



PROCURAÇÃO "AD-JUDICIA ET EXTRA"

OUTORGANTE: Camila Gomes Alencar, Brasileira, divorciada, atendente,
RG nº 2026099079471, CPF 047.272.763-05, residente e domiciliada
na Rua Luiz Silva Soares, 1080, São José, Juazeiro do Norte - CE,
CEP 63020-420.

OUTORGADOS: DR. EDSON ALMINO FELIX FILHO, advogado regularmente inscrito na OAB/CE sob o n. 34.540 e DRA. EMÍLIA FEITOSA BATISTA, advogada regularmente inscrita na OAB/CE sob o n. 35.746, ambos com Escritório sito à Rua Beata Maria de Araújo, n. 09, bairro Romeirão, em Juazeiro do Norte - CE, CEP: 63050-720, onde recebem intimações e notificações.

PODERES: os poderes das cláusulas "AD JUDICIA E EXTRA". Através do presente instrumento particular de mandato, o OUTORGANTE nomeia e constitui como seus procuradores os OUTORGADOS, concedendo-lhe amplos poderes, inerentes ao bom e fiel cumprimento deste mandato, bem como para o foro em geral, conforme estabelecido Art. 105 do Novo CPC, e os especiais para 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, podendo ainda fazer acordo, receber intimações, praticar todos os atos perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, e órgãos da administração pública direta e indireta e/ou congêneres, praticar quaisquer atos perante particulares ou empresas privadas, recorrer a quaisquer instâncias e tribunais, podendo atuar em conjunto ou separadamente com outro profissional, substabelecer a outrem com ou sem reservas de iguais poderes, dando tudo por bom e valioso.

Juazeiro do Norte Ceará, 22 de Dezembro de 2019.

OUTORGANTE

Camila Gomes Alencar

EDSON ALMINO FELIX FILHO
 Advogado OAB/CE 34.540
 Cel.: (88) 9 9729.7304/(88) 9 9291.1613
 E-mail: edson_almino@hotmail.com

EMÍLIA FEITOSA BATISTA
 Advogada OAB/CE 35.746
 Cel.: (88) 9 8846.1329/(88) 9 9802.5450
 E-mail: emiliabatistaadv@gmail.com

1



MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

Número **097657** Série **00440-SP**

Camila Gomes Alencar
ASSINATURA DO PORTADOR



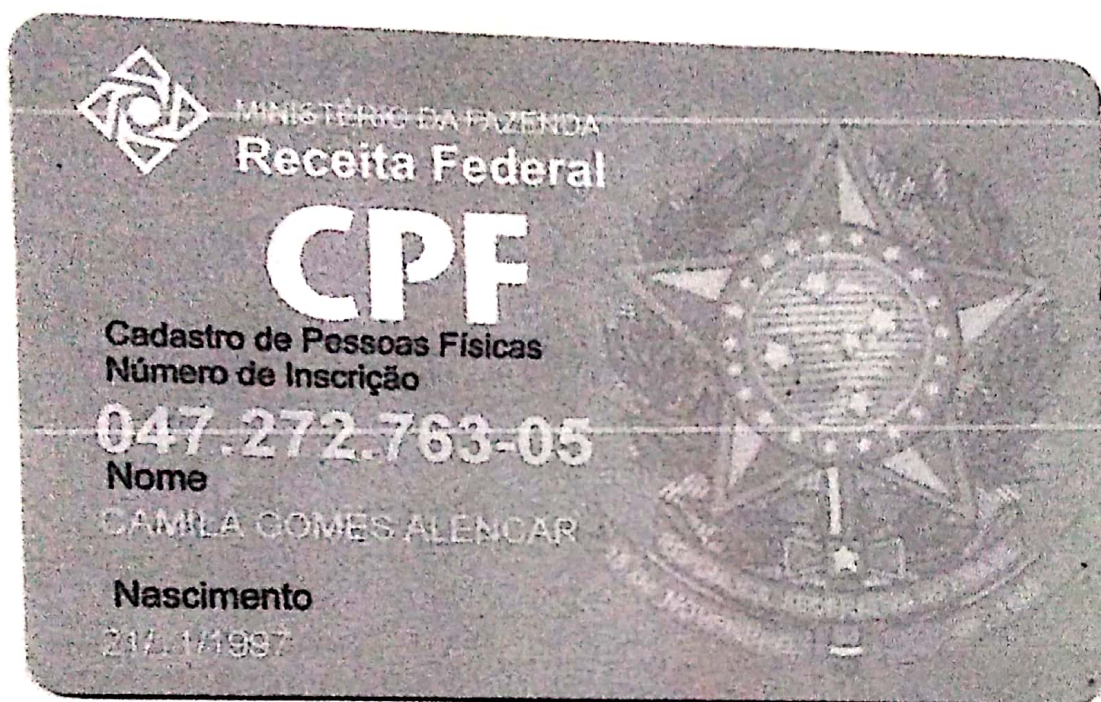
QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome *Camila Gomes Alencar*
Loc. Nasc. *Ciata* Est. *CE* Data *21/11/1997*
Filiação *Waldin da Silva Alencar e*
Maria da Socorro Gomes
Doc. Nº *RG: 2006093079471 (exped: 14/05/14)*

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em/...../..... Doc. Ident. Nº
Exp. em/...../..... Estado
Obs.:
Data Emissão *04/03/16* SRTE.....

Assinatura *Aldas Torres*
Emissor de CTPS



4788494

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 Valdevino, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 08.105.848-3

Para agilizar seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | Nº 003052952

Rota JN008U15 Referência 08/2019
Nome FRANCISCA ELISABETE FEITOSA BEZERRA
Endereço RU LUIZ SILVA SOARES, 01080, SAO JOSE, 63024-720, JUAZEIRO DO NORTE
Classificação Residencial Pleno
Modalidade Tarifária B1 RESIDENCIAL Emissão 14/08/2019
Ligação Monofásico Medidor 1848581-FAE-006

ÁREA RESERVADA AO FISCO
1C975C1E4A93E7431C900127930401E

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)

DATAS DE LEITURA P.F.: 29 dias
Anterior 16/07/2019 Atual 14/08/2019 Próxima prevista 02/09/2019

DADOS DA MEDIÇÃO

Posto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo Mês (kWh)	Consumo Incl. (kWh)	Consumo Excl. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FP	12.592	12.537	1,00	55	00	55	0,80709	44,39

DADOS DO FATURAMENTO

TARIFA	VALOR (R\$)
ADICIONAL BAND. AMARELA	0,01091
ADICIONAL BAND. VERMELHA	0,02909
CONSUMO	0,80709
DEBITO DE PEQUENOS VALORES	-
	43,63

Tributo:	Base (R\$):	Aliquota (%):	Valor (R\$):
ICMS	46,59	27,00	12,57
PIS	46,59	1,35	0,60
COFINS	46,59	6,16	2,85

21/08/2019 90,22

CONSUMO CONSCIENTE CPF/CNPJ 016.704.283-11

EMISSIONES DE CO₂ (kg/kWh) Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO₂) 21,47 Compensado kg (CO₂) 0,00 Consciência Ecológica (%CO₂) 0,00%

Períodos: Band. Tarif.: Amarela : 17/07 - 31/07 Vermelha : 01/08 - 14/08

Nº do Cliente: 4788494
Data de Emissão: 14/08/2019
Nº da Nota Fiscal: 003052952

Referência: 08/2019
Total a Pagar (R\$): 90,22
Nº de Controle: 8000627063

V: [1.0.0.4]

83810000000 0 90220031080 5 00062706307 1 00004788494 0



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
 POLÍCIA CIVIL
 DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE
 Impresso nº 2019612655



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 488 - 10253 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
 Data / Hora da Comunicação: **03/09/2019 09:02:04**
 Data / Hora da Ocorrência: **30/05/2019 23:00:00**
 Endereço da Ocorrência: **AV AILTON GOMES, FRANCISCANOS - JUAZEIRO DO NORTE/CE**
 Ponto de Referência: **DEFRONTA A ESCOLA CRIATIVO**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **CAMILA GOMES ALENCAR**
 Nascimento: **21/11/1997** CPF: **047.272.763-05**
 RG: **2006099079771** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: _____
 Filiação: **MARIA DO SOCORRO GOMES WALDIR DA SILVA ALENCAR**
 Endereço: **RUA LUIZ SILVA SOARES, 1080 PRÓX. ANTIGA FEBEM**
 Bairro: **SÃO JOSÉ**
 Município: **JUAZEIRO DO NORTE/CE** CEP: _____
 País: **BRASIL** Telefone: **(88) 99413-1766**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **PMW2498** Uf: **CE** Município: **CRATO** Chassi: **9C2KD0800FR001830** Renavam: **1034586200** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/NXR160 BROS ESD** Ano Fabricação: **2014** Ano Modelo: **2015** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **VERMELHA** Proprietário: **MARIA DA CONCEICAO MELO CAETANO** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

Advertida das penalidades previstas para os arts. 229, 304, 339 e 340, todos do CP, noticia que NÃO É HABILITADO e que no dia, local e hora acima citados, trafegava como piloto da moto acima qualificada, quando ao passar por um quebra-molas, perdeu o equilíbrio e caiu; QUE instantes depois foi socorrido por populares levada para a Unidade de Pronto Atendimento o Hospital Regional do Cariri, nesta cidade de Juazeiro do Norte; QUE no dia seguinte procurou atendimento médico no Hospital Regional do Cariri. QUE em virtude do sinistro sofreu as lesões descritas nos documentos médicos que apresenta, cujas cópias seguem em anexo. Nada mais disse, nem lhe foi perguntado.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : _____

GLEDSON LIMA BEZERRA - MAT.: 134679-1-9

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Camila Gomes Alencar

DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE

Consolidado em: 03/09/2019 09:13:11

Pág. 1 de 2

Impresso em: 03/09/2019 09:13:11



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE
Impresso nº 2019612655

fls. 13



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 488 - 10253 / 2019

VISTO DO DELEGADO(A) :

JULIANO MARCULA DE ALMEIDA LIMA - MAT.: 300520-1-3

SINISTRO 3190537597 - Resultado de consulta por beneficiário

fls. 14

VÍTIMA CAMILA GOMES ALENCAR

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO INVESTPREV

Seguradora S/A-Filial Fortaleza - CE

BENEFICIÁRIO CAMILA GOMES ALENCAR

CPF/CNPJ: 04727276305

Posição em 29-10-2019 09:32:28

O pedido de indenização está em fase final de análise na Seguradora Líder-DPVAT. Em breve, o pagamento da indenização será liberado.

Por gentileza, volte a consultar seu processo neste site dentro de 4 dias.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
28/10/2019	R\$ 843,75	R\$ 0,00	R\$ 843,75

Endereço: RUA CAPITAO DOMINGOS, S/N
Cidade...: JUAZEIRO DO NORTE
E-mail...:

CNPJ: 19.622.700/0001-46
Telefone: (389) 2130 2183

Ficha de Atendimento

Data: 30/05/2019
Hora: 23:41

Data de Saída:
Hora de Saída:

Paciente

Nome: 189701 CAMILA GOMES ALENCAR

Responsável: CAMILA GOMES ALENCAR

Mãe: MARIA DO SOCORRO GOMES

Nasc: 21/11/1997 Idade: 21

Telefone() - Celular() -

Endereço: AVENIDA PARAIBA, 272, JOAO CABRAL - JUAZEIRO DO

CEP: 63.051-030 Natural: JUAZEIRO DO

Documento

Mat/CNS: 05402427163394

Doc. Identidade: 200609907977 Guia:

Autorização

Trabalho

Validade da Carteira

Ultimo Pagto:

Convênio

Convênio SUS

Cod. de Credenciamento

Tipo de Atendimento 2

Queixas do Paciente

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTA, SOFRENDO TRAUMA NO JOELHO ESQUERDO REFERINDO DOR A PALPAÇÃO.

ATO DECLARATÓRIO

Observação

Exame Físico

EG. CONSCIENTE, ORIENTADA, CORADA, HIDRATADA, ACIANÓTICA, ANICTÉRICA E AFEBRIL
ACV: BCNF EM 2T S/S
AR: MV RM AHT S/RA
ADD: SEMIGLOBOZO, FLÁCIDO. DEPRESSÍVEL RHA+ E INDOILOR A PALPAÇÃO

Classificação de Risco

Classificação: VERDE

Queixa: REFERE DOR EM MMIE

Conclusão Diagnóstica

CID-10 M255

DOR ARTICULAR

Evolução/Anotação de Enfermagem

COSMO LIMA CALU
CRM: 33375 / BA

Diretor Médico

Pl Camila G. Alencar

A fratura HRC

Paciente e apresenta fratura da espinha tórax @ (fratura do peitão
do HRC).

Soluto avaliação do ortopedista de plantão.

~~Quem por receber hospital dia 01/06 por volta das 09:30h.~~

frab.

Dr. Klinger Lucena
ORTOPEDIA - CIRURGIA DO JOELHO
CREMEC. 12.711 - TEOT. 12.367

Dr. Samir Saman Filho
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CREMEC 16348 - TEOT 13899

Dra. Viviana Lucena
OTORRINOLARINGOLOGISTA
CREMEC. 12.843

Rua Professora Maria Nilda Couto Bern, 220 - Sala 703 - Triângulo - Juazeiro do Norte-CE
(88) 3512-2489 / 9 9734-7414 Tim / 9 8883-7770 Oi

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: CAMILA GOMES ALENCAR
Pront.: 175457 Data Nasc.: 21/11/1997 Idade: 21 ano(s) 6 mes(es) e 10 dia(s) Admissão: 01/06/2019 09:18
Mãe: MARIA DO SOCORRO GOMES
Sexo: Feminino RG: Município: JUAZEIRO DO NORTE
CEP 63000-000 Bairro: SAO JOSE Tel.: 88 99413-1766
Endereço: RUA LUIS SILVA SOARES Num: 1270

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: BRANCO Classificador: FRANCISCA NAIANA DE BRITO PINHEIRO Horário: 01/06/2019 09:20
Queixa: PACIENTE ENCAMINHADA POR DR. SAMIR PARA AVALIAÇÃO DO ORTOPEDISTA
Fluxograma: NÃO INFORMADO
Discriminador:
Sato02: Glasgow: Temp.: Glicemia: Régua: Pulso/FC:

ATENDIMENTO MÉDICO

Médico: SAUL CALDAS MIRANDA CRM: 6 Nº: 487351 Horário 01/06/2019 10:44
Acidente: Não Agressão: Não Peso: P.A.:
Eixo: OBSERVAÇÃO INTERMEDIÁRIA II
Hipótese Diagnóstico: FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA

Comorbidade:

HDA/Exame Físico:

PACIENTE ENCAMINHADA COM FRATURA DE ESPINHA TIBIAL EM JOELHO ESQUERDO

AO EXAME:

DERRAME ARTICULAR E DOR A MOBILIZAÇÃO

CD: TC JOELHO ESQ

10743377-0
Dr. Saul Caldas Miranda
Cirurgia do Ombro
CRM: 6 / 13377 / TEOT: 14770



EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação
TC JOELHO ESQUERDO SEM CONTRASTE(0206030029)	01/06/2019 10:44	Sim	Pendente

PRESCRIÇÃO

Médico: SAUL CALDAS MIRANDA CRM 13377 01/06/19 10:46

Prescrição	Horário:
DIPIRONA 500MG/ML - AMP ADMINISTRAR 1 AMP + 18 ML AD / INTRAVENOSA / 6/6 H	✓

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: CAMILA GOMES ALENCAR
Pront.: 175457 Data Nasc.: 21/11/1997 Idade: 21 ano(s) 6 mes(es) e 10 dia(s) Admissão: 01/06/2019 09:18
Mãe: MARIA DO SOCORRO GOMES
Sexo: Feminino RG: Município: JUAZEIRO DO NORTE
CEP 63000-000 Bairro: SAO JOSE Tel.: 88 99413-1766
Endereço: RUA LUIS SILVA SOARES Num: 1270

PRESCRIÇÃO

Médico: SAUL CALDAS MIRANDA CRM 13377 01/06/19 10:46

Prescrição	Horário:
OMEPRAZOL 20MG - CAP ADMINISTRAR 1 CAP / ORAL / 24/24 H I EM JEJUM	✓
METOCLOPRAMIDA 5MG/ML (10MG) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML AD / INTRAVENOSA / 8/8 H I SE NÁUSEA/VÔMITO	✓
Nº TOTAL DE FASES: 2 </BR>SOLUCAO FISIOLÓGICA 0,9% - FR ADMINISTRAR EM CADA FASE 500 ML </BR>FASE(S) 1,2: VOLUME = 500.0 ML; VAZÃO = 14 GOTAS/MIN </BR> / INTRAVENOSA / 12/12 H	✓
DIETA ORAL - DIETA BRANDA	

ENCAMINHAMENTO - CONDUTA FINAL

☐ Alta. Conduta ☐ Observação ☐ Referência para: ☐ Óbito

10713377-0
Dr. Saul Caldas Miranda
Cirurgia do Ombro
CRM-CE: 13377 / TEOT: 14770



NOME: CAMILA GOMES ALENCAR
DATA DE NASCIMENTO: 21/11/1997
SOLICITANTE SAUL CALDAS MIRANDA
SETOR SOLICITANTE: INTERMEDIARIA II
DATA DO EXAME: 03.06.2019
DATA DO LAUDO: 03.06.2019
EXAME: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO JOELHO ESQUERDO

PRONTUARIO: 175457

ENFERMARIA/LEITO: INTER II, 04
HORA DO EXAME: 08:34
HORA DO LAUDO: 09:43

RELATÓRIO

TÉCNICA:

Foram realizados cortes tomográficos do joelho esquerdo, em aparelho multidetector, com reconstruções bi e tridimensionais, de acordo com a radiografia digital marcada.

INDICAÇÃO:

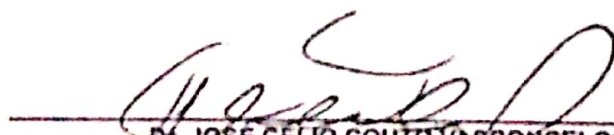
Trauma.

ANÁLISE:

- Múltiplas linhas de fraturas acometendo a zona intercondilar, estendendo-se para a região metafisária proximal, observando-se avulsão anterior de fragmento ósseo (local de inserção do ligamento cruzado anterior), que mede aproximadamente 1,3 x 0,7 cm, que dista 1,1 cm até o seu local de origem.
- Lesão osteolítica, com limites bem definidos, zona de transição fina, com halo de esclerose, exibindo calcificações condróides no seu interior, localizada em região diafisária distal do fêmur, medindo cerca de 2,4 x 1,9 cm, sem evidências de agressividade, sugestiva de encondroma.
- Aumento de volume e de densidade de partes moles em região periarticular.
- Moderado derrame articular, com formação de nível hidrolipídico.
- Fêmur distal e fibula proximal de aspecto normal, com córtex preservado e trabeculado ósseo mantido. Ausência de reações periosteais.

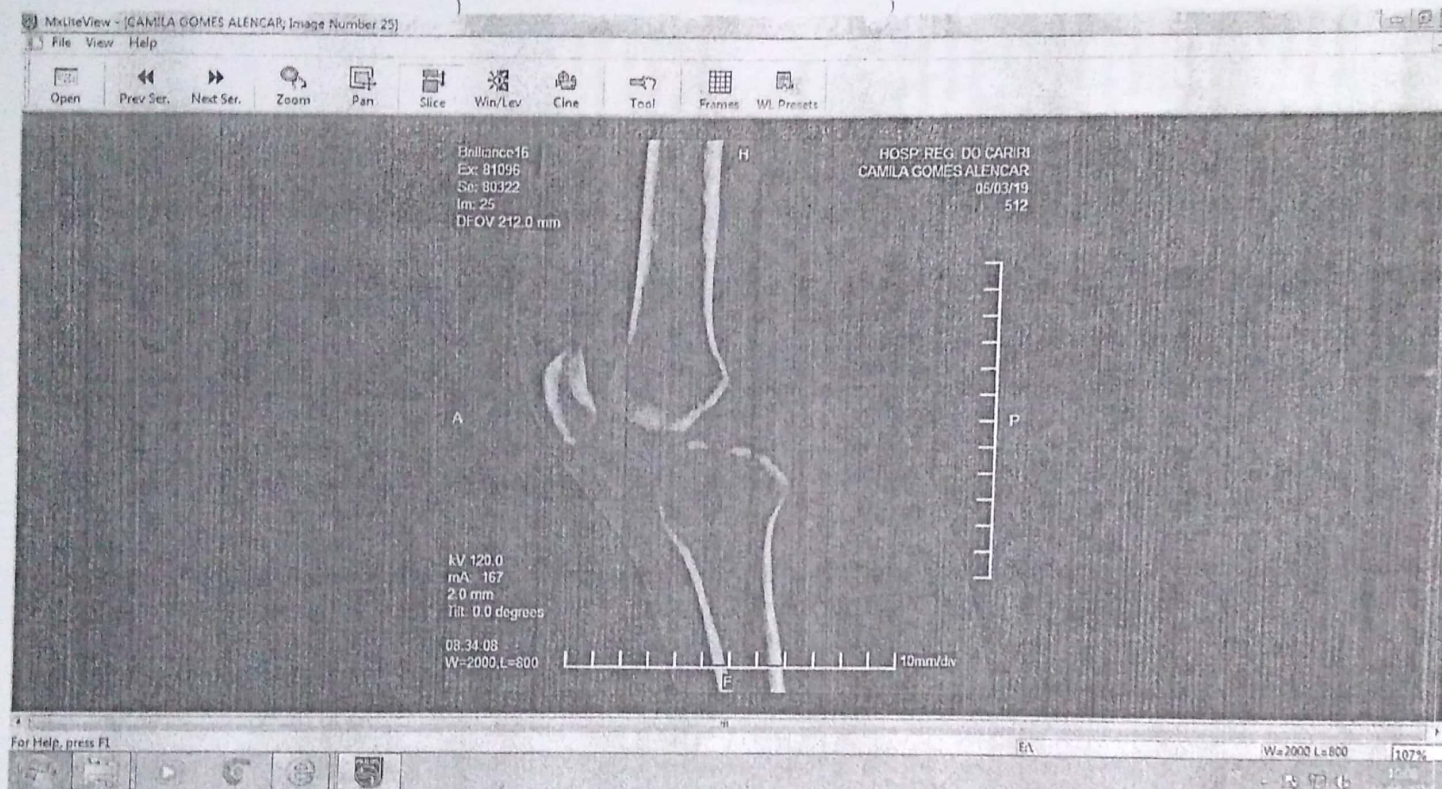
IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

1. Fratura articular simples da zona intercondilar tibial, com avulsão anterior de fragmento ósseo (local de inserção do ligamento cruzado anterior)- *Tipo "41-C1" da Classificação AO.*
2. Lesão osteolítica em diáfise distal do fêmur, com calcificações condróides no seu interior, sem sinais de agressividade, sugestiva de encondroma.
3. Moderada hemartrose, associada a área de infiltração edematosa periarticular.


DR. JOSÉ CELIO COUTO VASCONCELOS
Médico Radiologista CRM-CE 13064
Radiologia e Diagnóstico por Imagem - RQE 6722
Membro Titular do Colégio Brasileiro de Radiologia/AMB



NOTICE:JPEG image for reference.
Not for diagnostic use.



RELATÓRIO MÉDICO

Paciente: CAMILA GOMES ALENCAR
Endereço: RUA LUIS SILVA SOARES
Bairro: SAO JOSE
CEP: 63000-000

Num: 0

Idade: 21 ano(s) 6 Prontuário: 175457
UF: CEARÁ Sexo: Feminino
Cidade: JUAZEIRO DO NORTE

Localização

Clinica: TRAUMATO- Enfermaria: 05 Leito: 418
Internação 05/06/2019 17:21 Alta: * Não Informado * * Não Informado

Relatório

Tipo de Salda: Alta

Cancelada
Não

Resumo Clínico

FRATURA de planalto tibial / lesão de ligamentar do joelho

Exames Realizados

Rx, mm

Terapêutica Utilizada

tratamento conservador

Diagnóstico

S821 - FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA

DIAGNÓSTICOS

Principal	Código	Descrição
Sim	S821	FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA

Condições de Alta

Melhorado

Data Programada da Alta: 19/06/2019

Observações Complementares

* Não Informado *

Responsável

Médico: FREDERICO MACHADO DE ALENCAR

Data: 19/06/2019

	Agendamento	
Razo x	Dr. Klingner	
Data: 11/07/19	Data: 12/07/19	Data:
Hora: 10 h2	Hora: 09 h2	Hora:
Código	Código 104476	Código

02/08/19

05/08/19

14:00h2

14:00h2

Dr. Frederico Alencar
Ortopedia e Traumatologia
CRM 10376 / T107 11428

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT
 Tel: 21 3861-4600 www.seguradoralider.com.br
 R Senador Dantas 74, 5º andar
 Centro Rio de Janeiro CEP 20031-205



Seguradora Líder - DPVAT

ANEXO 1

TABELA – LIMITES MÁXIMOS PARA ACORDOS EM PEDIDOS POR INVALIDEZ PERMANENTE

[Art. 3º da Lei 11.945 de 4/6/2009 que altera a Lei 6.194 de 14/12/1974]

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés					
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou de fonação (mudez completa) ou da visão de um olho	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar					
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacraí	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					