

PROCURAÇÃO AD JUDICIA**OUTORGANTE:**

Nome: <u>Emerson Silverio de Lima Braga</u>		Nacionalidade: <u>Brasileira</u>	
Estado Civil: <u>Solteiro</u>	Profissão: <u>Técnico de epidemiologia</u>	Carteira de Identidade: <u>2006009256733</u>	
CPF nº: <u>054.756.793-63</u>	Residência: <u>Av. VII Conj. Jureibatã I 427 B.</u>		
Bairro: <u>Jureibatã I</u>	Cidade: <u>Maracanaú</u>	Estado: <u>Ceará</u>	CEP: <u>61.900-540</u>

OUTORGADO:

ANTONIO KAIRO RODRIGUES SILVA, brasileiro, solteiro, advogado, OAB/CE – 24.805, com escritório profissional na Rua Barão do Rio Branco, nº 1782, Altos, Centro, Fortaleza - CE CEP: 60.025-060, fone: **(85) 98225-8282**
e-mail: KAIRO_AKRS@YAHOO.COM.BR

PODERES:

Amplos poderes para o foro em geral, bem como nas vias administrativas, em qualquer juiz, instancia ou Tribunal, Superior ou não, Repartição Pública, podendo promover contra quem de direito as ações que julgarem convenientes e defendê-lo (a) nas contrárias, interpor recursos, com especiais poderes para, agindo em conjunto ou em separado, receber citações, renunciar e desistir de direitos decorrentes deste mandato e dos oriundos desta ação, desistir, transigir, interpor todos os recursos permitidos em direito, produzir e requerer provas e justificações, opor embargos, prestar compromisso de inventariante e assinar o respectivo termo, fazer declarações de lei, requerer remissão, adjudicação de bens, ordenar protestos de títulos, levantar depósitos judiciais em nome do(s) outorgantes, assinar recibos, representá-los em quaisquer repartições federais, estaduais, municipais ou autarquias, fazer tudo o que for necessário para o bom e fiel cumprimento da presente, inclusive substabelecer, com ou sem reserva de iguais poderes, o que darei tudo por firme, justo e valioso como próprio fora, dando a mesma caráter irrevogável.

Poderes especiais: Receber e fazer levantamento de alvará judicial, em nome dos outorgantes, em qualquer banco e/ou instituição financeira.

Fortaleza (CE), 14 de Outubro de 2019.

X Emerson Silverio de Lima Braga
Outorgante

DECLARAÇÃO

Eu, Emerson Silveira de Lima Braga,
 brasileiro(a), Salteiro, Técnico de copiadora, portador da Carteira de Identidade/RG
 nº _____, e inscrito no CPF/MF sob o nº 054.756.70363, residente e
 domiciliado na cidade de Manacamaú, estado do Ceará, na Rua
Av. VII Conq. Jureiratti I, nº 427, declaro para os devidos fins
 que possuo hiposuficiência financeira, não possuindo condições de arcar com custas
 processuais e honorários advocatícios sem prejudicar o meu sustento próprio e o de minha
 família, consoante o que dispõe a Lei nº 1.050/60.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

Força Leza (CE), 12 de Outubro de 2.019.

X Emerson Silveira de Lima Braga

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1029793858

INTERPOST 1.0.0.0

NOME
EMERSON SILVERIO DE LIRA BRAGA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
2006009256733 SSP CE

CPF
054.756.793-63

DATA NASCIMENTO
13/05/1993

FILIAÇÃO
MIRTA MARIA DE LIRA BRAGA

PERMISSÃO
ACC
CAIXAS
AB

Nº REGISTRO
05950367450

VALIDADE
03/02/2019

1ª HABILITAÇÃO
07/12/2013

OBSERVAÇÕES
SEM OBSERVAÇÃO:

Emerson Silverio de Lira Braga
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
FORTALEZA, CE

DATA EMISSÃO
08/01/2015

68862042060
CE145573214

ASSINATURA DO EMISSOR
1001 VASCONCELOS PONTE

DETRAN-CE (CEARA)

PROIBIDO PLASTIFICAR
1029793858

ALBIA CORRETORA DE SEG. LTD.

28 AGO. 2018

ASS.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES		DETRAN - CE CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO Nº 013385952149	
ROSA VIA: 01 COD. RENAVAM: 1045455790 EXERCÍCIO: 2017	HENTC: 00000000000 EXERCÍCIO: 2017	NOME: GENILSON FAIVA DE MORAIS FORTALEZA/CE	
PLACA: 62088289372 CHASSI: 9C2KC1680FR021587	PLACA: PMM1326	OBSERVAÇÕES:	
MARCA/MODELO: HONDA/CG150 FAN ESDI CATEGORIA: 2P/OCV/149CC PARTIC: PARTIC	ANO FAB: 2015 ANO MOD: 2015 COR DOMINANTE: PRETA	COTA ÚNICA: 00/00/0000	
PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$): 106 (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$): 00/00/0000		DATA DE PAGAMENTO: 27/06/2017	

CE Nº 013385952149 BIHETE DE SEGURO DPVAT	
ESTE É O SEU BIHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA O SEU BIHETE CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA	2017
62088289372 1045455790 09	9C2KC1680FR021587
PRÊMIO TARIFÁRIO	CUSTO DO SEGURO (R\$)
CUSTO DO BIHETE (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
COTA ÚNICA	DATA DE OUTRAÇÃO
PAGAMENTO: 00/00/0000	DATA DE OUTRAÇÃO

LOTE/DOC: 206077/43
 MOTOR: KC16E8FD21587

www.seguradoralider.com.br
 SAC DPVAT 0800 022 1204

28 AGO. 2018

Nº DO CLIENTE
8938518-7

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 28 de abril de 2002

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdeino, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3



fls. 10

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 527016175

Rota 18 26000 12 009400 - 3 Data de Emissão 25/05/2018

Nome CARLOS INACIO DE ALMEIDA

End. Postal AV VII CONJ JEREISSATI I 00427 CS B
JEREISSATI I - MARACANAU - 61900540

Medidor 3511155

Poste 0000 0000

Classe 01-RESIDENCIAL 07-BX. RENDA MONOFASICO

RG/CPF/CNPJ 069877153-27

CGF

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência Mai/2018 Data da Apresentação 25/05/2018 Previsão Próxima Leitura 27/06/2018

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto Manguape Mês Mar/2018 EUSD 52,75

DICRI= 0,00 P

Padrão Individual

ICMS

Base de Cálculo (R\$) 231,52 Aliquota 27,00% Valor do Imposto 62,51

Padrão Individual			Apuração Individual		
Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC 5,31	18,62	21,25	2,59	2,59	0,00
FIC 3,23	6,47	12,95	4,00	4,00	0,00
DMIC 3,03			1,11		

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

3591.D53A.26F8.05C5.BF9B.7E56.F4E9.022A

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. Fat.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FP 1317	986	1,00	331	0,00	30	0,24489	7,34
					70	0,41967	29,37
					120	0,62951	75,54
					111	0,69947	77,65
25/05/18	25/04/18		30 DIAS		331		189,90

DESCRIÇÃO

DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)
VALOR CONSUMO DO MES	189,90
ICMS COMPLEMENTAR BAIXA RENDA-CONV CONFAZ 079	11,24
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	47,95
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA	1,72
ADICIONAL BANDEIRA AMARELA MES (R\$ 3,28)	

VENCIMENTO 25/06/2018

TOTAL A PAGAR (R\$) 250,81

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	71,51
Transmissão	7,63
Distribuição	40,74
Encargos Setoriais	10,92
Tributos (ICMS PIS/COFINS)...	72,06
TOTAL	202,86

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

MES	Ma	Ab	Ma	Fe	Jan	Dez	Nov	Set	Ago	Jul	Jun
	303	331	300	306	277	0	0	0	0	0	0

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO₂) 129,22 Compensado kg (CO₂) 0,00 Consciência Ecológica (%CO₂) 0%

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

CONTAS EM ATRASO

AVISO DE DÉBITO VENCIDO:

Informamos existir débitos vencidos sem acréscimos legais até esta data, no valor de R\$ 224,36. Seu fornecimento de energia poderá ser suspenso em até 90 dias contados a partir da fatura vencida e não paga.

DÉBITOS ANTERIORES

Mes/Ano 03/2018 Valor R\$ 224,36

28 AGO. 2018

ASS:

Consta desta fatura R\$ 9,55 referente a PIS e COFINS. Aliquotas: PIS:0,74% e COFINS:0,39% (Art. 9 Res. 100-2005 - ANEEL e Lei n. 10.637-92 e 10.833-03)

Informamos que a tarifa foi reajustada, em média, em 4,96%, conforme Resolução Homologatória ANEEL n. 2.383/2018, com vigência de 22/04/2018 a 21/04/19. Estamos em Bandeira Amarela com custo de 1,00 real a cada 100...wh (quilowatt-hora). Informacoes: w.aneel.gov.br

Nº do Cliente:

Referência:

Data de Emissão: 8938518-7

Total a Pagar (R\$): Mai/2018

Nº da Nota Fiscal: 25/05/2018

Nº de Controle: 250,81

527016175

0008938518 00004 39042 17

83870000002-8 50810031000-9 00089385180-9 00043904285-2



Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIO KAIRO RODRIGUES SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 20/12/2019 às 11:51, sob o número 02020232620198060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0202023-26.2019.8.06.0001 e código 5AF9A0D.

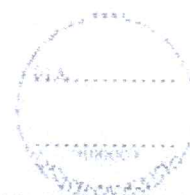


GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA DO 28.º DISTRITO POLICIAL



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 129 - 1449 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO
 Data / Hora da Comunicação: 24/06/2018 10:12:34
 Data / Hora da Ocorrência: 26/05/2018 08:11:00
 Endereço da Ocorrência: AVENIDA DR. MENDEL STEIMBRUCH
 Complemento: PAJUÇARA
 Bairro: PAJUÇARA Município: MARACANAÚ/CE
 Ponto de Referência: COND. BEM TI VI

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: EMERSON SILVERIO DE LIRA BRAGA
 Nascimento: 13/05/1993 CPF: 054.756.793-63 UF: CE
 CNH: 05950367450 Órgão Emissor: DETRAN
 Filiação: MIRTA MARIA DE LIMA BRAGA
 NC
 Endereço: AVENIDA SETE, 427
 Bairro: CONJ. JEREISSATI I
 Município: MARACANAÚ/CE CEP:
 País: BRASIL Telefone: (85) 8560-6718

Histórico

INFORMA A VITIMA QUE NA DATA HORA E LOCAL ACIMA CITADOS, QUANDO PILOTAVA A MOTO HONDA/CG150 FAN ESDI, DE COR PRETA, ANO 2015, CHASSI: 9C2KCI680FR021587, DE PLACA: PMW1326-CE/FORTALEZA, INDO SENTIDO FORTALEZA, QUANDO UM VEÍCULO FREIOU BRUSCAMENTE PARA UM PEDESTRE ATRAVESSAR, A VITIMA VINHA LOGO ATRÁZ. NÃO DANDO TEMPO PARA FREIAR CAUSOU O ACIDENTE BATENDO NA TRAZEIRA DO CARRO. INDO AO SOLO, SENDO SOCORRIDO POR POPULARES QUE ACIONARAM O SAMU, QUE AO CHEGAR SOCORREU A VITIMA NO LOCAL QUE LOGO LIBEROU A VITIMA, AINDA A VITIMA APÓS CHEGAR EM CASA PASSOU A SENTIR DORES FORTES PROCUROU O HOSPITAL POR MEIOS PRÓPRIOS O ABEMP, SENDO ATENDIDO COM TRAUMA NA BACIA, E MAIS NÃO DISSE,

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 28.º DISTRITO POLICIAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

LEONARDO BALTAZAR DE SOUZA - MAT.: 3007291x

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Emerson Silverio de Lira Braga

VISTO DO DELEGADO(A):

RODRIGO AURELIO QUINTAS FERNANDES - MAT.: 301224-7x

FRANCISCO MARDÔNIO SALMITO DE ALMEIDA

ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA

CREMEC - 4411 - CPF: 122.369.423-20

RELATÓRIO MÉDICO

Relato, para os devidos fins, junto ao DPVAT, que o Sr.(a):

Francisco Sílvestre de Lima Braga

vítima de acidente de trânsito, em 26/05/18, sofreu:

*traumatismo no pé direito
Disfunção dos sinfisi pubisianos
CID- S33.6, S33.4*

e submeteu-se a tratamento(s): *Clínica, com fisioterapia
medicação*

encontra-se de alta clínica, e apresenta invalidez permanente-
com grau de incapacidade funcional irreversível de:

*Dor lombar crônica
Dor no região pubiana
nas atividades motoras com
cônc. 1.*

*Deficiência do movimento e
simples da perna.
Dor no acampar, atividades
com peso e de conc. no
contorno respirat. Limf. fac.
funcional - melhorado de
1. Acidente. *Assinatura do médico**

Dr. Francisco Mardônio Salmito de Almeida

CREMEC 4411 /

Rua Guilherme Rocha, 1201 - Centro - Fortaleza - Ceará.

19/09/2018

Fco. Mardônio Salmito Almeida
Ortopedia - Traumatologia
CREMEC 4411

Assinatura

ATENDIMENTO AMBULATORIAL

ANAMNESE DO PACIENTE

DADOS DO PACIENTE			() Prioridade	Registro: 7085
Nome: EMERSON SILVERIO DE LIRA BRAGA			CNS: 708605582648687	
Idade: 25 anos 13 dias			Data Nasc: 13/05/93	
Nome da mãe MARTA MARIA DE LIRA BRAGA			Nome do pai:	
Endereço: AVENIDA 07			Nº: 427	
Bairro: JEREISSATE I			Município: MARACANAU	
RG: 2006009256733	Orgão Expedidor:	Expedição:	CPF:	
2006009256733				
Celular	Telefone Residencial	Telefone Comercial		
DADOS DO ATENDIMENTO				
Data atendimento: 26/05/18			Hora: 10:32:05	
Médico: WALTER CANDIDO DE OLIVEIRA			CRM: 7841	
Especialidade:			Unidade: ADMINISTRATIVA	
Convenio: SUS			Categoria: SUS	
AMBULÂNCIA:			MOTORISTA:	
NÚMERO DA AR: 427			Situação:	
Atendente: MARINA JALES PEIXOTO				

RESUMO DE TRATAMENTO

MOTIVO DO ATENDIMENTO:

DESCRIÇÃO SUMÁRIA DO EXAME CLÍNICO

EXAMES SOLICITADOS

DIAGNOSTICO

PROCEDIMENTO

REPETIÇÃO DE ATENDIMENTO () SIM () NÃO

URGÊNCIA () SIM () NÃO

Nº DE VEZES

MARACANAU

ASSINATURA DO PROFISSIONAL

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL OU PACIENTE

28 AGO. 2018

COMISSÃO REVISORA DE PRONTUÁRIOS
CONFERE COM O ORIGINAL
ASSOCIADO RENEEFENTE J. CARLOS RODRIGUES
RUA JOSE GOMES Nº 363-Pajuçara
CEP: 61.941-330
MARACANAU

D

28 AGO. 2018
CORRETORA DE JEC. JTD

ATENDIMENTO AMBULATORIAL

ANAMNESE DO PACIENTE

DADOS DO PACIENTE		() Prioridade	Registro 7085
Nome EMERSON SILVERIO DE LIRA BRAGA		CNS 708605582648687	
Idade 25 anos 24 dias		Data Nasc 13/05/93	
Nome da mãe MARTA MARIA DE LIRA BRAGA		Nome do pai	
Endereço AVENIDA 07		Nº 427	
Bairro JEREISSATE I		Município MARACANAÚ	
RG 2006009256733	Orgão Expedidor	Expedição	CPF
2006009256733			
Celular	Telefone Residencial	Telefone Comercial	
DADOS DO ATENDIMENTO			
Data atendimento 06/06/18		Hora 06:13:37	
Médico WALTER CANDIDO DE OLIVEIRA		CRM 7841	
Especialidade		Unidade RECEPCAO	
Convênio SUS		Categoria SUS	
AMBULANCIA		MOTORISTA	
NÚMERO DA AR 427		Situação	
Atendente JOSE ADAIRTON NOBRE			

RESUMO DE TRATAMENTO

MOTIVO DO ATENDIMENTO

DESCRIÇÃO SUMÁRIA DO EXAME CLÍNICO

EXAMES SOLICITADOS

DIAGNOSTICO

PROCEDIMENTO

REPETIÇÃO DE ATENDIMENTO () SIM () NÃO

URGÊNCIA () SIM () NÃO

Nº DE VLT

MARACANAÚ

ASSINATURA DO PROFISSIONAL

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL OU PACIENTE

28 AGO. 2018



ST. VICTOR, LONRAVIO, 363 - CNPJ nº 06.578.411/0001-06
 FONE: (85) 3214-2744 - FAX: (85) 3214-2744
 E-MAIL: abemp@abemp.org.br

INSTITUTO NACIONAL DE SEGURIDADE SOCIAL
SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA

ATESTADO MÉDICO

Dr. Walter Carlos de Oliveira
 ATESTO que o Segurado Cherison Fleury
 portador da Carteira Profissional nº _____

série _____ necessita de 15 dias
 Dias de afastamento do trabalho, a partir desta data, por motivo de doença.

cid. S70 - Tumor BACO A

 Hospital e Ambulatório

26/05/2018
 Localidade e data

Dr. Walter Carlos de Oliveira
 Ass. do Médico CRM nº _____

28 AGO. 2018
 CORRETORA DE SEG. LTDA

Este documento é válido para as f. e p. previstas no Art. 86
 da Lei nº 8.080 de 1990 e 60.261 de 1974 e será expedido
 em duas vias, uma para o segurado e outra para o empregador.

Receituário

Nome:

Edson Silva de Faria

Endereço:

Uso oral

☐ ARPADOL 400mg Cx.

Tomar ____ comprimido de 12/2 horas. Durante 15 meses.

☐ FLANCOX 500mg Cx.

Tomar 1 comprimidos de 12 em 12 horas, Durante 15 dias.

☐ MIOSAN CAF ____ mg..... Cx.

Tomar 01 comprimidos de 12 hs. Durante 15 dias.

DATA:

26/05/2018

Médico (a)

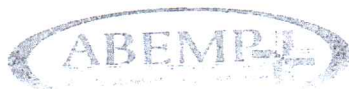
Walter Cândido de Oliveira
CRM-MG 100.000

NÃO AUTORIZO A TROCA
DESTE MEDICAMENTO

DIÁ CORRETORA DE SEC.

28 AGO. 2018

ASS:



FILIAL DA FEDERAÇÃO DAS MISERICÓRDIAS E ENTIDADES FILANTRÓPICAS DO CEARÁ

Emerson Filipe de Lira
BRSP/20

Relatório: Jansen ABDONAL

Soluto: US\$ ABDONAL
TOTAL

US\$ - escuto

26/07/18
Dr. Walter Cavalcante de Oliveira
Médico
CRM 7141

28 AGO. 2018
CORRETORES DE SEG. LTDA.

SINISTRO 3180397682 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** EMERSON SILVERIO DE LIRA BRAGA**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** LIBIA

CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME

BENEFICIÁRIO EMERSON SILVERIO DE LIRA BRAGA**CPF/CNPJ:** 05475679363**Posição em 15-10-2018 09:21:03**

Desculpe, no momento, não conseguimos localizar informações com os dados que você forneceu. Clique [Aqui](#) e nos envie um e-mail para que possamos checar melhor o seu caso. Entraremos em contato com você para informar a situação do seu pedido de indenização.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
10/10/2018	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50

Histórico das correspondências enviadas		
Data da Carta	Referência	Ver Carta
04/10/2018	Interrupção de Prazo	
31/08/2018	Exigência Documental	
30/08/2018	Aviso de Sinistro	