

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Amanda Vitória da Silva Ramos, brasileira, solteira, sem estado civil, estudante, com endereço de Rua, portador de RG de nº 2008 59 52 693 SSP/CE, CPF nº 627 322 303 - 57, residente e domiciliado na Rua 4, nº 244, Bairro Parque Wilson, Cidade Louveira, Ceará - CEP: 61 645 - 050

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 et extra*, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defende-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 Abril de 2019.

Amanda Vitória da Silva Ramos
OUTORGANTE

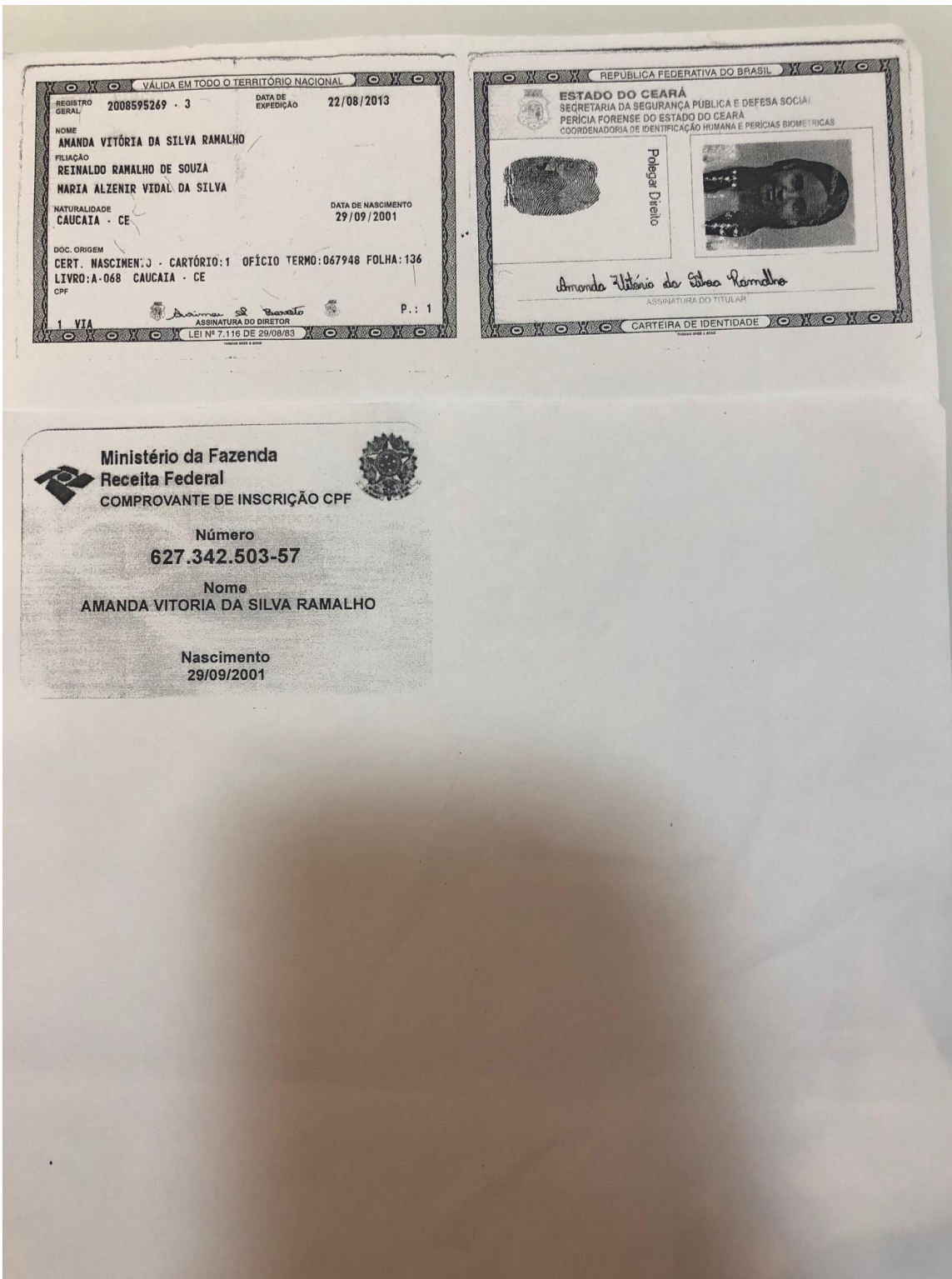
DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

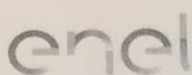
Declaro, também, para os devidos fins, ser pobre, na forma e sob as penas da Lei nº 7.115/83, não podendo, assim, arcar com as despesas advindas desse processo sem que haja prejuízo do sustento meu e de minha família.

Fortaleza - CE, 01 de Julho de 2019.

Amanda Diterio da Silva Ramalho.
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





Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° **519901291**
Companhia Energética do Ceará
 Rua Padre Valdeemir, 150 | CEP: 00135-040 | Fortaleza CE
 CNPJ: 07047251/0001-70 | CGF: 06.105.848-3
 A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei nº 10.436 de 26 de abril de 2002

DADOS DO CLIENTE

Esta é a segunda via de **ABR/2018**

Rota 03 022005 04 014400 Medidor 5566197 Poste 1040 157P
 Nome MARIA ALZENIR VIDAL DA SILVA Endereço Postal

Utilize o nº abaixo sempre que entrar em contato conosco

N° DO CLIENTE
1076369 DV **4**

VENCIMENTO
11/04/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)
56,25

End. da Unidade Consumidora RU 04 PARQUE ALBANO 00244 PQ. ALBANO CAUCAIA 61600000

RG / CPF / CNPJ 500.565.223-04 CGF
 Classe 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA Fator de Potência 0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual Leitura Anterior Constante Consumo (kWh) Consumo Incl. Consumo Faturado
 FP 24929 24863 1 66 0 66

DESCRIÇÃO DA CONTA Quantidade Tarifa Valor (R\$)

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/ Apresentação 04/04/2018 Prev. Próxima Leitura 04/05/2018

AREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

E07F.9817.29E1.F7FA.B86E.4E2F.32F0.29D8

ICMS

Base de Cálculo (R\$) Aliquota Valor do Imposto
 46,67 27% 12,60

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

OUTROS PAGAMENTOS

ILUMINAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL-INT 9,58

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

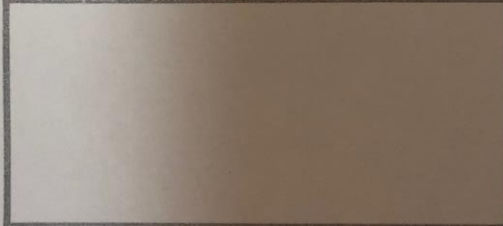
Veja a legenda no verso desta conta. Conjunto CAUCAIA CM: 14,40
 Mes FEV/ 2018

DIC (h)	Padrão Individual Mensal		Apuração Individual Mensal	
	Mensal	Trim.	Mensal	Trim.
DIC (h)	10,58	21,17	42,34	0,00
FIC (un)	7,59	15,19	30,39	0,00
DMIC (h)	5,68		0,00	0,00

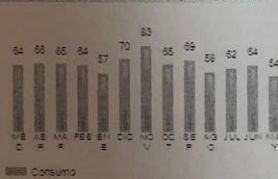
CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO



HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

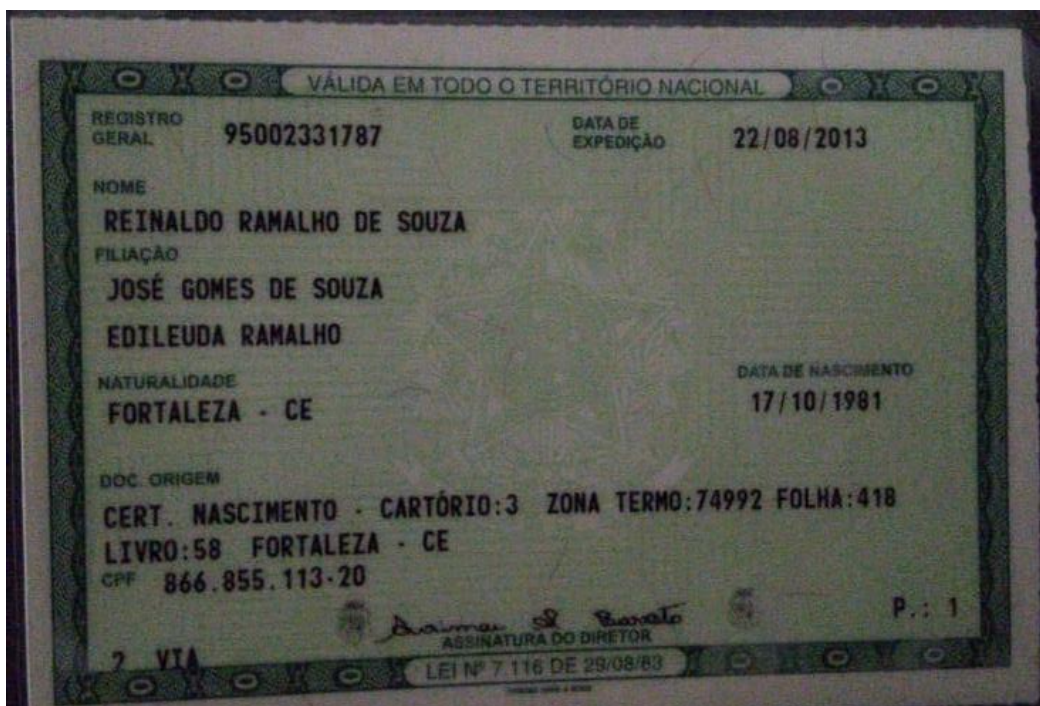


autenticação mecânica cliente

N° do Cliente: **1076369-4** N° da Nota Fiscal: **519901291** Total a Pagar (R\$): **56,25**
 Data de Emissão: **18/04/2018** Referência: **ABR/2018** N° de Controle:

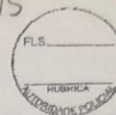
FATURA PAGA, NÃO RECEBER

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por SARAH BASTOS DE ALENCAR e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 31/05/2019 às 12:20, sob o número 01380483020198060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0138048-30.2019.8.06.0001 e código 49CC8A1.





GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
 POLÍCIA CIVIL
 DELEGACIA DO 18. DISTRITO POLICIAL



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 118 - 19 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
 Data / Hora da Comunicação: **02/01/2018 15:44:33**
 Data / Hora da Ocorrência: **22/04/2017 05:17:00**
 Endereço da Ocorrência: **PONTE DA TABUBA**
 Complemento:
 Bairro: Município: **CAUCAIA/CE**
 Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **AMANDA VITORIA DA SILVA ARAUJO**
 Nascimento: **29/09/2001** CPF:
 RG: **20085952693** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
 Filiação: **MARIA ALZENIR VIDAL DA SILVA**
REINALDO RAMALHO DE SOUZA
 Endereço: **RUA 04, 244 NOVO SÃO MIGUEL**
 Bairro: **PARQUE ALBANO**
 Município: **CAUCAIA/CE** CEP:
 País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98885-6914**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **HWM7943** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi:
9BD17103752582236 Renavam: **851006132** Tipo do Veículo:
AUTOMOVEL Marca / Modelo: **FIAT/PALIO FIRE** Ano Fabricação: **2005**
 Ano Modelo: **2005** Combustível: **GASOLINA** Cor: **AZUL** Proprietário:
LUIS JUNIOR SARAIVA Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento:
ENVOLVIDO

Histórico

Informa a noticiante sob as penas dos artigos 340 e 342, do Código Penal que na data, hora e local informados vinha no veículo descrito acima, o qual estava sendo conduzido por VICTOR HUGO CARLOS DE ARAUJO, quando, ao passarem pela Ponte da Tabuba, no Bairro Tabuba, Caucaia/CE, o veículo colidiu na ponte, vindo a capotar por duas vezes; Que o veículo caiu dentro da Lagoa da Tabuba; Que foi socorrida pelo SAMU e encaminhada ao Hospital Municipal de Caucaia; Que devido ao acidente, fraturou o punho esquerdo e fraturou 03 (três) vértebras cervicais, necessitando passar por cirurgia no Hospital Insituto Dr. José Frota; Que veio fazer Boletim de Ocorrência com finalidade DPVAT; E nada mais disse.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 18. DISTRITO POLICIAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: Ariane
 ARIANE CARVALHO ROCHA DE MORAIS - MAT.: 30093216

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Amanda Vitoria da Silva R.

VISTO DO DELEGADO(A): _____
 LUCAS SILVA MACHADO - MAT.: 300547-1-7

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por SARAH BASTOS DE ALENCAR e Tribunal de Justiça do Ceará, protocolado em 31/05/2019 às 12:20, sob o número 01380483020198060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0138048-30.2019.8.06.0001 e código 49CC8A4.

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):

Quando Vítimas do Sítus Romulus

vítima de acidente de trânsito, em 22/04/2014, sofreu:

traumas de três vertebrais cervicais
traumas do osso do antebraço
C8 + S 12. + S 52.5

e submeteu-se a tratamento(s):

Amplificação com collar cervical e
medicinas e fisioterapia
cirurgias do fêmur do joelho e
encontra-se de alta clínica, e apresenta invalidez permanente
com grau de incapacidade funcional irreversível de: fisioterapia

Dores e desconforto nas colunas
cervical, cervicais que geram
limitação e hiperflexão da
coluna e mobilidade do pescoço
Epifor de torção que geram
cicatrizes no ponto específico
bloqueio da flexo-extensão do
pescoço, dor e dificuldade
de movimento
comprometimento funcional
permanente. Os meios de diagnóstico

1/1
12/02/18

Francisco Mardônio Salmito de Almeida
Ortopedia - Traumatologia
CREMEC 4411

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



INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

"24 horas de proteção à vida"

Boletim de Emergência Reg.: _____

O Sr.(a) Ana de Vitoria da Silva Almeida

Foi atendido (a) neste Hospital no dia 07/08/17, às _____ h.

Tendo como causa do socorro paciente em estado

de choque de modo a ser
operado pela emergência,
ocorrida em acidente de
trânsito (ATC).

Observações: A paciente foi operada
pela emergência neste
departamento de

Fortaleza, 07 de Aurelio Lacerda de 20017

Médico de Plantão - CRM: _____

CPF: _____

Dr. Marco Aurelio Lacerda
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia de Ombro e Cotovelo
CREMEC 7418 / TEOT 9387

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por SARAH BASTOS DE ALENCAR e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 31/05/2019 às 12:20, sob o número 01380483020198060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0138048-30.2019.8.06.0001 e código 49CC8A4.



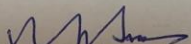
GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde



CERTIDÃO NARRATIVA


CERTIFICAMOS, em virtude da faculdade que nos é conferida por lei e, tendo em vista requerimento por escrito da parte interessada, que o **SAMU 192 CEARÁ** prestou atendimento ao menor **AMANDA VITÓRIA DA SILVA RAMALHO**, portadora do RG 2008595269-3 inscrita no CPF 627.342.503-57, no dia 22/04/2017, às 5h17, no município de Caucaia/CE, na CE 090, no bairro Tabuba, vítima de capotamento, sendo a mesma encaminhada para o **Hospital Municipal de Caucaia**. E para constar eu, Ana Cristine Medeiros Silva Ana Cristine Medeiros Silva, Assessora Técnica, lavrei a presente Certidão, a qual vai datada e assinada por **MARIA DAS GRAÇAS TORRES, ASSESSORA EXECUTIVA**.

Eusébio, 13 de Julho de 2017


Maria das Graças Torres
ASSESSORIA EXECUTIVA

SAMU 192 CEARÁ

Rua da Paz nº 29 e 30 - Centro Eusébio - Ce Fone: (85) 3433 7434 Fax: (85) 3260 2061
E-mail: samuceara.polo1@samu.saude.ce.gov.br

 Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR - A.I.H.			
Identificação do Estabelecimento de Saúde				2 - CNES			
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE GOVERNO MUNICIPAL DE SAÚDE SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE MUNICIPAL DR. ADELARDO CADELINA DA ROCHA				4 - CNES			
Identificação do Paciente				6 - Nº DO PRONTUÁRIO			
5 - NOME DO PACIENTE Amaro Vitorio 1 Paulo				27141			
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 898002010408464		8 - DATA DE NASCIMENTO 29/09/2001		9 - SEXO Masc <input type="checkbox"/> Fem <input checked="" type="checkbox"/>		11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE 988673423	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL Maria Alzenir Vidal da Silva				12 - ENDEREÇO (RUA Nº, BAIRRO) R. 04 Nº 244 Novo São Miguel			
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Caucaia				14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO 230370		15 - UF CE	
16 - CEP 61600040		JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS Espontâneo Traumatismo por pulso (D)							
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO Pulso e ref (E)							
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) Pulso e ref							
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL fratura e radiografia (D)		21 - CID 10 PRINCIPAL S525		22 - CID 10 SECUNDÁRIO		23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
PROCEDIMENTO SOLICITADO				25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO			
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO fratura				0308010019			
26 - CLÍNICA		27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO		28 - DOCUMENTO () CNS () OR		29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 71939066334	
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE Paulo Elyel Frola Ponte Ortopedia e Traumatologia CREMEC 9314 SBOT 11263				31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 22/04/12			
32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)				33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO			
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO				35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO			
36 - CNPJ DA SEGURADORA				37 - Nº DO BILHETE			
38 - CNPJ EMPRESA				39 - Nº DO BILHETE			
40 - CNAE DA EMPRESA				41 - CBOR			
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO							
AUTORIZAÇÃO				44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR			
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR				45 - DOCUMENTO () CNS () CPF			
46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR				47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO			
48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) Dr. Valnerlan Fechine Médico Auditor CRM 0242 CPF 472553073-53				49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR 231110094932-8			

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por SARAH BASTOS DE ALENCAR e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 31/05/2019 às 12:20, sob o número 01380483020198060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0138048-30.2019.8.06.0001 e código 49CC8A4.