



PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

OUTORGANTE	Maria Pereira da Silva Santos		
Nacionalidade	Brasileira	Natural	
Estado Civil	Solteira	RG nº	330 413 0 - 98
Profissão	Do bar	CPF nº	836.197.713-91
Endereço	Localidade de Vila Aleixo / Lagoas do Barro		
Bairro	Zonal Rural	CEP	62.215.000
Município/UF	Ipaeranga - Ce		

OUTORGADOS: **BRUNO PEREIRA BRANDÃO**, brasileiro, solteiro, 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 24.156 todos com endereço profissional para receber intimações na Rua São Paulo – nº 32 – 7º Andar – Sala 705 – Bairro Centro – CEP: 60.030-100 – Fortaleza/CE, Tel.: (85) 8831-8547/ (85) 9963-8013 / (85) 8708-0184 (85) 3022-0470.

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 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, 10 de setembro de 2013

Maria Pereira da Silva Santos.

OUTORGANTE



DECLARAÇÃO

OUTORGANTE	Maria Pereira da Silva Santos		
Nacionalidade	Brasileira	Natural	
Estado Civil	Solteira	RG nº	330.4130-98
Profissão	Do lar	CPF nº	836.197.713-91
Endereço	Localidade de Vila Aleixo / Lagoa do Barro		
Bairro	Zona Rural	CEP	62.215.000
Município/UF	Iraporanga - 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, 10 de setembro de 2013.

Maria Pereira da Silva Santos.

DECLARANTE

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por BRUNO PEREIRA BRANDAO e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 08/07/2015 às 15:09, sob o número 01721943920158060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0172194-39.2015.8.06.0001 e código 1AAC5D4.

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3304130-98 DATA DE EXPEDIÇÃO 11.06.98

NOME MARIA PEREIRA DA SILVA SANTOS
ANTONIO NILSON DA SILVA

FILIAÇÃO MARIA DO SOCORRO PEREIRA SOUSA

NOVA RUSSAS-CE 26.03.1977
NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO

Cert. Cas. Nº 1.599, Lv. B-05, fls. 217
DOC OFFICIAL Cart. Ipaporanga-Nova Russas-ce

CPF

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

MARIA PEREIRA DA SILVA SANTOS

CARTÃO DE IDENTIDADE

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por BRUNO PEREIRA BRANDAO e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 08/07/2015 às 15:09, sob o número 01721943920158060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0172194-39.2015.8.06.0001 e código 1AAC5D4.



Nº DO CLIENTE

1397710-5



COMPANHIA DE ENERGIA ELÉTRICA DO GRUPO B-CELCE

278212977

Nome: **32 38042 05 014500 - 0** Data de Emissão: **17/10/2012**
 Nome: **MARIA PEREIRA DA SILVA SANTOS**
 End. Postal: **VL ALEIXO 00000**
LAGOA DO BARRO - IPAPORANGA - 62215000
 Medidor: **6880055** Poste: **0000 0000**
 Classe: **RURAL MONOFASICO BAIXA RENDA** Fator de Potência: **0,00**
 RG / CPF / CNPJ: **836197713-91** CPF: **000**
 Nome do Responsável:

DATA

Mês de Referência	Data de Apresentação	Período Para Leturar
Out/2012	17/10/2012	16/11/2012

PERÍODO DE CONSUMO

Conjuntos	Período	CH
Mês	Out/2012	04 0,12

VALORES

Valor de Cálculo (R\$)	Multiplicador	Valor do Imposto
(ISDIO)		

RENDIMENTO

Mês	Rendimento Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC	11,16	22,22	44,65	0,00	0,00	0,00
RIC	7,57	15,24	31,68	0,00	0,00	0,00
DARC	6,08			0,00		

VALORES RESERVADOS

05DF,4787,3EEF,6535,2E49,360C,5C27,CF1E

CONTRIBUIÇÕES SOBRE O VALOR DO CONSUMO

Valor Mensal	Valor Mensal	Valor Mensal	Valor Mensal	Valor Mensal	Valor Mensal	Valor Mensal	Valor Mensal	Valor Mensal
12665	12556	1,00	99	0,00	30	0,12894	3,58	15,19
					49	0,23982		
17/10/12	15/09/12		32 Dias		99			19,03

VR. CONSUMO DO MES PRECO NORMAL **36,30**
 DESCONTO TARIFA SOCIAL-BAIXA RENDA **-17,27**
 PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA **0,69**

VENCIMENTO **16/11/2012**

TOTAL A PAGAR (R\$) **19,72**

COMPOSIÇÃO DO VALOR DO CONSUMO

Energia	11,32
Transmissão	1,14
Distribuição	1,14
Encargos Sociais	1,44
Tributos (ICMS PIS-COFINS)...	1,44
TOTAL	15,72

HISTÓRICO DE CONSUMO

96	99	72	83	80	77	83	83	85	126	150	120	95
Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set

importante

A COELCE AGRADECE E PARABENIZA PELA PONTUALIDADE NOS SEUS PAGAMENTOS.
 DOAR TRANSFORMA. DOE ORÇAMOS E AJUDE A TRANSFORMAR ESPERANÇA EM VIDA.

Consta desta fatura R\$ 1,44 referente a PIS e COFINS.



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA DO INTERIOR – DPI
13ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL DE CRATEÚS
TELEFONES: (88) 3692-3504/3684-1190

BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL – N.º 019/2013

Ipaporanga-CE, 19 de janeiro de 2013.

NOME: MARIA PEREIRA DA SILVA SANTOS.

CARTEIRA DE IDENTIDADE (RG) n.º:
3304130-98 SSP/CE

C.P.F. n.º:
836.197.713-91

FILIAÇÃO:

ANTONIO NILSON DA SILVA E DE MARIA DO SOCORRO PEREIRA SOUSA.

ENDEREÇO:

FONE:

LOCALIDADE DE VILA ALEIXO/LAGOA DO BARRO, S/N.º, ZONA RURAL DE IPAPORANGA-CE.

NATUREZA DA OCORRÊNCIA:

LESÃO CORPORAL PROVOCADA POR ACIDENTE DE TRANSITO.

LOCAL DA OCORRÊNCIA:

ESTARADA CARROÇAL QUE LIGA AS LOCALIDADES DE VILA ALEIXO E ÁGUA BRANCA, S/N.º, ZONA RURAL DE IPAPORANGA-CE.

HISTÓRICO:

A pessoa acima qualificada compareceu em Cartório desta Delegacia de Polícia, onde, após ser cientificado do teor dos Artigos 339 e 340 C.P.B., comunicou o seguinte: A noticiante informa que no dia 17 de outubro de 2012, (17/10/2012), por volta das 07:00hs, foi vítima de acidente de trânsito, quando guiava a motocicleta Honda NXR 150 Bros Mix ES, de cor vermelha, de placas NRE-5931-Ce, de chassi n.º 9C2KD0520AR005414, registrada em nome da noticiante, que o acidente se deu quando a noticiante fazia o trajeto guiando a motocicleta citada acima, da localidade de Vila Aleixo/Lagoa do Barro a Localidade de Água Branca, por uma estrada carroçal que liga estas duas localidades, zona rural de Ipaporanga-Ce, quando de repente foi surpreendida pela ultrapassar de um motoqueiro que tomou a sua frente fechando a passagem da mesma, que devido a isso caiu com a motocicleta ao solo, que da queda bateu com a perna esquerda contra o solo, que foi socorrida por populares para o hospital de Ipaporanga-Ce, sendo transferida para o hospital São Lucas em Crateús-Ce, onde naquele hospital de Crateús recebeu cuidados médicos e foi realizado raio X de seu tornozelo esquerdo. E como nada mais disse e nem lhe foi perguntado, deu-se por encerrado este Boletim de Ocorrência

x maria pereira da silva santos
NOTICIANTE

ASS. E IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL P/REGISTRO:

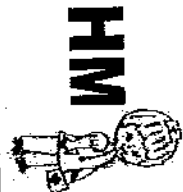
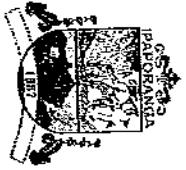
Sebastião Evangelista Martins
Fun. 107.240-1-5
118.013-49
SEBASTIÃO EVANGELISTA MARTINS-SP PM
MAT. 107240-1-5 PMCE/CPF 674.013.013-49

TESTEMUNHAS:

x Joana Paula Bezerra dos Santos
xmª Leila Pereira da Silva

As informações contidas neste boletim de ocorrência, são de inteira responsabilidade do queixoso, sendo ao mesmo informado que a comunicação de crime não ocorrido ou fato inexistente é crime punível na forma da Lei (ART. 339 e 340 do C.P.B).

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por BRUNO PEREIRA BRANDAO e Tribunal de Justiça do Ceará, protocolado em 08/07/2015 às 15:09, sob o número 01721943920158060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0172194-39.2015.8.06.0001 e código 1AAC5DA.



FF PREFEITURA MUNICIPAL DE IPAPORANGA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL DR. FRANCY FROTA

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE PACIENTE EXTERNO

17/08/12

14

1ª IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

Nome do Paciente: Pereira da Silva Santos ONS: Santos

Est. Civil: C Sexo: F Data de Nasc.: 25/03/87 Idade: 45A

CPT: _____ RG: _____ Orgão: _____ Data de Expedição: _____ Livro: _____ Fís: _____

Certidão de Nascimento: Nº do Termo: _____

Nome do Cartório: Cartório Doméstica

Naturalidade: Doméstica

Procedência: Doméstica

Residência: Povoado Lagoa do Barro

Filiação: Fm. Alisson de Jesus e M. do Socorro Pereira da Silva

Cônjuge: Fm. Valdeci dos Santos

2. QUEIXA PRINCIPAL: QUEIXA DE AZIAGEM DO TÓRAX

3. HISTÓRIA ATUAL: DO. ACUTURNO PI M SDZ L...

4. PESO: _____ KG 5. P.A. _____ 6. TEMPERATURA: _____

7. EXAMES SOLICITADOS: _____

X-Mania Pequena da Silva Santos

Ass. do Paciente ou Responsável _____ Assinatura do Médico _____

José Luiz Cassiano Lima
Especialista em Medicina
1976

Ass. do Paciente ou Responsável _____ Assinatura do Médico _____

Ass. do Paciente ou Responsável _____ Assinatura do Médico _____

Ass. do Paciente ou Responsável _____ Assinatura do Médico _____

Ass. do Paciente ou Responsável _____ Assinatura do Médico _____

Ass. do Paciente ou Responsável _____ Assinatura do Médico _____

Ass. do Paciente ou Responsável _____ Assinatura do Médico _____

Ass. do Paciente ou Responsável _____ Assinatura do Médico _____

Ass. do Paciente ou Responsável _____ Assinatura do Médico _____

Unidade de Origem: _____
 Distrito Sanitário: 15³ Cruz Município: Ipaporanga
 Nome: M^a Pereira da Silva Santos Prontuário: _____
 Sexo: M F Data de Nasc.: 26/03/67 Ocupação: _____
 Endereço: Povoado Lagoa do Barro Bairro: _____ Tel.: _____

Motivo do Encaminhamento?
Suspeita de entorse no tornozelo direito provocado por queda de moto.

Resultado de Exames: _____
 Consulta já Realizada _____

Impressão Diagnóstica
Dos Santos Neto e S. Melo
 Enfermeira
 Assinatura do Encaminhante - N.º Registro COBEN 270-784 Função Enfermeiro Data 31/08/12 Hora 08:51

AGENDAMENTO

Encaminhamento para Atendimento: Ambulatorial Hospitalar Auxílio Diagnóstico
 Procedimento: Hospital São Lucas Profissional: Traumatologista
 Unidade de Referência: _____ Data / / Hora _____

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA (*)

Unidade de Referência: _____
 Município: _____ Prontuário N.º _____ Alta / /

Resumo Clínico/Cirúrgico

Resultado de Exames

Diagnóstico: Principal _____ CID _____
 Secundário 1 _____ CID _____
 Secundário 2 _____ CID _____

Proposta de Consulta para seguimento

problema justificou a referência? Sim Não O motivo da referência coincide com o diagnóstico Sim Não

Assinatura do Consultante - N.º Registro _____ Função _____ Data / /

Utilizar também como resumo de alta.

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por BRUNO PEREIRA BRANDAO e Tribunal de Justiça do Ceará, protocolado em 08/07/2015 às 15:09, sob o número 01721943920158060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0172194-39.2015.8.06.0001 e código 1AAC5D4.

de atendimento - EMERGENCIA

Identificação: 024951 Atendimento: 0003
Paciente: MARIA PEREIRA DA SILVA SANTOS
CPF: 330413098
Nome: ANTONIO NILSON DA SILVA
Endereço: CAMPO LAGOA DO BARRO, SN
Bairro: ZONA RURAL
Profissão: DONA DE CASA
Convênio: SUS
Médico: FRANCISCO VALDECI
Endereço: CAMPO LAGOA DO BARRO, SN
Data Atendimento: 17/08/2012 Hora: 10:49 CID:
Médico: JAMIL SANCHES JORQUEIRA
Tipo Atendimento: CONSULTA ORTOPEDICA/TRAUMATO
Indicador de Acidente: Nenhum
Peso: kg Sinais Vitais: T (°C): P (bpm):

CNS: Guia Aut: Sexo: F
Data Nascimento: 26/03/1977 Idade: 35 Ano(s)
Mãe: MARIA DO SOCORRO PEREIRA DE SOUS
Telefone: 88 97110829 CEP: 62218
Município: IPAPORANGA UF:
Empresa:
Matrícula:
Responsável: FRANCISCO VALDECI DOS SANTOS UF:
Município: IPAPORANGA Sala:
CRM/UF: 6945/CE
Funcionário: GISLAINE MENEZES DA SILVA
CPF do Responsável:
R (mpm): PA (mmHg): X

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

Trauma em Lançamento Direto.
Acidente Direto por queda de moto
① R/O fratura LM (Femur)
② R/O O/TORAXAIS D
③ R/O do pé Direto F.
Em tratamento
+
pcc P

Dr. Elamildo Martins
Médico
CRM: 6253

JAMIL SANCHES JORQUEIRA - CRM: 6945

Maria Pereira da Silva Santos
Assinatura Paciente/Responsável

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por BRUNO PEREIRA BRANDAO e Tribunal de Justiça do Ceará, protocolado em 08/07/2015 às 15:09, sob o número 01721943920158060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0172194-39.2015.8.06.0001 e código 1AAC5D4.



PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVA RUSSAS
SSM - Secretaria de Saúde do Município
SUS - Sistema Único de Saúde

RECEITUÁRIO

Unidade de Saúde: _____

Nome: _____

Endereço: _____

*Atestado para o pleiteante MARIANA
MAGALHÃES DE SIQUEIRA SANTOS, vítima
de acidente de trânsito (DTC) no dia
17.08.2012 com fratura no tornozelo
direito e no quadril. Entende em
tratamento fisioterapêutico com
limitações funcionais para locomoção,
mobilidade, desempenho de tarefas
de rotina. Tratamento fisioterapêutico
funcional 30% de 15 minutos por
sessão 6 vezes - 40% de 15 minutos por
sessão 6 vezes.*

16.04.13
Data

[Assinatura]
Dr. Raimundo N. Torres do Nêbo
MÉDICO
CREMEC: 2887
Carimbo e Assinatura

Assistência à criança,
um dos nossos compromissos.
Leite Materno: O melhor e mais completo alimento!

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por BRUNO PEREIRA BRANDAO e Tribunal de Justiça do Ceará, protocolado em 08/07/2015 às 15:09, sob o número 01721943920158060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0172194-39.2015.8.06.0001 e código 1AAC5D4.

SINISTRO 2013288869 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA MARIA PEREIRA DA SILVA SANTOS****COBERTURA Invalidez****SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA
S/A****REGULADORA VICENTE SALEK Consultoria e Regulação de Sinistros Ltda****BENEFICIÁRIO MARIA PEREIRA DA SILVA SANTOS****CPF/CNPJ: 83619771391****Posição em 18-07-2014 12:35:45****Indenização creditada em 19/07/2013, no valor de R\$ 1.687,50, em banco e conta de titularidade do beneficiário, conforme autorização de pagamento assinado pelo mesmo.**

Data do Pagamento	Valor da Indenizacao	Juros e Correção	Valor Total
19/07/2013	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50