (mpm)	PA (mmHg)				
Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)									

fx W2 ①

M.L. , 1/2 de ano

d. h. h. 50h

Dr. Danilo Conserva Arruda
ORTOPEDIA E TRAUMA
CRM/CE 16409

DANILLO CONSERVA ARRUDA - CRM: 16409

gessarda 20 - 02
espa 20 - 03
espa 40 - 01



Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: CELINA DE CARVALHO

DADOS DO PACIENTE									
Atendimento 0004	Nome do Paciente VERA LUCIA DIAS DE CARVALHO				CNS 160778676920005	Guia de Autorização			
Idade: 98098082028					Estado Civil Casado(a)	Sexo Feminino			
Data de Nascimento 07/1978	Local SAO BENEDITO/CE				Idade 38 Ano(s)				
Pai FANCISCO JOSE SILVA CARVALHO					Mãe IDELZUI TE DIAS DE CARVALHO				
Endereço RUA SALMITO FERREIRA DE ALMEIDA, SN		Bairro CORRENTE	CEP 62370-000	Município SAO BENEDITO	UF CE	Telefone 88 92055948			
Emprego FABRIL DE CAIXA		Cônjuge							
Responsável CELINA DE CARVALHO		CPF do Responsável	Endereço RUA SALMITO FERREIRA DE ALMEIDA, SN		Município SAO BENEDITO	UF CE			
DADOS DO ATENDIMENTO									
Atendimento 06/2017	Hora 07:59	Convênio SUS	Matrícula		CID				
Profissional do Atendimento DANILLO CONSERVA ARRUDA			CRM/UF 16409/SP		Tipo Atendimento RETORNO				
Módulo de Atendimento			Funcionário ARIANE CARLA DE SOUSA						
Observação									
			Data/Hora Liberação		Tipo de Saída () Alta () Internação () Óbito				
Sinais Vitais									
Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)	R (mpm)	PA (mmHg)				

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

Tamozelo

Vitorino Alves Salvador
Técnico em Radiologia
CRTR - 01994T

Ex m @, m.c.

consolidado

di. fuk batz

Danillo Conserva Arruda
ORTOPEDIA E TRAUMA
CRMCE 16409

CONFIRMAÇÃO
16/08/17
CONFIRMAÇÃO

DANILLO CONSERVA ARRUDA - CRM: 16409

casado 15-04
casado 15-04

200818

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: CELINA DE CARVALHO



REGULAR
DPVAT



Imprimir

SINISTRO / ACIDENTE

Nº Processo: 2017/122012243
Natureza: INVALIDEZ

DADOS DO PROCESSO

Nº do Sinistro: 3180001428

Situação: PROCESSO NEGADO

DADOS DO ACIDENTE

Data Acidente: 25/5/2017

Data do Cadastro: 20/12/2017

DADOS DA VÍTIMA

Nome: VERA LUCIA DIAS DE CARVALHO

CPF: 917.158.223-15

DADOS DO ANGARIADOR

Nome: ANTONIO DONATO DE AZEVEDO

ANDAMENTOS

DATA **DESCRIÇÃO**

5/1/2018 PROCESSO NEGADO JUNTO A SEGURADORA LÍDER. SEGUNDO A DOCUMENTAÇÃO MÉDICA VÁLIDA DISPONÍVEL NÃO HÁ LESÕES E/OU SEQUELAS PERMANENTES INDENIZÁVEIS NOS MOLDES PREVISTOS PELA LEGISLAÇÃO VIGENTE.

USUÁRIO

DANIELLE DA SILVA COSTA

SAJ - Sistema de Protocolos Eletrônicos

Protocolo Andamento Consulta Relatório Ajuda

SISTEMA DE AUTOMAÇÃO DA JUSTIÇA

SAJ Primeiro Grau - Protocolo Eletrônico

Tribunal de Justiça do Ceará

Usuário: Nelson Francisco Vidal da Cunha

Protocolo de Petições Iniciais

Balcão

Últimas protocoladas	Data/hora
0001228-03.2019.8.06.0163	05/02/2019 16:44:44

Reemitir protocolo Movimentar protocolo

Protocolar Fechar



São Benedito / Balcão

Servidor: NET:TJPGP25.0

Versão: 1.9.1-7

Base de dados: NUTGE



Aos 07.02.19, por autos, antes
concluído o julgamento, de acordo com o disposto.

Aos 07.02.19, por meio de ofício
concluído o trabalho, sendo que o ofício.

7