

SABOYA & BRANDÃO ADVOGADOS ASSOCIADOS

fls. 16

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

OUTORGANTE	ERLAN MENDES DE SOUZA
Nacionalidade	BRASILEIRO (A)
Natural	FORTALEZA-CE
Estado Civil	SOLTEIRO (A)
RG n°	20073693159 SSP/CE 05/05/2011
CPF n°	604.541.953-70
Profissão	MOTORISTA
Endereço	RUA F ,1194
Complemento	CONJ, JARDIM UNIAO
Bairro	CASTELAO
CEP	60.000-000
Município/UF	FORTALEZA-CE
Telefones	(85)98541-0257 OI (85) 3469-5520 FIXO

OUTORGADOS: **BRUNO PEREIRA BRANDÃO**, brasileiro, solteiro, advogado devidamente inscrito na OAB-CE sob o nº 22.013, **THIAGO SABOYA PIRES DE CASTRO**, brasileiro, solteiro, advogado devidamente inscrito na OAB-CE sob o nº 24.156 e **MARCELO PEREIRA BRANDÃO**, brasileiro, solteiro, advogado devidamente inscrito na OAB-CE sob o nº 26.103, todos com endereço profissional para receber intimações na Rua Doutor Carlos Ribeiro Pamplona, 100, Sala 108, Bairro Edson Queiroz, CEP 60811-695 – Fortaleza/CE, Tel.: (85) 9963-8013 / (85) 8636-3030 / (85) 8853-0069 / (85) 3022-0470. E-mails: brunop.brandao@yahoo.com.br / thiago_cs@hotmail.com / marcelobrandao@hotmail.com.

PODERES: Os poderes para o foro em geral, com a cláusula "ad judicium" e "et extra", a fim de que, possa defender os interesses e direitos da outorgante perante Juízo, Instância ou Tribunal, repartição pública, autarquia ou entidade paraestatal, propondo ação competente em que a outorgante seja autora ou reclamante, defendendo-a quando for réu, interessada ou requerida, podendo reclamar, conciliar, desistir, transigir, recorrer, receber e dar quitação de quaisquer valores, firmar compromisso, podendo ainda substabelecer o presente com ou sem reservas de poderes, bem como destituir advogado(s), se assim lhe convier, praticando todos os atos necessários para o bom e fiel desempenho deste mandato, dando tudo por bom, firme e valioso.

Fortaleza/CE, quarta-feira, 1 de fevereiro de 2017.

Erlan Mendes de Souza

Rua Doutor Carlos Ribeiro Pamplona, 100, Sala 108, Bairro Edson Queiroz, CEP 60811-695 – Fortaleza/CE

Tels.: (85) 3022-0470 / (85) 9963-8013 / (85) 8636-3030 / (85) 8853-0069

E-mails: brunop.brandao@yahoo.com.br thiago_cs@hotmail.com marcelobrandao@hotmail.com

DECLARAÇÃO

DECLARANTE	ERLAN MENDES DE SOUZA
Nacionalidade	BRASILEIRO (A)
Natural	FORTALEZA-CE
Estado Civil	SOLTEIRO (A)
RG n°	20073693159 SSP/CE 05/05/2011
CPF n°	604.541.953-70
Profissão	MOTORISTA
Endereço	RUA F , 1194
Complemento	CONJ, JARDIM UNIAO
Bairro	CASTELAO
CEP	60.000-000
Município/UF	FORTALEZA-CE
Telefones	(85)98541-0257 OI (85) 3469-5520 FIXO

DECLARO, para os devidos fins de direito e sob as penas legais, que sou pobre na forma da lei, não possuindo condições financeiras para arcar com as custas processuais e honorários advocatícios, sem prejuízo próprio e de sua família, nos termos do Art. 5º, LXXIV, bem como de acordo com os mandamentos previstos na Lei nº 1.060/50.

Fortaleza/CE, quarta-feira, 1 de fevereiro de 2017.



DECLARANTE

EU, ERLAN MENDES DE SOUZA , BRASILEIRO (A), SOLTEIRO (A), MOTORISTA, PORTADOR DO RG Nº 20073693159 SSP/CE 05/05/2011, INSCRITO NO CPF SOB Nº 604.541.953-70, RESIDENTE E DOMICILIADO(A) NA RUA F ,1194, CONJ, JARDIM UNIAO, CASTELAO, 60.000-000, FORTALEZA-CE, Telefone(s) (85)98541-0257 OI (85) 3469-5520 FIXO,

DECLARO PARA TODOS OS FINS A QUE ESTA SE DESTINAR QUE FUI DEVIDAMENTE ESCLARECIDO PELO SR. NAZARENO GOMES DE SOUSA, BRASILEIRO, CASADO, AUTÔNOMO, PORTADOR DO RG Nº 8912005003649 SSPCE, INSCRITO NO CPF SOB O Nº 314.320.693-49 E PELA SRA. SORAYA CRISTINA GOMES BARBOSA, BRASILEIRA, CASADA, AUTÔNOMA, PORTADORA DO RG Nº 4.340.774-0 SSPPR, INSCRITA NO CPF SOB O Nº 590.270.379-49, TODOS COM ENDEREÇO PROFISSIONAL NA RUA SÃO PAULO – Nº 32 – 6º ANDAR – SALA 609 – BAIRRO CENTRO – CEP: 60.030-100 – FORTALEZA/CE, ACERCA DOS DOCUMENTOS NECESSÁRIOS A SEREM APRESENTADOS PARA INGRESSAR COM A PRESENTE AÇÃO JUDICIAL DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT, ASSUMINDO, ASSIM, DE FORMA PLENA, ÚNICA E INTEGRAL A RESPONSABILIDADE POR TODA DOCUMENTAÇÃO ACOSTADA AO PRESENTE PROCESSO ADMINISTRATIVO, BEM COMO PELOS FATOS NARRADOS NESTE.

DESTA FORMA, ISENTO o escritório SABOYA & BRANDÃO – ADVOGADOS ASSOCIADOS, representado através dos advogados BRUNO PEREIRA BRANDÃO, brasileiro, solteiro, advogado devidamente inscrito na OAB-CE sob o Nº 22.013, THIAGO SABOYA PIRES DE CASTRO, brasileiro, solteiro, advogado, devidamente inscrito no OAB-CE sob o Nº 24.156, e MARCELO PEREIRA BRANDÃO, brasileiro, solteiro, advogado devidamente inscrito na OAB-CE 26.103, todos com endereço profissional a Rua São Paulo, 32 2º Andar sala 204 Bairro Centro, CEP – 60.030-100 Fortaleza-CE, DE TODA E QUALQUER RESPONSABILIDADE JURÍDICA (CÍVEL, CRIMINAL, TRIBUTÁRIA, PREVIDENCIÁRIA) E/OU ADMINISTRATIVA, NO QUE TANGE A AUTENTICIDADE, LITISPENDÊNCIA (EXISTÊNCIA DE PROCESSO COM OS MESMOS DOCUMENTOS E/OU DADOS) E VERACIDADE DOS FATOS NARRADOS E DESCRITOS EM MENCIONADOS DOCUMENTOS, ASSUMINDO ÚNICA E EXCLUSIVAMENTE ESTAS RESPONSABILIDADES SOBRE TAIS INFORMAÇÕES.

"AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NO PROCESSO INDENIZATÓRIO DPVAT SÃO DE RESPONSABILIDADE DO BENEFICIÁRIO, SENDO O MESMO INFORMADO QUE A COMUNICAÇÃO DE FATO NÃO OCORRIDO OU INEXISTENTE É CRIME PUNÍVEL NA FORMA DA LEI ART. 339 E 340 DO CPB."

CIENTE DE MEUS DIREITOS E OBRIGAÇÕES, BEM COMO DA VALIDADE DE MENCIONADO DOCUMENTO, FIRMO O PRESENTE, O QUAL PASSA A VALER A PARTIR DESTA DATA.

FORTALEZA/CE, quarta-feira, 1 de fevereiro de 2017.

Erlan Mendes de Souza

DECLARANTE

TESTEMUNHA

CPF:

TESTEMUNHA

CPF:

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTERIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

VALIDA EM TODO O TERRITORIO NACIONAL
 883015724

Nome: **ERLAN MENDES DE SOUZA**

DOC. IDENTIFIC. / ORG. EMISSOR: **20073693159 SSPDS CE**

CX: **604.541.953-70** DATA NASCIMENTO: **16/02/1993**

RENÇÃO: **EDILSON FRANCO DE SOUZA
 MARIA ZELIA MENDES SOUZA**

RENÇÃO: **AB** ACC: **AB** CATEG: **AB**

Nº SENSADO: **05199607060** VLENDX: **20/06/2018** 1ª HABITACAO: **05/05/2011**

OBSERVAÇÃO:
 SEM OBSERVAÇÃO.

Erlan Mendes de Souza
 ASSINATURA DO PORTADOR

PROIBIDO PLASTIFICAR
 883015724

LOCAL: **PORTALEZA, CE** DATA EMISSAO: **10/12/2013**

[Assinatura] **69517492916**
 ASSINATURA DO EMISSOR **CE137356595**

DETRAN-CE (CEARA)

3825864-1

Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60135-040 Fortaleza CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 CGF 06.105.848-3



CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA | GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº

Rota 05 01210 26 182600 - 8 Data de Emissão 08/06/2016
 Nome REGINA MARIA DE SOUSA SENA
 End. Postal RU F CONJ JARDIM UNIAO 01194
 CASTELAO - FORTALEZA -
 Medidor 24238283 Poste 0000 H25T
 Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASICO Fator de Potência 0,00
 RG / CPF / CNPJ 455219993-53 CGF
 Nome do Responsável

DATAS			INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO			
Mês de Referência	Data da Apresentação	Previsão Próxima Leitura	Veja a legenda no verso desta conta.			
Jun/2016	08/06/2016	08/07/2016	Conjunto MONDUBIM			
ICMS			Mês Abr/2016 EUSD 39,76			
Base de Cálculo (R\$)	Aliquota	Valor do Imposto	Padrão Individual 0,00			
145,28	27,00%	39,22	Apuração Individual			
ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL			Mensal	Trim.	Anual	
BROE.4F7E.6B54.8946.695C.C988.CE26.F00E			DIC	5,07	18,15	28,38
			FIC	3,23	6,47	12,95
			DMIC	2,86		0,00

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO							
Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. Fat.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
11785	11530	1,00	205	0,00	205	0,70872	145,28
08/06/16	06/05/16		20 DIAS		205		145,28

DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)
VALOR CONSUMO DO MES	145,28
JUROS DO MES	1,00
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	11,05
DOACAO SANTA CASA FORT - TEL-85-3392-0301 1/1	2,00

VENCIMENTO 10/07/2016 TOTAL A PAGAR (R\$) 159,33

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO	HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)
Energia 62,95	182
Transmissão 21,52	205
Distribuição 11,81	218
Encargos Setoriais 47,84	205
Tributos (ICMS PIS/COFINS)...	207
Total 145,28	170
	194
	176
	169
	159
	161
	154
	173

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (Kg/kWh)
 Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica através do Ecoelce.
 Emitido kg(CO₂) 88,60 Compensado kg(CO₂) 0,00 Consciência Ecológica (% CO₂) 100

informações importantes e avisos de vencimento

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN

CONTRAN

DETRAN - CE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: 00214014134
ANO: 2016

ERLAN MENDES DE SOUZA
FORTALEZA / CE

604541953710
PLACA ANT. / UF: NRC6675/CE

922K00520AR044328

PAS/MOTOCICLETA/MAR: APILIC / GASOL / ALDO

HONDA / NXR150 BROS NIX BS 2010 / 2010

2P/DEV / 149CC / PARTIC / FRETA

PREMIO TARIFARIO (R\$) 4,15
PREMIO TOTAL (R\$) 1411
DATA DE PAGAMENTO 02/06/2016

DOCUMENTO DE COTE CREDITARIO
MAU VALOR DA TRANSFERENCIA

FORTALEZA / LOCAL
DATA: 01/06/2016

seguro obrigatório de danos pessoais causados por veículos
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA E PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

CE Nº 012674351596 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatseguradora.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

VIA: 604541953710
OPF / GNPL: 2016 03/06/2016

RENUNIA: 00214014134
MARCA / MODELO: HONDA / NXR150 BROS NIX

ANO FAB: 2010
OUTUBRO / 09
922K00520AR044328

PREMIO TARIFARIO
R\$ (R\$) 4,15
R\$ (R\$) 1411
R\$ (R\$) 1415,34
R\$ (R\$) 1415,34
R\$ (R\$) 292,01

SEGURADORA LIDER - DPVAT
CINTEL 09 3448 4008/0507-04
www.seguradoralider.com.br

MOTOPAS: KDOPE2A071328
04539



012674351596
RECIBO CE Nº

RECEBI O CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENÇA.

DE _____ DE _____

ASSINATURA



04539
NRC6675
00214014134
88417 04078



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
 POLÍCIA CIVIL
 DELEGACIA DO 20. DISTRITO POLICIAL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 120 - 1185 / 2016

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
 Data / Hora da Comunicação: **04/07/2016 15:28:41**
 Data / Hora da Ocorrência: **19/04/2016 17:30:41**
 Endereço da Ocorrência: **RODOVIA BR 020**
 Complemento:
 Bairro: **ALTO ALEGRE** Município: **MARACANAU/CE**
 Ponto de Referência: **CAMPO DO FORTALEZA ESPORTE CLUBE**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **ERLAN MENDES DE SOUZA**
 Nascimento: **16/02/1993** CPF: **604.541.953-70**
 CNH: **05199607080** Orgão Emissor: **DETRAN** UF:
 Filiação: **MARIA ZELIA MENDES SOUZA**
EDILSON FRANCO DE SOUZA
 Endereço: **AVENIDA MOURA MATOS, 1307** CEP:
 Bairro: **PASSARE** Município: **FORTALEZA/CE**
 País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98541-0257**

Histórico

Informa o declarante que na data, hora e local, supracitados, fora vítima de ACIDENTE DE TRÂNSITO, quando trafegava em sua MOTOCICLETA HONDA/NXR150 BROS MIX ES/ANO 2010/COR PRETA/PLACA NRC6673/CE; Que, segundo o declarante, o referido acidente ocorreu devido à uma freada brusca do veículo que trafegava à sua frente, obrigando o mesmo a desviar para o acostamento, vindo a perder o controle da condução de sua motocicleta e, em seguida, cair; Que, afirma ter sido conduzido numa ambulância do SAMU ao hospital de Maracanaú onde recebeu atendimento médico; E mais não disse,///////

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 20. DISTRITO POLICIAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : _____
 "ESCRIVÃO AD HOC" - MAT.:

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: *Edilson Mendes de Souza*

VISTO DO DELEGADO(A) : _____
JOSÉ EVILÁSIO COSTA REBOUÇAS - MAT.: 013335-1-8

José Evilásio Costa Rebouças
 DELEGADO DE POLÍCIA CIVIL
 Mat. 13335-1-8

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por THIAGO SABOYA PIRES DE CASTRO e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 06/07/2018 às 11:11, sob o número 01453548420188060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0145354-84.2018.8.06.0001 e código 3940315.

CERTIDÃO NARRATIVA

CERTIFICA, em virtude da faculdade que lhe é conferida por lei e a requerimento por escrito da parte interessada, que o **SAMU 192-CEARÁ**, prestou atendimento ao Sr. **ERLAN MENDES DE SOUZA**, portador do RG Nº20073693159 e inscrito no CPF sob o Nº 604.541.953-70, no dia 19/04/2016, às 17h57min, no município de MARACANAÚ – CE, no Quarto Anel Viário. Paciente vítima de queda de moto, onde o mesmo foi encaminhado para o **Hospital Municipal de Maracanaú**. E para constar eu, Ana Cristine Medeiros Silva Ana Cristine Medeiros Silva, Assessoria Técnica, lavrei a presente certidão.

Eusébio, 10 de outubro de 2016

Atenciosamente,


MARIA DAS GRAÇAS TORRES
Assessoria Executiva
SAMU 192 CEARÁ

SAMU 192 CEARÁ

Rua da Paz, nº 29 e 30, Centro-Eusébio-CE, Fone (85) 3433 7434, Fax:3260 2061
E-mail: samuceara.polo1@samu.saude.ce.gov.br
Ouvidoria do SAMU: ouvidoria.samupolo1@samu.ce.gov.br, Fone : (85) 3260-3797

1600654187	19/04/2016 18:34:47	FICHA DE ATENDIMENTO	CLINICA MEDICA	DIURNO	303
Paciente		Data Nascimento	Idade	CNS	CPF
ERLAN MENDES DE SOUZA		16/02/1993	23 A 2 M 3 D		Prontuário
Tipo Doc	Documento	Yrgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil
Identidade	20073693159	SSP		M	
Mãe	MARIA ZELIA MENDES SOUZA		Pai		
Endereço			Contatos		
AVENIDA - MOURA MATOS - 1307 - CENTRO - FORTALEZA - CE					
Class. de Risco	Plano/Convenio	N da Carteira	Validade	Autorização	
	SUS - SISTEMA UNICO DE SAÚDE				
Motivo do Atendimento	Carate do Atendimento	Profissional do Atend.	Sis Prenatal	Peso	Temp. Pressão
PRONTO ATENDIMENTO	Urgência				
Setor	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.		Procedencia	
SPA				Registrado por: josbeam	
Ultimos Atendimentos:					
19/04/2016 18:34:47					
SADT - Exames Complementares					
<input type="checkbox"/> CTG <input checked="" type="checkbox"/> ULTRA-SON <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS:					
Classificação de Risco:					
Código: _____ Assinatura e Carimbo do(a) Enfermeiro(a) _____					
Data / Hora / Consultas, Especializadas e Procedimentos					
Paciente vítima de politrauma por acidente de moto trazido pelo SAMU. Trauma IS - Sem evidência de TCC. Sem evidência de fratura de ossos costais, nem dispnea. Trauma abdominal con-					
Código	Assinatura e Carimbo do Médico	Data	Hora		
			turo em flanco (D) e dor à palpação e sem irritação peritoneal. Trauma em mão (E) e tornozelo (D) sem evidência, no momento, de lesão vascular.		
Código	Assinatura e Carimbo do Médico	Data	Hora		
			ed: sutura lesão em tornozelo (D) Ex torax, base, tornozelo (D) e mão (E) Analgese		
Código	Assinatura e Carimbo do Médico	Data	Hora		
			Observação por pelo menos 12 horas para avaliação de lesão abdominal		
Código	Assinatura e Carimbo do Médico	Data	Hora		
	Dr. João Paulo Ribeiro Silva CIRURGIÃO GERAL CREMEC 13435		CONFERE COM O ORIGINAL EN: 29/04/2016 Wilson Assunção de Figueiredo Médico - Clínico - HMDJEH - CREMEC 1025		

01/04/16
 2-304
 Assinatura do Paciente ou Responsável: _____
 Assinatura e Carimbo do Médico: _____
 Dr. Fabio _____
 Cirurgião Geral

abdom: palp. flanco: indolo a palpção, sem ruvo
 10 m de ruvo

⇒ No Trauma II/1/1

cl: alta hospitalar e
 silitação de trauma a



Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por THIAGO SABOYA PIRES DE CASTRO e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 06/07/2018 às 11:11, sob o número 0145354842018060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0145354-84.2018.8.06.0001 e código 3940315.

Enfermagem do Doente

HORA	PA	FC	RESP	HORA	DX	INSULINA R	INSULINA NPH

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORARIO

OBS. ENFERMAGEM

(1) Dieta zero
 (2) SF 0.9% 200ml q 8h
 (3) Domone 2 B A 8h
 (4) Insulina 100 mg em
 (5) Observar em todo o momento

7/11
 22
 11:00
 12:00
 13:00
 14:00
 15:00
 16:00
 17:00
 18:00
 19:00
 20:00
 21:00
 22:00
 23:00
 00:00
 01:00
 02:00
 03:00
 04:00
 05:00
 06:00
 07:00
 08:00
 09:00
 10:00

Paciente com
 suspeita de
 trauma do
 abdome fechado
 todos devedores
 de modo deve
 permanecer em
 observação rigorosa
 de PA, FC, FR, T
 e S.M.

CONFERE COM O ORIGINAL
 EM: 30/11/2016
 Gilson Assunção de Figueiredo
 Diretor-Clinico HMJEH-CRAMEC 1023

Santa Dias
 Enfermeira
 COREN 55493

PA → 100/60
 Temp → 37.8
 FC → 86
 FR → 19
 Hord

ALTA

DATA/HORA:

por repare dipertuise
 sendo medicado
 apresentou diurese 1kg
 Tc: Jovicle
 em 10/12/2016

RIMBO/ASSINATURA

Rio de Janeiro, 30 de Janeiro de 2017

Carta nº: 10427844

A/C: ERLAN MENDES DE SOUZA

Sinistro: 3170050876 ASL-0027175/17
Vitima: ERLAN MENDES DE SOUZA
Data Acidente: 19/04/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Prezado(a) Senhor(a),

Após avaliação dos documentos que nos foram enviados, a assessoria médica verificou que os danos pessoais decorrentes do seu acidente, após o tratamento médico, não resultaram em invalidez permanente.

Como o Seguro DPVAT somente paga indenização a pessoas que tenham invalidez permanente, o seu pedido foi negado.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04, ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01437/01438 - carta_04

00060719

