

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Jaqueline Lardoso de Almeida Godolha, brasileira, solteira,
portadora do RG nº 2007347711 e CPF nº 894128003-63;
residente e domiciliada Rua Monte Libano 1164, ap 104, bloco 7,
Bairro Mandulim, Fortaleza - CE, CEP: 60762376; representante
da filha, menor, Emily Vitória Lardoso de Almeida.

OUTORGADO: Nomeia e constitui como bastante procurador para defender seus direitos fundamentais e interesses jurídicos, Dr. **FRANCISCO WAGNER BARBOSA DE ALENCAR FILHO**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/CE sob o nº 29.811 e a Dra. **SARAH BASTOS DE ALENCAR**, brasileira, solteira, advogada, inscrita na OAB/CE 33.781, ambos com escritório profissional na Avenida Desembargador Moreira, nº 2120, sala 1304, Bairro Aldeota, na Cidade de Fortaleza, no Estado Ceará, recebendo a comunicação de quaisquer atos processuais neste endereço.

PODERES: Por este instrumento particular de mandato, o OUTORGANTE confere aos OUTORGADOS plenos poderes para o foro em geral, com a cláusula *ad judicium* e *et extra*, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-lo nas contrárias, seguindo uma e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando, conferindo-lhe, ainda, os poderes especiais para *receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, receber, dar quitação, firmar compromisso e assinar declaração de hipossuficiência econômica*, conforme estabelecido no Art. 105 do Código de Processo Civil (Lei 13.105/2015), agindo em conjunto ou separadamente, podendo ainda substabelecer esta a outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, enfim, praticar todos os atos processuais que ache oportuno e conveniente para o fiel cumprimento deste mandato, dando tudo por bom, verdadeiro, firme e valioso.

Fortaleza, 01 de Maio de 2019.

Jaqueline C. de Almeida Godolha
 OUTORGANTE

Av. Desembargador Moreira, nº 2120, sala 1304, Bairro Aldeota, CEP: 60.170-002, Fortaleza-CE / E-mail: wsdpvtat.juridico@gmail.com | (85) 98786-0818 (85) 988882031

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

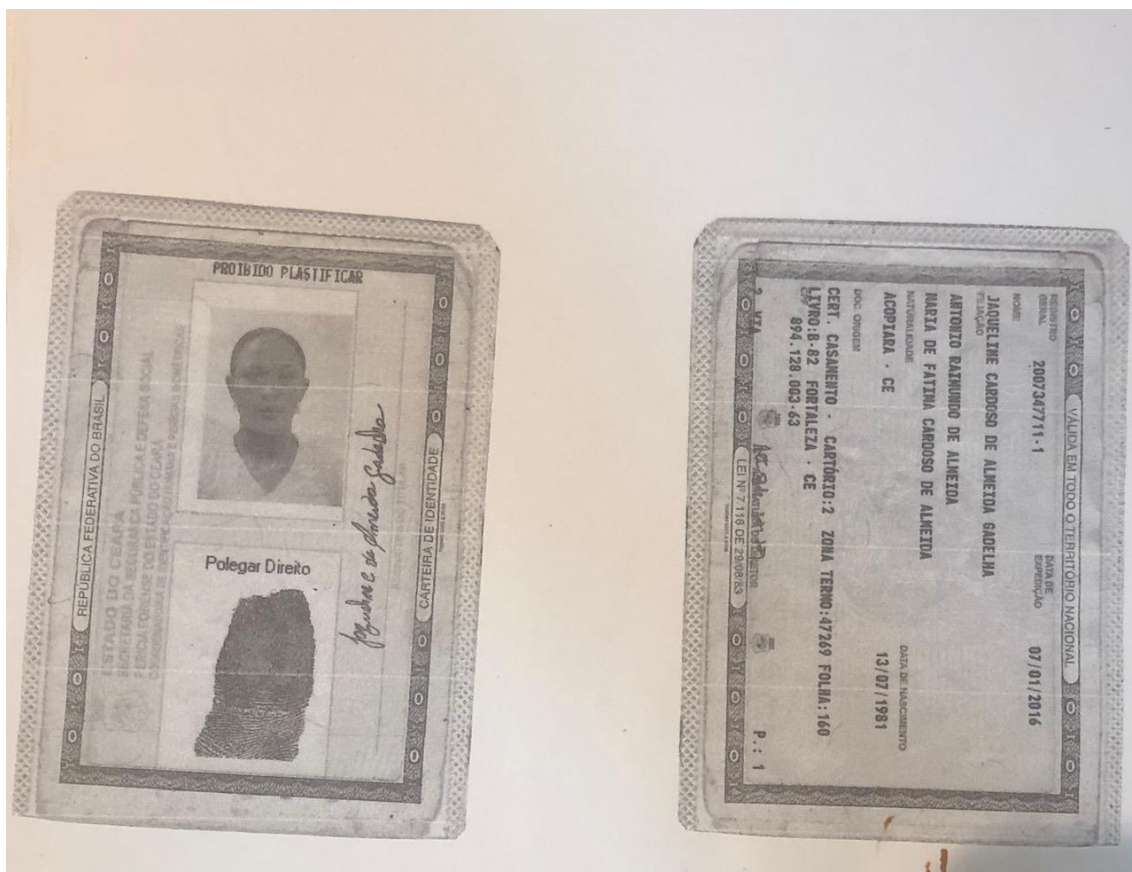
Declaro, também, para os devidos fins, ser pobre, na forma e sob as penas da Lei nº 7.115/83, não podendo, assim, arcar com as despesas advindas desse processo sem que haja prejuízo do sustento meu e de minha família.

Fortaleza - CE, 01 de Maio de 2019.

Jaqueline C. de Gmzuda Jodecha
Assinatura do declarante

Av. Desembargador Moreira, nº 2120, sala 1304, Bairro Aldeota, CEP: 60.170-002, Fortaleza-CE /
E-mail: wsdpvat.juridico@gmail.com | (85) 98786-0818 (85) 988882031





Nº DO CLIENTE
4949101-6

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 Valdivino, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07042251/0001-70 | CGF 05.106.848-3

enel

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 525822184

Rota 12 01230 22 248600 - 1 Data de Emissão 17/05/2018

Nome JAQUELINE CARDOSO DE ALMEIDA

End. Postal RU MONTE L.BANO 01164 AP 104 BL 07 CM 02
MONDUBIM - FORTALEZA - 60762376

Medidor 1871960 Poste 0000 G47S

Classe 01-RESIDENCIAL 07-BX. RENDA MONOFASICO

RG/CPF/CNPJ 894128003-63 CGF

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência	Data de Apresentação	Previsão Próxima Leitura
Mai/2018	17/05/2018	19/06/2018

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto Mondubim

Mês Mai/2018 EUSD 20,67

DICRI = 0,00 ?

Padrão Individual			Apuração Individual		
Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC 4,95	9,91	19,82	1,10	1,10	0,00
FIC 3,17	6,35	12,70	1,00	1,00	0,00
DMIC 2,77			1,10		

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
129,68	27,00%	35,01

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

E365.B5DD.46C0.67A9.7B5B.40A2.DC2F.2A25

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. Fat.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FF 10089	10		187	0,00	30 70 87	0,24271 0,41610 0,63415	7,28 29,12 54,39
17/05/16	17/04/18		30 DIAS		187		90,70

DESCRIÇÃO

VALOR CONSUMO DO MES

ICMS COMPLEMENTAR BAIXA RENDA-CONV CONFAZ 079

ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL

PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA

ADICIONAL BANDEIRA AMARELA MES (R\$ 1,07)

VALOR (R\$)

90,70

10,53

10,92

1,60

VENCIMENTO 05/06/2018

TOTAL A PAGAR (R\$) 113,75

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	99,16
Transmissão	1,14
Distribuição	19,40
Encargos Setoriais	5,22
Tributos (IUMS PIS-COFINS)...	40,35
TOTAL	102,63

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

149
167
184
149
163
166
145
115
136
114
134
135
140

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO ₂)	Compensado kg (CO ₂)	Consciência Ecológica (%CO ₂)
73,00	0,00	0



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



BOLETIM DE Ocorrência N° 301 - 2861 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **06/07/2018 11:16:11**
Data / Hora da Ocorrência: **23/06/2018 11:30:00**
Endereço da Ocorrência: **AVENIDA BERNARDO MANOEL**
Complemento:
Bairro: **PREFEITO JOSE WALTER** Município: **FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência: **EM FRENTE IGREJA CANAAN**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **EMILLY VITORIA CARDOSO DE ALMEIDA**
Nascimento: **11/08/2005** CPF:
RG: **2007466485-3** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **JAQUELINE CARDOS DE ALMEIDA GADELHA**
NI
Endereço: **RUA MONTE LIBANO, 1164 BL.07/APTO.104**
Bairro: **PREFEITO JOSE WALTER**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone:

Noticiante(s)

Nome: **JAQUELINE CARDOSO DE ALMEIDA GADELHA**
Nascimento: **13/07/1981** CPF: **894.128.003-63**
RG: **20073477111** Orgão Emissor: **SSP** UF:
Filiação: **MARIA DE FATIMA CARDOSO DE ALMEIDA**
ANTONIO RAIMUNDO DE ALMEIDA
Endereço: **RUA MONTE LIBANO, 1164 APTO 104 BL 7**
Bairro: **MONDUBIM** CEP:
Município: **FORTALEZA/CE**
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98655-8212**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **HHT2084** Uf: **CE** Município: **MARACANAÚ** Chassi:
9BWGF07X38P015908 Renavam: **948122129** Tipo do Veículo:
CAMIONETA Marca / Modelo: **VW/KOMBI** Ano Fabricação: **2007** Ano
Modelo: **2008** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **BRANCA**
Proprietário: **FRANCISCO FLAVIO ARAUJO** Situação: **NÃO INFORMADO**
Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

A NOTICIANTE(MÃE DA VITIMA) COMPARECE A ESTA ESPECIALIZADA A FIM DE REGISTRAR QUE, NA DATA CITADA, A VITIMA(FILHA DA NOTICIANTE) QUE A AO DESCER DE UMA CALÇADA PARA ATRAVESSAR A AV. BERNARDO MANOEL A VITIMA FOI ATROPELADA POR UM CARRO DE PLACAS HHT-2084 CAINDO A VITIMA NO ASFALTO, FICANDO LESIONADA SENDO SOCORRIDA PELO SAMU PARA O INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA. E NADA MAIS DISSE./////////
OBS: COMUNICAÇÃO FALSA É CRIME CAPITULADO NO ART.340 DO CPB.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 8. DISTRITO POLICIAL

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

Pág. 1 de 2

Impresso em: 06/07/2018 11:26:45

Jaqueline

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

BOLETIM DE Ocorrência N° 301 - 2861 / 2018

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : FRANCISCO DELÂNIO CAMPELO ALMEIDA - MAT.: 404836-1-

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: JOSE RODRIGUES JUNIOR - MAT.: 126788-1-

VISTO DO DELEGADO(A) : JOSE RODRIGUES JUNIOR - MAT.: 126788-1-

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

Pág. 2 de 2

Impresso em: 06/07/2018 11:26:45

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO INSTITUTO		1ª Via - FARMÁCIA
Instituto Dr. José Frota CNES: 2529149 CNPJ: 07.835.044/0001-80 Rua Senador Pompeu, 1757 Bairro: Centro Fone: 3255.5000 Fortaleza - CE CEP: 60025-001		2ª Via - PACIENTE
Paciente: <i>Emilly Vitória Cardoso de Almeida</i>		
Endereço: <i>Monte Libano, 1164 - Mondubim</i>		
Prescrição: <i>Uso interno:</i> <i>① Amoxicilina 500 mg ————— 21 cãp.</i> <i>Tomar 01 cápsula de 08/08 horas duran-</i> <i>te 07 dias.</i>		
Data: <i>23/06/2018</i> Carimbo e Assinatura do Médico <i>José Nunes Carneiro Neto</i> Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial Residente HUWC - CROCE 9864		
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		
Nome:		Data: / / Fornecedor: Carimbo e Assinatura
Nº Ident.:	UF:	
Endereço:		
Nº:	Bairro:	
Cidade:	UF:	
CEP:	Tel.:	

FRANCISCO MARDÔNIO SALMITO DE ALMEIDA

ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CREMEC - 4411 - CPF: 122.369.423-20

RELATÓRIO MÉDICO

Relato, para os devidos fins, junto ao DPVAT, que o Sr.(a):

Mully Vitorino (condo Guerra

vítima de acidente de trânsito, em 28.06.18, sofreu:

*fracturas nos dentes
proximais de dentes (TMS)*

e submeteu-se a tratamento(s):

*limpeza cirúrgica e
reabilitação com restauração.*

encontra-se de alta clínica, e apresenta invalidez permanente,
com grau de incapacidade funcional irreversível de:

*Ampla de deformação
nos dentes superiores
e inferiores. Invalidez de
mordida. deformação
e dentes. Incomodidade
no movimento. Prejudicial
ao paciente.
Oxímetro de oxigênio*

24/08/18

Dr. Francisco Mardônio Salmito de Almeida
Ortopedia - Traumatologia
CREMEC 4411

Rua Guilherme Rocha, 1201 - Centro - Fortaleza - Ceará.

INVESTPREV

03 SET 2018

ENTRADA



Prefeitura de Fortaleza

INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

Registro de Atendimento Emergencial



SAÚDE HOSPITALAR

Emitido em: 23/06/2018 12:59:23

Por: MARIA LUCIENE COUTINHO

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL						DATA/HORA: 23/06/2018 12:51:04
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE						
CNS: 898004119907335	NOME: EMLLY VITORIA CARDOSO DE ALMEIDA			Registro: 5306846		
CPF:	RG:	D. NASC: 11/08/2005	ESTADO CIVIL:	SEXO: F	RAÇACOR: Parda	
NOME DA MÃE: JAQUELINE CARDOSO DE ALMEIDA			NOME DO PAI: SEM INFORMAÇÃO			
TIPO DE LOGRADOURO: Rua		ENDEREÇO DO PACIENTE: MONTE LIBANO		Nº: 1164	BAIRRO: MONDUBIM	
COMPLEMENTO:		TELEFONE: 88160531	MUNICÍPIO: FORTALEZA	UF: CE	CEP: 60762378	
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL						
NOME: JAQUELINE CARDOSO DE ALMEIDA		PARENTESCO: MÃE		TELEFONE: 99955212		
ACIDENTE DE TRABALHO						
TIPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:	CÓDIGO DO CNAER:			
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO						
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidentes com pedestre, Pedestre traumatizado em colisão com um automóvel (carro, pickup ou caminhonete)						
QUEIXAS: atropelamento por carro com trauma na cabeça e região orbital e parietal esq. c com edema com história de desmaio, ECG - 13, SAT - 97%, FC - 105						
OBSERVAÇÕES: trauma cranioencefálico - história de inconsciência						
SINAIS VITAIS						
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Pública	Escala de Dor: Moderado		PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: AMARELO			
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO: PEDIATRA						
ATENDIMENTO MÉDICO						
Anamnese: <i>criança 12 anos vítima de atropelamento em via pública há 40 dias - RANOS - PEGN BOMBA</i>						
Exame Físico: <i>APRIAL - 57 ANO BOMBEU PARECE DE SÓBRO</i>						
Conduta: <i>APRIAL - 57 ANO BOMBEU PARECE DE SÓBRO</i>						
TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO: <i>50 MINUTOS</i>						
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS: <i>RAIO X / FRONTAL</i>						
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE: <i>50 MINUTOS</i>						
DATA E HORA DO ATENDIMENTO: 23/06/2018		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA: <i>2827</i>				

ARQUIVO GERAL - É ESTA CÓPIA

CONFERE COM A ORIGINAL

DATA 05/04/2018

0301060061 CONSULTA MÉDICA

0301060029 CONSULTA MÉDICA COM OBSERVAÇÃO

EMR_EmergencyAttention

Página 1 de 1

 Prefeitura de Fortaleza Secretaria Municipal de Saúde		Instituto Dr. José Frota	
PARECER MÉDICO - ESPECIALIDADE: <u>NEFROLOGIA</u>		Data: <u>23.06.2018</u> às <u>13:11</u> h	
<u>ATROPSADIA GCS=15 FM G-V. CERVICOID.</u> <u>TC CRANIO S/ LESÕES INTERC.</u> <u>TC COL. CERVICAL S/ FRAATURAS OU LESÕES.</u> <u>C1</u>			
CONDUTA: <u>ANÁLISES + TC COL. CERVICAL + TC CR. CERV.</u>		ASSINATURA/CARIMBO MÉDICO:	
PARECER MÉDICO - ESPECIALIDADE: <u>TO - Traumatologia</u>		Data: <u>23.06.2018</u> às <u>13:40</u> h	
<u>- Paciente com mobilidade das massas e mãos</u> <u>- Ausência de queimaduras.</u>			
CONDUTA: <u>Arterial</u>		ASSINATURA/CARIMBO MÉDICO:	
PARECER MÉDICO - ESPECIALIDADE: <u>BUCO MAXILO FRC</u>		Data: <u>23.06.18</u> às <u>19:10</u> h	
Paciente do sexo feminino, vítima de trauma de face. Evolui com edema, hematoma, descolamento retalhamento e lacer. Ao exame físico intra-oral observa-se laceração na região superior e superior (C), edema um rugido de duto (C). Ao exame físico intra-oral observa-se fratura coronária nos dentes 23 e 22 e luxação vestibular no dente 21. Ao exame radiológico nota-se fratura coronária dos dentes 23 e 22 e fraturas dos dentes 21 e 22.			
CONDUTA: <u>Exame Clínico + Exame Radiológico + Exame de Imagem + Exame de Imagem</u> <u>para CEO (fratura coronária) e ALTA DA BUCOMAXILO.</u>		ASSINATURA/CARIMBO MÉDICO:	
PARECER MÉDICO - ESPECIALIDADE:		Data: <u>1/1</u> às <u>:</u>	
<u>Trauma de face com dificuldades para engolir e/ou outro (trauma)</u> <u>* Fatores de risco de asfexia devido ao trauma de face.</u> <u>* Ausência de sinais vitais: não há sinais vitais.</u> <u>* Risco de asfexia devido ao trauma de face.</u> <u>* Risco de asfexia devido ao trauma de face.</u>			
CONDUTA: <u>Alta e prescrever exame de face</u> <u>se possível em 24h</u>		ASSINATURA/CARIMBO MÉDICO:	
PRESCRIÇÃO MÉDICA			
<u>D. Dignose / 4ml + 19ml EV aque</u> <u>D. IF 97. 600ml EV aque</u> <u>D. Clonazepam 50mg + 100ml SF 97. EV aque</u> <u>D. Dignose 02ml + 19ml SF 97. EV aque</u> <u>D. Clonazepam 100mg + 100ml SF 97. EV aque</u>			
APREZAMENTO			
<u>0301100012</u> <u>ADM. MEDICAMENTO</u>			
ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM			
<u>Sinais vitais: (h) SN (h)</u> <u>P.A: (h) SN (h)</u> <u>T: (h) SN (h)</u> <u>FC: (h) SN (h)</u> <u>FR: (h) SN (h)</u>			
DESTINO - TRANSFERÊNCIA / ALTA			
☐ Transferência ☐ Internação ☒ Alta Médica ☐ Alta a pedido ☐ Evasão			
☐ Óbito			
Data: <u>1/1</u> às <u>:</u> h Ass./Carimbo Médico:			
ÓBITO			
Antes dos Primeiros Socorros: ☐ Sim ☐ Não Data: <u>1/1</u> às <u>:</u> h			
Destino do corpo: ☐ PEFOCE ☐ SVO ☐ FAMÍLIA(D.O) Ass./Carimbo Médico:			

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por SARAH BASTOS DE ALENCAR e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 16/05/2019 às 15:57, sob o número 013346247201980600001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 013346247-2019.8.06.0001 e código 48C3166.

RECEITUÁRIO

Nome: Emilly Vitória Ladeira de Almeida BE/Prontuário: 5306 846

AO CEO - CENTRO (Urgência Odontológica)

Encaminho a paciente supracitada para avaliação e diagnóstico minucioso da fratura dento-alveolar dos dentes 11, 21 e 22 e tratamento adequado.

Dr. Natanad Charles M. Cruz
Médico Emergência IJF
CRM 2920

José Nunes Carneiro Neto
Cirurgia e Traumatologia
Bucomaxilofacial
Residente HUWC - CROCE 9864

Data: 23/06/18

Assinatura e Carimbo do Médico

PROCURE O IJF SOMENTE NOS CASOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
Rua Barão do Rio Branco, 1816 - Centro. CEP 60.025-061. Fone: 255-5000

NA 009.083 Versão 1 - 01/07/06 - Via Única - Formato A5 (140x210).

Prefeitura de
Fortaleza
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

RECEITUÁRIOPaciente: Emilly Victoria Cardoso de Almeida
BE / Prontuário: 5306846Rx
Uso oral① Sleupropeno 600 mg ——— 09 comp.

Tomar 01 comp. de 08/08 horas por 03 dias.

② Dipirona 500 mg ——— 08 comp.Tomar 01 comp. de 06/06 horas por 02 dias,
se sentir dor.José Nunes Carneiro Neto
Cirurgia e Traumatologia
Bucomaxilofacial
Residente H/WC - CROCE 9864Data: 23/06/18

Ass./Carimbo do Médico