

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE JAGUARUANA

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 473 - 549 / 2016**Dados da Ocorrência**Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**Data / Hora da Comunicação: **11/05/2016 10:21:04**Data / Hora da Ocorrência: **10/04/2016 15:30:00**Endereço da Ocorrência: **SÍTIO JUREMA**

Complemento:

Bairro: **ZONA RURAL**Município: **JAGUARUANA/CE**Ponto de Referência: **PRÓXIMO A FAZENDA DO VALDECI****Dados da(s) Vítima(s)**Nome: **IOLANDA DE OLIVEIRA**Nascimento: **30/06/1973**

CPF:

RG: **246250792**Órgão Emissor: **SSP**UF: **CE**Filiação: **MARIA ILNA DE OLIVEIRA****ALBERTINO ROCHA DE OLIVEIRA**Endereço: **SÍTIO FIGUEIREDO DO BRUNO**Bairro: **ZONA RURAL**

CEP:

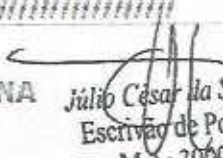
Município: **JAGUARUANA/CE**País: **BRASIL**Telefone: **(88) 99231-6573****Histórico**

A declarante afirma que, na data de 10 de abril do corrente ano, por volta das 15h30min, guiava a motocicleta de especificações HONDA CG 150 TITAN ES, COR VERMELHA, ANO FABRICAÇÃO/ANO MODELO 2008/2008, PLACA NRE6628, de sua propriedade; QUE, seguia por uma via vicinal constituída de pilçarra, na Localidade de Sítio Jurema, próximo a Fazenda do Valdeci, momento em o pneu de sua motocicleta derrapou e a declarante veio a cair, tendo como consequência lesões em sua cabeça e pelo restante do corpo; QUE, logo após o acidente passava pelo local um homem de nome FÁBIO, e a socorreu em sua motocicleta, conduzindo-a ao Hospital Nossa Senhora da Expectação, neste urbe; QUE, a declarante seguia com aproximadamente 30km; QUE, a declarante seguia sozinha; QUE, no período em que ocorreu o acidente a declarante não exercia atividades remuneradas, cuidava apenas de sua casa; QUE, a declarante logo que deu entrada no supracitado hospital, teve que ser transferida para o Hospital Instituto Dr. José Frota, em Fortaleza, onde permaneceu até o dia seguinte, tendo recebido alta médica logo pela manhã; QUE, não realizou nenhuma consulta ou atendimento em Hospital ou Clínica particular; QUE, a declarante conduzia sua motocicleta sem o uso do capacete de segurança; QUE, a declarante possui habilitação para condução de motocicleta, porém o referido documento encontra-se com prazo de validade vencido desde fevereiro de 2012; QUE, em razão destes fatos a declarante veio a esta Delegacia de Polícia realizar o registro do ocorrido. E nada mais disse.


 x **Iolanda de Oliveira**

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE JAGUARUANA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:


Julio Cesar da Silva Lemos
 Escrivão de Polícia Civil
 Mat.: 300056-1-9
JULIO CESAR DA SILVA LEMOS - MAT.: 300056-1-9



Do Vale & Wady
Advocacia e assessoria

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu, **IOLANDA DE OLIVEIRA**, brasileira, solteira, RG: 2462507-92, inscrito nº CPF sob o número 877.235.063-68 residente a Sítio Figueiredo, sn, Zona Rural na cidade de Jaguaruana - CE CEP 62.823-000. Tel: (88) 9 92316573

Declaro sob as penas da lei que não possuo condições financeiras de arcar com os encargos processuais e honorários advocatícios sem afetar o meu sustento e o da minha família, nos termos do art. 98, caput, do CPC/2015.

Por isso requero a Vossa Excelência, a concessão dos benefícios da Justiça Gratuita, para o exercício de meus direitos e garantias fundamentais constitucionalmente assegurados.

Nesta data, em 10/1/2018.

Iolanda de Oliveira
Declarante



PREFEITURA DE
Jaguaruana
UMA VILA NOVA

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que, IOLANDA DE OLIVEIRA nascido (a) 30/06/1973 residente no FIGUEREDO DO BRUNO deu entrada nesta unidade de saúde vítima de acidente de trânsito, no dia 10/04/2016 onde foi prestado atendimento médico de urgência conforme Xerox de SPA em anexo.

Atenciosamente,

Jaguaruana, 18 de Abril de 2016

1º Ofício
Jaguaruana - Ceará
Conferir com o original e Dar fé
de 18/04/2016
de 2016
Gladysson Moreira



12.040.122/0001-90

**Hospital Maternidade Nossa
Senhora da Expectação**

Avenida Simão de Góis, 1618

Centro – CEP: 62.823-000

Jaguaruana - CE

Maria Zilda da Silva
CPF: 31.52.063-23
Responsável Arquivo

HOSPITAL MATERNIDADE NOSSA SENHORA DA EXPECTAÇÃO
Avenida Simão de Góis, 1618 – Centro – Jaguaruana/CE
CEP: 62.823-000 Fone: (88) 3418.1388



Hospital Maternidade Nossa Senhora da Expectação
S.P.A - Serviço de Pronto Atendimento
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Acidente Automobilístico:

X Sim () Não

ATENDIMENTO IMEDIATO EMERGÊNCIA	VERMELHO	X	01 HORA URGÊNCIA	AMARELO	02 HORAS POUCA URGÊNCIA	VERDE	04 HORAS SEM URGÊNCIA	AZUL
---------------------------------------	----------	---	---------------------	---------	-------------------------------	-------	-----------------------------	------

Data: 10/04/16

Hora do atendimento: 15:40

Atendente: Eliana

Nome: Tolondua de Oliveira

Idade: 38 Sexo: () F () M

Data de Nascimento: 30/06/78 RG/CPF/Outros: não tem CADUS: não tem

Filiação: Amario Jones de Oliveira

Endereço: S. Francisco do Bonito Nº não Telefone

PSF: Celta

ACS: Zomdu

Peso: Kg PA: 10 X 80 mmHg PC: 80 bpm FR: irpm TEMP: °C DX: mg/dl

ATENDIMENTO E CONSULTA

- | | |
|---|---|
| ☒ Atendimento Médico em Unidade de pronto Atendimento | () Consulta Média Atenção Especializada (Cardiologia Av Cirurgica) |
| () Atendimento de urgência em atenção especializada | () Consulta Médica em Atenção Básica (Pediatria) |
| () Atendimento Ortopédico com imobilização provisória | () Consulta de prof. de nível sup atenção asp (exceto médico) |
| () Atendimento de Urgência c/ Observação até 24H | () Atividade educativa/Orientação em grupo na atenção |

Data dos 1º Sintomas:

Alergias:

Anamnese de Enfermagem: Paciente vítima de queda de moto.

Fatores de Risco:

Enfermeiro(a):
Enfermeira
COREN: 474.606

PROCEDIMENTO

Motivo do Atendimento (Queixa principal + Anamnese + Exame Físico)

Paciente vítima de queda de moto. Deixa sinais de lesões cortas - contusas em couro cabeludo.

Cd: Futura

Hipótese Diagnóstica: Lesões cortas - contusas

Prescrição na Urgência

Futura + curativos paciente no decorrer da observação
13 1670

- | | |
|--|-----------------|
| () Aferição de Pressão Arterial | COREN - 970.528 |
| () Glicemia Capilar | |
| () Administração de medicamentos na Atenção Especializada | |
| () Inalação / Nebulização | |
| () Curativo grau I c/ ou s/ debridamento | |
| () Curativo grau II c/ ou s/ debridamento | |
| () Retirada de Pontos de Cirurgias Básicas | |
| () Retirada de corpo estranho da cavidade auditiva | |

- | |
|---|
| () Retirada de Cerúmen de conduto auditivo externo |
| () Enema |
| () Sondagem Gástrica |
| () Drenagem de abscesso |
| () Excisão e/ou sutura simples de pequenas lesões |
| () Exerece de tumor de pele e anexos / cisto sebáceo |
| () Retirada de Corpo Estranho subcutâneo |
| () Excisão e Sutura de linfagioma/nevus |

Encaminhamento/Destino do Paciente: Alta () Hora: Internamento Hospitalar () Observação () Transferência () Óbito ()

Assinatura e Carimbo Médico - CRM
Dra. Odete Costa Lima
Médica
CRM 31.041

Paciente



SUS - Sistema Único de Saúde
Secretaria de Saúde de Jaguaruana

FICHA DE REFERÊNCIA

1. Preencher esta ficha em 3 vias.
2. Ao terminar a consulta ou tratamento, entregar 2 vias ao usuário, orientando-o para retornar com a 1ª via a Unidade de Origem.

Unidade de Origem: HOSPITAL MATERNIDADE NOSSA SENHORA DA EXPECTAÇÃO

CNES: 256097-6

Município: JAGUARUANA

Nome: Isolanda de Oliveira

Sexo: M () F () Data de Nascimento: / /

Ocupação:

Endereço:

Bairro:

Tel.:

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO: Pré-eclâmpsia de quadro leve. Targa nívea. vômitos na amamentação. Dor no costado - continua com exame laboratorial. Após 1 dia de repouso, apresentação sinuosa.

RESULTADO DE EXAMES: Sem alterações neurológicas.

CONDUTA JÁ REALIZADA:

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA: TCE?

Dra. Odete Costa Lima
Médica

Assinatura: CRS 14041

Médica

Função

10 / 04 / 16

Data

19:00

Horário

AGENDAMENTO

ENCAMINHAMENTO PARA ATENDIMENTO: Ambulatorial ()

Hospitalar (☒)

Auxílio Diagnóstico ()

PROCEDIMENTO:

PROFISSIONAL:

UNIDADE DE REFERÊNCIA: JSF

DATA: 10 / 04 / 16 HORA: 19:00

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA

UNID. DE REFERÊNCIA:

MUNICÍPIO:

PRONTUÁRIO Nº:

ALTA: / /

RESUMO CLÍNICO/CIRÚRGICO:

RESULTADO DE EXAMES:

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:

SECUNDÁRIO 1:

CID:

SECUNDÁRIO 2:

CID:

PROPOSTA DE CONDUTA PARA SEGUIMENTO:

CID:

JUSTIFICOU A REFERÊNCIA? SIM () NÃO () O MOTIVO DA REFERÊNCIA COINCIDE COM O DIAGNÓSTICO? SIM () NÃO ()



INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

Registro de Atendimento Emergencial



Emitido em: 10/06/2016 9:32:42

Por: JOSE URBANO DA MOTA COELHO

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL						DATA/HORA: 10/04/2016 23:58:28	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE							
CNS: 708100588017435	NOME: IOLANDA DE OLIVEIRA			Registro: 5438121			
CPF: 87723506368	RG: 246250792	D. NASC: 30/06/1973	ESTADO CIVIL:	SEXO: F	RAÇA/COR: Branca		
NOME DA MÃE: MARIA ILNA DE OLIVEIRA			NOME DO PAI: ALBERTINO ROCHA DE OLIVEIRA				
TIPO DE LOGRADOURO:		ENDEREÇO DO PACIENTE: FILGUEREDO		Nº: S/N	BAIRRO: ZONZ RURAL		
COMPLEMENTO:	TELEFONE CONTATO:		MUNICÍPIO: JAGUARUANA	UF: CE	CEP: 62823000		
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL							
NOME: PAULA		PARENTESCO: CUNHADA			TELEFONE:		
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: apresenta lesão corto contusa em couro cabeludo, síncope							
OBSERVAÇÕES: trauma maior, histórico de inconsciência							
SINAIS VITAIS							
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Pública		Escala de Dor: Moderado		PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: AMARELO			
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:							
ATENDIMENTO MÉDICO							

Anamnese e Exame Físico:

Conduta:

10 06 2016
13846
Jose Urbano da Mota Coelho



ARACATI MEDICAL CENTER LTDA
RUA CORONEL ALEXANDRINO, 160A. ARACATI -CE
FONE: (88) 3421 1301; (88) 99707 5335

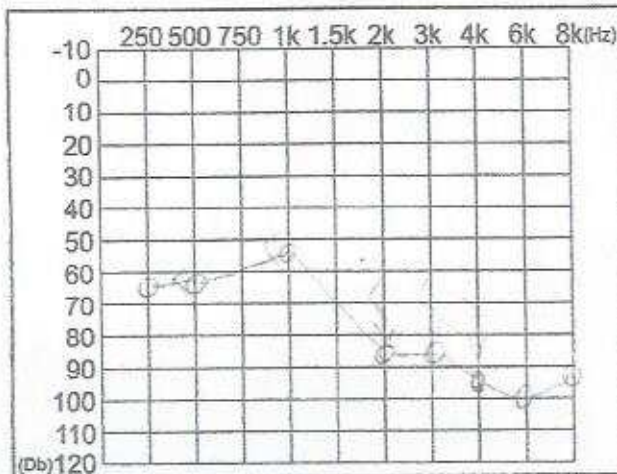
Avaliação Audiológica

Data: 29/11/16.
Fono: Jhonathan
Reg.:

Nome: Jolanda da Oliveira
Nasc: 30/08/73
Idade: 43 anos
Sexo: FEMININO
Ocup:
Audiômetro: AVS 500
Nº Série:
Calibração:

Audiograma

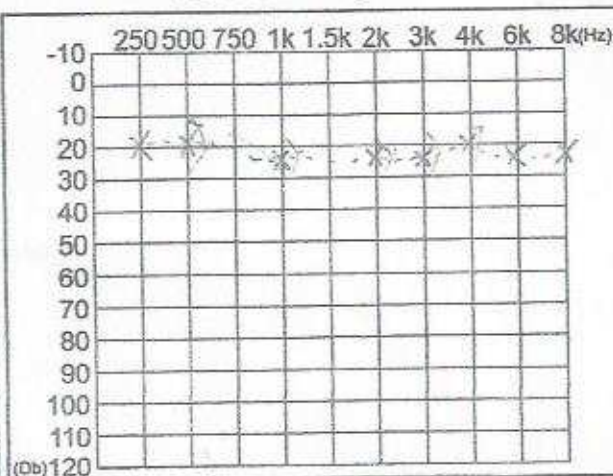
Ouvido Direito



Mascaramento Direito

V.A. V.O.

Ouvido Esquerdo



Mascaramento Esquerdo

V.A. 60 V.O. 10

Logaudiometria

	SRT	IPRF	M	D	T
O.D.		81%		81%	
O.E.		100%			

Meatoscopia e Anamnese

Lauda Audiograma Normal Lado Esquerdo.

Pêda auditiva sensorial nas frequências de 250 a 2000 Hz do grau normal na média de 500, 5000 e 2000 Hz Lado Direito

Aracati, 29/11/16

Dr. Jhonathan Fillipe
Fonaudiólogo
Fonodidato

CLINICA SÃO GABRIEL

LAUDO MÉDICO

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE A PACIENTE **IOLANDA DE OLIVEIRA**, FOI VÍTIMA DE ACIDENTE COM MOTOCICLETA EM 10/04/2016, COM TRAUMATISMO CRANIANO ASSOCIADO A LESÕES CORTO-CONTUSAS EM COURO CABELUDO E ESCORIAÇÕES. SUBMETIDA A SUTURA DAS LESÕES.

ATUALMENTE, APRESENTA CEFALÉIA PÓS-TRAUMATISMO CRANIANO, COM FREQUENCIA 2 A 3 EPISÓDOS SEMANAIS, ASSOCIADO A TONTURA. INFORMA PERDA DE AUDIÇÃO EM OUVIDO DIREITO (*AUDIOGRAMA EM ANEXO*). PACIENTE ENCONTRA-SE EM ALTA DO SEGUIMENTO AMBULATORIAL.

Eduardo de A. Camarã
Traumatologia Ortopédica
CRM 11.152

JAGUARUANA – CEARÁ, 22 DE MARÇO DE 2017

CLINICA SÃO GABRIEL

LAUDO MÉDICO

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE A PACIENTE **IOLANDA DE OLIVEIRA**, FOI VÍTIMA DE ACIDENTE COM MOTOCICLETA EM **10/04/2016**, COM TRAUMATISMO CRANIANO COM LESÕES CORTO-CONTUSAS EM COURO CABELUDO ASSOCIADO A REBAIXAMENTO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA, SENDO TRANSFERIDA PARA SERVIÇO DE NEUROCIRURGIA DO HOSPITAL INSTITUTO DR JOSÉ FROTA.

ATUALMENTE, APRESENTA PERDA AUDITIVA EM OUVIDO DIREITO COM " PERDA AUDITIVA SENSORIONEURAL NAS FREQUÊNCIAS DE 250 A 8000 Hz DE GRAU MODERADO NA MEDIDA DE 500, 1000 E 2000 Hz" (**LAUDO DE EXAME DE AUDIOMETRIA, DATADA EM 29/11/2016**), ASSOCIADO A CEFALÉIA PÓS-TRAUMATISMO CRANIANO, COM FREQUENCIA 2 A 3 EPISÓDIOS POR SEMANA E TONTURA. PACIENTE ENCONTRA-SE EM ALTA DO SEGUIMENTO AMBULATORIAL.

JAGUARUANA – CEARÁ, 26 DE JULHO DE 2017

EDUARDO DE ARAUJO CARRARI

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

CREMEC 11.458

CLINICA SÃO GABRIEL

LAUDO MÉDICO

NOME: IOLANDA DE OLIVEIRA,

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE A PACIENTE SUPRACITADA FOI VÍTIMA DE ACIDENTE COM MOTOCICLETA EM 10/04/2016, COM TRAUMATISMO CRANIANO COM LESÕES CORTO-CONTUSAS EM COURO CABELUDO ASSOCIADO A REBAIXAMENTO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA, SENDO TRANSFERIDA PARA SERVIÇO DE NEUROCIRURGIA DO HOSPITAL INSTITUTO DE JOSÉ FROTA.

ATUALMENTE, APRESENTA PERDA AUDITIVA EM OUVIDO DIREITO COM " PERDA AUDITIVA SENSORIONEURAL NAS FREQUÊNCIAS DE 250 A 8000 Hz DE GRAU MODERADO NA MEDIDA DE 500, 1000 E 2000 Hz" (LAUDO DE EXAME DE AUDIOMETRIA, DATADA EM 29/11/2016), ASSOCIADO A CEFALÉIA PÓS-TRAUMATISMO CRANIANO, COM FREQUENCIA 2 A 3 EPISÓDIOS POR SEMANA, TONTURA E EPISÓDIOS CONVULSIVOS, EM USO DE FENOBARBITAL (100mg/DIA) E CLONAZEPAM (2mg/DIA). PACIENTE ENCONTRA-SE EM ALTA DO SEGUIMENTO AMBULATORIAL.

JAGUARUANA – CEARÁ, 13 DE SETEMBRO DE 2017

Eduardo de A. Carrari
Ortopedia e Traumatologia
13/09/2017

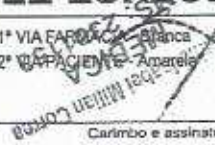


EDUARDO DE ARAUJO CARRARI

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

CREMEC 11.458



RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL	
IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE Fundo Municipal de Saúde de Jaguaruana CNPJ: 12.040.122/0001-90 Endereço: Av. Simão de Gols, 1734 - Centro Fone: (88) 3418.1619 Cidade: Jaguaruana UF: CE	1ª VIA FARMÁCIA - Branca 2ª VIA PACIENTE - Amarela  Carimbo e assinatura Data: ____/____/____
Paciente: <u>Solania de Oliveira</u> Endereço: <u>Figueiredo do Bruno</u> Prescrição: <u>uso oral</u> <u>(1) Garrafa de 100ml — 30 eq</u> <u>tomar 01 eq ao dia.</u> 04/10/17	
IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR Nome: _____ Ident.: _____ Org. Emissor: _____ End.: _____ Cidade: _____ UF: _____ Telefone: _____	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR Data: ____/____/____ Assinatura do Farmacêutico: _____

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE SECRETARIA DA SAÚDE DE JAGUARUANA CNPJ: 12.040.122/0001-90 Av. Simão de Góis, 1734 - Centro - Cep: 62823-000 JAGUARUANA - CE		NOTIFICAÇÃO DE RECEITA UF: CE NÚMERO: 85-587032_3 B		Medicamento ou Substância <i>Proctus</i>
23 de 02 de 17 Nome do Paciente: <i>Volandeu de Oliveira</i>		Quantidade e Forma Farmacêutica <i>30 cp</i>		
Endereço: <i>Piquetado</i>		Dose por Unidade Posológica <i>1 mg</i>		
Assinatura do Emissor <i>Dr. Sônia Araújo R. Nunes</i> CREMEC 18.983		Posologia <i>1 cp 1 vez</i>		
IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR Nome: _____ Endereço: _____ Telefone: _____ Identidade N°: _____ Órgão Emissor: _____		CARIMBO DO FORNECEDOR Data: <i>1/1/17</i> Nome do Vendedor: _____		

CLAUDIO PAPEIRO DE SOUSA CARVALHO ME - RUA SANTOS DUMONT, 303 - CENTRO / ARACATI-CE - CEP 62064-000 - CNPJ: 15.512.613/0001-03 INSC MUN: 0000451064 - 50 Eds. 5001 de Vig: 05-085.891-3 e 85-090.300-2 - Aut: 1548 de 02/05/2017

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL	
IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE Fundo Municipal de Saúde de Jaguaruana CNPJ: 12.040.122/0001-90 Endereço: Av. Simão de Góis, 1734 - Centro Fone: (88) 3418.1619 Cidade: Jaguaruana UF: CE	1ª VIA FARMÁCIA - Branca 2ª VIA PACIENTE - Amarela <i>Dr. Sônia Araújo R. Nunes</i> Médica CREMEC 18.983 ASSINATURA / CARIMBO
Paciente: <i>Volandeu de Oliveira</i> Endereço: <i>Piquetado de Branca</i> Prescrição: <i>17 Gote de 100 mg</i> <i>Amarelo 1 cp 1 vez</i>	
IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR Nome: _____ Ident.: _____ Cidade: _____ Telefone: _____ Órg. Emissor: _____ UF: _____	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR ASSINATURA DO FARMACÊUTICO: _____ DATA: <i>1/1/17</i>



Saúde da Família

ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES EM USO DE MEDICAÇÃO CONTROLADA

UNIDADE: UBS - Loxia

Alondra de Olivera

NASCIMENTO: 30/06/1973 IDADE

ENDEREÇO: Figueredo Ilarionel Rto Feo

ACS: FATIMA

DATA DO CADASTRO: 1 / 1 /

DIAGNOSTICO: _____

MEDICAÇÃO: Pivotal 2mg — 30cp

Gardenal 100mg — 2sx/30cp

Tomar o l'ep do dia

MÉDICO QUE ACOMPANHA: _____

OBS: _____

[illegible]

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL	
IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE Fundo Municipal de Saúde de Jaguaruana CNPJ: 12.040.122/0001-90 Endereço: Av. Simão de Gois, 1734 - Centro Fone: (88) 3418.1619 Cidade: Jaguaruana UF: CE	1ª VIA FARMÁCIA - Branca 2ª VIA PACIENTE - Cor-de-rosa  Dra. Marianne Teles Correia Médica CRM-CE 18037 Carimbo assinatura Data: ____/____/____
Paciente: <u>Solanda de Oliveira</u> Endereço: <u>R. Coronel Raimundo Feres</u> Prescrição: <u>uso oral</u> <u>O Gardenal 100mg - 2x</u> <u>tomar 1x ao dia</u> <u>06/11/17</u>	
IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR Nome: _____ Ident.: _____ Org. Emissor: _____ End.: _____ Cidade: _____ UF: _____ Telefone: _____	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR Data: ____/____/____ Assinatura do Farmacêutico: _____

Notificação de Receita

UF: CE NÚMERO: 85-832261_3 B1

Data: 06/11/17

Dra. Marianne Teles Correia
Médica
CRM-CE 18037

Nome do Emissor



Paciente: Solanda de Oliveira
Endereço: R. Coronel Rdo
Francisco

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	
Nome: _____	End.: _____
Telefone: _____	Identidade: _____
Orgão Emissor: _____	

Medicação ou Substância <u>Rivotril</u>
Quantidade e Forma Farmacêutica <u>30 ep</u>
Dose por Unidade Posológica <u>2mg</u>
Posologia <u>Tomar 1 ep à noite</u>
CARIMBO DO FORNECEDOR Data: ____/____/____ Nome: _____



Do Vale & Wady
Advocacia e assessoria

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA ET EXTRA"

OUTORGANTES: IOLANDA DE OLIVEIRA, brasileira, solteira, RG: 2462507-92, inscrito nº CPF sob o número 877.235.063-68 residente a Sitio I'igueiredo, sn, Zona Rural na cidade de Jaguaruana - CE CEP 62.823-000. Tel: (88) 9 92316573

Pelo presente instrumento particular de procuração fica nomeado o procurador **Dr. Kaio Rodrigo do Vale Pereira**, brasileiro, casado, inscrito na OAB/CE n. 36.171, fones (88) 9.9808-0475, e-mail: kaiodovale.adv@gmail.com, **Dr. Carlos Kauê do Vale Pereira**, brasileiro, casado, inscrito na OAB/CE n. 36.172, fones (88) 9.9267-2530, e-mail: kaueovale_adv@hotmail.com, **Dr. Josivaldo Wady Leite**, brasileiro, solteiro, inscrito na OAB-CE n. 38.140, fone (88) 9.9696-4256, e-mail: george.wady@hotmail.com, todos com escritório profissional situado à Trav. José Roberto de Oliveira, n. 515, Bairro Centro, Jaguaruana-CE.

FINALIDADE: Representar o outorgante a fim de **requererem benefício previdenciário e/ou proporem AÇÃO DPVAT JUDICIAL**

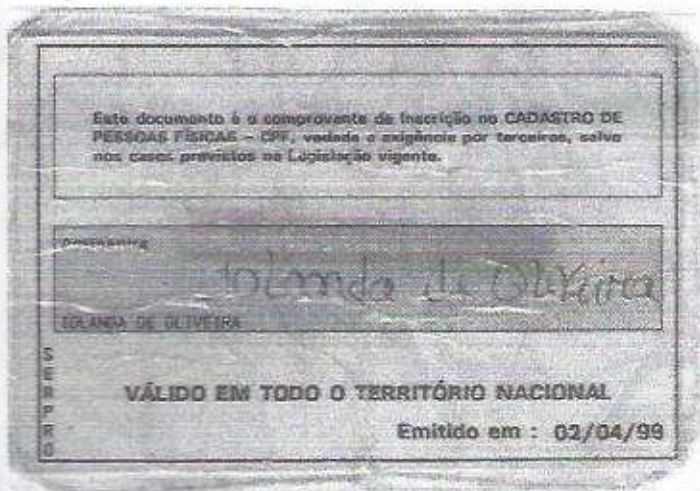
PODERES: Os poderes contidos na cláusula "*ad judicium*", a fim de que, em conjunto ou separadamente, possa(m) realizar todos os atos que se fizerem necessários ao bom e fiel cumprimento deste mandato, inclusive promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, perante qualquer juízo, instância ou Tribunal, repartição pública e órgãos da administração pública, direta ou indireta, federal, estadual e municipal, autarquia ou entidade paraestatal, **conferindo, também, poderes específicos 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, em conformidade com o disposto no art. 105 da Lei 13.105/2015, podendo substabelecer o presente com ou sem reserva de poderes se assim lhe convier, podendo administrativamente, defenderem meus interesses, especialmente para agendar e requerer benefícios, revisões administrativas, interpor pedidos e recursos no âmbito administrativo, agendar e requerer cópias, vistas, cargas de processos administrativos, retirar cópia de CNIS, COMBAS, INFBEN, HISCRE, HISEBEN, resultado de perícia médica, podendo usar dos poderes *ad negocia* para substabelecer, enfim, praticar todos os demais atos necessários ao completo e fiel desempenho deste mandato.

Nesta data, em 10/1/2018.

Iolanda de Oliveira
Outorgante



10/04/16



5438121



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° 519928530

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135-040 | Fortaleza CE

CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

A Tarifa Social de Energia Elétrica

foi criada pela Lei nº 10.438 de

26 de abril de 2002

Esta é a segunda via de

ABR/2018

Utilize o n° abaixo sempre
que entrar em contato conosco

N° DO CLIENTE
6329652 DV **7**

VENCIMENTO
11/05/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)
0,00

DADOS DO CLIENTE

Rota 24 024041 18 053000
Nome IOLANDA DE OLIVEIRA
Endereço Postal

Medidor 2127723
Poste 0000 0

End. da Unidade Consumidora ST FIGUEIREDO 00000 ST FIGUEIREDO JAGUARUANA 62823000

RG / CPF / CNPJ 877.235.063-68

CGF

Classe 04-RURAL, MONOFASICA, BAIXA RENDA

Fator de Potência 0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual ☒ Leitura Anterior ☒ Constante ☒ Consumo (kWh) ☒ Consumo Incl. ☒ Consumo Faturado

FP 5091 5091 1 0 0 0

DESCRIÇÃO DA CONTA

Quantidade ☒ Tarifa ☒ Valor (R\$)

DATAS DE LEITURA

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

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

33E2.D4E4.E75E.E985.1D6E.E9F5.47B3.CFA9

ICMS

Base de Cálculo (R\$) 0,00
Alíquota 18%
Valor do Imposto 0,00

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

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

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta. CM: 0,00

Conjunto

Mês FEV/ 2018

	Padrão Mensal	Individual Trim.	Individual Anual	Apuração Mensal	Individual Trim.	Individual Anual
DIC (h)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
FIC (un)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
DMIC (h)	0,00			0,00		

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



autenticação mecânica cliente

N° do Cliente: 6329652-7 N° da Nota Fiscal: 519928530 Total a Pagar (R\$): 0,00
Data de Emissão: 09/04/2018 Referência: ABR/2018 N° de Controle:

FATURA PAGA, NÃO RECEBER

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por JOSIVALDO WADY LEITE e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 14/06/2018 às 08:19, sob o número 01398457520188060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0139845-75.2018.8.06.0001 e código 381EA76.