



CPF

CPF

PROCURAÇÃO AD JUDICIA**OUTORGANTE**

NOME:	JOSE Celio da Silva
ESTADO CIVIL:	solteiro
PROFISSÃO:	Autônomo
DOMICÍLIO:	Rua Cel João Condeiro 1491
RG/CPF/PIS PASEP:	93012018830

OUTORGADOS

JORGE ULISSES E SILVA FERREIRA LIMA, inscrito na OAB/CE sob o nº. 29.690, com escritório profissional situado na Rua Hercílio Pinheiro, nº 329, CEP 62960-000, Centro - Tabuleiro do Norte-CE.

Por meio do presente instrumento são outorgados amplos poderes, inerentes ao bom e fiel cumprimento deste mandato, bem como para o foro em geral, conforme estabelecido no artigo 105 da Lei nº 13.105, de 16 de março de 2015 (Código de Processo Civil), e os especiais para transigir, fazer acordo, firmar compromisso, substabelecer, renunciar, desistir, reconhecer a procedência do pedido, receber intimações, receber e dar quitação, praticar todos 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, podendo atuar em conjunto ou separadamente, dando tudo por bom e valioso.

Local: Fortaleza/ceData: 08 / 02 / 2020

Jose Celio da Silva

OUTORGANTE

**DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA****NOME:** João Celio da Silva**RG:** 93014018830**SSP/CE CPF:** 627.098.603-68**DECLARA de sã consciência e bem da verdade que VIVE E RESIDE em:****Logradouro:** Rua Cel João Correia 1491**Complemento:** _____**Bairro** Granja Lisboa **CEP:** 60540-285

Que a presente declaração é a expressão da verdade, a qual é feita nos termos e sob as penas da lei, pelo que me responsabilizo pela presente

Fortaleza/Ce, 24 DE Janerio 2020

* João Celio da Silva



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Nome: Jose Celio da Silva

Nacionalidade: Brasileiro Estado Ceará Estado Civil: Solteiro

Profissão: Autônomo

Rg: 93012018830 SSP/e -CPF: 627.098.603-68

Logradouro: Rua El João Correia 1491 ,

Desejamos obter os benefícios da "Justiça Gratuita", declara, sob as penas da lei que não possui recursos suficientes para custear qualquer demanda, sem prejuízo do sustento próprio e da família, pelo que, nos termos da lei nº 1.060 de 05 de Fevereiro de 1950, faz jus aos benefícios da gratuidade da justiça.

Fortaleza/Ce: 24 de Janeiro de 2020

* Jose Celio da Silva

SINISTRO 3190451134 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA JOSE CELIO DA SILVA****COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** Compre

Previdência S/A-Filial Fortaleza-CE

BENEFICIÁRIO JOSE CELIO DA SILVA**CPF/CNPJ:** 62709860368**Posição em 13-08-2019 12:01:50**

O pedido de indenização está em fase final de análise na Seguradora Líder-DPVAT. Em breve, o pagamento da indenização será liberado.

Por gentileza, volte a consultar seu processo neste site dentro de 4 dias.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
14/08/2019	R\$ 337,50	R\$ 0,00	R\$ 337,50



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
 POLÍCIA CIVIL
 DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO
 Impresso nº 2019405401



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 1960 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
 Data / Hora da Comunicação: **17/06/2019 12:50:53**
 Data / Hora da Ocorrência: **21/02/2019 17:20:00**
 Endereço da Ocorrência: **AVENIDA GOGOFREDO MACIEL**
 Complemento: **AV. JULIO ALCIDES**
 Bairro: **MARAPONGA** Município: **FORTALEZA/CE**
 Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **JOSE CELIO DA SILVA**
 Nascimento: **25/02/1979** CPF: **627.098.603-68**
 RG: **9301208830** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
 Filiação: **FRANCISCA DA CONCEIÇÃO SILVA**
JOAO BATISTA DA SILVA
 Endereço: **RUA CEL JOÃO CORREA, 1491**
 Bairro: **BOM JARDIM**
 Município: **FORTALEZA/CE** CEP:
 País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98784-4940**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **OCS4821** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi:
9C2KC1650BR520967 Renavam: **321857070** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CG 150 TITAN ESD** Ano
 Fabricação: **2011** Ano Modelo: **2011** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**
 Cor: **VERMELHA** Proprietário: **JOSE CELIO DA SILVA** Situação: **NÃO**
INFORMADO Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

QUE, COMPARECE A ESTA ESPECIALIZADA A FIM DE REGISTRAR QUE, NA DATA CITADA, TRANSITAVA PILOTANDO A MOTO DE PLACA OCS-4821 NA AV. GODOFREDO MACIEL QUANDO UM CARRO DE PLACAS CARRO DE PLACAS NÃO ANOTADAS REALIZOU UM RETORNO PROIBIDO, QUE UMA MOTO DE PLACAS NÃO ANOTADAS FREOU BRUSCAMENTE E A VITIMA COMO TRAFEGAVA LOGO ATRÁS COLIDIU NA TRASEIRA DA MOTO DE PLACA NÃO ANOTADAS, CAINDO A VITIMA NO ASFALTO, FICANDO LESIONADA SENDO SOCORRIDA PARA O UPA - BOM JARDIM POR MEIOS PRÓPRIOS. E NADA MAIS DISSE.////////

OBS: COMUNICAÇÃO FALSA É CRIME CAPITULADO NO ART.340 DO CPB.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

FRANCISCO DELÂNIO CAMPELO ALMEIDA - MAT.: 404836-1-6

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A):

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

Pág. 1 de 2



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO
Impresso nº 2019405401



fls. 13

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 1960 / 2019

EVANDRO ALVES DE SOUZA - MAT.: 14699

Leandro
Bezerra

UPA
24h
UNIDADE DE PRONTO
ATENDIMENTO

Fortaleza

DATA ATEND: 28/02/2019
PACIENTE...: JOSE CELIO DA SILVA
DATA NASC.: 25/02/1979 IDADE: 40
RG.....: 93012018830 CPF...: 627.098.603-68
MÃE.....: FRANCISCA DA CONCEICAO SILVA
ENDERECO...: RUA CORONEL JOAO CORREIA 1491
BAIRRO.....: BOM JARDIM CIDADE: FORTALEZA
TELEFONE 1: 85987844940 TELEFONE 2:
Nº ATEND.: 334283
SEXO.....: MASCULINO
UF...: CE
CEP.: 60543325

PLANO DE SAÚDE: SUS AMBULATORIO CARTÃO SUS: 700809497416285

PRIORIDADE CLÍNICA.: URGENCIA / AMARELO

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

GRUPO DE PERGUNTAS: TOLIFE
INÍCIO DA CLASSIFICAÇÃO: 2019-02-28 19:48:18
PRIORIDADE: AMARELO
QUEIXA: DOR E FERIMENTOS EM MID (RELATA QUEDA DE MOTO RECENTE)
FLUXOGRAMA: Feridas
DISCRIMINADOR: Dor moderada *
COLETA NÃO-AUTORIZADA: NAO
AVALIAÇÃO E MEDIDAS CLÍNICAS: DOR 6GLASGOW 15DOR
SENHA: 335936
ENCAMINHAMENTO: Clínica médica
PRONTUÁRIO ELETRÔNICO: 93293
P.A.S: 134
P.A.D: 68
CLASSIFICADOR: ALEXSANDRO MASCARENHAS VIANA
COREN: 298643
FIM DA CLASSIFICAÇÃO: 2019-02-28 19:49:27
STATUS DA CLASSIFICAÇÃO: Primeira Classificacao

ATENDIMENTO MÉDICO

ANAMNESE.....:

QUEIXA-SE DE DOR EM MID APOS QUEDA DE MOTO HÁ 30MIN. SEM SINAIS DE ALARME
NAO APRESENTA DIFICULDADE DE FLEXAO E EXTENSAO DE MID
NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA

EXAME FÍSICO.....:

REG EUPNEICO ORIENTADO AFEBRIL
ACP FISIOLÓGICO
ABD INOCENTE
EXTR: PPP. SEM EDEMA. ESCORIAÇÕES EM MID E FERIMENTO EM JOELHO DIREITO.

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA.:
EXTR SEM ALTERAÇÕES

CONDUTA.....:
MEDICAÇÃO + PX SINT + FAÇO ATESTADO DE 02 DIAS

GARDENIA TEIXEIRA HOLANDA
Assinatura e Carimbo do Médico

Gardenia Teixeira Holanda
Médica
CREMEC 15.081

Upa Bom Jardim
Confere Com o Original
Data: 23/05/19
Funcionário: JESU
Matrícula: 460

Registro de Atendimento Emergencial

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL						DATA/HORA: 01/05/2019 09:05:35	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE							
CNS: 700809497416285	NOME: JOSE CELIO DA SILVA				Registro: 5367787		
CPF:	RG:	D. NASC: 25/02/1979	ESTADO CIVIL:	SEXO: M	RAÇA/COR:		
NOME DA MÃE: FRANCISCA DA CONCEICAO SILVA				NOME DO PAI: JOAO BATISTA DA SILVA			
TIPO DE LOGRADOURO: Rua		ENDEREÇO DO PACIENTE: CORONEL JOAO CORREIA		Nº: 1491	BAIRRO: GRANJA LISBOA		
COMPLEMENTO:	TELEFONE:	MUNICÍPIO: FORTALEZA		UF: CE	CEP: 60540286		
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL							
NOME: JOSE CELIO DA SILVA		PARENTESCO:			TELEFONE:		
ACIDENTE DE TRABALHO							
TIPO DE VÍNCULO:		CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:		COSIDO DO CNAER:		
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO							
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Queimaduras (inclui explosões), Contato com aquecedores, radiadores e tubulação							
QUEIXAS: queimadura na perna direita com descarga de moto ha 2 meses em uso da pomada sulfadiazina de prata. com necrose necessita limpeza.							
OBSERVAÇÕES: 0301010048							
SINAIS VITAIS CONSULTA RAO MEDICA							
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Publica		Escala de Dor: Leve		PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: AZUL			
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO: CTQ - CENTRO TRATAMENTO DE QUEIMADOS							
ATENDIMENTO MÉDICO							

Anamnese:

Complicação de Queimadura (Moto) Perna D

Exame Físico:

sofria profundo perna D.

Conduta:

Curativo

TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:	
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:	
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:	
DATA E HORA DO ATENDIMENTO: <i>01-05-19</i>	CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA: <i>Dra. Angela M. Leite Rocha</i> <i>11/134.613-15</i>

Arquivo Geral IJF Está Cópia
Confere Com. a Original
DATA *20/05/2019*
MATRÍCULA 130461.9

José Urbano da Mota Coelho

0301060061
CONSULTA MÉDICA



RECEITUÁRIO

Paciente:

BE / Prontuário:

Em 15/03/19, examinei
um CTG, o paciente
acima, que apresenta, uma
curva, em fase D, com
alterações cutâneas, através
de exame de pele.
Realiza atualmente, a
unidade ambulatorial, com
Oclusivos, compressas e de
repouso.

Data:

15/03/19

Dr Francisco das Chagas Ley
CREMEC 1434 - MÉDICO PERITO
FORENSE - CURSO P/ESMEC

Ass./Carimbo do Médico



LAUDO MÉDICO

RELATÓRIO DE TRANSFERÊNCIA / RELATÓRIO DE ALTA

Paciente: Jorge Celso do Silva Prontuário: 5367787

Data de Nascimento: / / Data da Internação: 09 / 05 / 19

Motivo da Internação: Complicação pneumotórax

RESUMO CLÍNICO SETORIAL - UNIDADE: CU LEITO: 726 Internação Unidade: / /

Diagnóstico Principal: P. de 30 pulm. perme D

Diagnósticos Secundários:

Procedimentos Cirúrgicos: () Não (X) Sim

Cirurgia(s) realizada(s): Enxerto celonico perme D

Resumo de Alta / Transferência:

Complicação pneumotórax perme D

Enxerto celonico perme D

Comorbidades apresentadas:

Transferência:

☐ UTI ☐ Unidade ☐ CTQ ☐ Risco ☐ Transferência Externa ☐ Óbito

Orientações de Alta (Setorial):

Retornar ao Ambulatório: () Não (X) Sim Ambulatório: CU Data: 13 / 05 / 19

Data: 10 / 05 / 19

Dra. Angélica M. Leite Rocha
Médica
CRM: 37246-SP 117.134.613-15

Assinatura do Médico / CRM

RESUMO CLÍNICO SETORIAL - UNIDADE: LEITO: Internação Unidade: / /

Diagnóstico Principal:

Diagnósticos Secundários:

Procedimentos Cirúrgicos: () Não () Sim

Cirurgia(s) realizada(s):

Resumo de Alta / Transferência:

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

CE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1642890792

PROIBIDO PLASTIFICAR
1642890792

NOME
JOSE CELIO DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
93012018830 SSP CE

CPF
627.098.603-68

DATA NASCIMENTO
25/02/1979

FILIAÇÃO
JOAO BATISTA DA SILVA
FRANCISCA DA CONCEICAO SILVA

PERMISSÃO
ACC CATIAS
AB

Nº REGISTRO
05198397409

VALIDADE
05/06/2023

1ª HABILITAÇÃO
05/05/2011

OBSERVAÇÕES
EAR:

Jose Celio da Silva
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
FORTALEZA, CE

DATA EMISSÃO
07/06/2018

RICARDO VASCONCELOS PONTE
ASSINATURA DO EMISSOR

81454688553
CE165359684

CEARÁ



CTCE SALVADOR BA PL9

JOSE CELIO DA SILVA
R CEL JOAO CORREIA 1491
GRANJA LISBOA
60540-285 FORTALEZA CE



72 09036539 48983 00000047025 3 0 230519
Data da Postagem: 23/05/19 Vencimento: 01/06/2019

Data prevista do fechamento da próxima fatura: 20/06/2019

Limite de Crédito	
Compras	R\$ 840,00
Saque	R\$ 168,00
Parcelado	R\$ 3.990,00 *
* Consulte limites disponíveis, condições de contratação e restrições na Central de Atendimento	

Juros Remuneratórios			
	% ao mês	% ao ano	CET Ano (%)
Parcelamento de fatura	9,80%	207,06%	225,13%
Parcelado Casas Bahia	4,96%	79,36%	96,52%
Parcelado Rede Via	7,96%	151,53%	180,27%
Rotativo	9,90%	210,43%	237,87%
Saque/Telesaque (1)	17,90%	621,36%	708,31%

(1) Será cobrada tarifa de R\$ 16,00 por operação em espécie.

Multa 2,00% a.m. Juros de Mora 1,00% pro rata

Taxa máxima de juros p/ próxima fatura 17,90% a.m. / CET ao ano 690,86% a.a.

* Serviços com incidência de IOF Adicional (0,38%) e IOF Diário (0,0082%).

Importante	
OS CARTÕES COM MAIS DE UM ANO DE EMISSÃO TERÃO ANUIDADE ALTERADA EM MARÇO/18 PARA 12X R\$13,99 TIT. E 12X R\$5,74 ADICIONAL.	

Mensagem Importante	
EM 30/6/19 O EMISSOR E O ESTIPULANTE DE SEGURO DO SEU CARTÃO PASSARÃO A SER O BANCO BRADESCARD S.A PERMANECENDO INALTERADAS AS CONDIÇÕES DE USO E BENEFÍCIOS PREVISTOS NO REGULAMENTO.	

Atenção: Em caso de pagamento inferior ao valor total, o Cliente deverá arcar com as taxas e encargos apontados nessa fatura, incidentes sobre a diferença entre o valor total e o valor pago. Optando pelo pagamento do valor mínimo serão cobrados encargos contratuais de até R\$ 48,14 e o saldo total, que não for pago integralmente até o vencimento da fatura subsequente, será parcelado.

Histórico de Lançamentos		US\$	R\$
Data		4271.XXXX.XXXX.0015	
30/06/2018	VIA VAREJO FL PARC11/12		168,58
16/12/2018	VIA VAREJO FL PARC06/10		79,90
07/04/2019	VIA VAREJO FL PARC02/05		60,98
03/05/2019	PAGAMENTO BRADESCO		333,43
09/05/2019	JUROS REMUNERATORIOS		2,10
09/05/2019	IOF SOBRE OP FINANCEIRAS		0,11
21/05/2019	MULTA POR ATRASO		6,53
21/05/2019	JUROS DE MORA		0,21
21/05/2019	ANUIDADE DIFERENC 0015		14,88
	TOTAL GERAL DOS LANÇAMENTOS R\$		331,29

SALDO US\$ 0,00 X COTAÇÃO R\$ 4,3000 = 0,00

Central de Atendimento ao Cliente: Capataz e Regiões Metropolitanas: 4003-4033 Demais regiões: 0600 800 4033 (Atendimento de 2ª a 6ª feira das 8h às 20h, exceto feriados)
Consultas, informações e Serviços Transacionais: SAC - BradesCard: 0600 727 9998 SAC - Deficiência Auditiva ou de Fala: 0600 722 0099 (Atendimento 24 horas, 7 dias por semana) Reclamações,
Cancelamentos e informações Gerais:
Ouvidoria: 0600 727 9939 (Atendimento de 2ª a sexta-feira das 8h às 16h, exceto feriados). Se não ficar satisfeito com a solução apresentada, contate a Ouvidoria.

	237-2	23794.02510 96746.132172 20000.060002 1 00000000000000			
Nome do Pagador/CPF/CNPJ/Endereço JOSE CELIO DA SILVA - 627.098.603-68 R CEL JOAO CORREIA 1491 GRANJA LISBOA 60540-285 FORTALEZA CE					
Sacador/Avista Nosso Número 19/67461321720-9					
Nr do Documento 19/67461321720-9		Data de Vencimento 01/06/2019		Valor do Documento 331,29	
Nome do Beneficiário/CPF/CNPJ/Endereço Cinza Vila Yara Osasco SP CEP 06029-900 / CNPJ: 60.746.948/0001-12					
4025-8/0000800-9				Autenticação Mecânica	