



PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

Outorgante: <u>Rafael Cruz Sampaio</u>	Data Nasc:
Estado Civil: <u>solteiro</u>	Profissão: <u>autônomo</u>
RG: <u>20000513044</u>	Nacionalidade: <u>brasileiro</u>
CPF: <u>029.613.533-00</u>	
Endereço: <u>Rua Cem Carneira nº 1377</u>	
Cidade: <u>Fortaleza</u>	CEP: <u>60.730-440</u>

OUTORGADO: CAROLINA FREITAS MOREIRA, brasileira, solteira, advogada, inscrito na OAB/CE de nº 23.787, com escritório profissional na Rua Pedro Borges, nº 33, sala 516, Ed. Palácio Progresso, Centro, Cep: 60.055-10, Fortaleza-CE, fone: (85) 3055 9918.

PODERES: Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante nomeia e constitui, a outorgada, sua bastante procuradora, conferindo-lhe os poderes da cláusula "ad judicium et extra", podendo agir em conjunto ou separadamente perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, bem como conferindo os poderes especiais para promover a Ação Judicial competente para o **recebimento da indenização que lhe cabe, como beneficiário, em virtude de acidente de trânsito, cobertos pelo seguro DPVAT**, junto a qualquer companhia de seguro conveniada a FENASEG, participante do Convenio DPVAT, podendo firmar compromissos, contratos, promover ações de seu interesse, podendo representar em qualquer juízo com poderes para promover; acordos judiciais e extrajudiciais e demais atos necessários dos interesses dos serviços contratados podendo ainda, transigir, requerer, juntar e retirar documentos, assinar livros, termos, recibos, dar ou receber quitações, fazer levantamento de valores depositados, firmar autorizações de pagamentos ou créditos de indenização de sinistro **receber intimações para audiência e perícias médicas**, em nome do outorgante, enfim todos os poderes necessários para o cumprimento amplo do objeto do presente mandato.

Fortaleza (CE), 06 de Dezembro de 2018.

* Rafael Cruz Sampaio
OUTORGANTE



CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA

DECLARAÇÃO DE POBREZA

Declaro para os devidos fins que eu,
Diego Cruz Sampaio, residente e
domiciliado na Rua Com Curieia, nº 8377,
bairro: Vila Pery, na cidade de Fortaleza, portador(a) do
RG nº 2000010543044, inscrito(a) no CPF nº 029.613.533-00,
estou impossibilitado(a) de custear despesas judiciais sem prejuízo de meu
próprio sustento e da família não podendo arcar com custas processuais pelo que
declara ser pobre nos termos da lei nº 7.115 de 29 de agosto de 1983, pelo que
assume inteira responsabilidade, requer os benefícios da Justiça Gratuita, com
esteio na lei nº 1060/05.

Fortaleza, 06 de Dezembro de 20 18.

* Diego Cruz Sampaio
DECLARANTE



CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Pela _____, presente, _____ o _____ (a) Sr(a) Rafael Cruz Sampeio Declara para os devidos fins de direito que tem total e plena consciência da propositura da AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT em seu nome, e que a demanda judicial tramitará no Estado do Ceará, mais precisamente na Comarca de Fortaleza, ressaltando, ainda, que até a presente data, não propôs nenhuma ação judicial contra qualquer seguradora do consórcio de seguro DPVAT, referente aos fatos narrados e aos documentos ora apresentados.

Outrossim, DECLARA, ainda, estar ciente de sua responsabilidade (civil e criminal) pelos fatos, informações e documentos apresentados e anexados ao processo judicial de cobrança de seguro DPVAT, principalmente em caso de falsa declaração com o fim de alterar a litude sobre fato juridicamente relevante, exonerando a Dra. CAROLINA FREITAS MOREIRA, OAB/CE Nº 23.787, de qualquer responsabilidade civil e/ ou criminal.

Fortaleza, 06 de Dezembro 2018

* Rebel Cruz Sempio

DECLARANTE

TESTEMUNHAS:

1. NOME:

CPF:

ASSINATURA:

2. NOME:

CPF:

ASSINATURA:



CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Rafael Cruz Sampaio, brasileiro(a), solteiro, autônomo, portador(a) de cédula de identidade nº. 200002513049, inscrito(a) no CPF sob o nº 029.613.533-00, DECLARO que tenho domicílio e sou residente na Pua. : Com Curcica, nº 4377, Bairro _____, CEP: _____ - _____/CE, conforme comprovante de endereço anexo em meu nome.

Fortaleza, 06 de Dezembro 2018.

* Rafael Cruz Sampaio

DECLARANTE

TESTEMUNHA:

1. _____

RG Nº:

CPF Nº:

2. _____

RG Nº

CPF Nº

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 2067 / 2018****Dados da Ocorrência**Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**Data / Hora da Comunicação: **14/05/2018 15:50:38**Data / Hora da Ocorrência: **26/04/2018 08:00:00**Endereço da Ocorrência: **RUA COMENDADOR GARCIA**

Complemento:

Bairro: **VILA PERI**Município: **FORTALEZA/CE**Ponto de Referência: **PROXIMO A PANIFICADORA DA MAZE****Dados da(s) Vítima(s)**Nome: **RAFAEL CRUZ SAMPAIO**Nascimento: **02/02/1985** CPF: **029.613.533-00**CNH: **04953224087**Orgão Emissor: **DETRAN**UF: **CE**Filiação: **MARIA LIDUINA DA CRUZ SAMPAIO****ANTONIO MAURICIO SAMPAIO DE SOUZA**Endereço: **RUA COMENDADOR GARCIA, 1377**Bairro: **VILA PERI**Município: **FORTALEZA/CE**

CEP:

País: **BRASIL**Telefone: **(85) 98924-6889****Dados do(s) Veículo(s)**1) Placa: **PNK9008** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi:**9C2KC1670FR543587** Renavam: **1064775788** Tipo do Veículo:**MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG150 START** Ano Fabricação:**2015** Ano Modelo: **2015** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **PRETA**Proprietário: **RAFAEL CRUZ SAMPAIO** 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 PNK-9008 NA RUA COMENDADOR GARCIA, QUANDO UM CICLOMOTO DE PLACA NÃO ANOTADAS REALIZOU UM RETORNO SEM OS DEVIDOS CUIDADOS COLIDINDO COM A VITIMA, CAINDO A VITIMA NO ASFALTO, FICANDO LESIONADA SENDO SOCORRIDA PELO SAMU PARA O HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA - PARANGABA. A VITIMA INFORMA QUE DEVIDO AS LESÕES DO ACIDENTE ESTA IMPOSSIBILITA DE ASSINAR. 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) :****JOSE RODRIGUES JUNIOR - MAT.: 126788-1-9**

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO		
NOME RAFAEL CRUZ SAMPAIO		
	DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF 2000010513044 SSP CE	
	CPF 029.613.533-00	DATA NASCIMENTO 02/02/1985
	FILIAÇÃO ANTONIO MAURICIO SAMPAIO DE SOUZA MARIA LIDUINA DA CRUZ SAMPAIO	
PERMISSÃO ACC CAT. HAB. ☐ ☐ ☐ AB		
Nº REGISTRO 04953224087	VALIDADE 15/09/2019	1ª HABILITAÇÃO 28/05/2010
OBSERVAÇÕES SEM OBSERVAÇÃO;		
<i>Rafael Cruz Sampaio</i> ASSINATURA DO PORTADOR		
LOCAL FORTALEZA, CE	DATA EMISSÃO 16/09/2014	
<i>Igor Vasconcelos Ponte</i> ASSINATURA DO EMISSOR		65042569004 CE143756389
DETRAN - CE (CEARA)		

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1004227153

PROIBIDO PLASTIFICAR
1004227153

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 540725815

Rota 06 01210 66 299030 - 7 Data de Emissão 11/09/2018

Nome JOSIANE DE SOUSA MATOS

End. Postal RU COM GARCIA 01377 CS ALTOS B
VILA PERY - FORTALEZA - 60730440

Medidor 5735389 Poste 0000 0000

Classe B1 - 01-RESIDENCIAL 01-NORMAL MONOFASICO

RG / CPF / CNPJ 011003373-69 CGF

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência	Data da Apresentação	Previsão Próxima Leitura
Set/2018	11/09/2018	10/10/2018

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda desta conta.

Conjunto	Valor
Jul/2018	EUSD 14,84
Mês	DICRI = 0,00 P

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
51,42	27,00%	13,88

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

PARCELAS: 0248, 9095, 9227, 9440, 9790, 9999, 0635

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Ant.	Leit. Atual	Consumo (kWh)	Consumo (kWh)	Consum. Est.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
1769	1702	67	67	67	0,76	51,42
11/09/18	09/08/18	33 DIAS				

VALOR CONSUMO DO MES 51,42

COB. SALDO FATURA ANTERIOR 41,73

ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 4,74)

VENCIMENTO 18/09/2018

TOTAL A PAGAR (R\$) 93,15

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Item	Valor (R\$)
Consumo	51,42
Imposto de Renda	13,88
Outros	27,85

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

Mês	Consumo (kWh)
Set	56
Out	67
Nov	54
Dez	62
Jan	72
Fev	61
Mar	66
Abr	65
Mai	47
Jun	46
Jul	27
Ago	0
Sep	0

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Compensar suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emissão: 1,66 kg CO₂ / kWh

Compensar: 1,66 kg CO₂ / kWh

Consciência Ecológica (100%)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

SEU NÚMERO DO CLIENTE SEM O DÍGITO VERIFICADOR.

Chame os vizinhos e amigos e entre no combate ao mosquito transmissor da dengue, zika e chikungunya. Ministério da saúde. Gov. Federal.

Consta sobre tarifa de 1103 referente a PIS e COFINS. Alíquotas: PIS: 0,42% e COFINS: 1,91%.

Estamos em Bandeira Vermelha pagando 2 em set-18 com custo de 5,00 reais a cada 100kWh.

Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0188177-73.2018.8.06.0001 e código 421E1BE.



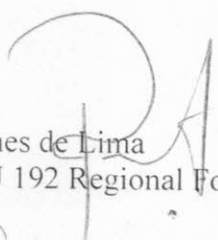
DECLARAÇÃO

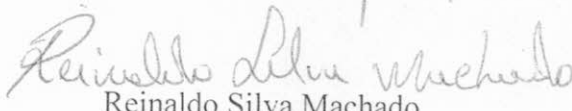
Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento ao Sr. **Rafael Cruz Sampaio**, no dia **26/04/2018**, às **08h43min**, na **Rua Comendador Garcia**, no **Bairro Vila Pery**, vítima de acidente de trânsito.

Documento requerido por meio do Processo nº **P176486/2018**.

Fortaleza, 09 de maio de 2018

Atenciosamente,


Roberto Gomes de Lima
Coord. SAME do SAMU 192 Regional Fortaleza


Reinaldo Silva Machado
Protocolo do SAMU 192 Regional Fortaleza



CERTIDÃO NARRATIVA

CERTIFICO, em virtude da faculdade que lhe é conferida por lei, que o Sr. Rafael Cruz Sampaio, foi atendido nesta unidade hospitalar no dia 26.04.18 sob registro de nº 335874, com diagnóstico de trauma no antebraço e punho direito. Em seguida paciente saiu de alta hospitalar.

Fortaleza, 02 de Maio de 2018

Atenciosamente,

M. Francisco D. L. I. Morano
Diretor Médico HDMª JBO
CRM 3631



**Prefeitura de
Fortaleza**

**PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSE BARROSO DE OLIVEIRA PARANGABA**

SUS

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

DADOS PESSOAIS			
NOME DO PACIENTE RAFAEL CRUZ SAMPAIO		Nº DO PRONTUÁRIO 335874	Nº DO BE 212170
CADUS	NASCIMENTO 02/02/1985(33 ANOS)	SEXO M	RAÇA/COR PARDO
NOME MÃE MARIA LIDUINA DA CRUZ SAMPAIO	NOME RESPONSÁVEL NI		
ENDEREÇO RUA COMENDADOR GARCIA 1377 VILA PERI	MUNICÍPIO FORTALEZA	UF CE	
CONTATO	CEP NI		
OCORRÊNCIA			
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO			
QUEIXA TRAZIDO PELO SAMU USR 88, ESCORIAÇÕES EM COTOVELO DIREITO, DOR AO MOVIMENTAR, DOR EM JOELHO DIREITO		MOTIVO ABALROAMENTO	
SINTOMAS NI	ESCALA DE DOR 99 (ADULTO)		
SINAIS VITAIS			
PESO NI KG	PRESSÃO ARTERIAL 150/110	SAT O2 99%	PULSO 95
TEMPERATURA NI °C	ALERGIAS NEGA	GLICEMIA NI	
CLASSIFICAÇÃO AMARELO	RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO ZÁLYA CAVALCANTE DE DEUS		DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO 26/04/2018 09:01:57
ÁREA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA	ÁREA ATENDIMENTO		
ATENDIMENTO MÉDICO			
<i>freume antebraço e punho ds</i> <i>Ap 7:50h</i> <i>stestes 8 ds</i> <i>Rx antebraço e punho ds</i> <i>centenas pontos ds</i> <i>antebraço</i> <i>cos ds</i>			
DIAGNÓSTICO	COD. PROCEDIMENTO	CID	
SADT SOLICITADO: () HC () SU () US ABDOMINAL () TC CRANIO () RAIOS-X	OUTROS		
PRESCRIÇÃO MÉDICA			
MÉDICAMENTO <i>Flanax</i> <i>oral</i> <i>centenas + seneres</i> <i>fecho ds</i> <i>303090286</i> <i>303090162</i>	APRAZAMENTO <i>8 ds</i>	OBSERVAÇÕES <i>ni</i> <i>Dr. Miguel Ricardo B. Moraes</i> <i>Traumatologista</i> <i>CRM - CE 4299</i>	
TIPO DE ALTA/SAÍDA			
() DECISÃO MÉDICA () A PEDIDO () EVASÃO () TRANSFERÊNCIA () INTERNAÇÃO ÓBITO: () ATÉ 48 HORAS () APÓS 48 HORAS DESTINO DO CORPO: () FAMÍLIA () IML () ANAT. PATOL			
DATA E HORA DO ATENDIMENTO		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA	

Impresso por ZÁLYA CAVALCANTE DE DEUS em 26/04/2018 às 09:02:01

Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 299 do Código Penal.

HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSE BARROSO DE OLIVEIRA
ATESTO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL

Emanuelle Monteiro
Mat. 763

Rafael Cruz
rafael cruz sampaio

contusões punhos e estiramento
Fratura escápula

HDMJBO - Hospital Distrital Maria José Barroso de Oliveira



Prefeitura de
Fortaleza

RECEITA

Pr

RHS

Rx para Cruz Lacerda

Indic.: 1 caixa

1 Flunox 500mg

1 com 12/12h

Volcan 03/05/18 54/ano
7h Monte

DATA: __/__/__

CRM-MÉDICO(A)

HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA

AV: OSÓRIO DE PAIVA N° 1127 PARANGABA FORTALEZA-CE

TEL: (85) 313-17322 EMAIL: secretdg.hdmjbo@sms.fortaleza.ce.gov.br

HDM/BO - Hospital Distrital Maria José Barroso de Oliveira



Prefeitura de
Fortaleza

FROTINHA DE PARANGABA

Av. Osório de Paiva N° 1127 – Parangaba – CEP 60.720 – 000 Fortaleza – Ceará

Telefone (85) 3131-7322

ATESTADO MÉDICO DE COMPARECIMENTO

Boletim de Emergência – CAD : _____

Atesto que o (a) Sr. (a) Rafael Cruz Sampaio

foi atendido (a) nesta Unidade de Saúde no dia 03/05/18 às 09:00 hs.

Tendo como causa de socorro _____

Necessita de (60 (sessenta)) dias de afastamento das suas funções para recuperação. Apresentando o seguinte diagnostico (CID) S62.0

Observações: _____

Fortaleza – Ce, 03 de Maio de 2018

Dr. Larissa Miranda Xavier Vieira
Ortopedista e Traumatologista
CRM 19.277

Obs.: Este atestado é válido para as finalidades previstas no art. 86 do R.G.P.S., aprovado pelo Decreto N° 60.501 de 14/03/67, e será expedido para justificati-va de 01 (hum) a 15 (quinze) dias de afastamento.

Cotclínica

Clínica de Ortopedia e Traumatologia do Ceará

Rua Guilherme Rocha, 1201 - Centro - CEP 60.030-141 TELEFAX: (85) 3212.8172 / (85) 3392.2700
E-mail: cotclinica@terra.com.br

RELATÓRIO MÉDICO

PI Rafael Cruz Sampaio.
O paciente acima citado, refere
acidente de Moto (Honda) /
fratura do osso Navicular no
punho direito (Encaixado), Tratado
cirurgicamente, fez 10m de fratura
pós.
Ficou o punho funcional
no punho direito, atende
no Antebraço direito. Esta-
de alta definitiva.

03.08.2018.
Data

Fernando Rabelo da Silva
Ortopedia e Cirurgia da mão
CRM 3630
Médico - CRM

SINISTRO 3180389949 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA RAFAEL CRUZ SAMPAIO

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE

INDENIZAÇÃO INVESTPREV Seguradora S/A-Filial Fortaleza - CE

BENEFICIÁRIO RAFAEL CRUZ SAMPAIO

CPF/CNPJ: 02961353300

Posição em 12-12-2018 14:26:17

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento. O valor abaixo será creditado na conta que você indicou no formulário de autorização de pagamento. O prazo para o banco confirmar o pagamento é de até 5 dias úteis. Caso não identifique o valor em sua conta após esse período, volte a consultar o processo aqui no site.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
06/09/2018	R\$ 843,75	R\$ 0,00	R\$ 843,75