

GILZA DUARTE

PROCURAÇÃO AD JUDICIA

OUTORGANTE

NOME:	
Inácio de Sousa Andrade	
NACIONALIDADE:	ESTADO CIVIL:
brasileiro	solteiro
PROFISSÃO:	CPF Nº.
agricultor	016.523.513-61
ENDEREÇO:	N.º:
Av. Manoel Finkelstein	2833 Conj. 715
BAIRRO:	CIDADE:
Antônio Holanda H. de Oliveira	Limoeiro do Norte/Ce.

OUTORGADA

GILZA DUARTE FEITOSA, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/CE sob o número 14.249 e com Escritório na Rua Camilo Brasiliense, 365, Centro, Limoeiro do Norte-Ceará, fone (0XX88) 3-4232347 ou 9-99280225 . Email:gilzaduarte@hotmail.com

PODERES: Amplos e ilimitados, PARA O FORO EM GERAL, praticar todos os atos perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, e órgãos da administração pública direta e indireta, praticar quaisquer atos perante particulares, ou empresas privadas, recorrer a quaisquer instâncias e tribunais, até final decisão e especialmente para, isolada ou conjuntamente onde com esta se apresentar, defenderem o(s) outorgante(s) em qualquer ação em que o(s) mesmo(s) seja(m) autor(es) ou réu(s), assistente(s), oponente(s), ou de qualquer modo interessado(s), podendo interpor todos os recursos em direito permitidos, propor ações e delas variar ou desistir, acompanhando-as em todos os termos, sentença, fazer e assinar requerimento, assim como todos os documentos necessários ao feito, requerer falência ou concordata, transgredir, firmar compromissos, requerer divórcio em cartório, passar recibos, receber dinheiro, dar quitação, assinar termos e compromissos de inventariante, e tudo o mais usar e praticar, requerer e assinar para o completo desempenho deste mandato, inclusive substabelecer, com ou sem reservas de poderes.

Limoeiro do Norte/Ce., 24 de setembro de 2018.

INÁCIO de Sousa Andrade
OUTORGANTE

Rua Camilo Brasiliense, 365, Centro, Limoeiro do Norte/Ce., (Em frente a Casa do Idoso)
Telefone: 0XX88-34232347/ 99280225

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

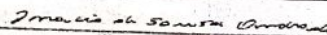
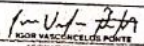
Inacio de Sousa Andrade
Brasileiro solteiro
Agricultor CPF nº 016.523.513-61
Av. Manoel Fickler meir Nº 2833- Cód. 715
Anto. Holanda de Oliveira Limoeiro do Norte/ce.

DECLARA(M) que é (são) pobre(s) na forma da Lei, pedindo os benefícios da Justiça Gratuita, com amparo no art. 2º, § único, da Lei Nº. 1060/50, e art. 5.º, LXXIV, da Constituição Federal, pelo que firma(m) a presente declaração na forma do art. 1.º, da Lei Nº. 7.115/85, sob pena da Lei para os devidos fins que é pobre na forma da lei, não podendo arcar com as custas e despesas processuais sem prejuízo do seu próprio sustento e da família.

Limoeiro do Norte/Ce., 24 de setembro de 2018

INACIO de Sousa Andrade
DECLARANTE

20
Bulhões

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO	
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
NOME INACIO DE SOUSA ANDRADE	
	
DOC IDENTIDADE / ORG EMISSOR UF 2003099036768 SSFDC CE	
CPF 016.523.513-61	
DATA NASCIMENTO 15/06/1981	
FILIAÇÃO JOSE WAGNER DE ANDRADE MARIA JOSE SOUSA DE ANDRADE	
PERMISSÃO ACC CAI NAB AD	
Nº REGISTRO 06069612392	
VALIDADE 09/06/2021	
1ª HABILITAÇÃO 14/05/2014	
OBSERVAÇÕES EXERCE ATIV REMUNERADA;	
 ASSINATURA DO PORTADOR	
LOCAL MORADA NOVA, CE	
DATA EMISSÃO 03/10/2016	
 IGOR VASCONCELOS PONTE ASSINATURA DO EMISSOR	
70541101078 CE153871180	



SERVICO AUTONOMO DE AGUA E ESGOTO - S.A.A.E.
AV. DOM AURELIANO MATOS, 1400 - CENTRO
CEP: 48.900-000 LIMOEIRO DO NORTE /CE
C.N.P.J: 07.625.932/0001-79 Fone: (88)3423-2342

2ª Via
Conta Web

Secretaria da
21
Bum

Inscrição	Tarifa	Número	Emissão	Mês/Fat	Vencimento	Valor
0009865.5	R-1	180152887	14/09/2018	08/2018	10/09/2018	45,92

IDENTIFICAÇÃO DO CONSUMIDOR

Proprietário(a): **MARIA JOSE DE SOUSA DE ANDRADE**

Endereço: AV. MANOEL FIDELIS MAIA, 2833 , CAD.715 - ANTONIO H.DE OLIVEIR Localização: 0000020850

CEP: 62.930-000

Cidade: LIMOEIRO DO NORTE - CEARA

HIDROMETRIA		SERVIÇOS		
Hidrômetro	Data da Instalação	Código	Descrição	Valor
N/A	**/**/****	01	Água	25,00
Leitura anterior	Data da Leitura	02	Esgoto	20,00
0	**/**/****	**	Outros Serviços	0,92
Leitura atual	Data da Leitura			
0	17/08/2018			
Consumo	Dias de consumo			
3	**			
Ocorrência	Leiturista			
IMOVEL SEM HIDROM.	**			

AUTENTICAÇÃO NO VERSO



SERVICO AUTONOMO DE AGUA E ESGOTO - S.A.A.E.
AV. DOM AURELIANO MATOS, 1400 - CENTRO
CEP: 48.900-000 LIMOEIRO DO NORTE /CE
C.N.P.J: 07.625.932/0001-79 Fone: (88)3423-2342

2ª Via
Conta Web

22
Buenos

Rio de Janeiro, 22 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: INACIO DE SOUSA ANDRADE

Nº Sinistro: 3170640096

Vítima: INACIO DE SOUSA ANDRADE

Data do Acidente: 19/08/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ERLON FREIRE CRISOSTOMO

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número 3170640096), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em 19/08/2017. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site www.seguradoralider.com.br, ou ligue através do telefone 0800 022 12 04 (ligação gratuita) ou 0800 022 12 06 que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

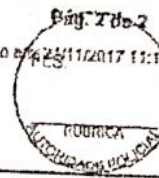
Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00017/00018 - carta_04 - INVALIDEZ



00060009

Carta nº 12842591



23
Bruno

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 491 - 3369 / 2017

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRANSITO**
Data / Hora da Comunicação: **21/11/2017 11:20:53**
Data / Hora da Ocorrência: **19/08/2017 18:30:00**
Endereço da Ocorrência: **AVENIDA MANOEL FIDELIS MAIA**
Complemento:
Bairro: **ANTONIO HOLANDA** Município: **LIMOEIRO DO NORTE/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **INACIO DE SOUSA ANDRADE**
Nascimento: **15/06/1981** CPF:
CARTEIRA DE RESERVISTA: Orgão Emissor:
250762092055 UF:
Filiação: **MARIA JOSE DE SOUSA ANDRADE**
JOSÉ WAGNER DE ANDRADE
Endereço: **AVENIDA MANOEL FIDELIS MAIA, 2833**
Bairro: **SÍTIO BOM JESUS**
Município: **LIMOEIRO DO NORTE/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone:

Histórico

Que o declarante informa que no dia acima mencionado, era o condutor do veículo tipo motocicleta HONDA CG 125 TODAY, ANO/MOD 1992, COR AZUL, PLACA HUC 5753, REGISTRADA NO DETRAN CE EM NOME DE ANTONIO EDMILSON DE BARROS; Que afirma estar trafegando pela avenida Manoel Fidelis Maia, quando veio a se envolver em um acidente, tendo ocorrido uma colisão, com o veículo tipo motocicleta HONDA NXR 150 BROS ES, ANO 2009, COR PRETA, PLACA NQT 8659, REGISTRADA NO DETRAN CE EM NOME DE MARIA CLUDINE MAIA CHAVES LEITAO, E na ocasião era conduzida pela pessoa de Jonas; Que na colisão, o declarante afirma ter sofrido lesões na cabeça e nos braços; Que foi socorrido pelo SAMU e levado ao Hospital regional e de lá foi transferido ao IJF e de lá foi transferido para outro Hospital daquela cidade, onde veio a se submeter a intervenção cirúrgica no braço Direito e também para tratar um coágulo no cérebro; Que na cabeça, o declarante afirma ter recebido uma sutura de 40 pontos; Que seu braço esquerdo também sofreu fraturas;

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE LIMOEIRO DO NORTE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

LUCINILDA DE MOURA - MAT.: 404567-1-6

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

INACIO DE SOUSA ANDRADE

DELEGADO(A):

BRUNO ANTONIO DE SOUZA VARELA - MAT.: 19837319

DELEGACIA MUNICIPAL DE LIMOEIRO DO NORTE

Pág. 1 de 1

Impressão em 21/11/2017 11:20:46

AUTENTICAÇÃO
AUTENTICO a presente cópia
a qual coincide com o original.
Limoeiro do Norte (CE), 21 NOV 2017

1º Ofício de Serviços
Materiais e Registros
Tel.: (085) 3423-4151

Secretaria de
24
bunus



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde

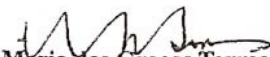


SAMU
192
CEARÁ

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 Sr. **INÁCIO DE SOUSA ANDRADE**, portador do RG 2003099036768 e inscrito no CPF 016.523.513-61, no dia 19/08/2017, às 18h40, no município de Limoeiro do Norte/CE, na Av. Manoel Fidelis Maia, no bairro Cidade Alta, vítima de acidente com motocicleta, sendo encaminhado para o Hospital Municipal Dr. Deoclécio Lima Verde. E para constar eu, Ana Cristine Medeiros Silva, Assessora Técnica, lavrei a presente Certidão, a qual vai datada e assinada por MARIA DAS GRAÇAS TORRES, ASSESSORA EXECUTIVA.

Eusébio, 28 de Setembro 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

25
15690005296

DIGITADO PREFEITURA MUNICIPAL DE LIMOEIRO DO NORTE
HOSPITAL REGIONAL DR. DEOCLECIO LIMA VERDE
FICHA INDIVIDUAL DE ATENDIMENTO

Nº Atendimento: 5581 CNS: Data do Atend.: 19/08/2017 as 19:28:11
Nome do Paciente: INACIO DE SOUSA ANDRADE Data de Nasc.: 15/06/1981
Endereço: MANUEL FIDELIS MAIA 2833 LIMOEIRO DO NORTE Op: LUZIVANIA
Convênio: SUS PSF: CIDADE ALTA Tipo Atend.: AMBULATORIAL - INDIVIDU
Sexo: M Idade: 36a 2m 4d Estado Civil: Profissão: 612 Escolaridade:

Peso: () kg Sinais Vitais: P.A.: Sist. () Diast. () FC: () bpm FR: () irpm Temp: () °C

Proc.: 0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

Motivo do atendimento (Queixa principal + Anamnese)
 ①. Pericite o abdômen reporen a cibern
 de ele mto com perimento com
 febre.

Fatores de Risco: Alergia: ☐

Class. Risco: () ALTO () MODERADO () BAIXO
OBS: ☐

HDA e Exame Físico:
 ① Aneloperin & Sutura & Curativo

Hipótese Diagnóstica Provável / Atendimento Data 1º Sintomas
 ① - De Xoma torax 4cm/1cm - 2mba AD - 9

Procedimentos complementares solicitados: () Patologia Clínica () Radiologia () Exame Prevenção
 () Ultrassom Obstetrico () Outros

Demas Procedimentos Realizados Ass. Executor Conselho Classe
 ① - De Xoma torax 4cm/1cm - 2mba AD - 9
 ② - De Xoma torax 4cm/1cm - 2mba AD - 9
 ③ - De Xoma torax 4cm/1cm - 2mba AD - 9
 ④ - De Xoma torax 4cm/1cm - 2mba AD - 9
 ⑤ - De Xoma torax 4cm/1cm - 2mba AD - 9
 ⑥ - De Xoma torax 4cm/1cm - 2mba AD - 9
 ⑦ - De Xoma torax 4cm/1cm - 2mba AD - 9
 ⑧ - De Xoma torax 4cm/1cm - 2mba AD - 9
 ⑨ - De Xoma torax 4cm/1cm - 2mba AD - 9
 ⑩ - De Xoma torax 4cm/1cm - 2mba AD - 9
 ⑪ - De Xoma torax 4cm/1cm - 2mba AD - 9
 ⑫ - De Xoma torax 4cm/1cm - 2mba AD - 9
 ⑬ - De Xoma torax 4cm/1cm - 2mba AD - 9
 ⑭ - De Xoma torax 4cm/1cm - 2mba AD - 9
 ⑮ - De Xoma torax 4cm/1cm - 2mba AD - 9
 ⑯ - De Xoma torax 4cm/1cm - 2mba AD - 9
 ⑰ - De Xoma torax 4cm/1cm - 2mba AD - 9
 ⑱ - De Xoma torax 4cm/1cm - 2mba AD - 9
 ⑲ - De Xoma torax 4cm/1cm - 2mba AD - 9
 ⑳ - De Xoma torax 4cm/1cm - 2mba AD - 9
 ㉑ - De Xoma torax 4cm/1cm - 2mba AD - 9
 ㉒ - De Xoma torax 4cm/1cm - 2mba AD - 9
 ㉓ - De Xoma torax 4cm/1cm - 2mba AD - 9
 ㉔ - De Xoma torax 4cm/1cm - 2mba AD - 9
 ㉕ - De Xoma torax 4cm/1cm - 2mba AD - 9
 ㉖ - De Xoma torax 4cm/1cm - 2mba AD - 9
 ㉗ - De Xoma torax 4cm/1cm - 2mba AD - 9
 ㉘ - De Xoma torax 4cm/1cm - 2mba AD - 9
 ㉙ - De Xoma torax 4cm/1cm - 2mba AD - 9
 ㉚ - De Xoma torax 4cm/1cm - 2mba AD - 9
 ㉛ - De Xoma torax 4cm/1cm - 2mba AD - 9
 ㉜ - De Xoma torax 4cm/1cm - 2mba AD - 9
 ㉝ - De Xoma torax 4cm/1cm - 2mba AD - 9
 ㉞ - De Xoma torax 4cm/1cm - 2mba AD - 9
 ㉟ - De Xoma torax 4cm/1cm - 2mba AD - 9
 ㊱ - De Xoma torax 4cm/1cm - 2mba AD - 9
 ㊲ - De Xoma torax 4cm/1cm - 2mba AD - 9
 ㊳ - De Xoma torax 4cm/1cm - 2mba AD - 9
 ㊴ - De Xoma torax 4cm/1cm - 2mba AD - 9
 ㊵ - De Xoma torax 4cm/1cm - 2mba AD - 9
 ㊶ - De Xoma torax 4cm/1cm - 2mba AD - 9
 ㊷ - De Xoma torax 4cm/1cm - 2mba AD - 9
 ㊸ - De Xoma torax 4cm/1cm - 2mba AD - 9
 ㊹ - De Xoma torax 4cm/1cm - 2mba AD - 9
 ㊺ - De Xoma torax 4cm/1cm - 2mba AD - 9
 ㊻ - De Xoma torax 4cm/1cm - 2mba AD - 9
 ㊼ - De Xoma torax 4cm/1cm - 2mba AD - 9
 ㊽ - De Xoma torax 4cm/1cm - 2mba AD - 9
 ㊾ - De Xoma torax 4cm/1cm - 2mba AD - 9
 ㊿ - De Xoma torax 4cm/1cm - 2mba AD - 9

Se o paciente ficou em observação MARQUE AQUI ()

Encaminhamentos / Destino do Paciente: () Urgência Emergência () Internação domiciliar
 () Atend. Especializado () Internação Hospitalar () Observação 12h () PSF
 () Alta () Adm. Medicamentos () Observação 6h () Outros procedimentos
 () Transf. de emergência () Abertura de partograma () Indicação de Cesariana

Parceria com Departamento Municipal de Transito:
 FOI ACIDENTE DE TRANSITO? Se positivo assinale o tipo de conducao da vítima:
 (X) SIM () NAO (X) MOTO () CARRO () BICICLETA () PEDESTRE () OUTROS

Assinatura do Paciente ou Resp. Assinatura do Profissional Executor

③ Benedito da Silva Dr. Antônio L. Cardozo Medeiros
 2m CLINICO GERAL
 ⑦ - De Xoma torax 4cm/1cm - 2mba AD - 9 CRM 9538

"Noturno" 19/08/17. (Sábado).

PA:

23:20 hs.

paciente adulto, consciente, orientado, verbalizando, do
do, vítima de acidente de moto, elacerações em reg
frontal, foi pedido uma TC de crânio, o mesmo fo
a unimed p/ realizar, aguardamos retorno, segue a
curtidas da Enfermagem.

Leoneida Chagas Soares de Sousa
Técnica em Enfermagem
COREN-CE 558149

Paciente foi transferido para Fortaleza às 02:55 h, depois
que recebeu laudo da TC de crânio.

ROSIMEIRE GUERRA
ENF. EMERGENCIA
COREN-CE 580848



HOSPITAL
FERNANDES TÁVORA

26
Bumms

Atestado Médico

Atesto que procrio a
sua saúde por
tudo o tempo -
futura do poder de
estado - e a sua
saúde.

05/04/18

Instituto Clínico de Fortaleza S/C Ltda.
Av. Francisco Sá, 5445 - Álvaro Weyler - Fortaleza - CE. CEP 60.310-002.
Fone/Fax: (85) 3229.2555
www.hospitalfernandestavora.com.br
E-mail: hospitalfernandestavora@gmail.com

MODELO 4



HOSPITAL FERNANDES TÁVORA

AV. FRANCISCO SÁ, 5445 – ALVARO WEYNE

POSTO 07 – ENFERMARIA

27
Bruns

Paciente: INACIO DE SOUSA ANDRADE

Atesto, por solicitação verbal da parte interessada, para todos os fins, e, de acordo com os dados contidos no seu prontuário, que o paciente supra-citado foi internado neste hospital no dia 21/08/17, advindo do IJF, para tratamento conservador do TCE por acidente de moto, sem capacete e com perda da consciência.

Atesto ainda que o paciente foi submetido à TCC de controle que se mostra DLN.

Atesto finalmente que o paciente recebe alta hospitalar, na presente data, com 15 pontos na ECG e com recomendação para comparecer aos serviços de Cirurgia Buco-Maxilo-Facial e de Traumatologia do IJF para receber as devidas orientações, quanto às fraturas de ossos da face e do antebraço D.

Fortaleza, 30.08.17

Dr. Flávio Leitão

CREMEC - 732



H O S P I T A L
FERNANDES TÁVORA

Secretaria
P. 28
Buenos

provis de sous Antena
soluções

20 m a partir

Tratamento de pedras

25/09/12

Dr. Carlos Macedo
Ortopedia
CREMEC 5342

Instituto Clinico de Fortaleza S/C Ltda.
Av. Francisco Sá, 5445 - Álvaro Weyne - Fortaleza - CE. CEP 60.310-002.
Fone/Fax: (85) 3228.2555
www.hospitalfernandestavora.com.br
E-mail: hospitalfernandestavora@gmail.com

MODELO 4

Secretaria da
P. 29
Bulhões

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, ANTONIO EDMILSON DE BARROS,
RG nº 161304788, data de expedição 14.11.14,
Órgão SSP-CE, portador do CPF nº 367.062.643-34, com
domicílio na cidade de Limoeiro do Norte, no Estado de
CEARA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
AV-MANUEL FRADES MATA, nº 2830,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima ZNACIO DE SOUSA ANDRADE, cujo o condutor era
ZNACIO DE SOUSA ANDRADE.

Veículo: MOTOCICLO
Modelo: HONDA TODAY CG. 125
Ano: 1992
Placa: HUC-5753
Chassi: 9C2JC180JNR262891
Data do Acidente: 19.08.2017
Local e Data: LIMOEIRO 21 DE NOV DE 2017.

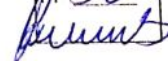
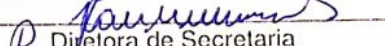
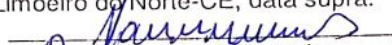
2º OFÍCIO
LIMOEIRO DO NORTE

Antonio Edmilson de Barros
Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO
Reconheço a firma autêntica Antonio Ed-
milson de Barros em
Limoeiro do Norte(CE), 21 NOV. 2017
Em testemunho Ass da verdade
Assinatura
Avani Fernandes Mala - Tabelião
Bel. Cláudio José Fernandes Mala - Substituto
Bel. Claudete Maria Fernandes Mala - Substituto
Ellyberânia Magalhães Gomes - Esc. Compromissada
Luécio Fernandes Mala - Esc. Compromissada
VÁLIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICIDADE

**DATA**Aos 25/09/18 recebi estes autos.
P. Diretora de Secretaria**CONCLUSÃO**Aos 25/09/18 faço estes autos
conclusos ao(à) MM. Juiz(a) de Direito.
Limoeiro do Norte-CE, data supra.
P. Diretora de Secretaria