

PROCURAÇÃO

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA ET EXTRA"

OUTORGANTE: ANA CLEIDE TABOSA BRAGA,
brasileiro(a), estado civil CASADA, profissão
COMERCIANTE, portador da cédula de identidade Registro Geral
n.º 33732885199, inscrito no Cadastro de Pessoas Físicas sob o
n.º 929.971.982-72, residente e domiciliado(a) na
PV CARRAPICHO, 16900, BOA ESPERANÇA - 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: Por este instrumento particular de mandato, o **OUTORGANTE** confere aos **OUTORGADOS** plenos poderes para o foro em geral, com a cláusula *ad judicium* et extra, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-lo nas contrárias, seguindo uma e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando, conferindo-lhes, ainda, os poderes especiais para receberem citação, confessarem, reconhecerem a procedência do pedido, transigirem, desistirem, renunciarem ao direito sobre o qual se funda a ação, receberem, dar quitação, firmarem compromisso e assinarem declaração de hipossuficiência econômica, conforme estabelecido no Art. 105 do Código de Processo Civil (Lei 13.105/2015), agindo em conjunto ou separadamente, podendo ainda substabelecerem esta a outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, enfim, praticarem todos os atos processuais que achem oportuno e conveniente para o fiel cumprimento deste mandato, dando tudo por bom, verdadeiro, firme e valioso.

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, 26 de MARÇO de 2019.

Ana Cleide Tabosa Braga
OUTORGANTE

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA FINANCEIRA

Eu, ANA CLEIDE TABOSA BRAGA,
 brasileiro(a), estado civil CASADA, profissão
COMERCIANTE, portador(a) da Cédula de Identidade n.º
33732885199, inscrita(o) no CPF sob o n.
929.971.982 - 72, residente e domiciliado(a) na
 Rua/Avenida/Localidade) PV CARRAPICHO, 16900, BOA ESPERAN-
ÇA - 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 aceção.

Por ser verdade, firmo o presente.

Trairi - CE, 26 de MARÇO 2019.

Ana Cleide Tabosa Braga
 DECLARANTE

DECLARAÇÃO DE ISENÇÃO DE IRPF

Eu, ANA CLEIDE TABOSA BRAGA,
brasileiro(a), CASADA, COMERCIANTE, com
endereço na (Rua, Localidade, Avenida)
PV CARRAPICHO 16900 BOA ESPERANÇA - TRAIRI - CE
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 sítio 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.

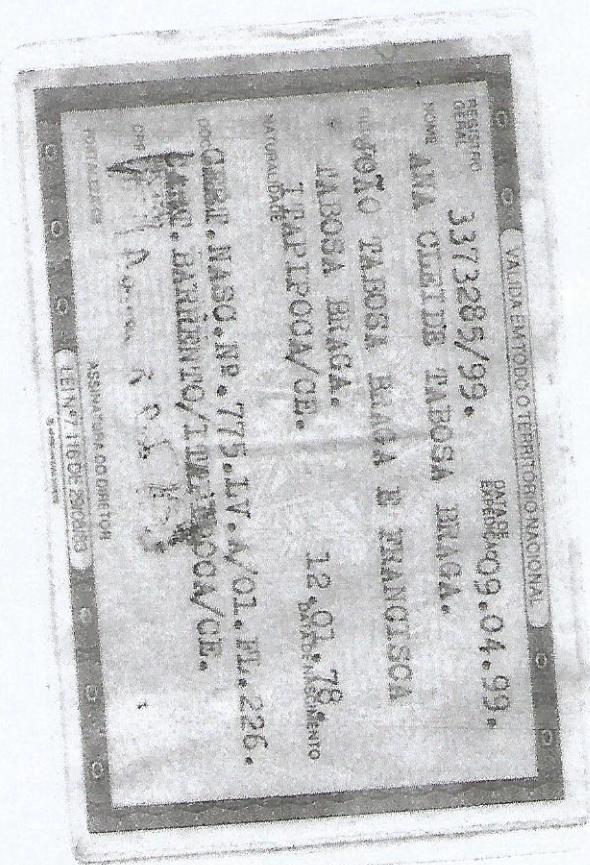
Nesse azo, assumo a responsabilidade de informar, imediatamente à Vossa Excelência a alteração da situação narrada, apresentando a documentação comprobatória, assim que disponibilizada pela RFB.

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, 26 de MARÇO de 2018. 2019

Ana Cleide Tabosa Braga
DECLARANTE

DOCUMENTOS PESSOAIS



COMPROVANTE DE ENDEREÇO



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° 563798582

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

FEV/2019

Utilize o n° abaixo sempre
que entrar em contato conosco

N° DO CLIENTE
2625928 DV **1**

VENCIMENTO
06/03/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)
0,00

DESCRIÇÃO DA CONTA

Rota 19 034080 12 015000
Nome ANA CLEIDE TABOSA BRAGA
Endereço Postal

Medidor 10899142
Poste 0000 0

End. da Unidade Consumidora PV CARRAPICHO 16900 BOA ESPERANCA TRAIRI 62690000

RG / CPF / CNPJ 929.971.983-72

CGF

Classe B1 - 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA

Fator de Potência 0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual	Leitura Anterior	Constante	Consumo (kWh)	Consumo Incl.	Consumo Faturado
13413	13370	1	43	0	43

Quantidade x Tarifa = Valor (R\$)

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/ Apresentação	Prev. Próxima Leitura
25/02/2019	28/03/2019

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

857A.6737.9A91.F807.BBFA.77FE.EA15.66D3

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
ISENTO		

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

OUTROS PAGAMENTOS

SALDO PARA PAGAMENTO FUTURO -22,50

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

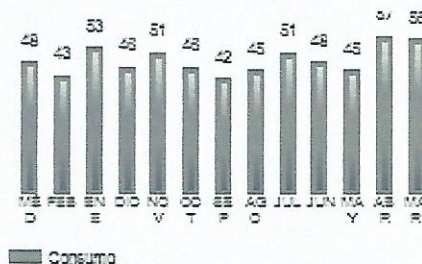
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 11,01

Conjunto TRAIRI

Mês DEZ/ 2018

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC (h)	5,19	10,38	20,77	0,00	0,00	5,34
FIC (un)	3,23	6,47	12,95	0,00	0,00	4,00
DMIC (h)	2,94			0,00		

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



autenticação mecânica cliente

N° do Cliente: 2625928-1 N° da Nota Fiscal: 563798582 Total a Pagar (R\$): 0,00
Data de Emissão: 26/03/2019 Referência: FEV/2019 N° de Controle:

FATURA PAGA, NÃO RECEBER

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ADRIANO FERNANDES PINHEIRO e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 04/07/2019 às 19:56, sob o número 01489348820198060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0148934-88.2019.8.06.0001 e código 4C1CCB1.

ATO DECLARATÓRIO DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

ATO DECLARATÓRIO DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

Eu, ANA CLEIDE TABOSA BRAGA, brasileiro(a),
CASADA, COMERCIANTE, RG 3373285199,
 CPF 929.971.983-72, residente e domiciliado(a) na (Rua, Avenida, Localidade)
PV CARRAPICHO, 16900 - BOA ESPERANÇA TRAIRI / CEARÁ - CEP. 62690000

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 PIOTANA A MOTOCICLETA HONDA 1812 125 ES (marca/modelo), PMB 7670 (placa), VERMELHA (cor) 2015/2015 (ano de fabricação/modelo) PARTICULAR (categoria) 9C27C4820FR593334 (chassi) de propriedade do Sr.(a) VILANI ADELINO DA SILVA
 Declaro ainda que, o acidente ocorreu por volta das 09:20:00, no dia 04/11/2017, no seguinte endereço/localidade: AV. CESAR CALS - TRAIRI CEARÁ CEP. 62690000

Obs: AO FAZER O RETORNO, PERDI O CONTROLE DA MOTO E FUI DE ENCONTRO AO SOLO

Na ocasião, sofri as seguintes lesões: FRATURA PE ESQUERDO

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 RENAN VITAL DA SILVA
 RG 20073788010, CPF 065.229.283-61.

(Assinatura) * Francisco Renan Vital da Silva

TESTEMUNHA 2 - JOSÉ EUDÁZIO LINHARES DE OLIVEIRA
 RG 2009028261, CPF 019.246.793-08.

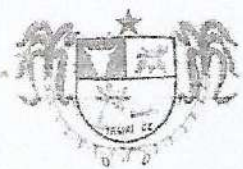
(Assinatura) * José Eudázio L. de Oliveira

+ Ana Cleide Tabosa Braga



Lei Federal 6.194/74: o valor 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



TRAIRI

PREFEITURA MUNICIPAL

2017 - 2020

Estado do Ceará
Município de Trairi
Secretaria de Saúde

fls. 24

36

FICHA DE ATENDIMENTO

Data:	Horário:	Paciente chegou: (☒) Meios próprios () Ambulância		
04/11/2017	09:38			
Paciente:				
Nome da Mãe:				
Francisca Tobiasa Braga				
Idade:	Sexo:	Data de Nascimento:	Nº do RG	Telefone
39a	F	12.04.1978		
Escolaridade	Cartão do SUS:	Profissão:		

Endereço:	Bairro:				
Camacho					
Cidade:	Estado:	Recepcionista:			
Trairi	CE	Adriano Ferreira			
PA: / mmHg	T: °C	Glicemia: mg/dl	P: Kg	Pulso: bpm	SPO ₂ %

História Clínica:

Queda de auto

Relato dos em tomzelo Eng.

Diagnóstico: Queda de auto

Exames Solicitados			
1.	2.	3.	4.

Assinatura e Carimbo do Profissional Responsável:

Dr. Martin Oliveira
Médico
CRM 18.136

DESTINO DO PACIENTE		DATA DA SAÍDA	HORA DA SAÍDA
() Alta	() Transferência	() Óbito	

Motivo do Óbito:

Assinatura do Paciente ou Responsável:

Adriano Ferreira Braga

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ADRIANO FERNANDES PINHEIRO e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 04/07/2019 às 19:56, sob o número 01489348820198060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0148934-88.2019.8.06.0001 e código 4C1CCB2.

- ① Profenid 100mg, 1m. 10x15
- ② Dexametazono 10mg, EV. 10x15
- ③ Dolantina 100mg +
250ml SFO, 9h, EV 10x15

J. Martin Oliveira
Médico
CREMEC 18.130

[Signature]
Marta Lima
Bsc. em Enfermagem
RPA - CE 301.042.7056

Guia de atendimento - EMERGENCIA ADULTO

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 064681	Atendimento 0006	Nome do Paciente ANA CLEIDE TABOSA BRAGA	CNS 898002386198873	Guia de Autorização
Documento(s) Identidade: 337328599		Estado Civil Casado(a)	Sexo Feminino	
Data de Nascimento 12/01/1978	Local ITAPIPOCA/CE	Idade 39 Ano(s)		
Pai JOAO TABOSA BRAGA	Mãe FRANCISCA TABOSA BRAGA			
Endereço RUA JOAQUIM TABOSA BRAGA 01, 2708	Bairro VIOLETE	CEP 62500-000	Município ITAPIPOCA	UF CE
Profissão COMERCIANTE	Empresa	Cônjuge JOSE EREDILSON BRAGA	Telefone 88 99194744	
Responsável ANA MARIA TABOSA BRAGA	CPF do Responsável	Endereço RUA JOAQUIM TABOSA BRAGA 01, 2708	Município ITAPIPOCA	UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 04/11/2017	Hora 20:44	Convênio SUS	Matrícula	CID
Profissional do Atendimento JOSE HERNANI CAMPOS DE OLIVEIRA JUNIOR		CRM/UF 4920/CE	Tipo Atendimento CONSULTA	
Indicador de Acidente Trânsito		Funcionário ANTONIO EURANI CAETANO DE AZEVEDO		
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) 120 X 80

Classificação de Risco

Classificação de Risco: VERDE Data e Hora: 04/11/2017 20:49

Responsável pela Classificação: ANTONIO EURANI CAET

Relatório:

cliente deu entrada nesta unidade apresentando edema em pe E, apos uma moto cair em cima, SPO2, 99% em ambiente, FC 82bpm.

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

*av. trauma pe E,
MMA - vítima para RS e
com c/ dor
ex. edema + hematomas
pe E
an. rx de pe - E, c/ fratura de
3º dedo pe, metacarpo;
s/ fratura
Bom + qm qm + mlt
Alto 31/11/17 -
e/foa qm due
Ana Cleide Tabosa Braga
Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: ANA MARIA TABOSA BRAGA*

Dr. Jose Hernani C. O. Jr.
Ortopedia - Traumatologia
CRM-CE 4920 TEOT - 5088
CPF: 378.930.503-06

JOSE HERNANI CAMPOS DE OLIVEIRA JUNIOR CRM: 4920



SÃOCAMILO
Hospital e Maternidade
São Vicente de Paulo

www.saocamiloitapipoca.org.br

fls. 27

RECEITUÁRIO MÉDICO

NOME DO PACIENTE

Maclen A. Silva

CPORR

① Paracetamol 500mg 12/12h

Paracetamol 500mg 12/12h

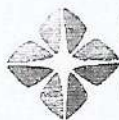
② Flanxoxona 500mg 12/12h

ITAPIPOCA, 4 de 11 de 2017

Dr. José Hernani C. Júnior
Ortopedia Traumatologia
CRM-CE 45176-5085
279 930 503-06

ASSINATURA E CRM

Hospital e Maternidade São Vicente de Paulo
Rua Urbano Teixeira de Menezes, 01
Fazendinha
62500-000 Itapipoca CE
Tel.: 88 3631.5100



SÃO CAMILO
Hospital e Maternidade
São Vicente de Paulo

www.saocamiloitapipoca.org.br

fls. 28

RECEITUÁRIO MÉDICO

NOME DO PACIENTE

Mrs. Cleide T. Lopes

UOOLAL

① DAFLON 1000 ola

para o dia

② EFRA ola

para o dia

ITAPIPOCA, 25 de 11 de 20

Ortopedia - Traumatologia

CRM/CE 4920 TEOD. 0088

ASSINATURA E CRM

Hospital e Maternidade São Vicente de Paulo
Rua Urbano Teixeira de Menezes, 01
Fazendinha
62500-000 Itapipoca CE
Tel.: 88 3631.5100

Nº		RECIBO		Valor 19234	
Recebi (emos) de <u>ANA CIBIDE F BRAGA</u>					
Endereço					
A importância de <u>CENTO E NOVENTA E DOIS REAIS TRINTA E OITO CENTAVOS</u>					
Referente					
<u>ETNA CPL</u>				<u>34.98</u>	
<u>COMPLA - TORAGBSSIC 10MG</u>				<u>2975</u>	
<u>FLANCOX. 900MG</u>				<u>2886</u>	
<u>DIAPYON 1000MG</u>				<u>9875</u>	
Para maior clareza, firma _____ e presente _____					
16.366.691/0001-81					
de _____ de _____					
FARMANOSSA PRODUTOS					
Emitente FARMACÊUTICOS LTDA CPF/RG _____					
Assinatura <u>Rua Manoel Teixeira, 139</u>					
Centro - CEP: 62 690-00					
[TRAIRI] - [CE]					

tilibra

DOCUMENTO DO VEÍCULO

