

Sampaio & Catunda

ADVOGADOS ASSOCIADOS

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA E DE RESPONSABILIDADE

Orig: OK

5/12/16.

Nome: <u>Phabrisio Amaral Sales</u>		Nacionalidade: Brasileira
CPF: <u>613.645.923-04</u>	RG: <u>95002632123</u>	Profissão: ☒ Agricultor () Autônomo () Outro:
Avenida/Rua/Localidade: <u>Rua C. Res. Esc. Ap 204</u>		Nº <u>300</u>
Bairro: <u>Dourina</u>	Cidade: <u>Itapalpa</u>	Estado Civil: ☒ Solteiro () União Estável () Casado () Divorciado
CEP: <u>60.700-000</u>	Estado: CE	
Telefone: _____		

Declaro para os devidos fins que possuo hipossuficiência financeira, não possuindo condições de arcar com às 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.

Declaro ainda, para todos os fins a que esta se destinar, que fui devidamente esclarecido pelos Advogados habilitados na Procuração "Ad Judicia", acerca dos documentos necessários a serem apresentados para ingressar com a presente ação judicial, assumindo, assim, de forma plena, única e integral a responsabilidade por toda documentação acostada ao processo judicial, bem como pelos fatos narrados neste, isentando expressamente os advogados habilitados na Procuração "Ad Judicia" de qualquer ato inverídico ou omissos que possa interferir no resultado deste procedimento.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

J. Nova (CE), 30 de agosto de 20 17.

Phabrisio Amaral Sales

Sampaio & Catunda

ADVOGADOS ASSOCIADOS

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

OUTORGANTE:

Nome: <u>Thabrisio Amaral Sales</u>		Nacionalidade: Brasileira
CPF: <u>013.645.923-04</u>	RG: <u>95002632323</u>	Profissão: ☒ Agricultor () Autônomo () Outro:
Avenida/Rua/Localidade: <u>Rua C. Res. Exc. Ap 904</u>		Nº <u>300</u>
Bairro: <u>Paupina</u>	Cidade: <u>Santa Helena</u>	Estado Civil: ☒ Solteiro () União Estável () Casado () Divorciado
CEP: <u>60.700-000</u>	Telefone: <u>986822139 / 988127629</u>	Estado: CE

OUTORGADO:

RODOLFO DIOGO DE SAMPAIO FILHO, brasileiro, solteiro, advogado, CPF 017.809.013-13, inscrito na OAB-CE sob o Nº 23.814, e, **FILipe BEZERRA CATUNDA CAMPELO**, brasileiro, solteiro, advogado, portador da OAB/CE 27.565, ambos podendo ser intimados em Morada Nova-CE, na Rua José de Fontes Nº 90-A, têm entre si, justo e contratado, o que mutuamente aceitam e outorgam, mediante as cláusulas e condições seguintes:

PODERES:

Pelo presente instrumento particular de procuração, o Outorgante nomeia, constitui e habilita o (s) Outorgado (s) a praticar (em) todos os atos do processo, conforme disposto na primeira parte do art. 105, do Novo Código de Processo Civil.

CLÁUSULA ESPECÍFICA:

Por esta cláusula específica, O Outorgante habilita o (s) Outorgado (s) a transigir (em), desistir (em), renunciar (em) ao direito sobre o qual se funda a ação, firmar (em) compromisso, receber (em) e dar (em) quitação no presente feito, realizarem levantamentos e saques de Alvará Judicial, conforme parte final do art. 105, do Novo Código de Processo Civil.

M. Nova (CE), 30 de agosto de 20 17.

Thabrisio Amaral Sales
Outorgante

* Art. 105. A procuração geral para o foro, outorgada por instrumento público ou particular assinado pela parte, habilita o advogado a praticar todos os atos do processo, exceto receber citação, confessar, reconhecer a procedência do

Sampaio & Catunda

ADVOGADOS ASSOCIADOS

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Nome: <i>Thabicio Amaral Sales</i>		Nacionalidade: Brasileira
CPF: <i>613.645.923-04</i>	RG: <i>95002612123</i>	Profissão: ☒ Agricultor () Autônomo () Outro:
Avenida/Rua/Localidade: <i>Rua C. Res. Exc. Ap. 204</i>		Nº <i>300</i>
Bairro: <i>Paupina</i>	Cidade: <i>Fortaleza</i>	Estado Civil: ☒ Solteiro () União Estável () Casado () Divorciado
CEP: <i>60.700-000</i>	Estado: CE	
Telefone:		

DECLARO conforme artigo 1º, da Lei 7115/83, que não possuo comprovante de endereço em meu nome e resido no endereço acima mencionado.

DECLARO também ser conhecedor das sanções civis, administrativas e criminais a que estarei sujeito, caso o quanto aqui declarei não porte estritamente a verdade.

J. Nave (CE), *30* de *agosto* de 20 *17*.

Thabicio Amaral Sales

DECLARANTE

SINISTRO 3170188534 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** PHABRICIO AMARAL SALES**COBERTURA** Invalidez**SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO** Comprev Previdência S/A-Filial Fortaleza-CE**BENEFICIÁRIO** PHABRICIO AMARAL SALES**CPF/CNPJ:** 61364592304**Posição em 21-06-2017 10:32:04**

Pagamento creditado ao beneficiário de acordo com os dados informados na autorização de pagamento.

Data do Pagamento	Valor da Indenizacao	Juros e Correção	Valor Total
31/05/2017	R\$ 2.362,50	R\$ 0,00	R\$ 2.362,50



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



BOLETIM DE Ocorrência N° 301 - 546 / 2017

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
 Data / Hora da Comunicação: **25/01/2017 10:28:49**
 Data / Hora da Ocorrência: **05/12/2016 07:00:00**
 Endereço da Ocorrência: **RUA ANTERO DE QUENTAL**
 Complemento: **C/ RUA PADRE PEDRO DE ALENCAR**
 Bairro: **ALTO ALEGRE**
 Ponto de Referência:



Município: **FORTALEZA/CE**

Dados da(s) Vitima(s)

Nome: **PHABRICIO AMARAL SALES**
 Nascimento: **02/01/1980** CPF: **613.645.923-04**
 CNH: **05259555757** Orgão Emissor: **DETRAN** UF: **CE**
 Filiação: **IZETE AMARAL SALES**
JOAO EVANGELISTA CAVALCANTE SALES
 Endereço: **RUA C CONJ RESD. DOS ESCRITORES, 300 AP204 BL12**
 Bairro: **PAUPINA** CEP:
 Município: **FORTALEZA/CE**
 País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98682-2139**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **HXT8151** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi:
9C6KE044030012950 Renavam: **799749958** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **YAMAHA/YBR 125K** Ano Fabricação:
2003 Ano Modelo: **2003** Combustível: **GASOLINA** Cor: **PRETA**
 Proprietário: **PHABRICIO AMARAL SALES** Situação: **NÃO INFORMADO**
 Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

AFIRMA O DECLARANTE QUE NA DATA, HORA E LOCAL CITADOS; QUE, PILOTAVA A MOTOCICLETA DE SUA PROPRIEDADE DE PLACA HXT-8151-CE; QUE TRAFEGAVA PELA RUA ANTERO QUENTAL E AO PASSAR POR UMA DAS LOMBADAS EXISTENTES NA VIA PERDEU O CONTROLE DA MOTO E CAIU DENTRO DE UM BURACO NA VIA; QUE A VITIMA FOI AO SOLO E FICOU LESIONADA; QUE, A VITIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU E FOI LEVADO PARA ATENDIMENTO NO FROTINHA DA PARANGABA. 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 :

CRISTIANO ALEX NOGUEIRA DA SILVA - MAT.: 300518-1-5

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A) :

MARIA CÂNDIDA BRUM - MAT.: 126913-1-9

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 REGIONAL FORTALEZA, prestou atendimento ao Sr. Phabricio Amaral Sales, no dia 05/12/2016, às 08h10min, na Rua Antero de Quental c/ Rua Padre Pedro de Alencar, no Bairro Alto Alegre, vítima de acidente de trânsito. Removido ao Hospital Distrital Maria José Barroso de Oliveira.

Documento requerido por meio do Processo nº P512955/2017.

Fortaleza, 23 de janeiro de 2017

Atenciosamente,


Roberto Gomes de Lima
SAME do SAMU 192 Regional Fortaleza


Rita Lima
Ouvidora do SAMU 192 Regional Fortaleza

 Prefeitura de Fortaleza		PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA PARANGABA		189 SUS	
REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL					
DADOS DO PACIENTE					
NOME DO PACIENTE FRABRICIO AMARAL SALES			Nº DO PRONTUÁRIO 264881		Nº DO SE 114040
NOME DA MÃE CAVALCANTE SALES IZETE AMARAL SALES			NASCIMENTO 02/01/1980 (36 ANOS)	SEXO M	RACIA/COR PARDO
ENDEREÇO RUA C CONJ RESIDENCIA DOS ESCRITORES 300 AP 204 BLOCO 12 PAUPINA			NOME RESPONSÁVEL NI		UF CE
CIDADE FORTALEZA			CEP NI		
LUGAR DO OCORRÊNCIA/TRANSPORTE DO ACIDENTE					
OCORRÊNCIA					
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO					
QUEIXA ALGIA EM JOELHO ESQUERDO E ABRASÕES EM MSE APÓS TRAUMA. SAMU USB			NOTA AVALIAÇÃO TRAUMATOLÓGICA		
EXTENSÃO NI			ESPALHADO NI (ADULTO)		
PESO NI KG		PRESSÃO ARTERIAL NI/NI	SAT O2 NI%	PULSO NI	GLICEMIA NI
TEMPERATURA NI °C		ALERGIAS NI			
CLASSIFICAÇÃO VERDE		RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO JOANA MOURA		IMPRESSÃO DO RELATÓRIO 03/12/2016 09:06:59	
ÁREA DE PRECATORIO					
ÁREA ATENDIMENTO					
ATENDIMENTO MÉDICO					
<i>Trauma em joelho - E</i>					
EXAMES					
EXAMES DE LABORATÓRIO ☐ HC ☐ SU ☐ US ABDOMINAL ☐ TC CRANIO ☒ RAIO-X 30:040200 ☐ OUTROS					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
MEDICAMENTO		APRAZAMENTO		OBSERVAÇÕES	
<i>Na presença de dor, usar analgésico.</i> <i>Evitar movimentos bruscos.</i> <i>Manter o membro lesionado em posição de conforto.</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			CARGO DO AGENDADOR DO EXAME ESPECIALISTA		

Impresso por JOANA MOURA em 03/12/2016 às 09:07:02

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.

Victorino

IM 10/50

X 10/50

FRABRICIO AMARAL SALES

Dr. Glauco Roberto
Traumatologia
CRM 226 - TETO 1155

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

FUNCIONÁRIO - MATRÍCULA

524



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
HOSPITAL DIST. MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA
PROTINHA DE PARANGABA
AV. Osório de Faria nº 1177 - Parangaba - CEP 60.730-000 - Fortaleza-Ce
Telefone: (85) 3111 7222

RECEITA

01 Phabrisen Aivaldes

Indicação:

- Fisioterapia nas articulações
do joelho, pé e tornozelo (V)
na altura do joelho (Navele
Lind)

(30 sessões)

Dr. Cláudio Roberto
Traumatologista
CRM 2250 - 12041087

DATA: 30/01/2017

CRM - Médico (a)

Ambulatório



Fortaleza

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
HOSP. DIST. MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA
FROTEIRA DE PARANGABA
AV. Osório de Paiva nº 1127 - Parangaba - CEP 60.720-000
Fortaleza-Ceará Telefone: (85) 3131-7323

ATESTADO MÉDICO DE COMPARECIMENTO

Boletim de Emergência - CAD.: _____

Atesto que o (a) Sr. (a) Roberto Amaral Sales

foi atendido (a) nesta Unidade de Saúde no dia 25/12/16 às _____ hs.

Tendo como causa de socorro Infarto do miocárdio
agudo

Necessita de (-15-) dias de afastamento das suas funções para recuperação. Apresentando o seguinte diagnóstico (CID) S82.1

Observações: _____

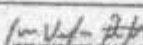
Fortaleza-Ce, 05 de 12 de 2016

Dr. Glauco Roberto
Traumatologia
CRM 8150-7/CE

CRM - Médico (a)

582-1
Fórmula de emergência de atendimento
Obs.: Este atestado é válido para as finalidades previstas no art. 86 do R.G.P.S., aprovado pelo Decreto N.º 60.501 de 14/03/67, e será expedido para justificativa de 01 (um) a 15 (quinze) dias de afastamento.

Assinado

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITACÃO	
	
FRANCISCO AMARAL SALES	
	CPF 05002612123 CE 88208
CPF 613.645.923-04 DATA NASCIMENTO 02/01/1980	
MUNICÍPIO JONAS EVANGELISTA CAVALCANTE SALES IATE AMARAL SALES	
PROFISSIONAL ☐ CC ☐ CITADA ☒	
Nº IDENTIFICAD 05223895757	VALIDADE 04/05/2021
VALIDADE 26/07/2011	
ASSINATURA 	
LOCAL PORTALEZA, CE	
DATA EMISSÃO 11/05/2016	
ASSINATURA DO DETRAN 	
NUMERO DO DETRAN 84030415092 CE153363991	
DETRAN CE (CLARA)	

VÁLIDA EM TODOS
 OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
 1284542720

PROIBIDO PLASTIFICAR
 1284542720



DADOS DO CLIENTE

Nome: MARIA DIVARES OLIVEIRA ARAÚJO
End. Entrega: RU C RES. ESC. 300, BL. 12 AP. 001, PRATINHA
Cidade: FORTALEZA

Tip. Entrega:

Cidade:

Local: 001 Selo: 000 Queda: 0110 Lata: 12/12 Cont.: 01/17

RECORRÊNCIAS

Requerente: 001 Quantidade: 000 Indicação: 000 Motivo: 000

INFORMAÇÕES SOBRE AQUELADO

Atividade: 01/17/2017 Status: 78 Valor: 000 Taxa: 12 Valor: 13

DADOS

Validade: 00.00.2017 Data: 00.00.2017 Data: 00.00.2017 Data: 00.00.2017

QUALIDADE DA ÁGUA (DETERMINAÇÃO REQUERIDA)

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Condutividade	Temperatura
1	1.1	1.1	1.1	1.1	1.1
2	1.1	1.1	1.1	1.1	1.1
3	1.1	1.1	1.1	1.1	1.1

REMARKS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

MEDIA DE CONSUMO (OUT/14 A SET/15): 8 m3 | META: 10 m3.
Caro cliente, encontram-se quitadas as faturas de sua titularidade, para esta unidade consumidora, vencidas em 2016, conforme a Lei n. 12.007/2009. Esta declaração substitui outras quitacoes do periodo e de anos anteriores.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

Valor (R\$)	Descrição	Valor (R\$)	Descrição
17,52	ÁGUA	17,52	ÁGUA
29,02	ESGOTO	29,02	ESGOTO
1,27	MULTA DE 2"	1,27	MULTA DE 2"
0,40	ADRESC. IMPONT. AJAJ. TARI	0,40	ADRESC. IMPONT. AJAJ. TARI
0,34	JUROS DE 0,033% AO DIA	0,34	JUROS DE 0,033% AO DIA
0,07	JUROS, MULTA TARIFA CONT	0,07	JUROS, MULTA TARIFA CONT
28,68	TARIFA DE CONTINUIDADE	28,68	TARIFA DE CONTINUIDADE

TÍTULOS SOBRE O FATURAMENTO

Descrição	Valor (R\$)	Descrição	Valor (R\$)
PIS	0,09	VALOR DO SERVIÇO	130,01
COFINS	4,80	VALOR DO SUBSIDIO	32,70
		VALOR TOTAL A PAGAR	167,60

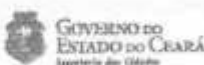
MÊS/ANO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
02/2017	21/02/2017	103,88



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

Maiores informações pelo telefone: 0800 278 0193, nas lojas de atendimento, de 8h às 17h, no site www.cagece.com.br ou na ouvidoria Cagece: 3101.1916, de 8h às 12h e 13h às 17h. Ouvidoria estadual: 155. Site da ARCE: www.arce.ce.gov.br

Entidades Reguladoras: Fortaleza: ACPOR - Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental: 0800 220 1919 - Demais Localidades: AR - Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará: 0800 278 0193.



DADOS DO CLIENTE
End.: 011716004

Valor do Faturamento

Data: 01/17

Local: 001 Selo: 000 Queda: 0110 Lata: 12/12 Cont.: 00/17

Cidade: FORTALEZA Vencimento: 21.02.2017 Total (R\$): 103,88

82620000001 4 03880009500 2 01131088000 7 01001122015 8



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 012410166255
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VLUC 01 799749558 0000000000 2016

FABRICIO AMARAL SALES

FORTALEZA/CE

61364592304

HXT8151

PLACA

9C6KE044030012950

PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC

GASOLINA

YAMAHA/YBR 125K

2003

2003

2P/12CV/124CC

PARTIC

PRETA

IPVA

22/33/33

1*****

IPVA

2*****

3*****

PRÊMIO TRANSITO (R\$)

1.11

292.01

18/02/2016

FORTALEZA

Incr Ponta

18/02/2016

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS TERCEIROS CAUSADOS POR VEICULO
AUTOMOTOREL DE AVULSO PRESTADO POR MOTORISTA CARGA APRESSOAS
TRANSFERIDAS OU NAU SEGURO DPVAT

CE Nº 012410166255 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2016

ESTE É O SEU SILHETE DO SEGURO DPVAT
61364592304 MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NÚMERO 1
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

2016 18/02/2016

01 61364592304 HXT8151

799749558 YAMAHA/YBR 125K

2003 09 9C6KE044030012950

PRÊMIO TARIFÁRIO

PRM (R\$) 129.04 CUSTO DO SEGURO (R\$) 14.34 CUSTO DO SEGURO (R\$) 143.38

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4.15 CUSTO DO BILHETE (R\$) 1.11 CUSTO DO BILHETE (R\$) 292.01

DATA DE QUITAÇÃO 18/02/2016

PROPRIETÁRIO
LOTE/DO SEGURO DPVAT

MOTOR: 5336E-513308

100-2015