

0055220149



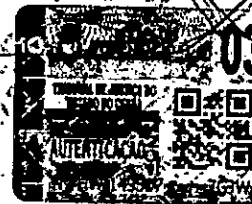
GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE LIMOEIRO DO NORTE

Impresso nº 201917794

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 491 - 82 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **08/01/2019 10:19:30**
Data / Hora da Ocorrência: **04/12/2018 12:30:00**
Endereço da Ocorrência: **TRIÂNGULO**
Complemento:
Bairro:
Município: **LIMOEIRO DO NORTE/CE**
Ponto de Referência: **BORRACHARIA BASTIÃO**



Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **JOSÉ YAGO DE OLIVEIRA SOUSA**
Nascimento: **06/07/1996** CPF: **070.673.753-98**
RG: **20079017007** Orgão Emissor: **SSPDS**
Filiação: **IZABEL CRISTINA DE OLIVEIRA**
JOSÉ IRAM DE SOUSA
Endereço: **SITIO MARIA AUGUSTA DE OLIVEIRA, 325**
Bairro: **BOM JESUS DO CRUZEIRO**
Município: **LIMOEIRO DO NORTE/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 9723-5092**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **PMB8841** Uf: **CE** Município: **LIMOEIRO DO NORTE** Chassi: **9C2KD1000GR009078** Renavam: **1077620877** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/NXR 160 BROS** Ano: **2015** Ano Modelo: **2016** Combustível: **GASOLINA** Cor: **PRETA** Proprietário: **JOSE IRAM DE SOUSA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **NORMAL**

Histórico

Informa o declarante que é pessoa habilitada e que sofreu acidente de trânsito, quando conduzia a Bros de placa PMB8841/CE, com sua mãe na garupa; que o declarante estava indo de sua casa, no Bom Jesus do Cruzeiro, em direção ao centro de Limoeiro, ocasião em que em frente a borracharia Bastião, colidiu de frente com outra moto pilotada por um homem desconhecido; que o declarante e sua mãe, logo em seguida ajudaram o outro acidentado e dirigiram-se para casa; que de acordo com a informação prestada pelo declarante o homem pilotava a moto na contramão, não conseguindo evitar o acidente quando o avistou; que após chegar em casa o declarante passou cerca de 20 minutos e foi para o hospital São Camilo, com um colega, dando entrada às 13h:49min do dia 04/12/2018; que o declarante foi vítima do acidente tendo sofrido lesões no pé esquerdo conforme os dados da sociedade beneficente São Camilo.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE LIMOEIRO DO NORTE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

JOSE MARCOS MOURA DE OLIVEIRA - MAT.: 30100719

DELEGACIA MUNICIPAL DE LIMOEIRO DO NORTE

Consolidado em: 08/01/2019 10:39:31

Pág. 1 de 2

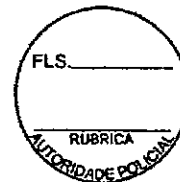
Impresso em: 08/01/2019 10:39:31

Yago de Oliveira Sousa

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por LAURA MARIA DE FREITAS MAIA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 09/05/2019 às 14:34, sob o número 00204709220198060115. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0020470-92.2019.8.06.0115 e código 484865D.



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE LIMOEIRO DO NORTE



Impresso nº 201917794

BOLETIM DE Ocorrência Nº 491 - 82 / 2019

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

João Vag. de Oliveira Sousa

VISTO DO DELEGADO(A) :

BRUNO ANTONIO DE SOUZA VARELA - MAT.: 19837319



10 JAN 2019

PROIBIDO PLASTIFICAR 1663785301		VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1663785301		REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DA JUSTIÇA INSTITUTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO CADERNÃO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO	
LUGAR LITORAL DO NORTE, CE		LUGAR LITORAL DO NORTE, CE		LUGAR LITORAL DO NORTE, CE	
DATA DE NASCIMENTO 14/11/2018		DATA DE NASCIMENTO 14/11/2018		DATA DE NASCIMENTO 14/11/2018	
NÚMERO DO RG 61331864930		NÚMERO DO RG 61331864930		NÚMERO DO RG 61331864930	
DATA DE EMISSÃO 22/09/2021		DATA DE EMISSÃO 22/09/2021		DATA DE EMISSÃO 22/09/2021	
LOCAL DE EMISSÃO CEARA		LOCAL DE EMISSÃO CEARA		LOCAL DE EMISSÃO CEARA	
NOME COMPLETO JOSE XAIO DE OLIVEIRA SOUSA		NOME COMPLETO JOSE XAIO DE OLIVEIRA SOUSA		NOME COMPLETO JOSE XAIO DE OLIVEIRA SOUSA	
NOME DO PAI ISRAEL CRISTINA DE OLIVEIRA		NOME DO PAI ISRAEL CRISTINA DE OLIVEIRA		NOME DO PAI ISRAEL CRISTINA DE OLIVEIRA	
NOME DA MÃE ISRAEL CRISTINA DE OLIVEIRA		NOME DA MÃE ISRAEL CRISTINA DE OLIVEIRA		NOME DA MÃE ISRAEL CRISTINA DE OLIVEIRA	
DATA DE VALIDADE 23/10/2017		DATA DE VALIDADE 23/10/2017		DATA DE VALIDADE 23/10/2017	

14 FEB. 2019

SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO
HOSPITAL SAO RAIMUNDO

Impressão: 04/12/2018 13:49

Página 1

v2016003

Guia de atendimento - UNID. OBSERVAÇÃO 5 - URGÊNCIA

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 087687	Atendimento 0001	Nome do Paciente JOSE YAGO DE OLIVEIRA SOUSA	CNS 898003002268471	Guia de Autorização
Documento(s) CPF: 070.673.753-98			Estado Civil Solteiro(a)	Sexo Masculino
Data de Nascimento 06/07/1996		Local LIMOEIRO DO NORTE/CE	Idade 22 Ano(s)	
Pai JOSE IRAM DE SOUSA		Mãe IZABEL CRISTINA DE OLIVEIRA		
Endereço RUA MARIA AGUSTA DE OLIVEIRA, 325	Bairro BOM JESUS DO CR	CEP 62930-000	Município LIMOEIRO DO NORTE	UF CE
Profissão	Empresa	Cônjugue		
Responsável IZABEL CRISTINA DE OLIVEIRA	CPF do Responsável	Endereço RUA MARIA AGUSTA DE OLIVEIRA, 325	Município LIMOEIRO DO NORTE	UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 04/12/2018	Hora 13:08	Convênio SUS	Matrícula	CID
Profissional do Atendimento GABRIELA CARVALHO LAGE DANTAS		CRM/UF 19072/CE	Tipo Atendimento CONSULTA CLINICA	
Indicador de Acidente		Funcionário RAFAELA KAENNY LEITAO BRITO VIEIRA		
Observação				
Sala	Data/Hora Liberação 04/12/2018 13:49	Tipo de Saída Alta		
Sinais Vitais				
Poso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)	R (mpm)
				PA (mmHg) 116 X 99
				Oximetria (%):
				Glicemia (mg/dL)

Classificação de Risco

Classificação de Risco: VERDE Data e Hora: 04/12/2018 13:24

Responsável pela Classificação: CONCEIÇÃO DELNE FRE

Relatório:

Paciente comparece a unidade referindo colisão de moto.

Apresenta dor e edema em pé esquerdo.

Nega HAS, DM e alergia medicamentosa.

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

04/12/2018 13:49:02h Responsável: GABRIELA CARVALHO LAGE DANTAS CRM-CE 19072

PACIENTE VÍTIMA DE COLISÃO MOTOXMOTO APRESENTA, DOR, EDEMA E RETRIÇÃO DE MOVIMENTO EM PÉ DESQUERDO INICIADO APÓS TRAUMA.

SEM ALERGIA MEDCIAMENTOSA.

HD: TRAUMA EM PÉ

CD: SOL RX + ANALGESIA

Althoiz

Paciente levou RX
x José Yago de Oliveira Sousa

CP - 8 Insuflar CRL

Imobilizar MTE

03 ANTUM 6035117 15cm

04 - CROTON 15cm

Althoiz

x José Yago de Oliveira Sousa
Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: IZABEL CRISTINA DE OLIVEIRA

GABRIELA CARVALHO LAGE DANTAS - CRM: 19072



Sistema Único de Saúde - SUS / Ceará

FICHA DE REFERÊNCIA

Idade de Origem: _____

Distrito Sanitário: _____ Município: _____

Nome: Jose Yago de Oliveira Sousa Prontuário Nº _____

Sexo: M ☐ F ☐ Idade: _____ Ocupação: _____

Endereço: _____ Bairro: _____

Motivo do Encaminhamento:

Paciente vítima de acidente automobilístico,
apresentando fratura em 1/3 distal de 5º metacarpo -
lado a esquerda.

Resultado de Exames:

Conduta já Realizada:

Imobilização + Analgesia

Impressão Diagnóstica: fx metacarpo CID: _____

Alto Assinatura do Encaminhante - Nº Registro _____ Função _____ Data 04/12/18 Hora _____

Agendamento

Encaminhamento para atendimento: Ambulatorial ☐ Hospitalar ☐ Auxílio Diagnóstico ☐

Especialidade: Traumatologia Profissional: _____

Idade de Saúde: _____ Data ____/____/____ Hora ____

FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA (*)

Nome: _____ Sexo: M ☐ F ☐ Idade: _____

Idade de Referência: _____

Município: _____ Prontuário Nº _____ Alta ____/____/____

Assumo Clínico:

Resultado de Exames:

Diagnóstico: _____ CID: _____

Conduta Realizada:

Proposta de Conduta para Seguimento:

O problema justificou a referência?

☐ SIM

☐ NÃO

O motivo da referência coincide com o diagnóstico?

☐ SIM

☐ NÃO

Nome: JOSE YAGO DE OLIVEIRA SOUSA
Nasc.: 06/07/1996
Médico:

Idade: 22 anos
Convênio:
Registro: 14816

RADIOGRAFIA DO PÉ ESQUERDO

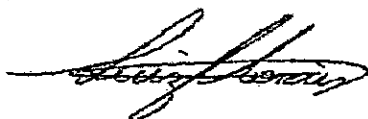
Controle de tratamento de fratura no terço distal do 5º metatarsiano.

Espaços articulares preservados.

Partes moles focalizadas de aspecto radiográfico habitual.

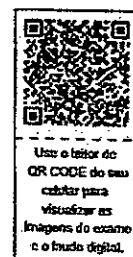
14 FEV. 2019

Laudado em 04/01/2019 por :



Dr. Luiz de Matos de Moraes Silva
CRMMG 8910

Assinado digitalmente por LUIZ DE MATOS DE MORAIS SILVA:22890807649
Dados: 2019-01-04 17:43:42 Z, Brasil
Código de Verificação: 5c2f9b4e220c3017eb373087



Pag.
1

SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO
HOSPITAL SAO RAIMUNDO
Prescrição Médica

Impressão: 04/12/2018 13:49

Página 1

v2018033

Prescrição: 0001

Paciente: JOSE YAGO DE OLIVEIRA SOUSA

Prontuário: 087687/0001

Data de Nascimento: 06/07/1996

Nome da Mãe: IZABEL CRISTINA DE OLIVEIRA

Sexo: Masculino

Data: 04/12/2018 Hora: 13:49

Profissional Resp.: GABRIELA CARVALHO LAGE DANTAS

CRM: 19072

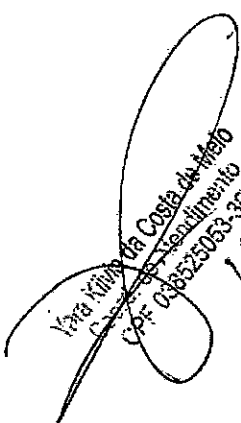
Convênio: SUS

Setor: UNID. OBSERVAÇÃO 5 - URGÊNCIA

Data de Atendimento: 04/12/2018

Tipo de Atendimento: CONSULTA CLINICA

Prescrição	Dosagem	Via	Frequência	Aprazamento
01. RX PÉ AP E OBLÍQUA ESQUERDO				
02. CETOPROFENO 50MG/ML-2ML-IM amp	01fa	I.M.		14:40h
03. DEXAMETASONA 4MG/ML 2,5 ML-IV/IM amp	01fa	I.M.		


RESPONSÁVEL: GABRIELA CARVALHO LAGE DANTAS - CRM-CE 19072
Yago Milson da Costa de Melo
CRM-CE 06625083-30
12.12.18

14 FEV. 2019



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 07 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190177875

Vítima: JOSE YAGO DE OLIVEIRA SOUSA

Data do Acidente: 04/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANA CRISTINA SILVA SOUZA LOPES

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JOSE YAGO DE OLIVEIRA SOUSA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00379/00380 - carta_04 - INVALIDEZ

00350190



Carta nº 14027189

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETTRAN - CE Nº 013355439222
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
VIA - CÓD. RENAVAM - AN.TRG. - EXERCÍCIO
PRM 01 01077620877 000000000000 2017

NOME
JOSE IRAM DE SOUSA

LIMOEIRO DO NORTE - CE

CPF / CNPJ 22659034234 PLACA PNE8841/CE

PLACA ANT. / UF 902KD1000GR009078

CHASSI HONDA/NXR 160 BR05

DATA DE EMISSÃO 2015

CATEGORIA PARTICIPANTE

VEIC. COTA ÚNICA 1 *****

FAIXA IPVA 2 *****

PARCELAMENTO / COTAS 3 *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 10F (R\$) 185,00

PRÊMIO TOTAL (R\$) 185,00

DATA DE PAGAMENTO 22/03/2017

LOCAL LIMOEIRO DO NORTE

DATA 14 FEV. 2019

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS A PESSOAS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

CE Nº 013355439222 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

EXERCÍCIO 2017 DATA EMISSÃO 23/03/2017

PLACA PNE8841

RENAVAM 0133559034234

CHASSI HONDA/NXR 160 BR05

DATA DE EMISSÃO 2015

VEIC. COTA ÚNICA 1 *****

FAIXA IPVA 2 *****

PARCELAMENTO / COTAS 3 *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 10F (R\$) 185,00

PRÊMIO TOTAL (R\$) 185,00

DATA DE PAGAMENTO 22/03/2017

LOCAL LIMOEIRO DO NORTE

DATA 14 FEV. 2019

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

fls. 22

Eu, José Yago de Oliveira Sousa, portador da carteira de identidade nº 10079014007 e inscrito no CPF/MF sob o nº 040.643.753-98, residente e domiciliado na Rua M^{te} A. de Oliveira, 325, Bom Jesus do Príncipe, Cidade Limoeiro do Norte, Estado Ceará, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- ☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

José Yago de Oliveira Sousa

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Limoeiro do Norte - Ce
12 de Abril de 2019
Local e data

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, José Yago de Oliveira Sousa,

RG nº 10049043004, data de expedição / / , Órgão SSP,

CPF nº 010.613.753-98, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Maria Augusta de Oliveira</u>
Número	<u>325</u>
Apto / Complemento	<u>-</u>
Bairro	<u>Bom Jesus dos Cruzes</u>
Cidade	<u>Ipumbeuro do Norte</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>62.930.000</u>
Telefone de Contato	<u>-</u>
E-mail	<u>-</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Ipumbeuro do Norte, PB
10 de Abril de 2019

Assinatura do Declarante: José Yago de Oliveira Sousa



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | Nº 565426432

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135 040 | Fortaleza CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 | 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
MAR/2019

Utilize o nº abaixo sempre
que entrar em contato conosco

Nº DO CLIENTE
1567934 DV **9**

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR (R\$)

Rota 28 025065 16 022000
Nome JOSE IRAM DE SOUSA
Endereço Postal

Medidor
3061496

Poste
0000 0000

End. da Unidade Consumidora RU MARIA AUGUSTA DE OLIVEIRA 00325 BOM JESUS DO CR LIM.
DO NORTE 62930000

RG / CPF / CNPJ 266.590.342-34 CGF

Classe B1 - 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA, BAIXA RENDA Fator de Potência 0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual	Leitura Anterior	Constante	Consumo (kWh)	Consumo Incl.	Consumo Faturado
24192	24046	1	146	0	146

DESCRIÇÃO DA CONTA

Quantidade * Tarifa = Valor (R\$)

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/ Apresentação	Prev. Próxima Leitura
13/03/2019	10/04/2019

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

B5C9.347E.0131.6696.59D7.DF5D.74E0.DF8E

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
63,91	27%	26,82

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

OUTROS PAGAMENTOS

PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA S. BAIXA RENDA	1,23
CASA PROTEGIDA 0800 600 0560	7,90
ICMS COMPLEMENTAR BAIXA RENDA-CONV CONFAZ 079	9,57
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL-INT	12,81

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO ₂)	Compensado kg (CO ₂)	Consciência Ecológica(%CO ₂)
0	100	

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

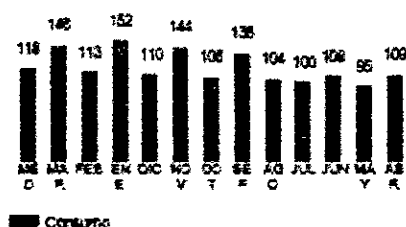
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 21,88

Conjunto LIMOEIRO DO NORTE

Mês JAN/ 2019

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trím.	Anual	Mensal	Trím.	Anual
DIc (h)	10,44	20,88	41,76	0,00	0,00	0,00
FIC (un)	7,52	15,04	30,09	0,00	0,00	0,00
DMIC (h)	5,58			0,00		

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



autenticação mecânica cliente

Nº do Cliente: 1567934-9 Nº da Nota Fiscal: 565426432 Total a Pagar (R\$): 95,42
Data de Emissão: 09/04/2019 Referência: MAR/2019 Nº de Controle: 0001567934 00535 4368 2 54

83860000000-0 95420031000-0 00015679340-7 05354368233-2



Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por LAURA MARIA DE FREITAS MAIA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 09/05/2019 às 14:34, sob o número 00204709220198060115. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0020470-92.2019.8.06.0115 e código 484866B.

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu, José Yago de Oliveira Sousa....., brasileiro(a),
 , portador(a) do RG nº
000190110007..... e do CPF nº 090.643.753-98....., residente e
 domiciliado(a) à Rua M. A. de Oliveira, 325, B. J. do Cruzeiro, Co. do Nerti - C.
DECLARO, para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que não tenho
 condições de arcar com as despesas inerentes ao presente processo, sem prejuízo
 do meu sustento e de minha família, necessitando, portanto, da **Gratuidade da**
Justiça, nos termos do art. 2º, parágrafo único, da Lei nº 1.060/50.

Quimburgo do Nerti...../CE, 12 de abril..... de 2019.

José Yago de Oliveira Sousa
DECLARANTE



PITOMBEIRA & BANDEIRA
ADVOGADOS

PROCURAÇÃO

Ad Judicia / Ad Negotia

Outorgante(s):

Jose Yago de Oliveira Sousa, brasileiro, inscrito no RG: 26049017007, CPF: 040.643.753-98, residente e domiciliado na Rua Maria Augusta de Oliveira, 325, Bonfins de Guzeiro, Limoeiro do Norte - CE

Outorgados: PEDRO JULIÃO BANDEIRA RÉGIS JÚNIOR, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/CE sob o nº 34.772; EMANUELA DIÓGENES GUIMARÃES DE LIMA, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/CE sob o nº 22.191; DIEGO EMMANUEL PITOMBEIRA BANDEIRA RÉGIS, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/CE sob o nº 30.376; MAGNO MCKENONN PITOMBEIRA BANDEIRA RÉGIS, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/CE sob o nº 32.280; e LAURA MARIA DE FREITAS MAIA, brasileira, solteira, advogada, inscrita na OAB/CE sob o nº 24.337, todos com escritório profissional na Rua Cel. Serafim Chaves, 365, salas 04/10 – PALAZZO Centro Médico Empresarial, Centro, Limoeiro do Norte/CE, CEP 62.930-000; Fone/Fax: (88) 3423.4854; contato@pbandeiraadvogados.com.br; www.pbandeiraadvogados.com.br.

Poderes: amplos, para o foro em geral, com a cláusula “*ad judicia*”, em qualquer juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defender nas contrárias, seguindo-as até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando-os. Confere, ainda, os poderes da cláusula “*ad negotia*”, além de poderes especiais para confessar, desistir, transigir, firmar acordos ou compromissos, **receber e dar quitação**, requerer a expedição e levantamento de alvarás, levantar depósitos judiciais e extrajudiciais, bem como o poder, expresso, de renúncia aos valores excedentes ao teto dos Juizados Especiais (Estadual/Federal). Agindo em conjunto ou separadamente, podendo ainda substabelecer esta em outrem, com ou sem reservas de poderes, dando tudo por bom firme e valioso.

Limoeiro do Norte/CE, 12 de abril de 2019.

Jose Yago de Oliveira Sousa
OUTORGANTE