

**Escritório Fortaleza**

R. Joaquim Felício, nº201, Sala 06, Shopping Cavalcante Plaza Center  
Bairro Messejana, Fortaleza - Ceará, CEP: 60.840-115  
Fone: (0xx85) 3215-1116  
E-mail: albeaugadvogados@hotmail.com

**Escritório Iguatu**

Rua Engenheiro Wilton Correia Lima, Nº 9  
Bairro Prado, Iguatu - Ceará, CEP: 63.502-105  
Fone: (0xx88) 3581-1280  
E-mail: albeaugadvogados@hotmail.com

**PROCURAÇÃO PARA A CLÁUSULA AD JUDICIA ET EXTRA**

**OUTORGANTE: CICERO OLIVEIRA LIMA**, brasileira, solteira, pedreiro, portador da Cédula de Identidade número 6102561 PC/PA, inscrito no CPF sob o nº 422.133.393-68, residente e domiciliado à Vila Penha, S/N, Fomento, Iguatu-CE, CEP: 63.500-000.

**OUTORGADOS: DIEGO VICTOR LOBO SILVEIRA**, brasileira, solteiro, advogado, inscrito na OAB/CE sob nº 25.815, **EURIJANE AUGUSTO FERREIRA**, brasileira, solteira, advogada, inscrita na OAB/CE sob nº 16.326, **JOÃO RICARDO PINHO**, brasileira, divorciado, advogado, inscrito na OAB/CE sob nº 33.315 e **LÍGIA SAMARA ALBUQUERQUE PINTO**, brasileira, casada, inscrita na OAB/CE sob o nº. 22.902, todos com endereço profissional situado à Rua Joaquim Felício, nº 201, Sl. 06, Shopping Cavalcante Plaza, Messejana, CEP: 60.840-115, Fortaleza/CE e/ou Rua Engenheiro Wilton Correia Lima, nº 9, Prado, Iguatu/CE, CEP 63.502-105.

**PODERES:** Para o foro em geral, conforme estabelecido no artigo 105 da Lei 13.105/2015 - Código de Processo Civil, e os 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, recorrer a quaisquer instâncias e tribunais, podendo atuar em conjunto ou separadamente, dando tudo por bom e valioso.

Iguatu/CE, 03 de janeiro de 2017.

Cicero Oliveira Lima

**Escritório Fortaleza**

R. Joaquim Felício, nº201, Sala 06, Shopping Cavalcante Plaza Center  
Bairro Messejana, Fortaleza - Ceará, CEP: 60.840-115  
Fone: (0xx85) 3215-1116  
E-mail: albeaugadvogados@hotmail.com

**Escritório Iguatu**

Rua Engenheiro Wilton Correia Lima, Nº 9  
Bairro Prado, Iguatu - Ceará, CEP: 63.502-105  
Fone: (0xx88) 3581-1280  
E-mail: albeaugadvogados@hotmail.com

## DECLARAÇÃO DE POBREZA

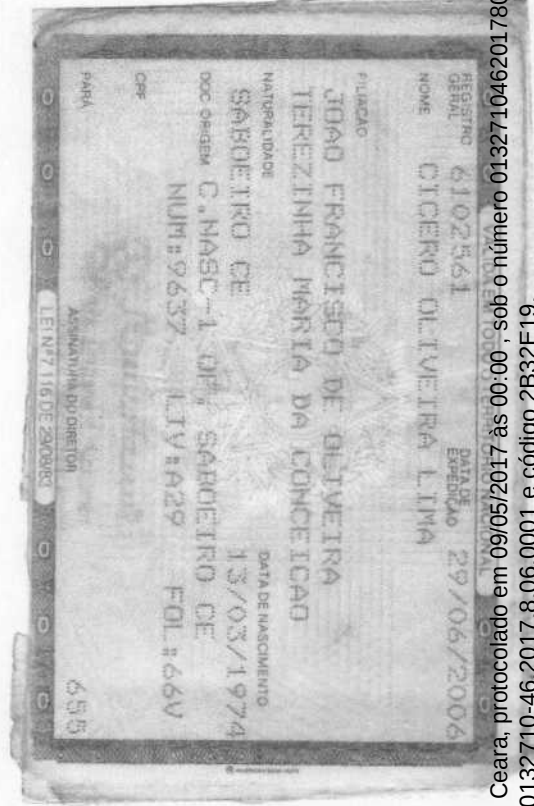
Eu, **CICERO OLIVEIRA LIMA**, brasileira, solteira, pedreiro, portador da Cédula de Identidade número 6102561 PC/PA, inscrito no CPF sob o nº 422.133.393-68, residente e domiciliado à Vila Penha, S/N, Fomento, Iguatu-CE, CEP: 63.500-000.

**DECLARO**, para os devidos fins de direito, perante a Justiça do Estado do Ceará, nos termos da Lei 7.115, de 29 de agosto de 1983, de que sou pobre na acepção jurídica do termo e não disponho de condições econômicas para custear as despesas judiciais sem sacrifício do meu sustento próprio e da minha família.

Por ser a expressão da verdade, assumo inteira responsabilidade pela declaração acima, sob as penas da lei, assinando a presente declaração para que produza seus efeitos legais de condições econômicas.

Iguatu - Ceará, 03 de janeiro de 2017.

Cicero Oliveira Lima





Ministério da Fazenda  
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **422.133.393-68**

Nome da Pessoa Física: **CICERO OLIVEIRA LIMA**

Data de Nascimento: **13/03/1974**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **20/02/1991**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **18:27:09**: do dia **03/01/2017** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **9447.39CB.B9C5.136D**

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br).

Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)

## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, CICERO OLIVEIRA LIMA,  
 RG nº 610.2561, data de expedição 27/06/06, Órgão PC/PA  
 CPF nº 422.152.393-68, venho perante a este instrumento declarar que  
 não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro  
 que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento  
 comprobatório em nome de terceiro:

|                                   |                   |
|-----------------------------------|-------------------|
| Logradouro<br>(Rua/Avenida/Praça) | <u>VILA PENHA</u> |
| Número                            | <u>512</u>        |
| Apto / Complemento                |                   |
| Bairro                            | <u>FOMENTO</u>    |
| Cidade                            | <u>160970</u>     |
| Estado                            | <u>CE</u>         |
| CEP                               | <u>63.500-000</u> |
| Telefone de Contato               |                   |
| E-mail                            |                   |

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: 160970/CE 07 de Janeiro de 2017

Assinatura do Declarante: Cicero Oliveira Lima

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, \_\_\_\_\_, RG nº \_\_\_\_\_, data de expedição \_\_\_\_\_, Órgão \_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito segundo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro.

|                                   |  |
|-----------------------------------|--|
| Logradouro<br>(Rua/Avenida/Praça) |  |
| Número                            |  |
| Apto / Complemento                |  |
| Bairro                            |  |
| Cidade                            |  |
| Estado                            |  |
| CEP                               |  |
| Telefone de Contato               |  |
| E-mail                            |  |

Por ser verdade, firmo-me

Local e Data: \_\_\_\_\_

Assinatura do Declarante: \_\_\_\_\_

**coelce**COMPANHIA ENERGÉTICA DO CEARÁ  
CNPJ 07.047.251/0001-70 - C.G.F. 06105.848-3  
Rua Padre Valdevino, 150. CEP 60135-040. Fortaleza/CE.

## Boleto para Pagamento

Nº DO CLIENTE 8051193

MUNICÍPIO IGUATU

NOME LUIZA CARLOS DE LIMA FEITOSA

ENDEREÇO VL PENHA 00000 00000 - FOMENTO

CEP 63.500-000

CPF/CNPJ: 007.946.563-31

| Mês/Ano               | GRANDEZA   | Cons. kWh | CÁLCULOS             |
|-----------------------|------------|-----------|----------------------|
|                       | Vencimento |           | Valor em R\$         |
| 01/2017               | 01/02/2017 | 401       | 296,66               |
| AUTENTICAÇÃO MECÂNICA |            |           | TOTAL A PAGAR 296,66 |

**coelce**

## Boleto para Pagamento

COMPROVANTE COELCE

MUNICÍPIO IGUATU

ROTA 021.012008.014.00126000

TOTAL A PAGAR 296,66

Nº DO CLIENTE  
8051193

83830000002-0 96660031000-0 00080511930-2 00011400281-9





**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**  
**SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL**  
**POLÍCIA CIVIL**  
**DELEGACIA MUNICIPAL DE JUCAS**

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 489 - 1356 / 2014**

**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTES - OUTROS**

Data / Hora da Comunicação: **21/11/2014 14:42:51**

Data / Hora da Ocorrência : **26/10/2014 18:00:51**

Endereço da Ocorrência: **VI. BARRO ALTO**  
**CE 375**

**NAO INFORMADO IGUATU /CE**

Ponto de Referência:

**Dados da(s) Vítima(s)**

Nome: **CICERO OLIVEIRA LIMA**

Nascimento :

RG: **6102561** Órgão Emissor: **SSP UF: CE - CPF: 42213339368**

Filiação: **JOÃO FRANCISCO DE OLIVEIRA**  
**TEREZINHA MARIA DA CONCEIÇÃO**

Endereço: **R VILA BARRO ALTO**

**IGUATU CE BRASIL**

Telefone:

**Histórico**

No dia 26.10.2014, por volta das 18h00m, o declarante estava conduzindo a motocicleta modelo YAMAHA/YBR 125, ANO 2002, COR VERMELHA, PLACA DFD-0682, CHASSI 9C6KE01302001837, licenciada em nome de ROSANGELA SATOS DO NASCIMENTO; Que o declarante estava vindo do sítio QUIXOA, para a VILA DO BARRO ALTO, em IGUATU, quando no percurso na saída da referida entrada já na CH 375, uma outra motocicleta modelo TRAXX 50CC, que ia na frente do declarante freou de repente, vindo o declarante a colidir na referida motocicleta, vindo o declarante e o condutor da outra motocicleta a caírem na pista; Que o condutor da outra motocicleta se evadiu do local sem prestar socorros ao declarante; Que o declarante não sabe informar que era o condutor da TRAXX 50CC; Que o declarante foi socorrido pelo SAMU, sendo levado ao HOSPITAL REGIONAL DE IGUATU, onde foi realizado a limpeza das escoriações no corpo do declarante e batido uma X na perna esquerda o qual constatou fratura; Que a referida perna foi imobilizada; Que o declarante após ser medicado recebeu alta para continuar o tratamento em sua residência...

**DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE JUCAS**

**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:**

**PEDRO CORREIA DA CUNHA - MAT.: 300069-1-7**

**RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:**

**VISTO DO DELEGADO(A):**

**JERFFISON PEREIRA DA SILVA - MAT.: 198810-1-6**





GOVERNO DO  
ESTADO DO CEARÁ  
Secretaria de Saúde

Ministério da  
Saúde



### CERTIDÃO NARRATIVA

CERTIFICA, em virtude da faculdade que lhe é conferida por lei e o requerimento por escrito da parte interessada, que o **SAMU 192-CEARÁ**, prestou atendimento ao Cícero Oliveira Lima, no dia 26/10/2014, às 16h50minhrs, no Sítio Barro Alto, na Cidade de Iguatu-Ce. Paciente vítima de acidente de trânsito. A mesma foi encaminhada ao H RI (Hospital Regional de Iguatu), Iguatu-Ce. E para constar eu, Priscila Holanda de Queiroz Oliveira Priscila Holanda de Queiroz Oliveira Enfermeira Auxiliar de Gerência da Base, lavrei a presente certidão.

Iguatu, 11 de novembro de 2014.

Atenciosamente,

Priscila Holanda de Queiroz Oliveira

PRISCILA HOLANDA DE QUEIROZ OLIVEIRA  
ENFERMEIRA AUXILIAR DE GERÊNCIA DA BASE  
SAMU IGUATU  
CORENCE 39682

Guia de atendimento - EMERGENCIA

Prontuário: 016170 Atendimento: 0007 CNS: Guia Aut:  
Paciente: CÍCERO OLIVEIRA LIMA Sexo: M  
RG : 6102561 Nascimento: 13/03/1974 Local: SABOEIRO/CE idade: 40 Ano(s)  
Pai: JOAO FRANCISCO DE OLIVEIRA Mãe: TEREZINHA MARIA DA CONCEIÇÃO  
Endereço: VILA BARRO ALTO, SN Telefone: 88 97061624 CEP: 63500-000  
Bairro: ZONA RURAL Município: IGUATU UF: CE  
Profissão: Empresa:  
Convênio: SUS Matrícula:  
Cônjuge: Responsável: O MESMO  
Endereço: VILA BARRO ALTO, SN Município: IGUATU UF: CE  
Data Atendimento: 26/10/2014 Hora: 18:01 CID: Sala:  
Médico: FRANCISCO REALES NAVARRO CRM/UF: 9272/CE  
Tipo Atendimento: ATENDIMENTO DE URGENCIA Funcionário: NEYARA MOREIRA DE JESUS  
Indicador de Acidente: CPF do Responsável:  
Observação:

Peso: kg Altura (cm): Sinais Vitais: T (°C): P (bpm): R (mpm): PA (mmHg) X

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

- Diante de  
- não  
- Trave HTE  
- de  
- cerca de 10

Carlos Alvaro Brady Moreira  
UF: CE

FRANCISCO REALES NAVARRO - CRM: 9272

Assinatura Paciente/Responsável

Atendimento EMERGENCIA

Nome: JOAO FRANCISCO DE OLIVEIRA  
Data de Nascimento: 13/03/1971  
CPF: 88.970.824-12  
Município: JUAZEIRO  
UF: CE  
Endereço: Rua...  
Bairro: ...  
Cidade: ...  
Estado: ...  
CEP: ...  
Motivo do Atendimento: ...  
Exames Solicitados: ...  
Diagnóstico: ...  
Tratamento: ...  
Assinatura: ...  
Data: ...

*[Handwritten signature and notes]*

Guia de atendimento TIRAUMATOLOGIA

Prontuário: 016170      Atendimento: 0008      CNES:      Guia Aut:      Sexo: M  
Paciente: CICERO OLIVEIRA LIMA      Nascimento: 13/03/1974      Local: SABOEIRO/CE      Idade: 40 Anos  
RG: 6102561      Mãe: TEREZINHA MARIA DA CONCEIÇÃO      CEP: 63500-000      UF: CE  
Pai: JOAO FRANCISCO E OLIVEIRA      Endereço: VILA BARFO - LT. 01, SN      Telefone: 88 97061624      Município: IGUATU      Empresa:      Matricula:      Responsável: O MESMO      Município: IGUATU  
Endereço: VILA BARFO - LT. 01, SN      Hora: 15:09      CII:      CRM/UF: 10671/CE      Sala:      Funcionário: MARIA SUELEN OLIVEIRA GONCALVES      CPF do Responsável:      Observação:      Peso:      kg      Altura: (cm):      Sinais Vitais: (°C):      P (bpm):      R (rpm):      PA (mmHg):      x

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

Paciente vítima de queda de moto  
no asfalto, amassado e de plató metálico

Tranquele-se de dor.

Ex: 1) Tala - equinodolice  
2) Surs

Dr. Marcel Pita  
Ortopedista - Traumatologista  
CRM: 12915

MARCEL PITA - CRM: 10

x *li lero o ligeira lino*  
Assinatura Paciente/Responsável

Hospital Regional Dr. Manoel  
Batista de Oliveira

www.saocamiloiguatu.org.br

ADMINISTRAÇÃO SÁO CAMILO

## ATESTADO MÉDICO

Atesto para devidos fins que o (a) Sr. (a),

Carla Duarte Lima

Compareceu neste hospital no dia de hoje das \_\_\_\_ h às \_\_\_\_ h por  
motivo de doença, devendo:

- ( ) Retornar ao trabalho.  
( ) Ser dispensado no dia de hoje.

( ) Permanecer afastado do trabalho (40) dias  
dias a partir de \_\_\_\_.

Observações: \_\_\_\_\_  
CID: S82

IGUATU 28 de 10 de 2019

ASSINATURA E CRM

▷ Hospital Regional Dr. Manoel Batista de Oliveira  
Rua Edilson Melo Távora s/n  
Cocobó  
63500-000 Igatu CE  
Tel 55 88 3510 1250

# ATESTADO MEDICO

Atestado de incapacidade para o trabalho, emitido em \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, por \_\_\_\_\_, médico(a) \_\_\_\_\_, CRM nº \_\_\_\_\_, em atendimento ao(a) paciente \_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_, residente em \_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_\_, bairro \_\_\_\_\_, cidade \_\_\_\_\_, estado \_\_\_\_\_.

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Tratamento: \_\_\_\_\_

Prognóstico: \_\_\_\_\_

Tempo de afastamento: \_\_\_\_\_ dias.

Assinatura do(a) médico(a): \_\_\_\_\_

Assinatura do(a) paciente: \_\_\_\_\_

Assinatura do(a) responsável: \_\_\_\_\_

**SINISTRO 3140159549 - Resultado de consulta por beneficiário****VÍTIMA** CICERO OLIVEIRA LIMA**COBERTURA** Invalidez**SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO** MBM SEGURADORA S/A**ENDEREÇO** Rua Álvaro Alvim, 21 3º andar, Centro, Rio de Janeiro - 19, CEP: 20031-010**BENEFICIÁRIO** CICERO OLIVEIRA LIMA**CPF/CNPJ:** 42213339368**Posição em 20-02-2015 12:57:05**

Indenização creditada em 29/01/2015, no valor de R\$ 1.687,50, em banco e conta de titularidade do beneficiário, conforme autorização de pagamento assinado pelo mesmo.

| <b>Data do Pagamento</b> | <b>Valor da Indenizacao</b> | <b>Juros e Correção</b> | <b>Valor Total</b> |
|--------------------------|-----------------------------|-------------------------|--------------------|
| 29/01/2015               | R\$ 1.687,50                | R\$ 0,00                | R\$ 1.687,50       |