

# PROCURAÇÃO

## OUTORGANTE:

Emerson Nunes de Lima, brasileiro, solteiro autônomo  
inscrito no Rg 97012019049 e CPF 004.664.103-36  
residente na Rua Pedrinhas, 250 A Genibau - Fortaleza  
Cep: 60534-030 sem endereço eletrônico

**OUTORGADO:** Nomeia e constitui como bastante procurador para defender seus direitos fundamentais e interesses jurídicos, Dr. **FRANCISCO WAGNER BARBOSA DE ALENCAR FILHO**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/CE sob o nº 29.811 e a Dra. **SARAH BASTOS DE ALENCAR**, brasileira, solteira, advogada, inscrita na OAB/CE 33.781, ambos com escritório profissional na Avenida Desembargador Moreira, nº 2120, sala 1304, Bairro Aldeota, na Cidade de Fortaleza, no Estado Ceará, recebendo a comunicação de quaisquer atos processuais neste endereço.

**PODERES:** Por este instrumento particular de mandato, o OUTORGANTE confere aos OUTORGADOS plenos poderes para o foro em geral, com a cláusula *ad judicium* e *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-lhe, ainda, os poderes especiais para *receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, receber, dar quitação, firmar compromisso e assinar 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 substabelecer esta a outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, enfim, praticar todos os atos processuais que ache oportuno e conveniente para o fiel cumprimento deste mandato, dando tudo por bom, verdadeiro, firme e valioso.

Fortaleza, 20 de 09 de 2019.

Emerson Nunes de Lima  
**OUTORGANTE**

## DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Declaro, também, para os devidos fins, ser pobre, na forma e sob as penas da Lei nº 7.115/83, não podendo, assim, arcar com as despesas advindas desse processo sem que haja prejuízo do sustento meu e de minha família.

Fortaleza - CE, 20 de 09 de 2019.

Emerson Nunes de Lima

**Assinatura do declarante**

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTERIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

VALIDAR EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
1638171700

EMERSON NUNES DE LIMA

CPF: 004.664.103-36 DATA NASCIMENTO: 11/08/1981

FILIAÇÃO: JOAO MORAIS DE LIMA  
FATIMA NUNES DE LIMA

PRIMEIRO: JOAO SEGUNDO: FATO

AC: 06529639591 VALIDADE: 26/06/2020 TR: 15/12/2015

OBSERVAÇÃO:  
SEM OBSERVAÇÃO

Emerson Nunes de Lima

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL: FORTALEZA, CE DATA EMISSÃO: 26/04/2018

ASSINATURA DO EMISSOR

86424966060  
CE164748555

CEARA



Nº de Inscrição:

014669170

DADOS DO CLIENTE

Nome: **ENERSON NUNES DE LIMA**  
End. Leitura: **RU PEDRINHAS, 250, A, GENIBAU**  
Cidade: **FORTALEZA**  
End. Entrega:

CEP: **60534-030**

Cidade:  
Local: **001** Setor: **092** Quadra: **0048** Lote: **0133** Comp: **0000**  
Subsetor: **00** Subquadra: **00**

ECONOMIAS

Residencial: **001** Comercial: **000** Industrial: **000** Público: **000**

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

| Serviço | Metro      | Leitura Anterior | Leitura Atual | Volumem³ | Média Semestral (m³) |
|---------|------------|------------------|---------------|----------|----------------------|
| AGUA    | A18N382339 | 9                | 19            | 10       | 3                    |

DATAS

Leitura Atual: **20/03/2019** Emissão: **20/03/2019** Leitura Anterior: **16/02/2019** Próxima Leitura: **17/04/2019** Leitura Água: **3216217** Leitura Esgoto:

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A:

| Nº de Amostras  | Cloro | Turbidez | Cor | Coliformes Totais | Escherichia Coli |
|-----------------|-------|----------|-----|-------------------|------------------|
| Exigidas        | 526   | 526      | 125 | 526               | 526              |
| Analisadas      | 192   | 192      | 192 | 192               | 192              |
| Em conformidade | 187   | 192      | 184 | 189               | 192              |

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

**MEDIA DE CONSUMO (OUT/14 A SET/15): 8 m³ | META: 10 m³.**  
Agradecemos sua pontualidade. Água tratada e saúde.  
DIGITE ARCE NA PLAY STORE E BAIXE O APLICATIVO DA ARCE.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

| DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS | Valor (R\$) | HISTÓRICO DE VOLUME |
|------------------------|-------------|---------------------|
| AGUA                   | 24,40       | Mês/Ano             |
| ESGOTO                 | 13,66       | Agua (m³)           |
| MULTA DE 2%            | 0,11        | Esgoto (m³)         |
| JUROS DE 0,033% AO DIA | 0,04        |                     |
| LIG. AGUA C/INST. H    | 5,60        |                     |
|                        |             | 3/10                |

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO

| Descrição | Valor (R\$) | SUBSIDIO            | Valor (R\$) |
|-----------|-------------|---------------------|-------------|
| PIS       | 0,42        | VALOR DO SERVIÇO    | 74,05       |
| COFINS    | 2,09        | VALOR DO SUBSIDIO   | 30,24       |
|           |             | VALOR TOTAL A PAGAR | 43,81       |
| MÊS/ANO   | VENCIMENTO  | TOTAL A PAGAR (R\$) |             |
| 03/2019   | 04/04/2019  | 43,81               |             |

BAIXE PAGAR SUA FATURA

I: 353584050764782 L: 5446 H: 11:06:51 R: 041 P: 001

Bancos: Bradesco, BNB, Itaú, BIC Banco do Brasil, Caixa Econômica Federal, Santander, Triângulo, Outros: Parati. A Cagece disponibiliza o serviço de depósito em conta de depósito automático. Para mais informações consulte o site.



Obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme resoluções das Agências Reguladoras. Entidades Reguladoras: Fortaleza: ACFOR - Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental: 0800 285 1919. Demais localidades: ARCE - Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará: 0800 275 3838. Ouvidoria estadual: 155. Site da ARCE: www.arce.ce.gov.br. 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: 3101.1919, de 8h às 12h e 13h às 17h.



Fatura Mensal

DADOS DO CLIENTE

353584050764782 - 5446

Inscrição: 014669170 Código de Responsável: Mês: 03/2019  
Local: 001 Setor: 092 Quadra: 0048 Lote: 0133 Comp: 0000  
Subsetor: 00 Subquadra: 00  
Cidade: FORTALEZA Vencimento: 04/04/2019 Total (R\$): 43,81

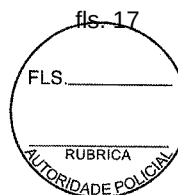


**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO



Impresso nº 2018300983

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 5308 / 2018

**Dados da Ocorrência**Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**Data / Hora da Comunicação: **14/12/2018 17:07:04**Data / Hora da Ocorrência: **22/09/2018 06:00:00**Endereço da Ocorrência: **AVENIDA MISTER HULL, 4857**

Complemento:

Bairro: **ANTONIO BEZERRA**Município: **FORTALEZA/CE**

Ponto de Referência:

**Dados da(s) Vítima(s)**Nome: **EMERSON NUNES DE LIMA**Nascimento: **11/08/1981** CPF: **004.664.103-36**RG: **97012019049**Orgão Emissor: **SSPCE**

UF:

Filiação: **FATIMA NUNES DE LIMA****JOAO MORAIS DE LIMA**Endereço: **RUA DAS PEDRINHAS, 250**Bairro: **GENIBAU**Município: **FORTALEZA/CE**CEP: **60.534-030**País: **BRASIL**Telefone: **(85) 98815-6342****Dados do(s) Veículo(s)**1) Placa: **PMO8499** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi:**9C2KC1680FR532921** Renavam: **1026766530** Tipo do Veículo:**MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG150 FAN ESDI** AnoFabricação: **2014** Ano Modelo: **2015** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**Cor: **PRETA** Proprietário: **MONALICE DE LIMA GILDO** Situação: **NÃO****INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO****Histórico**

AFIRMA O DECLARANTE QUE NA DATA, HORA E LOCAL CITADOS; QUE POSSUI HABILITAÇÃO CNH Nº06529639591, CATEGORIA "A", DETRAN/CE, FORTALEZA CEARÁ, QUE, PILOTAVA A MOTOCICLETA DE PLACA PMO-8499/CE; QUE TRAFEGAVA PELA AV. MISTER HULL, QUANDO AO DESVIAR DE UMA SENHORA NA VIA, PERDEU O CONTROLE DA MOTO, E COLIDIU EM OUTRA MOTO DE PLACAS NÃO ANOTADAS, QUE COM O IMPACTO, A VITIMA FOI AO SOLO E FICOU LESIONADO; QUE, A VITIMA FOI SOCORRIDO PELO SAMU SENDO LEVADA PARA ATENDIMENTO NO IJF-CENTRO. E NADA MAIS DISSE.//

OBS: FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO ART. 340 DO CPB.

PRAZO PREVISTO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL: 6 MESES.

**DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO****RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :****ADRIANA ARRAIS MOREIRA - MAT.: 300085-1-0****RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:***Emerson Nunes de Lima*



**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

Impresso nº 2018300983

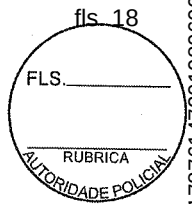
**BOLETIM DE Ocorrência Nº 301 - 5308 / 2018**

**VISTO DO DELEGADO(A) :**

**JOSE RODRIGUES JUNIOR - MAT.: 126788-1-9**

*Emerson Nunes de Lima*

*[Large handwritten signature]*



# 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):

Emerson Nunes de Lima

vítima de acidente de trânsito, em 22.09.2018, sofreu:

Fratura exposta dos ossos do perno tipo  
CID- S82-2

e submeteu-se a tratamento(s): CIRCUNSC

Redução e fixação externa dos fraturas  
+ limpeza cirúrgica

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

Atrofia muscular

Bloqueio articular do tornozelo

Movimento claudicante

força diminuída

Dificuldade de locomoção

nos ossos

com comprometimento funcional irreversível

prejudicial ao trabalho

nas atividades

22.02.19

Dr. Francisco Mardônio Salmito de Almeida

(CREMEC 4411)

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

**Registro de Atendimento Emergencial**

Emitido em: 14/12/2018 15:50:41

Por: EDUARDO MOREIRA

| REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL                                                                         |                                   |                                              |                                    |                   |                     | DATA/HORA: 22/09/2018 08:50:11 |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------|-------------------|---------------------|--------------------------------|--|
| IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE                                                                                   |                                   |                                              |                                    |                   |                     |                                |  |
| CNS: 700407444995541                                                                                        | NOME: EMERSON NUNES DE LIMA       |                                              |                                    | Registro: 5581670 |                     |                                |  |
| CPF: 00466410336                                                                                            | RG:                               | D. NASC: 11/08/1981                          | ESTADO CIVIL:                      | SEXO: M           | RAÇA/COR: Parda     |                                |  |
| NOME DA MÃE: FATIMA NUNES DE LIMA                                                                           |                                   |                                              | NOME DO PAI: JOAO MORAIS DE LIMA   |                   |                     |                                |  |
| TIPO DE LOGRADOURO: Rua                                                                                     | ENDEREÇO DO PACIENTE: RIO VENTURA |                                              |                                    | Nº: 616           | BAIRRO: GENIBAU     |                                |  |
| COMPLEMENTO:                                                                                                | TELEFONE: , 985304686             | MUNICÍPIO: FORTALEZA                         |                                    | UF: CE            | CEP: 60510280       |                                |  |
| IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL                                                                                |                                   |                                              |                                    |                   |                     |                                |  |
| NOME: SAMU USB 80 COND VICENTE                                                                              |                                   | PARENTESCO:                                  |                                    |                   | TELEFONE: 985304686 |                                |  |
| ACIDENTE DE TRABALHO                                                                                        |                                   |                                              |                                    |                   |                     |                                |  |
| TIPO DE VÍNCULO:                                                                                            | CBO DO EMPREGADO:                 |                                              | CNPJ DO EMPREGADOR:                |                   | COSIDO DO CNAER:    |                                |  |
| ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO                                                                        |                                   |                                              |                                    |                   |                     |                                |  |
| MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motociclista, Colisão com um carro, pick up ou camionete                |                                   |                                              |                                    |                   |                     |                                |  |
| QUEIXAS: colisão moto x moto com trauma exposta em MIE , há 02 horas , apres. dor , nega desmaio , ECG - 15 |                                   |                                              |                                    |                   |                     |                                |  |
| OBSERVAÇÕES: problemas em MMII- fratura exposta                                                             |                                   |                                              |                                    |                   |                     |                                |  |
| SINAIS VITAIS                                                                                               |                                   |                                              |                                    |                   |                     |                                |  |
| LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Publica                                                                           | Escala de Dor: Moderado           |                                              | PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: AMARELO |                   |                     |                                |  |
| ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:                                                                               |                                   |                                              |                                    |                   |                     |                                |  |
| ATENDIMENTO MÉDICO                                                                                          |                                   |                                              |                                    |                   |                     |                                |  |
| Anamnese:                                                                                                   |                                   |                                              |                                    |                   |                     |                                |  |
| Exame Físico:                                                                                               |                                   |                                              |                                    |                   |                     |                                |  |
| Conduta:                                                                                                    |                                   |                                              |                                    |                   |                     |                                |  |
| TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:                                                                           |                                   |                                              |                                    |                   |                     |                                |  |
| EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:                                                                          |                                   |                                              |                                    |                   |                     |                                |  |
| ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:                                                                                 |                                   |                                              |                                    |                   |                     |                                |  |
| DATA E HORA DO ATENDIMENTO:                                                                                 |                                   | CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA: |                                    |                   |                     |                                |  |





**Prefeitura de  
Fortaleza**  
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Prota

## Atestado Médico

Atesto para fins de comprovação junto ao trabalho, que os dados abaixo são a verdade e servem de informação sobre as condições e razões da internação neste Hospital em relação ao Serviço de Traumatologia-Ortopedia.

NOME: EMERSON NUNES DE LIMA

LEITO: 1126

DATA DE INTERNACAO: 22/09/2018

DATA DA ALTA: //

BE/PRONT: 5581670

CIDADE DE ORIGEM: FORTALEZA

IDADE: 37

DIAGNOSTICOS: Fratura da diáfise da tíbia (AGUARDA CIRURGIA DEFINITIVA)

CONDUTA DECIDIDA PARA CADA LESAO:

STAFF QUE OPEROU NA EMERGENCIA:

STAFF DO LEITO: STAFF INDEFINIDO

RESIDENTE DO LEITO: RESIDENTE INDEFINIDO

Ass: \_\_\_\_\_

Dr. José F. Fernandes  
Traumatologista  
CRM 123456789

Retornar dia: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Hora: \_\_\_\_ para

Dr. \_\_\_\_\_

Data : 22/09/18

Dispensa do trabalho por :

90 (Noventa) dias



## LAUDO MÉDICO

### RELATÓRIO DE ALTA DA CIRURGIA PLÁSTICA

Nome: EMERSON NUNES LIMA  
Prontuário: 5581670  
Unidade:  
Leito:

RESUMO CLÍNICO: Paciente com pele e cobertura cutânea em MIG

Diagnóstico Principal: Pele e cobertura cutânea em MIG  
Sequelas apresentadas: (não se aplica)

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS: (X) SIM ( ) NÃO

- 1.1- CIRURGIA REALIZADA: Fechamento primário  
1.2- CIRURGIÃO: Dr. Bruno  
1.3- TIPO DE ANESTESIA/SEDAÇÃO:  
1.4- DATA: 15/10/18

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS: (X) SIM ( ) NÃO

- 1.1- CIRURGIA REALIZADA:  
1.2- CIRURGIÃO:  
1.3- TIPO DE ANESTESIA/SEDAÇÃO:  
1.4- DATA:

#### Condições de Alta/Transferência

Curado ( ) Melhorado (x) Inalterado ( ) Óbito ( )

Destino: Residência (x) Atendimento domiciliar ( ) Transferência para: \_\_\_\_\_

Retornar: (x) Ambulatório em:

#### Observações:

Marcar consulta no ambulatório da Cirurgia Plástica, AGENDAR RETORNO 1 mês

Trocar curativo a cada 2 dias, no posto de saúde / upa.

Tomar medicações prescritas.

Retirar pontos com o cirurgião no posto de saúde

Data: 15/10/2018

Dr. Eduardo Lafayette  
Médico  
CRM 19224

Médico

CRM/Carimbo



**Prefeitura de  
Fortaleza**  
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

## RECEITUÁRIO

Paciente: Emerson Nunes de Lima

BE / Prontuário: \_\_\_\_\_

Paciente com História de  
Perda de cobertura cutânea em  
Membro inferior esquerdo necessitando  
de curativos de suas feridas  
por 30 dias.

AD: 2429

13/10/18

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Ass./Carimbo do Médico

MA 000.003 - Versão 2 - 01/DEZ./17 - 1 via - Formato A5 (148/210).

► Rua Barão do Rio Branco, 1816 • Centro • CEP 60.025-061 • Fortaleza, Ceará  
(85) 3255-5000.

## 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):

Emerson Nunes de Lima

vítima de acidente de trânsito, em 22/09/2018, sofreu:

Fratura exposta das bases de  
pinos espinais  
civ - S82.2

e submeteu-se a tratamento(s):

Cirurgia. Redução e fixação  
externa + gesso cervicalencontra-se de alta clínica, e apresenta invalidez permanente,  
com grau de incapacidade funcional irreversível de:cervicais, dor nos membros  
inferiores, dificuldade de marcha  
monopodica claudicante  
forte dor no local  
dificuldade de locomoção  
comprometida funcional  
propriedade de equilíbrio  
do membro inferior

21/12/18

Dr. Francisco Mardônio Salmito de Almeida  
Ortopedia - Traumatologia  
CRM 4411

Dr. Francisco Mardônio Salmito de Almeida

CREMEC 4411 /

Dr. Francisco Mardônio Salmito de Almeida  
Ortopedia - Traumatologia  
CRM 4411

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

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

**SINISTRO 3190325574 - Resultado de consulta por beneficiário**

**VÍTIMA EMERSON NUNES DE LIMA**  
**COBERTURA** Invalidez  
**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** INVESTPREV Seguradora S/A-Filial Fortaleza - CE  
**BENEFICIÁRIO EMERSON NUNES DE LIMA**  
**CPF/CNPJ:** 00466410336

**Posição em 02-07-2019 12:51:16**

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  |
|-------------------|----------------------|------------------|--------------|
| 03/07/2019        | R\$ 4.725,00         | R\$ 0,00         | R\$ 4.725,00 |