

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



REGISTRO CIVIL

ESTADO DE Ceará
COMARCA DE Morrinhos
MUNICÍPIO DE Morrinhos
DISTRITO DE Sede

Maria Ciria Carneiro Araújo

Oficial _____ do Registro Civil

Certidão de Nascimento

CERTIFICO que, às fls. 217v do Livro A - 19, sob Nº 18.728 foi lavrado o assento do nascimento de Francisco Mateus de Souza.

do sexo masculino, nascido no dia três (03) de março de dois mil e oito (2.008).

às 12:00 horas e 45 minutos, em nesta Cidade de Morrinhos.

filho de Francisco Flávio de Souza.

e de Dona Maria Eliete de Sousa.

Sendo avós paternos Jorge Marques de Souza.

e Dona Francisca Sônia de Souza.

e avós maternos Francisco José de Sousa.

e Dona Maria das Dores Gomes de Sousa.

O assento foi lavrado em 04 de março de 2008 tendo sido declarar os pais do registrado.

e serviram de testemunhas José Wilson dos Santos e Tarcisio Giovany de Maria.

Observações:



O referido é verdade e dou fé.

Morrinhos-Ce.

04 de março de 2008

Maria Ciria Carneiro Araújo

Oficial



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas
Número de Inscrição

050.852.133-51

Nome

MARIA ELIETE DE SOUSA

Nascimento

13/11/1991



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO MILTON BARBOSA DE SOUSA

Polegar Direito



maria Elita de Sousa

ASSINATURA DO TITULAR

REGISTRO
GERAL

2007165228 - 5

DATA DE
EXPEDIÇÃO

25/07/2008

NOME

MARIA ELIETE DE SOUSA

FILIAÇÃO

FRANCISCO JOSÉ DE SOUSA

MARIA DAS DÔRES GOMES DE SOUSA

NATURALIDADE

MORRINHOS - CE

DATA DE NASCIMENTO

13/11/1991

DOC ORIGEM

CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: 1. OFÍCIO TERMO: 12 139 FOLHA: 120

LIVRO: A 13 MORRINHOS - CE

CPF



Francimar B Costa

ASSINATURA DO DIRETOR



P.: 61

1 VIA

Nº do Cliente:

4812569

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



fls. 10

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 150

CEP 60135-040 | Fortaleza CE

CNPJ 07047261/0001-70 | CGF 06.105.040-3

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | Nº 045124782

Rota MH121U02 - 43200

Referência 01/2020

Nome FRANCISCO FLAVIO DE SOUZA

Endereço PV BELA VISTA, 00000, ST ALEGRE, 62550-000,

Classificação MORRINHOS

Modalidade Tarifa Resid. Baixa Renda

Ligação B1 RESIDENCIAL

Emissão 03/01/2020

Medidor 4612230-FAE-643

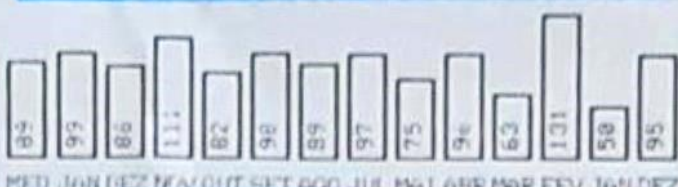
ÁREA RESERVADA AO FISCO

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)

0EB8C4B41581364D269C027639FB9730

DATAS DE LEITURA P.F.: 29 dias

Anterior 05/12/2019 Atual 03/01/2020 Próxima prevista 03/02/2020



DADOS DA MEDIÇÃO

Posto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo Mês (kWh)	Consumo Incl. (kWh)	Consumo Pat. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FP	5.180	5.081	1,00	99	00	99	0,27020	26,75

DADOS DO FATURAMENTO

TARIFA

VALOR (R\$)

CIP - ILUM PUB PREF MUNIC

PIS COMPL BX RENDA

COFINS COMPL BX RENDA

DESCONTO BAIXA RENDA

CONSUMO SEM SUBVENÇÃO

CONSUMO DE 000 KWH ATE 030 KWH

CONSUMO DE 030 KWH ATE 100 KWH

ADICIONAL BAND. AMARELA

MULTA

-	5,07
-	0,11
-	0,45
-	-24,99
-	24,99
0,18033	5,41
0,30928	21,34
0,02333	0,70
-	1,36

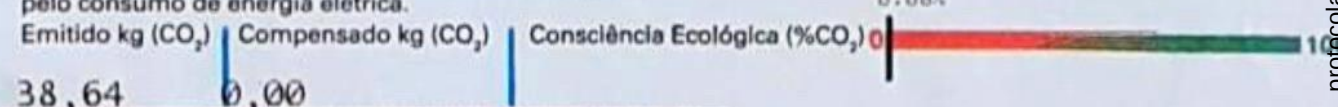
Tributo:	Base (R\$):	Aliquota (%):	Valor (R\$):
ICMS	0,00	0,00	0,00
PIS	52,44	0,41	0,21
COFINS	52,44	1,78	0,93

VENCIMENTO 11/02/2020

TOTAL A PAGAR (R\$) 34,44

CONSUMO CONSCIENTE

CPF/CNPJ 049.269.693-43

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

38,64 0,00

INFORMAÇÕES AO CLIENTE

PREVIO AVISO NOTIFICACAO DE SUSPENSAO DE FORNECIMENTO DE ENERGIA ELETRICA Voce possui conta(s) em atraso (Ref:2019/11 Valor R\$45,88). A inadimplência possibilita a suspensão do fornecimento de energia (Res. ANEEL 414/10 Arts. 171 c/c 172) e o envio aos ORGAOS DE PROTECAO AO CREDITO e CARTORIO DE PROTESTO. Podera ser faturado custo de disponibilidade no ciclo que ocorrer a suspensão do fornecimento ou a religação da UC. Res ANEEL 414/10 Art.173. Ao lado, detalhe do debito para pagamento. Caso já tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar este aviso. Nº Cliente: 000004812569.

DEBITOS ANTERIORES

MES/ANO VALOR(R\$)

07/2019 33,04

08/2019 33,61

09/2019 15,32

10/2019 29,01

Total: R\$ 110,98

Períodos: Band. Tarif.: Amarela : 06/12 - 03/01

Nº do Cliente: 4812569
Data de Emissão: 03/01/2020
Nº da Nota Fiscal: 045124782

Referência: 01/2020
Total a Pagar (R\$): 34,44
Nº de Controle: 10007506361

V: [1.0.0.5]
OSB - 0958200301
-3.32536852
-40.05535713

83810000000 0 34440031010 5 00750636107 9 00004812569 5



83810000000 0 34440031010 5 00750636107 9 00004812569 5



Ministério da Fazenda
Receita Federal

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF



fls. 11

Número

093.057.473-70

Nome

FRANCISCO MATEUS DE SOUZA

Nascimento

03/03/2008

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Francisco Mateus de Souza, solteiro, menor, inscrito no CPF com o nº 093.057.473-70, neste ato representado pela mãe Maria Eliete de Souza, casada, agricultora, portadora do RG 2007165228-5, e do CPF 050.852.133-51, residente e domiciliado no PV Bela Vista, S/N, Sítio Alegre, Morrinhos, Goiás.

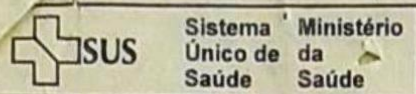
OUTORGADO: ALEX OSTERNO PRADO, brasileiro, casado, advogado inscrito nos quadros da OAB.CE sob o nº 23.048 com endereço profissional à Rua Cel. Estanislau Frota, 240-B, Centro, Sobral-CE, CEP. 62.010-560.

PODERES OUTORGADOS: Pelo presente instrumento de mandato, o outorgante firmatário, confere aos advogados outorgados poderes para representá-lo perante qualquer Órgão da Administração Pública (direta e/ou indireta) ou Entidade de Direito Privado ou Órgão Judicial, de qualquer instância, para com as cláusulas "ad judícia" e "negotia" poder propor ações e/ou delas variar, transigir, receber e dar quitação, apresentar e receber alvará judicial, reconhecer a procedência do pedido, firmar compromisso, assinar, prestar primeiras e últimas declarações, receber citação e intimação, oferecer defesa, direta ou indireta, tais como exceção de suspeição, impedimento ou incompetência, em qualquer instância, interpor recursos judiciais, reconvir, protestar, interpelar, reclamar, pedir abertura de inquérito policial, requerer assistência do Ministério Público, bem como substabelecer com e sem reserva de poderes.

BASE LEGAL: Art. 133, da Constituição da República, Art. 38, do Código de Processo Civil e Arts. 1º, inciso I, 2º, 5º, 7º e 44, inciso I, do Estatuto da Ordem dos Advogados do Brasil.

Morrinhos CE 02 de abril de 2020

Maria Eliete de Souza
OUTORGANTE



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL

2 - CNES
3 0 2 1 1 1 4

4 - CNES
3 0 2 1 1 1 4

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
Fw matheus de souza

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)
8 9 8 0 0 0 4 8 1 3 4 2 5 9 3

8 - DATA DE NASCIMENTO
03/03/2008

9 - SEXO
Masc ☒ 1 Fem ☐ 3

10 - RAÇA/COR

11 - NOME DA MÃE
maria Eliete de souza

12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)
Rua Bela Vista

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
Monincho

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
pte com fratura perna com ferida
Dr. Vilma V. Elsterio
Medica
CREMEC 11.833
Perolium com osseos antror

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
no de complicações

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)
1 imagem + dx fêmur + ossos - x
07/02/19

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL
osseos antror fêmur

24 - CID 10 PRINCIPAL - 25 - CID 10 SECUND - 26 - CID 10 CAUSAS ASSOC.
M84-1

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
Proteção cirúrgica osseos antror fêmur

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
0 4 0 8 0 5 0 8 6 1

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO
() CNS ☒ CPF

32 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
8 3 0 6 4 9 1 1 3 6 3

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO
03/10/13

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)
Dr. Francisco das Chagas Pereira
Ortopedia / Traumatologia
CRM 6011

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

48 - DOCUMENTO
() CNS () CPF

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)
Eveline T. A. Costa Frola
Medica - Obstetra - Ginecologia
CRM 19504
CPF: 043.954.983-37
07 FEV. 2019



SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA DO INTERIOR – D.P.I.
DELEGACIA REGIONAL DE ACARAÚ
UNIDADE POLICIAL DE MORRINHOS/CE

fls. 14

BOLETIM DE OCORRÊNCIA – B.O. Nº 863/2017

Data Reg.: 12/12/2017

Natureza: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA FATAL

NOTICIANTE

Nome: MARIA ELIETE DE SOUSA

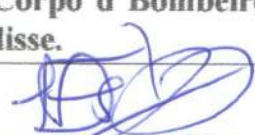
Endereço: Rua Bom Futuro, Nº36 – São Luiz – Morrinhos/CE

Telefone: (88) 992503959

HISTÓRICO:

A noticiante informa que na noite de 2 de novembro do ano de 2017, por volta das 21:30 horas, se encontrava retornando da localidade de Bom Jardim com destino a Bela Vista, Zona Rural de Morrinhos/CE, na condição de passageira da motocicleta de marca HONDA/CG 125 TITAN, de cor Vermelha, ano de fabricação e modelo 1999/1999, placa HVQ4264/CE, Chassi Nº 9C2JC2500XR184561, registrada em nome de Caitano Teixeira Alves e pilotada através do senhor MILTON, onde a noticiante conduzia na garupa da moto seus dois filhos FRANCISCO MATEUS DE SOUZA e ANA ISABELA DE SOUZA, onde os mesmos acabaram se envolvendo em um acidente de trânsito do tipo colisão com um veículo de característica e placa não anotada dirigido pelo senhor OZIREZ, que dirigia o veículo em alta velocidade tendo causado a colisão frontal entre o veículo por ele dirigido e a moto pilotada por MILTON. Que em consequência da colisão a noticiante e seu filho FRANCISCO MATEUS DE SOUZA sofreram lesões corporais se encontrando prejudicados. Que as vítimas foram socorridas por populares até o Hospital Municipal de Morrinhos/CE e em seguida transferidos até a Santa Casa de Misericórdia em Sobral/CE para receber o atendimento médico necessário. Que na cidade de Morrinhos não existe atendimento feito através de Corpo d Bombeiros, SAMU, Anjos do Asfalto e similares. Que Nada mais disse.

Escrivão:


Lauro Florentino Silva
Escrivão de Polícia Civil
de Classe Especial
Mat.: 097.059-1-0

Responsável/Reg.:

Maria Eliete de Sousa

OBS: Prestar falsa informação a Polícia é Crime previsto no Código Penal Brasileiro.

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL

2 - CNES

3 0 2 1 1 1 4

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL

4 - CNES

3 0 2 1 1 1 4

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

F. Mateus de Souza

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc. ☒Fem. ☐

10 - RAÇA/COR

11 - NOME DA MÃE

DDD

12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

DDD

14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

pt com fratura com perda
ossosa
evoluiu com osteomielite

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

para a amputação

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Exames de RX + tomografia

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Osteomielite fêmur

24 - CID 10 PRINCIPAL - 25 - CID 10 SECUND - 26 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

J84.1

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Amputação da perna esquerda

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

04 04 04 04 04 04 04 04 04 04

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

() CNS

X () CPF

32 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

3 0 2 1 1 1 4 3 0 2 1 1 1 4

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

09/14/16

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Dr. Francisco dos Chagas Pereira
Ortopedia / Traumatologia

CRM 8884

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE EMPRESA

44 - CBOR

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

Eveline T.A. Costa Frota
Médico Auditor - Demasus - Social - Ce

48 - DOCUMENTO

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS

() CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

CRM 19504

CPF 043 954 983 37



**PREFEITURA MUNICIPAL
DE MORRINHOS**
Secretaria de Saúde

1 - Preencher a ficha em 03 (três) vias.
2 - Ao terminar a consulta ou tratamento,
entregar a 2 (duas) vias ao usuário,
orientando para retornar com a
1ª via à Unidade de Origem.

FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem: Bela Vista Município: Morrinhos Distrito Sanitário: OK no sistema

Nome: Fco Mateus de Souza Prontuário: .

Sexo: M ☒ F ☐ Data de Nascimento: 03/03/2008 Ocupação: .

Endereço: Bela Vista Bairro: . Fone.: .

Motivo do Encaminhamento: Paciente, 11 anos, com Fratura de perna com perda óssea, evolui com tratamento da continuidade

Resultado de Exames: do osso

Conduta já Realizada: Receita de uma avaliação com fisioterapia

Impressão Diagnóstica: Pseudo-tumor, lid 10 M84.1

Ass. do Encaminhamento Nº Registro: [assinatura] Função: Médico Data: 09/04/19 Hora: .

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: Ambulatoria () Hospitalar () Auxílio Diagnóstico ()

Procedimento: . Profissional: .

Unidade de referência: . Data: ././ Hora: .

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA(*)

Unidade de referência: .

Município: . Prontuário Nº: . Alta: ././

Motivo do Encaminhamento: .

Motivo do Encaminhamento: .

Diagnóstico Principal: . CID.: .

Secundário 1: . CID.: .

Secundário 2: . CID.: .

Proposta de Conduta para Seguimento: .

O problema justificou a referência? Sim () Não ()

O motivo do diagnóstico coincidiu com diagnóstico? Sim () Não ()