

PROCURAÇÃO

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

OUTORGANTE: JOSE JOCELIO SOUSA DA SILVA,
brasileiro(a), estado civil SOLTEIRO, profissão
DESEMPREGADO, portador da cédula de identidade Registro Geral
n.º 200201045503, inscrito no Cadastro de Pessoas Físicas sob o
n.º 055.175.993-38, residente e domiciliado(a) na
RU SDO 64 - ILHA - TRAIRI/CE CEP: 62690-000

OUTORGADOS: **ADRIANO FERNANDES PINHEIRO**, OAB/CE 22.161 e
NEIO LÚCIO FERRAZ PASSES, OAB/CE 30.495, ambos com endereço profissional
à Rua Padre José Romualdo, n.º 206, Trairi/CE, CEP: 62.690-000.

PODERES OUTORGADOS: Por este instrumento particular de **PROCURAÇÃO**, o(a)
outorgante firmatário(a), confere aos advogados outorgados poderes para representá-lo(a)
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 judicium*"
e "*extra*" propor ações e/ou delas variar, transigir, ser citado, receber intimação, oferecer
defesa, direta ou indireta, tais como exceção de suspeição, impedimento ou incompetência,
em qualquer instância, interpor recursos judiciais, reconvir, protestar, interpelar, reclamar,
requerer assistência do Ministério Público, bem como levantar alvarás judiciais.

CLÁUSULA ESPECIAL: O(a) Outorgante, nesta oportunidade, se responsabiliza pela
legalidade, idoneidade e veracidade de todos os documentos e informações que serão
fornecidos aos outorgados para anexarem nas petições, objeto do presente instrumento de
outorga.

Trairi/CE, 04 de ABRIL de 2019.

Joelcio de Sousa da Silva
OUTORGANTE

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA FINANCEIRA

Eu, JOSE JOCELIO SOUSA DA SILVA,
brasileiro(a), estado civil SOLTEIRO, profissão
DESEMPREGADO, portador(a) da Cédula de Identidade n.º
200201045503, inscrita(o) no CPF sob o n.
055.175.993-38, residente e domiciliado(a) na
Rua/Avenida/Localidade) RV SDO 64 - ILHA - TRAIRI / CE
CEP: 62690 - 000,

declaro que não posso suportar as despesas processuais decorrentes desta
demanda sem prejuízo do meu próprio sustento e de minha família, sendo,
pois, para fins de concessão do benefício da gratuidade de Justiça, nos termos
da Lei 1.060/50, pobre no sentido legal da acepção.

Por ser verdade, firmo o presente.

Trairi - CE, 04 de ABRIL 2019.

JOSE JOCELIO SOUSA DA SILVA
DECLARANTE

DECLARAÇÃO DE ISENÇÃO DE IRPF

Eu, JOSE JOCELIO SOUSA DA SILVA,
 brasileiro(a), SOLTEIRO, DESEMPREGADO, com
 endereço na (Rua, Localidade, Avenida)
RU SDO 64 - ILHA - TRAIRI/LE
Trairi/CE 62.690-000, **DECLARO** para os devidos fins e sob as penas da
 lei, que sou **ISENTO de DECLARAÇÃO ANUAL DE IMPOSTO DE**
RENDA PESSOA FÍSICA.

Informo ainda que, com a edição da Instrução Normativa da RFB n.º 864 de 25 de julho de 2008, a referida "DECLARAÇÃO ANUAL DE ISENTO" deixou de ser emitida pela RFB, conforme informação extraída do sitio da própria Receita.

A presente declaração segue em conformidade com a Lei n.º 7.115/83, que autoriza o interessado a comprovar a referida isenção mediante declaração escrita e assinada.

Portanto, afirmo que não obtive rendimentos financeiros tributáveis junto à Secretaria da Receita Federal nos últimos três anos, exercícios referentes aos anos de 2015, 2016 e 2017.

Nos referidos exercícios não obtive rendimentos provindos de trabalho assalariado, proventos de aposentadorias, pensões, aluguéis ou atividade rural, suficientes para declarar IRPF, e não me enquadro nos demais casos que obrigam a entrega da Declaração Anual de Imposto de Renda Pessoa Física.

Nesse azo, assumo a responsabilidade de informar, imediatamente à Vossa Excelência a alteração da situação narrada, apresentando a documentação comprobatória, assim que disponibilizada pela RFB.

Sob as penas da Lei, **DECLARO** que as afirmações acima são a expressão da verdade pelo que me comprometo criminalmente, sabendo que declaração falsa é crime (art. 299 do Código Penal).

Trairi/CE, 04 de ABRIL de 2018. 2019

Joé Celio de Sousa da Silva

DECLARANTE

DOCUMENTOS PESSOAIS





MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

PIS/PASEP **209.95110.43-8**

NÚMERO
4105362

SÉRIE
003-0

UF
CE

Jose Jocelio Sousa da Silva

ASSINATURA DO TITULAR



CASA DA MOEDA DO BRASIL

POLEGAR DIREITO





JOSE JOCELIO SOUSA DA SILVA

FILIAÇÃO.....: JOSE PEDRO DA SILVA
FRANCISCA NENZITA DE SOUSA

NASCIMENTO.....: 28/08/1985 SEXO: MASCULINO

ESTADO CIVIL.....: SOLTEIRO

NATURALIDADE: TRAIRI - CE

DOCUMENTO.....: R.G. 2002010455008 SSPDC CE 06/06/2003

LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995

CPF: 055.175.993-38 CNH: ZONA:

TIT. ELEITOR: SEÇÃO: ZONA:

LOCAL/DATA DE EMISSÃO: AAT/AUTRAN NUNE - 09/02/2010

18/08/10

ASSINATURA DO EMISSOR

QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO

COMPROVANTE DE ENDEREÇO



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | Nº **572633481**

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

MAI/2019

Utilize o nº abaixo sempre
que entrar em contato conosco

Nº DO CLIENTE
6134883 DV **0**

VENCIMENTO
06/06/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)
104,02

Rota 23 034085 01 018735
Nome **ALINE DE SOUSA FARIAS**
Endereço Postal

Medidor 839311
Poste 0000 0

End. da Unidade Consumidora **ST ILHA 00000 SITIO ILHA TRAIRI 62690000**

RG / CPF / CNPJ 062.268.053-66

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
9799	9637	1	162	0	162

DESCRIÇÃO DA CONTA Quantidade Tarifa Valor (R\$)

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/ Apresentação	Prev. Próxima Leitura
06/05/2019	06/06/2019

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

7586.DAEC.FA87.BBBF.57C3.E6F1.2585.37FE

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
77,36	27%	31,24

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

OUTROS PAGAMENTOS

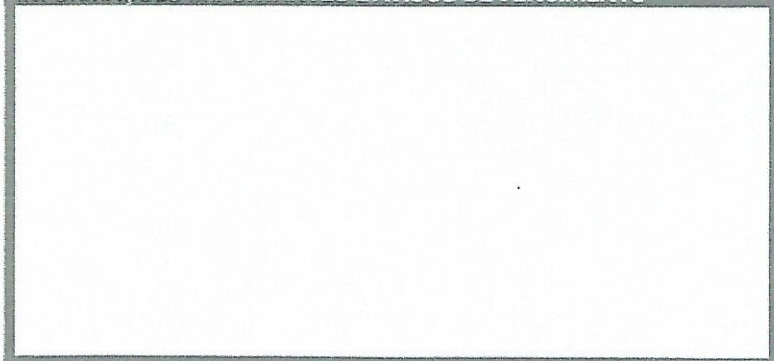
MULTA MORATORIA	1,66
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA S. BAIXA RENDA	1,72
ICMS COMPLEMENTAR BAIXA RENDA-CONV CONFAZ 079	10,36
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL-INT	12,92
ADICIONAL BANDEIRA AMARELA MES (R\$ 0,29)	

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



INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

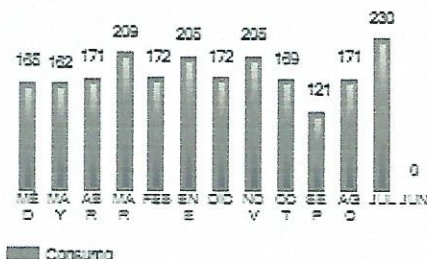
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 33,18

Conjunto TRAIRI

Mês MAR/ 2019

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	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: **6134883-0** Nº da Nota Fiscal: **572633481** Total a Pagar (R\$): **104,02**
Data de Emissão: **20/05/2019** Referência: **MAI/2019** Nº de Controle: **0006134883 00059 4362 2 37**

83870000001-0 04020031000-2 00061348830-0 00594362201-9



ATO DECLARATÓRIO DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

ATO DECLARATÓRIO DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

Eu, JOSÉ JOCELIO SOUSA DA SILVA, brasileiro(a),
SOLTEIRO, DESEMPREGADO, RG 2002010455008 2911
 CPF 055.175.993-38, residente e domiciliado(a) na (Rua, Avenida, Localidade)
Ru SDO 64 - ILHA TRAIRI / CEARÁ - CEP. 62.690.000

declaro para os devidos fins e sob as penas da lei, visando realizar a simples prova das lesões e do dano físico decorrentes de acidente automobilístico, perante a SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT - S/A, em acatamento ao que determina o art. 5º da Lei Federal 6.194/74, que fui vítima de acidente automobilístico quando PILOTAVA A MOTOCICLETA HONDA / CG 125 FAN ES
 (marca/modelo), MOT 5860 (placa), VERMELHA (cor) 2011/2011 (ano de fabricação/modelo)
PARTICULAR (categoria) 9C27C4120BR37458 (chassi) de propriedade do
 Sr.(a) PEDRO PEREIRA DA SILVA
 Declaro ainda que, o acidente ocorreu por volta das 13:30:00, no dia 30/14 2017, no
 seguinte endereço/localidade: GENIPAPEIRO TRAIRI CEARÁ - CEP. 62.690.000

Obs: TINHA UM BURACO NA ESTRADA, DESEQUILIBROU E FOL
DE ENCONTRO AO SOLO

Na ocasião, sofri as seguintes lesões: FRATURA DE CLAVICULA DIREITA

Oportunamente, informo que as testemunhas também signatárias, presenciaram e/ou têm conhecimento dos fatos narrados na presente declaração e estão cientes das penalidades constantes no art. 299 do Código Penal.

"Art. 299 - Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante: Pena - reclusão, de um a cinco anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de um a três anos, e multa, de quinhentos mil réis a cinco contos de réis, se o documento é particular."

Caso haja interesse por parte da Seguradora Líder em realizar avaliação complementar da documentação e dos fatos narrados, bem como perícia médica para aferir o grau da lesão física, me encontro à disposição.

TESTEMUNHA 1 - FRANCISCO JOELIO DE SOUSA
 RG 93002193221, CPF 12494.273-04.

(Assinatura) * Francisco Joelio de Sousa

TESTEMUNHA 2 - ALINE DE SOUSA FARIAS
 RG 2007895707-3, CPF 062.268.033-66.

(Assinatura) * Aline de Sousa Farias

* Joé Joelio de Sousa da Sousa

DECLARANTE



Assinado digitalmente por ADRIANO FERNANDES PINHEIRO e Tribunal de Justiça do Ceará, liberado nos autos em 10/07/2019 às 17:02. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0150805-56.2019.8.06.0001 e código 4C7A72A.

Assinado digitalmente por JOSE JOCELIO SOUSA DA SILVA, liberado nos autos em 10/07/2019 às 17:02. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0150805-56.2019.8.06.0001 e código 4C7A72A.

Assinado digitalmente por ALINE DE SOUSA FARIAS, liberado nos autos em 10/07/2019 às 17:02. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0150805-56.2019.8.06.0001 e código 4C7A72A.

Assinado digitalmente por FRANCISCO JOELIO DE SOUSA, liberado nos autos em 10/07/2019 às 17:02. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0150805-56.2019.8.06.0001 e código 4C7A72A.

Lei Federal 6.194/74 "Art. 5º. O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado. (grifo nosso)

DOCUMENTAÇÃO MÉDICA



ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE TRAIRI
UNIDADE MISTA DE SAÚDE DE TRAIRI

fls. 26

FICHA DE ATENDIMENTO

Data: 30.09.17 Horário: 14:00 Paciente chegou: (X) Meios próprios () Ambulância

Paciente: José Joelio Sousa da Silva

Nome da Mãe: Fca Nenzita de Sousa

Idade: 32a Sexo: M Data de Nascimento: 28.08.1985 Nº do RG: 2002010455008 Telefone:

Escolaridade: Cartão do SUS: Profissão:

Endereço: Ilha Bairro:

Cidade: Trairi Estado: Ceará Recepcionista: Rita

PA: x mmHg T: °C Glicemia: mg/dl P: Kg Pulso: bpm SPO₂ %

História Clínica:

Ponte vista de acidente motorista

avulso com fratura em clavícula direita

Glym 15, PA (130/80), FC (80), FR (20)

Diagnóstico: Fratura de clavícula

Exames Solicitados

1. Rx
- 2.
- 3.
- 4.

Assinatura e Carimbo do Profissional Responsável:

Dr. João Simplicio
MEDICO
CREMEC 15.169

DESTINO DO PACIENTE

() Alta (X) Transferência () Óbito

DATA DA SAÍDA

HORA DA SAÍDA

Motivo do Óbito:

Assinatura do Paciente ou Responsável

X Francisco Alves de Almeida

① Valton

730

TM

14/10

Hus
C 625018

Dr. CARO SIMPSON
MEDICO
CREMEC-15.188

RECEBUEMOS
04/10/2019
08:21:22



ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE TRAIRI
UNIDADE MISTA DE SAÚDE DE TRAIRI

fls. 28

FICHA DE ATENDIMENTO

Data:	30.09.17	Horário:	14:00	Paciente chegou:	☒ Meios próprios	☐ Ambulância										
Paciente:	Jorge Joelio Sousa da Silva															
Nome da Mãe:	Fco Nenzita de Sousa															
Idade:	32 a	Sexo:	M	Data de Nascimento:	28.08.1985	Nº do RG	2002010455008	Telefone								
Escolaridade		Cartão do SUS:		Profissão:												
Endereço:	Jha			Bairro:												
Cidade:	Trairi		Estado:	Ceará		Recepcionista:	Rita									
PA:	X	mmHg	T:		°C	Glicemia:		mg/dl	P:		Kg	Pulso:		bpm	SPO ₂	
História Clínica:	Ponte vidra de acidente motorizado avaliado com fratura em clavícula direita Glym (5), PA (130/80), FC (80), FR (20) Diagnóstico: Fratura de Clavícula															
Exames Solicitados																
1.	Rx								2.							
3.									4.							
Assinatura e Carimbo do Profissional Responsável:																
Dr. João Simplicio MEDICO CREMEC 15.169																
DESTINO DO PACIENTE																
☐ Alta ☒ Transferência ☐ Óbito																
DATA DA SAÍDA																
HORA DA SAÍDA																
Motivo do Óbito:																
Assinatura do Paciente ou Responsável:																
X Francisco Alves de Almeida																

Ovelton 750 7m

14/10

Husm
C 679018

Dr. CARO SIMPLICIO
MEDICO
CREMEC 15.169

Guia de atendimento - EMERGENCIA ADULTO

v201607

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 231771	Atendimento 0001	Nome do Paciente JOSE JOCELIO SOUSA DA SILVA	CNS 708607071674889	Gula de Autorização
Documento(s) Identidade: 2002010455008 CPF: 055.175.993-38		Estado Civil Casado(a)	Sexo Masculino	
Data de Nascimento 28/08/1985	Local TRAIRI/CE	Idade 31 Ano(s)		
Pai JOSE PEDRO DA SILVA	Mãe FRANCISCA NENZITA DE SOUSA			
Endereço SÍTIO ILHA, SN	Bairro ZONA RURAL	CEP 62690-000	Município TRAIRI	UF CE
Profissão AGRICULTOR	Empresa	Cônjuge ALINE DE SOUSA SILVA	Telefone 85 98581225	
Responsável FRANCISCO SERGIO DE SOUSA	CPF do Responsável	Endereço SÍTIO ILHA, SN	Município TRAIRI	UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 30/04/2017	Hora 15:44	Convênio SUS	Matrícula	CID
Profissional do Atendimento ADRIANO DE ALMADA FERREIRA		CRM/UF 12320/CE	Tipo Atendimento CONSULTA	
Indicador de Acidente Trânsito		Funcionário LEILIANE NUNES ALVES		
Observação				
Sala	Data/Hora Liberação	às	hs.	Tipo de Saída () Alta () Internação () Óbito
Sinais Vitais	Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)
				R (mpm)
				PA (mmHg)

Classificação de Risco

Classificação de Risco: ACOLHIDO Data e Hora: 30/04/2017 16:01

Responsável pela Classificação: LEILIANE NUNES ALVE

Relatório:

Cliente deu entrada nesta unidade referindo dor clavicula D após acidente de moto no dia de hoje

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

Adriano de Almada Ferreira
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-CE 12320

ADRIANO DE ALMADA FERREIRA - CRM: 12320

Procedimento realizado pelo SUS
(Sistema Único de Saúde) sem
nenhum ônus para o paciente ou
qualquer tipo de convênio.

HMSVP

XFE 09/04/2017
Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: FRANCISCO SERGIO DE SO



Brasão do Município

ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE TRAIRI
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

FICHA DE REFERÊNCIA

fls. 31

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

Unidade de Origem: _____
Distrito Sanitário: _____ Município: _____

Nome: João João Sampaio da Silva Prontuário nº: _____

Sexo: M ☐ F ☐ Data de Nascimento: ____/____/____ Ocupação: _____

Endereço: _____ Bairro: _____ Fone: _____

Motivo do Encaminhamento:
Paciente 32 anos vítima de queda de moto resultando em fratura em clavícula direita

Resultado de Exames:
Glicose 15, PA (130/80), FC (80), FR (20)

Conduta já Realizada: _____

Impressão Diagnóstico: Fratura em - clavícula direita

Assinatura do Médico Encaminhante - Nº Registro _____ Função _____ Data 30/1/17 Hora _____

Carimbo
Município
09/01/2017

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: ☐ Ambulatorial ☐ Hospitalar ☐ Auxílio Diagnóstico

Procedimento: _____

Unidade de referência: _____ Data: ____/____/____ Hora: _____

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA (*)

Unidade de referência: _____

Município: _____ Prontuário Nº: _____ Data: ____/____/____

Resumo Clínico/Cirúrgico: _____

Resultado de Exames: _____

Diagnóstico Principal: _____ CID.: _____

Secundário 1: _____ CID.: _____

Secundário 2: _____ CID.: _____

Proposta de Conduta para Seguimento: _____

O problema justificou a referência? Sim ☐ Não ☐ O motivo da referência coincide com diagnóstico? Sim ☐ Não ☐

Ass. do Encaminhamento e Carimbo _____ Função _____ Data _____ Hora _____

RECEITA MÉDICA

Prontuário/Atendimento: 231771/1

Dt./Hr. Impressão: 30/04/2017 17:04

Paciente: JOSE JOCELIO SOUSA DA SILVA - 31 Ano(s)

Dt. Nasc.: 28/08/1985

Sexo: Masculino

Convênio: SUS

Endereço: SITIO ILHA , SN, ZONA RURAL, TRAIRI - CE - CEP: 62690-000

Prescrição	Dosagem	Via	Quant.	Apres.
1 - Rx de ombro D em AP e perfil				

30 de abril de 2017

ADRIANO DE ALMADA FERREIRA

Adriano de Almada Ferreira
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM 12330

DOCUMENTO DO VEÍCULO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL			
MINISTÉRIO DAS CIDADIAS			
DETRAN - CE		Nº 8916244178	
CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO			
6023888510		8916244178	
MONTI 01		307265943	
FEDNO PEREIRA DA SILVA		VL BARREIRO	
62690080		FLECHETIRAS	
38153866320		NUT5860	
PLACA ANT/UF		CHASSI	
*****/CE		902JC4120BR537458	
ESPECIE TIPO		COMBUSTIVEL	
PAB/MOTOCICLO/NAO APLIC.		GASOLINA	
MARCA/MODELO		ANO FAB ANO MOD	
HONDA/CE 125 FAN ES		2011 2011	
CAP/POT/CE		CATEGORIA	
2P/OCV/124CC		EARTIC	
COR PREDOMINANTE		VERMELHA	
OBSERVAÇÕES			
MOTOR: 9041E20537458			
RL.FED. ADMIN DE CONS NACIONAL HON			

LOCAL		DATA	
TRAIKI		25/03/2011	