



DANIEL FARIAS PORTO ADVOCACIA

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA ET EXTRA"

OUTORGANTE: Emerson Calves Sreirão
 RG: 94012027-241 SSP CE
 CPF: 986.063.243-91
 Nacionalidade: Brasileira
 Estado Civil: Solteiro
 Profissão: Autônomo
 Residente e domiciliado: Rua do Copuleco n 365 Guajeru
 Cidade: Caucasia Estado: Ceará CEP: 61600-000

OUTORGADO: Dr. Daniel Farias Porto, brasileiro, casado, advogado, OAB-CE nº 20334, e Dra. ALESSANDRA ERIKA MAIA BARROS, solteira, advogada, OAB - CE nº 21113, com escritório na cidade de Fortaleza-Ce, Rua 25 de março nº 705 sala 203, Centro, CEP 60.060-120, Fone: (85)30478110.

Pelo presente instrumento particular de **PROCURAÇÃO**, o **outorgante** nomeia e constitui seu bastante procurador o **outorgado**, para o fim especial de agir judicialmente em ação de seu interesse, a fim de defender seus direitos perante qualquer Juízo, instância ou Tribunal, repartição pública, autarquia ou entidade paraestatal, propondo ou respondendo ação judicial em que o **outorgante** figure em qualquer dos pólos, podendo responder, reclamar, conciliar, desistir, transigir, fazer acordo, recorrer, receber e dar quitação, confessar, requerer inventário ou arrolamento, firmar compromissos, prestar declarações, receber citação, bem como substabelecer a presente, com ou sem reservas de poderes, se assim convier, praticando todos os atos necessários ao satisfatório desempenho deste mandato dando tudo por firme e valioso.

Fortaleza, 24 de Maio de 2013

Emerson Calves Sreirão
 OUTORGANTE

DECLARAÇÃONOME: Erilson Alves LeiteCPF: 496.263.273-91ESTADO CIVIL: SolteiroPROFISSÃO: Autônomo

Declaro de acordo com o art. 1º da lei 7115/83 c/c art.14, § 1º da lei 5584/70, não ter condições financeira de arcar com custas judiciais e honorários advocatícios, sem prejuízo do sustento próprio e da minha família, sendo beneficiário da **GRATUIDADE DE JUSTIÇA**, indicando para o patrocínio de minha causa o advogado em **PROCURAÇÃO**.

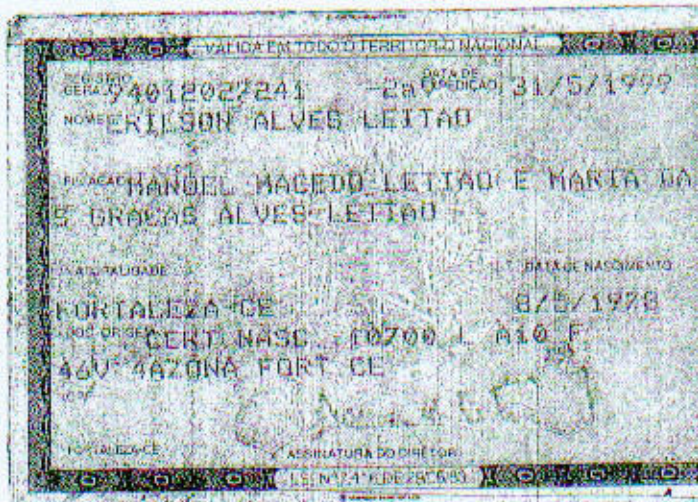
Fortaleza/Ce, 24 de Maio de 20 13.

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Emilson Alves Soretão
portador(a) da Identidade nº 94012027241 e inscrita no C.P.F sob o nº
79626327391, Declaro para devidos fins que resido no endereço (Rua)
Rua do Capuleo nº 365 (Bairro)
(Complemento) _____
Guaxerú (Cidade) Paraíba (Estado)
CE CEP 61600000. Declaro que as informações acima descritas são
verdadeiras.

Fortaleza/CE 24 de Maio de 20 13.


Assinatura



Nº DO CLIENTE

1706121-0

Para aplicar seu atendimento, utilize o nº acima sempre que enviar em cobrança.

coelce

Rua Paulo Vinícius, 100 - CEP 01135-040 - Fone: (011) 3071-0704 - 3071-0021-00 - CGF 00.105.885-1
A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei nº 10.438, de 24 de abril de 2002

1706121-0

Posto 14 27005 01 095800 - 9 Data de Emissão 18/01/2013

Nome EPITACIO PEREIRA TEIXEIRA

End. Postal RUA ACAPULCO 00365

GUAJERU - CAUCAIA - 61600000

Metrod 8445587

Posto 0000 0000

Classe RESIDENCIAL MONOFASICO BAIXA RENDA Fator de Posiciona 0,00

RG / CPF / CNPJ 877996003-06

CGF

Nome do Responsavel

1706121-0

1706121-0

1706121-0

1706121-0

1706121-0

1706121-0

1706121-0

1706121-0

1706121-0

1706121-0

1706121-0

1706121-0

1706121-0

1706121-0

1706121-0

1706121-0

1706121-0

1706121-0

1706121-0

1706121-0

1706121-0

1706121-0

1706121-0

1706121-0

1706121-0

1706121-0

1706121-0

1706121-0

1706121-0

1706121-0

1706121-0

1706121-0

1706121-0

1706121-0

1706121-0

1706121-0

1706121-0

1706121-0

1706121-0

1706121-0

1706121-0

1706121-0

1706121-0

1706121-0

1706121-0

1706121-0

1706121-0

1706121-0

1706121-0

1706121-0

1706121-0

1706121-0

1706121-0

1706121-0

1706121-0

1706121-0

1706121-0

1706121-0

1706121-0

1706121-0

1706121-0

1706121-0

1706121-0

1706121-0

1706121-0

1706121-0

1706121-0

1706121-0

1706121-0

1706121-0

1706121-0

VENCIMENTO 01/02/2013 TOTAL A PAGAR (R\$) 141,27

1706121-0

1706121-0

1706121-0

1706121-0

1706121-0

1706121-0

1706121-0

1706121-0

1706121-0

1706121-0

1706121-0

1706121-0

1706121-0

1706121-0

1706121-0

1706121-0

1706121-0

1706121-0

1706121-0

1706121-0

1706121-0

1706121-0

1706121-0

1706121-0

1706121-0

1706121-0

1706121-0

1706121-0

1706121-0

1706121-0

1706121-0

1706121-0

1706121-0

1706121-0

1706121-0

1706121-0

1706121-0

importante CONTAS EM ATRASO

REVISÃO DE VENCIMENTO:

Informamos existir débito vencido sem acréscimos legais até esta data, no valor de R\$ 91,50. Conforme art. 172 da Res. Anel 414/10, poderá ser suspensa o fornecimento de energia elétrica após decorridos 15 dias do envio desta comunicação. Caso o débito tenha sido pago, favor desconsiderar este aviso. Após 2 ciclos completos de faturamento, sem fornecimento, será encaminhada a relação contratual.

DEBITOS ANTERIORES

Mes/ano Valor R\$
12/2012 91,50

Consta desta fatura R\$ 5,47 referente a PIS e COFINS.

(Lei: 9.250 - R. 100.000 - ANEL e Lei n. 10.637-02 e 10.033-03)

Nº do Cliente: 1706121-0 Referência: Jan/2013

Data de Emissão: 18/01/2013 Total A Pagar (R\$): 141,27



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 118 - 5789 / 2012

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTES - OUTROS
Data / Hora da Comunicação: 13/11/2012 16:44:07
Data / Hora da Ocorrência : 03/11/2012 23:00:00
Endereço da Ocorrência: R SACY COM RUA MORELIA
JUREMA CAUCAIA /CE
Ponto de Referência: PRÓXIMO A MADEIREIRA JUREMA

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: ERILSON ALVES LEITAO
Nascimento : 08/05/1978
RG: 94012027241 Órgão Emissor: SSP UF: CE - CPF:
Filiação: MANOEL MACEDO LEITAO
MARIA DAS GRAÇAS ALVES LEITAO
Endereço: R 1036 85
CONJUNTO CEARA
FORTALEZA CE BRASIL
Telefone: 85274828

Histórico

A declarante compareceu a esta Delegacia, para informar que na data, local e hora supracitados, seu companheiro ERILSON ALVES LEITAO, estava pilotando a motocicleta HONDA/CG FAN KS. ANO 2011. DE COR PRETA, PLACA OCF-6856/CAUCAIA-CE, CHASSI 9CZJC4110BR818039, RENAVAM 346549299, licenciada em nome de Antonia Brandão Teixeira, quando outra motocicleta que estava fugindo de uma blitz, colidiu com o veículo em que seu companheiro estava; Que na ocasião o piloto da moto causadora da colisão, se veadiu do local sem prestar socorro a vítima; Que Erilson foi socorro por familiares ao Hospital Distrital Dr. Evandro Ayres de Moura-Frocinha, no bairro Antonio Bezerra em Fortaleza/CE, sendo constatado uma fratura no tornozelo esquerdo, lesões na perna direita, nos braços, o qual aguarda em casa, por um leito para fazer uma cirurgia no U.F. E nada mais disse.

Notificante(s)

Nome : MARIA ERLAN BRANDÃO TEIXEIRA
Endereço : R 1036 85
Bairro : CONJUNTO CEARA
Município/UF : FORTALEZA CE BRASIL
Telefone: 85274828

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 18. DISTRITO POLICIAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

MATRÍCULA: 60851

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: *Maria Erlan B. Teixeira*

VISTO DO DELEGADO(A): *Ser. José Milton Almeida Lima*
Delegado da Polícia Civil
Mat. 12.184



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO
HOSPITAL DISTRITAL Dr. EVANDRO AYRES DE MOURA - HDEAM



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que na data de 04 / 11 / 2012
o paciente ERILSON ALVES LEITÃO
deu entrada no Hospital Distrital Evandro Ayres de Moura - HDEAM,
para tratar de assuntos referentes a saúde, na especialidade de
TRAUMATOLOGIA, como consta em nosso registros, no entanto
sua ficha de atendimento / prontuário, não foi localizado.

O setor SAME fica disponível para qualquer esclarecimento sobre
o caso.

Agradeço a compreensão desde já.

Fortaleza, 14 de fevereiro de 2013

Atenciosamente;

Mc do Sacramento Gomes
37.835.044/0003-87
Hospital Distrital Dr. Evandro
Ayres de Moura
Rua Lâncide Maia, 294
Bairro Bozerra CEP 10.356-6-3

MS - DATASUS Instituto de José Frota
Sistema de Gerenciamento Hospitalar
Boletim de Emergência

Emitido em 12/19/2012 8:28:01 AM
Por: MARILENE RODRIGUES DE
ANTRADE
Página 1 de 1

Nr.BE.....: 8426 Data: 19-12-2012 Hora: 08:27

Emissor: MARILENE ANTRADE

DADOS PESSOAIS			
Paciente.....: ERTILSON ALVES LEITAO	Prontuário: 4946743		
CARTÃO SUS...:	Idade.....: 34a 07m 11d		
Sexo.....: MASCULINO	Data de Nascimento: 08-05-1978	Pai.....: MANOEL MACEDO LEITAO	
Mãe.....: MARIA DAS GRACAS ALVES LEITAO	Cor.....:	Ocupação...:	
Estado Civil:	Nacionalidade.....:	FONE.....: C	
Naturalidade:	CPF.....:	CEP.....:	
RG.....:	Número.....: 95	Cidade.....: FORTALEZA (CE)	
Endereço.....: Rua 1036 IV RTAPA	Documento.....:	CPF.....:	
Bairro.....: COIJ. CEARA			
RESPONSÁVEL.: ERTILSON ALVES LEITAO ()			

DADOS DO ATENDIMENTO			
Unid.Interna: SPA	SUS - PRONTO ATENDIMENTO		
Médico.....: LUIZ HOLANDA PINTO NETO	Especialidade: ORTOPEdia/TRAUMATOL.		
PA.....:	FR.....:	TAX.....:	FC.....:
Queixa.....:			
EXAMES COMPLEMENTARES: [] RAIOX [] SANGUE [] URINA [] TC			
[] LIQUOR [] EG [] ULTRASONOGRAFIA			
SUSPEITA DE VIOLÊNCIA OU MAUS TRATOS.: [] SIM [] NÃO			
DADOS CLÍNICOS: DATA PRIMEIROS SINTOMAS: _/_/_			

*Fx de Tornozelo, lesão (C) e
Ct. Ocu.*

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO:	CID:
PRESCRIÇÃO:	HORARIO DA MEDICAÇÃO:
<i>Dox. grande c/sueta</i> <i>Antônio Carlos V. Santos</i> Ortopedia e Traumatologia	
INFORMAÇÕES DE SAÍDA	
DATA DA SAÍDA: / /	HORA DA SAÍDA: :
ALTA: [] DECISÃO MÉDICA [] A PEDIDO [] EVASÃO [] DESISTÊNCIA [] ENCAMINHADO AO AMBULATÓRIO	
INTERNAÇÃO NO PRÓPRIO HOSPITAL (SEIOR):	
TRANSFERÊNCIA (UNIDADE DE SAÚDE):	
CRITO: [] ATE 48HS [] APÓS 48HS [] FAMÍLIA [] IML [] ANATOMIA PATOLÓGICA	

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

RECEITUÁRIO

Nome: _____ BE/Prontuário: _____

Enilson Vitor

Dipropionil 150 100
100 1x/dia

Se por

Raphael Teófilo
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC 11.348

Data: 21/11/17

Assinatura e Carimbo do Médico

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

Nº 000.003 Versão 1 - 01/04/2016 - Via Direta - Formado AS (14882107)

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO (A) EMITENTE		1ª Via - Retenção na Farmácia ou Drogeria 2ª Via - Orientação ao (a) Paciente	
Nome Completo:	Dr. Manoel José da Silva		
CRM:	UF: CE		
Endereço completo e telefone:	Rua da ...		
Cidade:	UF: CE		

Paciente: Emílio Alves Pereira

Endereço:

Prescrição:

Prescrição A 010
Folha 01 de 01

Data: 11/06/2013

IDENTIFICAÇÃO DO (A) EMITENTE		1ª Via - Retenção na Farmácia ou Drogeria 2ª Via - Orientação ao (a) Paciente	
Nome Completo:	Dr. Manoel José da Silva		
CRM:	UF: CE		
Endereço completo e telefone:	Rua da ...		
Cidade:	UF: CE		

Carimbo do (a) Médico

INSTITUTO Dr. JOÃO PROTÁ
"24 horas de proteção à vida"

SOLICITAÇÃO DE EXAME RADIOLOGICO

Fortaleza

20070

Nome: <u>Enilson ALMA</u>		Idade: <u>65</u>	Nº AIH/ RAE:
Paciente Externo? ☐ Sim ☐ Não	Unid. Internação:		Sexo: ☐ Masc ☐ Fem
Motivo da Solicitação:			
Solicitado: Raio-x de () Braço AP/L () Antebraço AP/L () Cotovelo AP/L () Mão AP/P () Punho AP/P () Bacia AP () Coxa AP/L () Joelho AP/P () Pé AP/L			
Assinatura e Carimbo do Solicitante: <u>D. P. VENTURATO</u> Médico Residente Traumatologia CRM/MEC 11.917		Data: <u>21/11/12</u>	Hora: <u>h</u> minutos
Laudo:		CENTRO DE IMAGEM SISTEMA FORA DO AP Início: <u>11:10</u> hs Término: <u>21/11/12</u>	
Assinatura e Carimbo do Médico Emissor do Laudo:		Data:	Hora: <u>h</u> minutos
As películas radiológicas foram entregues ao paciente?		☐ Sim (recomendável) ☐ Não	

SPA

CRF

Centro de Reabilitação Funcional Ceará

Erilson Alves Lopes

Ortopedia

Traumatologia

Fisioterapia

Laudo Médico

Paciente vítima de acidente de trânsito, tendo sofrido traumatismos no cotovelo esquerdo e fêmur do membro esquerdo.

CID - S50.0, S51.0, S82.8

Foi submetido ao tratamento com limpeza do cotovelo. Imobilizado em gesso por planos. Tratamento continuado do fêmur com imobilização estéril.

Fica com cicatriz no cotovelo e desconforto aos movimentos com carga membro superior esquerdo; edema crônico distal dos membros com carga, marcha claudicante; na continuação com função do membro comprometida prejudicada.

Atx médico especialista

Feo. Mardônio Salmeida de Almeida
Ortopedia - Traumatologia
CRM - 44.111

Rua Monsenhor Bruno, 1777 - Aldeota
Fone: (85) 3244-5597 / (85) 3244-3585

26/02/2013


**CADASTRO
DE PROCESSO**
**VISUALIZAR
PROCESSO**
**CADASTROS
GERAIS**
**ARQUIVO
MORTO**

JOSE WILSON GOMES FARIAS | alterar senha | institucional | sair

VISUALIZAR PROCESSO

Processo da: <MATRIZ - CURITIBA>

VOLTAR

PROCESSO

Número do Sinistro 2013/165376 (TOTAL)

Vítima	ERILSON ALVES LEITAO	Filial	MATRIZ - CURITIBA
Data Cadastro	20/03/2013	Garantia	INVALIDEZ
Data Sinistro	03/11/2012	Data Recepção	20/03/2013
Analista	LEANDRO	Categoria	09 - MOTO
Seguradora	Capemisa Vida e Previdência	Situação	PAGO

CORRETORA

Nome	JOSE WILSON GOMES FARIAS	Responsável	FARIAS
------	--------------------------	-------------	--------

PROCURADOR

Nome	Email
Telefone	CPF
Celular	

ENVIO À SEGURADORA LÍDER

Data Envio	High Call
22/03/2013	RECALL

BENEFICIÁRIOS / PAGAMENTOS

Data Pagto	Data Recibo	Beneficiário - CPF/CNPJ	Valor Indenização	Valor Prestado	Diferença	Dados Bancários
18/04/2013	19/04/2013	ERILSON ALVES LEITAO 796.263.273-91	2.531,25	13.500,00	-10.968,75	2 104/ 0926 / 1206733/

DOCUMENTOS

Data Solicitação	Data Recebção	Descrição
22/03/2013	01/04/2013	SEG LIDER RECEBIDO DOC MEDICO

GLOSA OU RELATÓRIO**CARTA**