

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

NOME:	Mateus da Silva Gomes
ESTADO CIVIL:	Solteiro
PROFISSÃO:	Autônomo
DOMICÍLIO:	Rua Diogo Feijo 624
RG/CPF/PIS PASEP:	20090524254

OUTORGADOS

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: FortalezaData: 23 / 04 / 19Mateus da Silva Gomes**OUTORGANTE**



Esta é a segunda via de

FEV/2019

Utilize o nº abaixo sempre
que entrar em contato conosco

Nº DO CLIENTE
756580 OV. 1

VENCIMENTO
10/03/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)
103,40

DESCRIÇÃO DA CONTA

Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | Nº **563048969**

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

DADOS DO CLIENTE

Rota 15 01220 26 037800 Medidor Poste
Nome SANDRA GOMES DE OLIVEIRA 195224 0670 F10E
Endereço Postal

End. da Unidade RU DIOGO FELJO 00624 MESSEJANA FORTALEZA 60841170
Consumidora

RG / CPF / CNPJ 695.077.673-04 CGF
Classe B1 - 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA Fator de Potência 0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual Leitura Anterior Constante Consumo (kWh) Consumo Incl. Consumo Faturado
9740 9616 1 124 0 124

Quantidade Tarifa Valor (R\$)

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/ Apresentação Prev. Próxima Leitura
20/02/2019 23/03/2019

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

2106.3360.6AC3.4481.0759.1B14.3D3E.6C6C

ICMS

Base de Cálculo (R\$) Aliquota Valor do Imposto
91,01 27% 24,57

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

OUTROS PAGAMENTOS

JUROS DO MES 0,25
JUROS DO MES 0,53
MULTA MORATORIA 2,11
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL-CAP 9,50

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



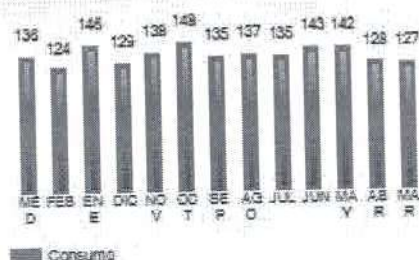
autenticação mecânica cliente

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta. CM: 30,88
Conjunto MESSEJANA
Mês DEZ/ 2018

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC (h)	4,83	9,67	19,34	0,00	0,00	0,00
FIC (un)	3,17	6,35	12,70	0,00	0,00	0,00
DMIC (h)	2,69			0,00		

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



Nº do Cliente: **756580-1** Nº da Nota Fiscal: **563048969** Total a Pagar (R\$): **103,40**
Data de Emissão: **26/02/2019** Referência: **FEV/2019** Nº de Controle: **0000756580 00534 4376 2 63**

83800000001-7 03400031000-4 00007565800-3 05344376201-6



**DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA****NOME:** Mateus da Silva Gomes**RG:** 20090524254 **SSP/Pe** **CPF:** 071.530.213-29

DECLARA de sua consciência e bem da verdade que VIVE E RESIDE em:

Logradouro: Rua Diogo Feijo 624**Complemento:** _____**Bairro** Messejana **CEP:** 60841-170

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, 23 DE Abril 20 19X Mateus da Silva Gomes



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Nome:	Mateus da Silva Gomes		
Nacionalidade:	Brasileira	Estado:	Ceará
		Estado Civil:	Solteiro
Profissão:	Autônomo		
Rg:	20090524254 SSP/CE - CPF: 071.530.213-29		
Logradouro:	Rua Diogo Feijo 624		

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: 23 de Abril de 2019

x Mateus da Silva Gomes

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

Impresso nº 2019136878

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 690 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **26/02/2019 09:49:23**
Data / Hora da Ocorrência: **17/09/2018 18:20:00**
Endereço da Ocorrência: **RUA DOM SILVEIRIO**
Complemento:
Bairro: **MESSEJANA** Município: **FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência: **PROX A YPIOCA**

**Dados da(s) Vítima(s)**

Nome: **MATEUS DA SILVA GOMES**
Nascimento: **25/10/1997** CPF: **071.530.213-29**
RG: **20090524254** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
Filiação: **MARIA FERNANDA PIRES DA SILVA**
ROBERTO GOMES DE OLIVEIRA
Endereço: **RUA DIOGO FEIJO , 624**
Bairro: **MESSEJANA**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP: **60.841-170**
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98606-4241**

Noticiante(s)

Nome: **ANTONIO ROQUE FILHO**
Nascimento: **08/02/1968** CPF: **309.579.313-87**
RG: **97006039467** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **FRANCISCA RIBEIRO DOS SANTOS**
ANTONIO ROQUE DOS SANTOS
Endereço: **RUA RIO JORDAO, 1160 CASA A**
Bairro: **JANGURUSSU** CEP: **60.870-730**
Município: **FORTALEZA/CE**
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98824-3303**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **POH9489** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi:
9C2KD0810JR002778 Renavam: **1133515875** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/NXR160 BROS ESDD** Ano
Fabricação: **2017** Ano Modelo: **2018** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**
Cor: **VERMELHA** Proprietário: **ANTONIO ROQUE FILHO** Situação: **NÃO**
INFORMADO Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

AFIRMA O NOTICIANTE QUE NA DATA, HORA E LOCAL CITADOS; QUE PILOTAVA A MOTOCICLETA DE SUA PROPRIEDADE DE PLACA POH-9489-CE, MAS NAO FICOU LESIONADO E A VITIMA NA SITUAÇÃO DE GARUPEIRO (MATEUS DA SILVA GOMES); QUE TRAFEGAVA PELA RUA DOM SILVEIRIO; QUE UM OUTRO VEICULO CARRO DE PLACAS NÃO ANOTADAS, AVANÇOU A PREFERENCIAL, VINDO A OCASIONAR A COLISÃO COM A MOTO EM QUE ESTAVA A VITIMA NA VIA; QUE, APÓS O IMPACTO, A VITIMA FOI AO SOLO E FICOU LESIONADA; QUE O CAUSADOR DO ACIDENTE EVADIU DO LOCAL;

Mateus / Antonio Roque

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

**Impresso nº 2019136878****BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 690 / 2019**

QUE A VITIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU, SENDO LEVADA PARA ATENDIMENTO NO IJF/CENTRO; QUE APRESENTOU A CERTIDÃO Nº 0309/2019/UNICER/NUREG DA SECRETARIA DAS CIDADES/DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRANSITO/ PARA COMPROVAR QUE A MOTOCICLETA É DE PROPRIEDADE DO NOTICIANTE. E NADA MAIS DISSE./// OBS.:FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO NO ART. 340 DO CPB. PRAZO 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:***Antonio Rogue Filho***VISTO DO DELEGADO(A) :****DIANA MÁRCIA NOGUEIRA SURIMÃ - MAT.: 012875-1-6**

Dr. Diana Marcia Nogueira Surima
Delegada de Polícia
Mat. 012875-1-6

x Mateus da Silva Gomes

SINISTRO 3190176935 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** MATEUS DA SILVA GOMES**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** Comprev
Previdência S/A-Filial Fortaleza-CE**BENEFICIÁRIO** MATEUS DA SILVA GOMES**CPF/CNPJ:** 07153021329**Posição em 15-03-2019 10:28:06**

O pedido de indenização está em análise na Seguradora Líder-DPVAT. O prazo regulamentar para conclusão do processo é de até 30 dias, caso a documentação esteja completa e não haja necessidade de informações adicionais. Por favor, aguarde e continue acompanhando seu processo neste site.

Data do Pagamento	Valor da Indonização	Juros e Correção	Valor Total
18/03/2019	R\$ 2.362,50	R\$ 0,00	R\$ 2.362,50





INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA



Emitido em: 21/01/2019 11:38:53

Por: UBIRAJARA MORAIS MENDONÇA

Registro de Atendimento Emergencial

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL						DATA/HORA: 17/09/2018 21:14:15		
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE								
CNS: 700007894744608		NOME: MATEUS DA SILVA GOMES			Registro: 5581047			
CPF: 07153021329		RG: 20090524254		D. NASC: 25/10/1997		ESTADO CIVIL:		
				SEXO: M		RAÇA/COR: Parda		
NOME DA MÃE: MARIA FERNANDA PIRES DA SILVA				NOME DO PAI: ROBERTO GOMES DE OLIVEIRA				
TIPO DE LOGRADOURO: Rua		ENDEREÇO DO PACIENTE: DIOGO FEIJO			Nº: 624		BAIRRO: MESSEJANA	
COMPLEMENTO:		TELEFONE: 986759493		MUNICÍPIO: FORTALEZA		UF: CE CEP: 60841170		
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL								
NOME: SANDRA GOMES DE OLIVEIRA				PARENTESCO: TIA		TELEFONE: 986759493		
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 motociclista, Acidente de transporte sem colisão. Inclui: capotamento, queda ou projeção de uma motocicleta								
QUEIXAS: Pte vítima de queda de moto, sem capacete, TCE, tem fratura de fêmur em MIE								
OBSERVAÇÕES:								
SINAIS VITAIS								
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Pública		Escala de Dor: Moderado		PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: AMARELO				
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:								
ATENDIMENTO MÉDICO								
Anamnese:								
Exame Físico:								
Condução:								
21 01 19 10.888 <i>[Assinatura]</i>								
TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:								
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:								
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:								
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:				CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:				



INSTITUTO Dr. JOSÉ FROTA
"24 horas de proteção à vida"



Prefeitura de **Fortaleza**

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: **INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA** 2 - CNES: **2529149**
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: **INSTITUTO PRAXIS** 4 - CNES:

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: **MATEUS DA SILVA GOMES** PRONTUÁRIO: **5581047**
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE: **7000078947444608** 8 - DATA NASCIMENTO: **25/10/1997** 09-SEXO: **()M ()F** 10-RAÇA/COR: 10.1 - ETNIA:
11 - NOME DA MÃE/PAI: **MARIA FERNANDA PIRES DA SILVA** 12 - TELEFONE:
13 - NOME DO RESPONSÁVEL 14 - TELEFONE DE CONTATO:
15 - ENDEREÇO DO PACIENTE (RUA, Nº, BAIRRO): **DIEGO FEIJO 624-MESSEJANA**
16 - MUNICÍPIO: **FORTALEZA** 17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO: 18 - UF: **CE** 19 - CEP:

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:
PACIENTE COM FRATURA DE FEMUR ,NECESSITANDO DE TRATAMENTO CIRURGICO .
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:
RISCO DE COMPLICAÇÕES E AGRAVOS
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS):
ANAMNESE + EXAME FÍSICO + EXAMES LABORATORIAIS
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL: **FX .FEMUR** 24 - CID 10: **S723** 25 - CID10 SECUNDÁRIO: 26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: **TRATAMENTO CIRURGICO DA FRATURA DE FEMUR** 28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: **0408050519**
29 - CLÍNICA: **TRAUMA** 30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: **EMERGENCIA** 31 - DOCUMENTO: **() CNS () CPF** 32 - Nº DOCUMENTO DO SOLICITANTE:
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: 34 - DATA SOLICITAÇÃO: **18/09/2018** 35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº CR):

PREENCHER EM CASO DE CAUSA EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO 39 - CNPJ DA SEGURADORA: 40 - Nº DO BILHETE: 41 - SÉRIE:
37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO 42 - CNPJ DA EMPRESA: 43 - CNAE DA EMPRESA: 44 - CBOR:
38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR: 52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR:
48 - DOCUMENTO: 49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:
() CNES () CPF
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO CONSELHO):

Preencher de forma legível e sem abreviaturas: 1ª via- SMS e 2ª via - Prontuário do paciente

HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES TÁVORA
AV FRANCISCO SA, 5445 - ALVARO WEYNE - FORTALEZA(CE)
CNPJ: 07.275.084/0001-15 CNES: 252884-3

F I C H A D E I N T E R N A Ç Ã O

=== [ADMISSÃO] ===

Número	Data	Hora	Convênio	Classificação
201821004382	18/09/2018	16:18	PRAXIS	RUE - SMS
Caráter de Atendimento			SISREG	AIH

ELETIVO

Origem do Paciente	Clínica/Especialidade
IJF	CLÍNICA CIRÚRGICA/TRAUMA-ORTOPEDIA
Médico Solicitante	Médico Responsável
6193 - ANTONIO VALTERNO NOGUEIRA PINHEI	6193 - ANTONIO VALTERNO NOGUEIRA PINHEI
Procedimento Solicitado	Dias
0408050519 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR	4

=== [IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE] ===

Nome	Sexo
MATEUS DA SILVA GOMES	MASCULINO
Nascimento Idade	Raça/Cor
25/10/1997 20 Anos	PARDA
Mãe	Estado Civil
MARIA FERNANDA PIRES DA SILVA	SOLTEIRO(A)
Conjuge	Religião
	NÃO INFORMADO
	Pai
	ROBERTO GOMES DE OLIVEIRA
	Responsável
	SANDRA GOMES DE OLIVEIRA
	Prontuário
	2447754
CNS	Registro
700007894744608	201802570004022
País	Documento Informado
BRASIL	RG: 20090524254 Emissão: 20/03/2015
Município de Residência	Município de Naturalidade
FORTALEZA/CE	FORTALEZA/CE
Número	CEP
624	60841-170
Complemento	Logradouro
	RUA DIOGO FEIJO
Fone Móvel	Bairro
(85)9867.59493	MESSEJANA
Fone Fixo	Ponto de Referência
(85)9861.22968	
Situação no Mercado de Trabalho/Profissão(CBO)	
OUTRA / ESTUDANTE	

=== [CONTATO/ACOMODAÇÃO] ===

Em caso de urgência avisar	Acomodação/Leito
SANDRA GOMES	222/2
Tipo de Acomodação	Posto de Enfermagem
ENFERMARIA	POSTO DE ENFERMAGEM 03
Atendente: helena	Data: 18/09/2018 Hora: 16:24:24 Tempo: 00:06:24

=== [TERMO DE RESPONSABILIDADE] ===

SANDRA GOMES DE OLIVEIRA, abaixo assinado, responsável pelo paciente MATEUS DA SILVA GOMES, através do presente Termo de Responsabilidade, autoriza aos médicos do(a) HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES TÁVORA, a realizarem as investigações julgadas necessárias ao diagnóstico do referido paciente, bem como a executarem o tratamento adequado. Compromete-se, ainda, a respeitar todas as disposições contidas nos regulamentos do estabelecimento de saúde.

FORTALEZA(CE), 18 de setembro de 2018

RESPONSÁVEL

TESTEMUNHAS

Sandra gomes de oliveira