

PROCURAÇÃO AD JUDICIA**OUTORGANTE:**

Nome: <u>Mateus Henrique de Moraes</u>		Nacionalidade: <u>Brasileiro</u>
Estado Civil: <u>Casado</u>	Profissão: <u>Garç</u>	Carteira de Identidade: <u>242690491</u>
CPF nº: <u>130.153.347-51</u>	Residência: <u>Rua Nossa Senhora da Graça, 80</u>	
Bairro: <u>Pajucara</u>	Cidade: <u>Maracanaú</u>	Estado: <u>CE</u> CEP: <u>61.932-639</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), 19 de Fevereiro de 2019.

x Mateus Henrique de Moraes
Outorgante

DECLARAÇÃO

Eu, Mateus Henrique de Moraes,
brasileiro(a), Paraná, Goiá, portador da Carteira de Identidade/RG
nº 24269045-1, e inscrito no CPF/MF sob o nº 130.153.347-51, residente e
domiciliado na cidade de Moracuruí, estado do Ceará, na Rua
Nossa Senhora da Graça, nº 80, 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.

Fortaleza (CE), 14 de Fevereiro de 2019.

x Mateus Henrique de Moraes



LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

22 MAIO 2018



Nº de Inscrição:

007885261

DADOS DO CLIENTE

Nome: PATRICIA GOMES COSTA

End. Leitura: RU NOSSA SRA DAS GRACAS, 1033, 80, PAJUCARA

Cidade: MARACANAU

CEP: 61932-635

End. Entrega:

Cidade:

Local: 146

Sector: 084

Subsector: 00

Quadra: 0351

Subquadra: 00

Lote: 0253

CEP:

Comp: 0000

ECONOMIAS

Residencial: 001

Comercial: 000

Industrial: 000

Pública: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volumem³	Média Semestral m³
ÁGUA	A16F239325	56	63	7	5

DATAS

Leitura Atual: 27/03/2018

Emissão: 27/03/2018

Lacre Água: 3171054

Leitura Anterior: 23/02/2018

Próxima Leitura: 26/04/2018

Lacre Esgoto:

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 02/2018

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Exigidas	103	103	030	103	103
Analisadas	112	112	112	109	109
Em conformidade	112	111	107	107	109

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

MEDIA DE CONSUMO (OUT/14 A SET/15): 9 m³ | META: 10 m³.

Agradecemos sua pontualidade. Água tratada e saúde.

24 DE MARÇO: DIA MUNDIAL DE LUTA CONTRA A TUBERCULOSE

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME		
ÁGUA	24,40	Mês/Ano	Água (m³)	Esgoto (m³)
MULTA DE 2%	0,95	mar/17	2	0
JUROS DE 0,033% AO DIA	0,16	abr/17	4	0
		mai/17	3	0
		jun/17	5	0
		jul/17	4	0
		ago/17	3	0
		set/17	2	0
		out/17	5	0
		nov/17	7	0
		dez/17	4	0
		jan/18	7	0
		fev/18	5	0

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO

Descrição	Valor (R\$)	SUBSÍDIO	
PIS	0,24	Descrição	Valor (R\$)
COFINS	1,21	VALOR DO SERVIÇO	39,81
		VALOR DO SUBSÍDIO	14,30
		VALOR TOTAL A PAGAR	25,51

MÊS/ANO
03/2018

VENCIMENTO
11/04/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)
25,51

ONDE PAGAR SUA FATURA

Bancos: Bradesco, BNPar, Itaú, BIC, Banco do Brasil, Caixa Econômica Federal, Santander, Triângulo. Outros: PagFácil. A Cagece disponibiliza o serviço de débito em conta de sua fatura. Ative já este serviço. Consulte sua agência.



LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

22 MAIO 2018

ASS: _____

É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme resoluções das Agências Reguladoras.

Mais informações pelo telefone: 0800 275 0195, nas lojas de atendimento, de 8h às 17h, no site www.cagece.com.br ou na ouvidoria da Cagece: 3101.1918, de 8h às 12h e 13h às 17h. Ouvidoria estadual: 155. Site da ARCE: www.arce.ce.gov.br. Entidades Reguladoras: Fortaleza: ACFOR – Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental; 0800 285 1918. Demais localidades: ARCE – Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará: 0800 275 3838.



**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA DO 21. DISTRITO POLICIAL

**BOLETIM DE Ocorrência Nº 121 - 323 / 2018****Dados da Ocorrência**Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**Data / Hora da Comunicação: **14/05/2018 10:22:47**Data / Hora da Ocorrência: **15/04/2018 20:45:00**Endereço da Ocorrência: **AVENIDA PARQUE OESTE**

Complemento:

Bairro: **DISTRITO INDUSTRIAL**Município: **MARACANAU/CE**Ponto de Referência: **COTECE****Dados da(s) Vítima(s)**Nome: **MATEUS HENRIQUE DE MORAES**Nascimento: **05/09/1988** CPF: **130.153.347-51**RG: **242690451**Orgão Emissor: **SECC**UF: **RJ**Filiação: **CÉLIA REGINA DE MORAES****N/C**Endereço: **RUA NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS, 80**Bairro: **PAJUÇARA**Município: **MARACANAU/CE**

CEP:

País: **BRASIL**Telefone: **(85) 98830-2331****Histórico**

Narra o declarante que na data e hora acima informada estava pedalando sua bicicleta pelo endereço acima informado, quando de repente surgiu uma motocicleta de placa PMZ-7704, trafegando na contra-mão de direção, com farol apagado, vindo a atropelar o declarante; QUE o motociclista não parou para socorrer o declarante; QUE foi socorrido por populares que passaram em um automóvel para o hospital ABENP, onde foi constatada fratura em dois dedos da mão direita; QUE se responsabiliza civil e penalmente por todas as informações aqui narradas; QUE caso o condutor da motocicleta seja identificado, tem interesse em representar em desfavor do mesmo; E nada mais disse.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 21. DISTRITO POLICIAL**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :****FRANCISCO ANJOS BEZERRA DE LIMA FILHO - MAT.: 198838-1-7****RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:***Mateus Henrique de Moraes***VISTO DO DELEGADO(A) :****JOSÉ EVILÁSIO COSTA REBOUÇAS - MAT.: 013335-1-8**

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):

*Antônio Henrique de Moraes*vítima de acidente de trânsito, em 15/09/18, sofreu:*Fratura do 4º metacarpo direito
CUI - S 62.6**luxação de tendão extensor longo do dedo*e submeteu-se a tratamento(s): *Clínico conservador
com imobilização gessada
fisioterapia*encontra-se de alta clínica, e apresenta invalidez permanente,
com grau de incapacidade funcional irreversível de:*Deformidade no 4º metacarpo
em semi flexão, dor e
desconforto, não realiza
apertar do metacarpo
Dificuldade de movimentos de
congo e, uso
com nome muito funcional
menor do
no meio definitivo*11/07/18Dr. Francisco Mardônio Salmito de Almeida
Ortopedia - Traumatologia

CREMEC 4411

Dr. Francisco Mardônio Salmito de Almeida

CREMEC 4411 /

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



FEDERAÇÃO DAS MISERICÓRDIAS E ENTIDADES FILANTRÓPICAS DO CEARÁ

SISTEMA DE RECEPÇÃO HOSPITALAR

ANAMNESE DE PACIENTE EXTERNO

DATA DE ATENDIMENTO: 15/04/2018

PACIENTE: Marcus henrique de Moraes

DATA DE NASCIMENTO: 05091988

CNS:

MÃE: Célia Regina de Moraes

essa senhora das graças

Nº 10

BAIRRO:

J. bandeirante

Cidade: Maracanaú

TELEFONE:

85 988302331

ATENDIMENTO PREFERENCIAL: SIM

NÃO:

RECEPCIONISTA: NATHAN

ESPECIALIDADE: TRAUMATOLOGIA

MÉDICO: DR. facundo

UNIDADE: ABEMP

CONVÊNIO: SUS

RESUMO DE TRATAMENTO

Acidente de trânsito (sic)
com trauma na mão direita

DESCRIÇÃO SUMÁRIA DO EXAME CLÍNICO

Periclitose - capitado e
impotência funcional no 4º D.D.

EXAMES SOLICITADOS

Rx da mão e do pulso
Trauma da falange proximal 5, 4º D.D.

DIAGNÓSTICO:

RTO - 1988

PREVISTO: SIM:

TRATAMENTO: NÃO:

CID:

CÓDIGO:

José Facundo Neto
Traumato - Ortopedista
CRM: 4364

COMISSÃO REVISORA DE PRONTUÁRIO
CONFERE COM O ORIGINAL
ASSOCIAÇÃO BENEFICIENTE MÉDICA DE PAJUCARA-ABEMP
Rua João Conrado, Nº 363 - Pajucara
CEP: 61.941-330

COORDENADOR
MARACANAÚ-CE

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTD

22 MAIO 2018

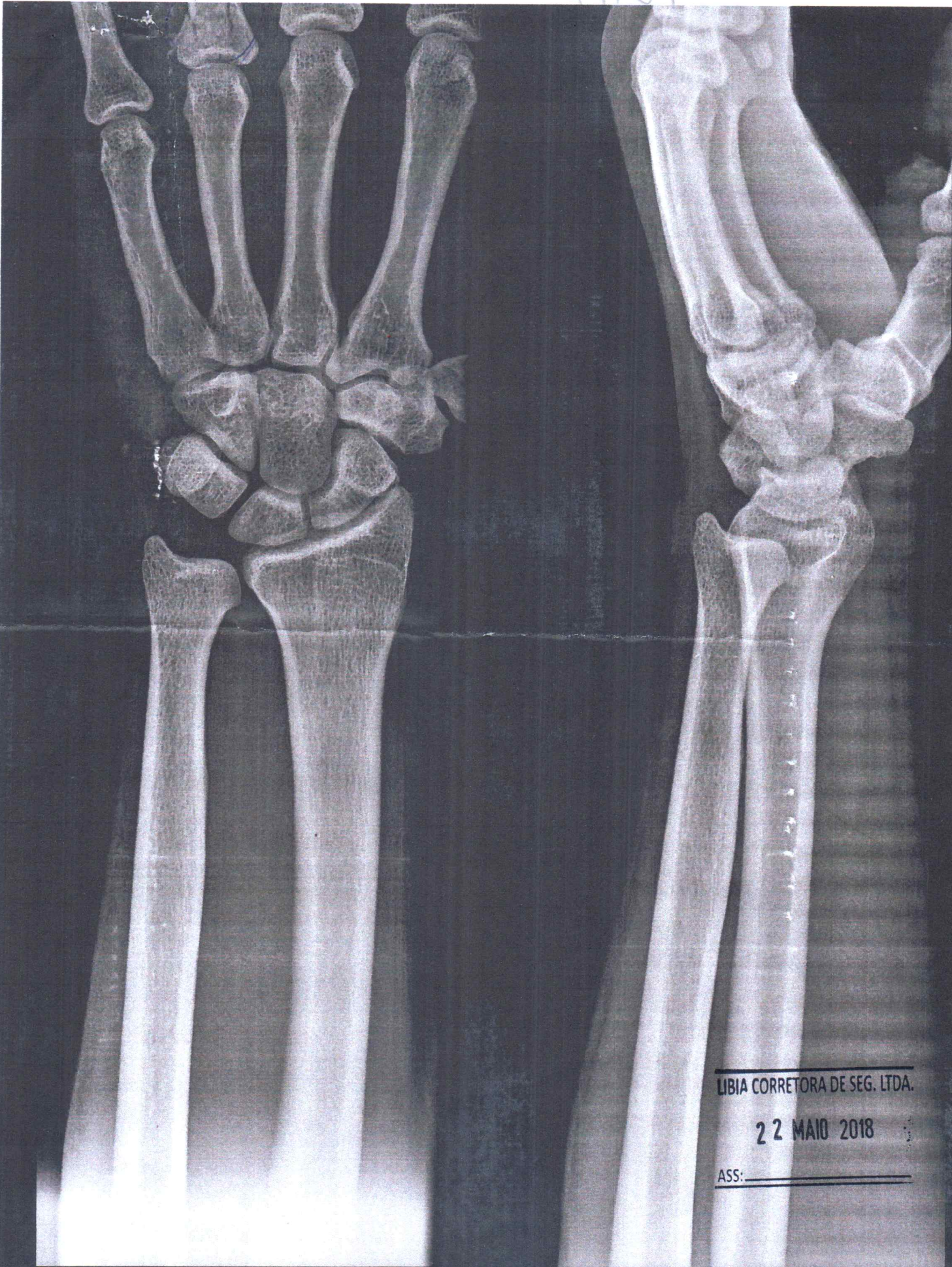
ASS:

ASS: MÉDICO RESPONSÁVEL

ASS: PACIENTE/RESPONSÁVEL

RUA JOÃO CONRADO, 363 - PAJUCARA - MARACANAÚ-CE
FONE: (85) 3215-3133 / 3215-3134 - CNPJ 06.587.611/0001-06

17107



LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

22 MAIO 2018

ASS: _____

13.36.36

Tam real

13.36.36

Tam real

Paciente: MATEUS HENRIQUE DE MORAES

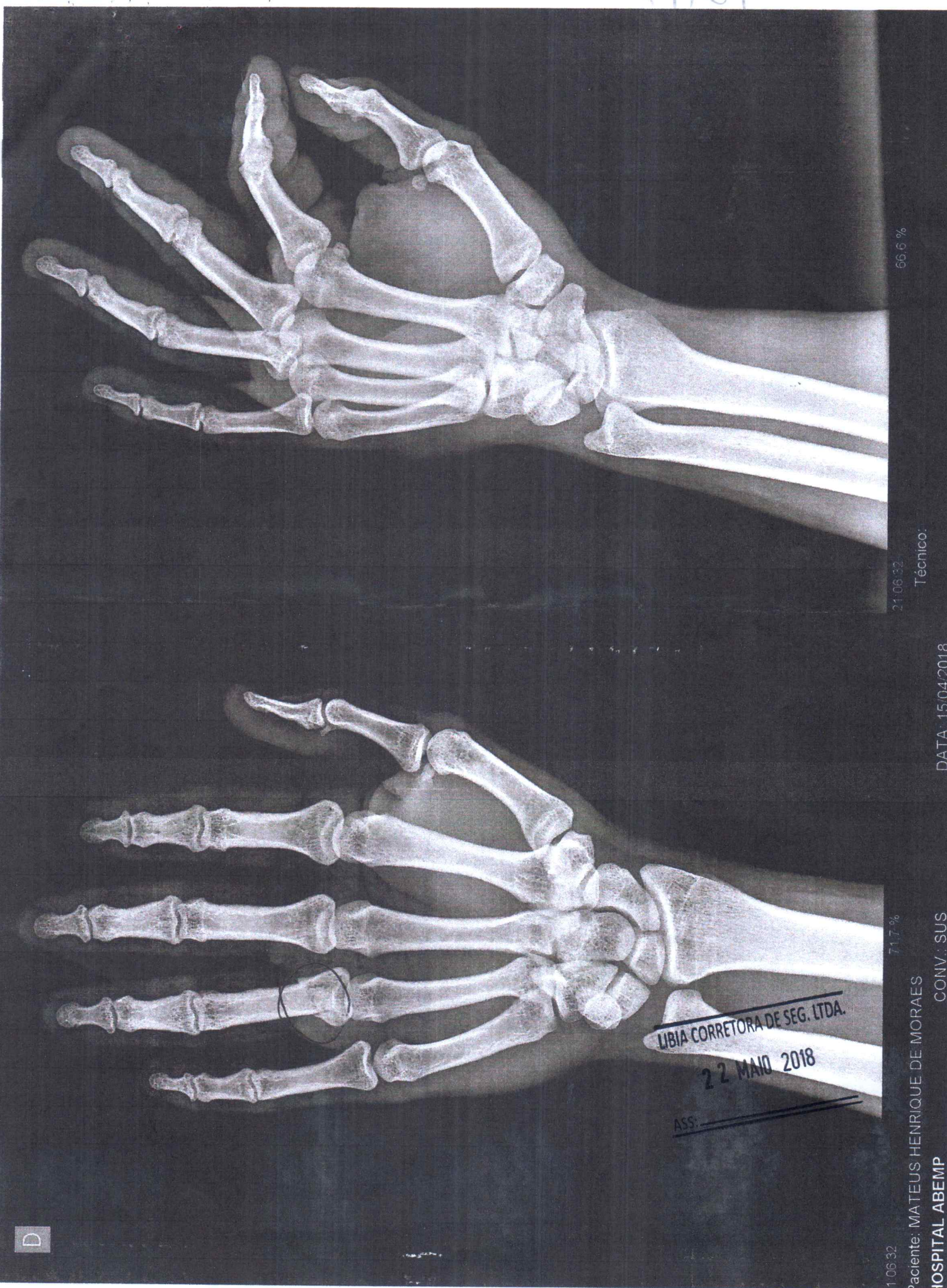
HOSPITAL ABEMP

CONV.: SUS

DATA: 29/04/2018

Técnico:

17/07



D

21/06/32

Técnico:

66,6 %

DATA: 15/04/2018

CONV.: SUS

71,7 %

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

22 MAIO 2018

ASS: _____

21/06/32

Paciente: MATEUS HENRIQUE DE MORAES

HOSPITAL ABEMP



FILIADA A FEDERAÇÃO DAS MISERICÓRDIAS E ENTIDADES FILANTRÓPICAS DO CEARÁ

Matem Henrique de Moraes.

~ docto

Terotrope - esse

Recepção Funerária
da mãe e do pai.

José Facundo Neto
Traumato - Ortopedista
CRM: 4364

29/04/2018

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

22 MAIO 2018

ASS: _____



ABEMP
Fisiot - Pajuçara

RECEITUÁRIO

Unidade de Saúde:

Abemp
Matheus Henrique de Moraes

Paciente portador de
Sequela de fratura de
mão D, encontra-se realizando
Fisioterapia. Apresenta bloqueio
articular de interfalangeanas.
(↓ Amplitude de movimento),
instabilidade ao pegar objetos.

14, 06, 2018

Dr. Isabela Drumisio
Fisioterapia
CREFIC 13471-F

Assinatura - CRM / CRO / COREN

5 SSMD - 160

13 AGO. 2018
-IA CORRETORA DE SEG. LTDA.

Doc Novo
13/08



FILIADA A FEDERAÇÃO DAS MISERICÓRDIAS E ENTIDADES FILANTRÓPICAS DO CEARÁ

Ata
Matheus Tenique de
Moraes

Ata Amulato D.
apto Jane
rebocha

29/06/2018
[Signature]
CP-M-4364

Rua João Camargo 363 - Pajuçara - Maracanaú Ceará - CEP: 61115-571 - 3215.2131
TELE: (85) 3522.7871
CNPJ: 06.571.000/0001-00

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

13 A60, 2018

ASS: _____



RUA JOÃO CONRADO, 363 - CNPJ: 06.575.411/0001-06
FONES: (85) 3215.3133 - 3215.3112
MARACÁ - CEARÁ

INSTITUTO NACIONAL DE SEGURIDADE SOCIAL
SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA

ATESTADO MÉDICO

ATESTO que o Segurado Antônio Henrique
de Moraes portador da Carteira Profissional nº _____
série _____ necessita de 15 (quinze)
Dias de afastamento do trabalho, a partir desta data, por motivo de doença.

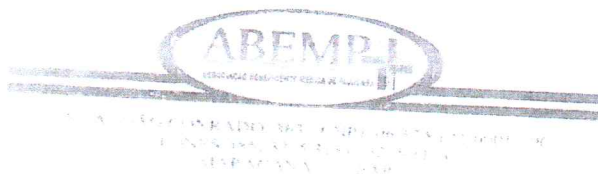
ABEMP Hospital e Ambulatório
Par. 15/04/2018 Localidade e data
José Facundo Neto
Traumato - Ortopedista
CRM: 4354
[Assinatura]
Ass. do Médico - CRM nº _____

NOTA: Este atestado é válido para as finalidades previstas no Art. 85
do RGPS, aprovado pelo Decreto nº 80.501 de 14/03/67 e será expedido
para o período de 15 dias de afastamento.

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

22 MAIO 2018

ASS: _____



INSTITUTO NACIONAL DE SEGURIDADE SOCIAL
SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA

AO ZN/SS

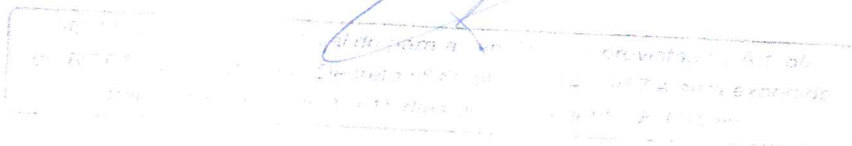
ATESTADO MÉDICO

ATESTO que o Segurado Matheus Henrique
de Moraes portador da Carteira Profissional nº _____
série _____ necessita de 30 Trinta dias de afastamento do trabalho, a partir desta data, por motivo de doença.

Fratura do 4º Q.D.P
na mão esquerda
em Fimbric (Ribeira do)
ABE MP. Paj. 29/04/2018
Hospital e Ambulatório _____ Localidade e data _____

José Facundo Neto
Traumato - Ortopedista
CRM: 4364

Ass. do Médico CRM: _____



LUBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

22 MAIO 2018

ASS.

Receituário

Nome: Matheus Henrique da Moura
Endereço: _____

Uso oral

☐ ARPADOL 400mg Cx.
Tomar _____ comprimido de _____ horas. Durante _____ meses.

☒ FLANCOX 500mg Cx.
Tomar 1 comprimidos de 12 em 12 horas, Durante _____ dias.

☐ MIOSAN/CAF _____ mg Cx.
Tomar _____ comprimidos de _____ / _____ hs. Durante _____ dias.

TRAT. do joelho Q.D.D

VOLTAR
29/04/2018

DATA 15.04.2018

José Facundo Neto
Traumato - Ortopedista
CRM: 4364

[Assinatura]
Médico (a) - CRM

NÃO AUTORIZO A TROCA
DESTE MEDICAMENTO

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

22 MAIO 2018

ASS: _____



Rio de Janeiro, 15 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: MATEUS HENRIQUE DE MORAES

Nº Sinistro: 3180372086

Vitima: MATEUS HENRIQUE DE MORAES

Data do Acidente: 15/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180372086**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13239057



Rio de Janeiro, 16 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **MATEUS HENRIQUE DE MORAES**

Nº Sinistro: **3180372086**
Vítima: **MATEUS HENRIQUE DE MORAES**
Data do Acidente: **15/04/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: **NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180372086**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **15/04/2018**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00885/00886 - carta_04 - INVALIDEZ

00050443



Carta nº 13254305