

Sampaio & Catunda

ADVOGADOS ASSOCIADOS

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

OUTORGANTE:

Nome: <u>Antônio Lopes de Sousa</u>	Nacionalidade: <u>Brasileira</u>
Residência: <u>101 Jaibaras S/Nº III</u>	Profissão: <u>agricultor</u>
CPF nº: <u>403.858.333-34</u>	RG nº: <u>9903.10.25.225</u>
Bairro: <u>Jaibaras</u>	Cidade: <u>Sobral</u>
CEP: <u>62100-000</u>	Estado: <u>CE</u>
	Telefone: _____

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 Raimundo Nonato Nº 96-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 e constitui, o outorgado, seu bastante procurador, 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, em caso de julgada procedente a Ação e os recursos cabíveis, 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, rubricas, dar ou receber quitações, firmar autorizações de pagamentos ou créditos de indenização de sinistro receber intimações para audiências em nome do outorgante, enfim todos os poderes necessários para o cumprimento amplo do objeto do presente mandato.

Morada Nova – CE, 28 de novembro de 2015

Antônio Lopes de Sousa
Outorgante

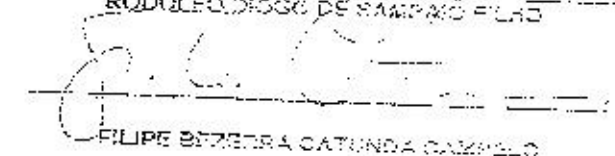
Assinada digitalmente por RENATO PIRES LUCAS e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 26/02/2016 às 20:26, sob o número 01157175920168060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0115717-59.2016.8.06.0001 e código 1F8B04C.

SUBSTABELECIMENTO

Substabeleço, SEM reserva de poderes, na pessoa dos advogados Drs. **MOISES CASTELO DE MENDONÇA**, **MARIA ITLANEIDE PIRES MENDONÇA**, **DAYSE PIRES MENDONÇA DA CRUZ** e **RENATO PIRES LUCAS**, brasileiros, casados, advogados, inscritos na OAB/CE. Sob o nº 9.340, 20.530, 27.519 e 29.538, respectivamente, todos os poderes a mim outorgados pelo autor (a) Antônio Lopes de Sousa através do instrumento procuratório em anexo.

Fortaleza, 26 de janeiro de 2016.


RODOLFO DÓGG DE SAMPAIO FILAS


FILIPE BEZERRA CATUNDA CALZAVOLO

Sampaio & Catunda

AVOGADOS ASSOCIADOS

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

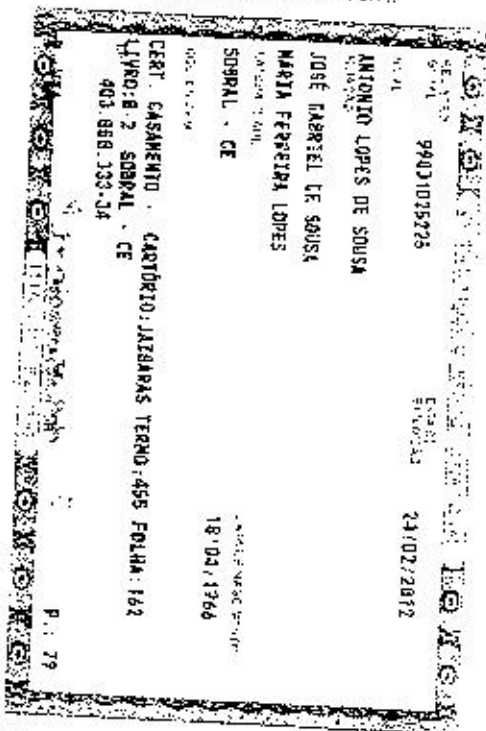
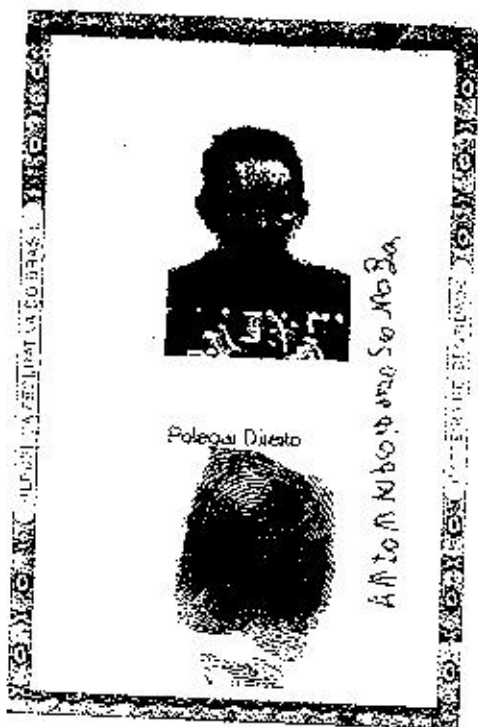
Nome: <u>Antonio Lopes de Sousa</u>	Nacionalidade: <u>Brasileira</u>
Residência: <u>101 Juubaras setor 111</u>	Profissão: _____
CPF nº: <u>403.858.333-34</u>	Estado Civil: _____
Bairro: <u>Juubaras</u>	Cidade: <u>Sobral</u>
CEP: <u>62100000</u>	Estado: <u>CE</u>
	Telefone: _____

Declaro para os devidos fins que possuo hipossuficiência financeira, não possuindo condições de arcar com as custas processuais e honorários advocatícios sem prejudicar o meu sustento próprio e o de minha família, consoante o que dispõe a Lei nº 1.050/20.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

Morada Nova - CE, 24 de novembro de 2015.

XANTOMENHOS
DECLARANTE



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Raceta Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
403.858.333-34

Nome
ANTONIO LOPES DE SOUSA

Nascimento
18/04/1966

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE
3D62.9496.105C.04C5

A autenticidade deste comprovante deverá
ser confirmada na internet, no endereço

www.raceta.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Raceta Federal do Brasil
em 11:24:10 do dia 31/10/2014 (hora e data do Brasil)
dígito verificador: 00

COE/C

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA (GRUPO D) SÉRIE B-41 N°

Rota: 32 32005 02 110000 - 6 Data de Emissão: 16/09/2014

Nome: ZILMAR GABRIEL DE SOUSA

End. Posto: OT JAIBARAS SETOR III 00000

Medidor: JAIBARAS - SOBRAL - 62100000

Classe: 436675

Posto: 0000 C9SE

RG / CPF / CNP: 017225843-00 Fator de Potência: 0,00

Nome da Responsável: 017225843-00

DATAS

Atividade: 16/09/2014

INDICADORES DE CONTINUIDADE

Conjunto: 50000

Mês: 09/2014

Período: 01/09/2014 a 30/09/2014

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

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Consumo (kWh)	Valor (R\$)
5640	0,00
5557	0,00
83	0,00
30	0,00
53	0,00
72	0,00
11	0,00

VR. CONSUMO DO MÊS PREÇO NORMAL

DESCONTO TARIFA SOCIAL - BAIXA RENDA

MULTA MORATORIA REF 06/2014

ILUMINAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL

PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA

DOAÇÃO SANTA CASA SOBRAL - TEL 0800 280 7700

VALOR (R\$)

29,81

-14,62

0,42

3,58

0,21

5,00

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

Mês	Consumo (kWh)	Valor (R\$)
09	5640	0,00
08	5557	0,00
07	83	0,00
06	30	0,00
05	53	0,00
04	72	0,00
03	11	0,00
02		
01		
12		
11		
10		
09		

Importante

CONTAS EM ATRASO

PRELIMINAR DE VENCIMENTO:

Informamos existir débito vencido sem acréscimos legais até esta data, no valor de R\$ 24,64. Conforme art. 172 da Lei Anel 414/10, poderá ser suspenso o fornecimento de energia elétrica após decorridos 15 dias do envio deste comunicado. Caso o débito tenha sido pago, favor desconsiderar este aviso. Após 2 ciclos completos de faturamento, sem fornecimento, será encerrada a relação contratual.

DEBITOS ANTERIORES

Mês/Ano: 07/2014

Valor R\$: 24,64

Custa desta fatura R\$ 8,41 referente a PIS e COFINS.

Cara Cliente, constam quitadas as faturas de consumo de energia elétrica desta unidade consumidora vencidas até 31/12/2013, conforme a Lei N. 12.007/2009. Esta declaração substitui quitações anteriores.

Sampaio & Catunda

ADVOGADOS ASSOCIADOS

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (Lei Nº. 7.115/83)

Nome: <u>Antonio Lopes de Sousa</u>		Nacionalidade: <u>Brasileira</u>
Residência: <u>LOT. Jaiharas setor 1 1 1</u>		Profissão: <u>agricultor</u>
CPF nº: <u>403858333-34</u>	RG nº: <u>99031025225</u>	Estado Civil: <u>casado</u>
Bairro: <u>Jaiharas</u>	Cidade: <u>Sobral</u>	Estado: <u>CE</u>
CEP: <u>62300 000</u>	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 ainda ser conhecedor das sanções civis, administrativas e criminais a que estarei sujeito, caso o quanto aqui declarei não porte estritamente a verdade.

Morada Nova – CE. 28 de novembro de 20 15.

ANTONIO LOPES DE SOUSA
DECLARANTE

Sampaio & Catunda

ADVOGADOS ASSOCIADOS

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Nome: <u>Antonio Lopes de Sousa</u>	Nacionalidade: <u>Brasileira</u>
Residência: <u>Lot. Igararas setor III</u>	Profissão: <u>agricultor</u>
CPF nº: <u>403858333-34</u> RG nº: <u>99031025225</u>	Estado Civil: <u>casado</u>
Bairro: <u>Igararas</u>	Cidade: <u>Sobral</u>
CEP: <u>62100 000</u>	Estado: <u>CE</u>
Telefone: _____	

Declaro para todos os fins a que esta se destinar que fui devidamente esclarecido pelos Drs. 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, acerca dos documentos necessários a serem apresentados para ingressar com a presente ação judicial de indenização do seguro obrigatório DPVAT, assumindo, assim, de forma plena, única e integral a responsabilidade por toda documentação acostada ao processo judicial, bem como pelos fatos narrados neste.

Desta forma, ISENTO o escritório SAMPAIO E CATUNDA ADVOGADOS ASSOCIADOS, representado através dos advogados 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, com endereço profissional na Rua Raimundo Nonato Nº 96-A, Morada Nova – CE, de toda e qualquer responsabilidade jurídica (cível, criminal, tributária, previdenciária) e/ou administrativa, no que tange a autenticidade, litispendência (existência de processo com os mesmos documentos e/ou dados) e veracidade dos fatos narrados e descritos em mencionados documentos, assumindo única e exclusivamente estas responsabilidades sobre tais informações.

"As informações contidas no processo indenizatório DPVAT são de responsabilidade do beneficiário, sendo o mesmo informado que a comunicação de fato não ocorrido ou inexistente é crime punível na forma da lei arts. 339 e 340 do cpb."

Ciente de meus direitos e obrigações, bem como da validade de mencionado documento, firmo o presente, o qual passa a valer a partir desta data.

Morada Nova – CE. 28 de novembro de 2015.

X ANTONIO LOPES DE SOUSA

DECLARANTE

Rua José de Farias, 911 A, Centro
Sala 02 - Morada Nova - Ceará
Tel: (85) 3400-2019
FAX: (85) 3400-5011

SEBASTIAO MOURA DAS CHAGAS - MIRVA DOUGLAS | [alterar senha](#) | [inst. tuciana](#) | [sair](#)

Processo da: <MATRIZ - CURITIBA>

PROCESSO

Número do Sinistro 3150/022463 (TOTAL)

Vítima antônio lopes de souza

Filial

MATRIZ - CURITIBA

Data Cadastro 30/12/2014

Garantia

INVALIDA

Data Sinistro 12/10/2014

Data Receção

30/12/2014

Analista Anderson

Categoria

09 - MOTU

Seguradora excelser - antoneli

Situação

PAGO

CORRETORA

Nome SEBASTIAO MOURA DAS CHAGAS - MIRVA DOUGLAS

Responsável

DOUGLAS/NEILA/MATEUS/PRISCILA/SILVIA/KATIA

PROCURADOR

Nome

E-mail

Telefone

CPF

Celular

ENVIO À SEGURADORA LÍDERData Envio
08/01/2015Num. Carta
RECATI**BENEFICIÁRIOS / PAGAMENTOS**

Data Pagto	Data Rateio	Beneficiário - CPF/CNPJ	Valor Indenização	Valor Pletado	Diferença	Dados Bancários
05/02/2015	06/02/2015	antonio lopes de souza 403.858.333-34	1.687,50	0,00	1.687,50	_ 237/00702 / 000000006025 / _

DOCUMENTOSData Solicitação
08/01/2015

Data Receção

Descrição

SEGUR LÍDER.

GLOSA OU RELATÓRIO**CARTA**



REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

ATENDIMENTO: ADULTO ☒

PEDIÁTRICO ☐

CIRÚRGICO ☒

ACOLHIMENTO

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: ☒

HORA DA CLASSIFICAÇÃO: ☒

PROCEDÊNCIA:

☐ PROCUROU PSF: SIM ☐

CAUSAS:

- ☐ NÃO TINHA FICHA P/ CONSULTA
- ☐ NÃO TINHA MÉDICO
- ☐ POSTO ESTAVA FECHADO
- ☐ NÃO RESOLVEU O PROBLEMA

NÃO ☐ CAUSAS:

- ☐ NÃO É EFICIENTE
- ☐ É LONGE DE CASA
- ☐ NUNCA TEM MÉDICO
- ☐ TEM PLANO DE SAÚDE
- ☐ SAMU
- ☐ CARRO
- ☐ DEAMBULANTE
- ☒ OUTRAS AMBULÂNCIAS
- ☐ MOTO, BICICLETA

☐ TRANSFERIDO DE OUTRO HOSPITAL:

☒ UBS

HDA DO ACOLHIMENTO:

*Paciente vítima de queda de moto
até o momento apresentando lesões*

PA: 130/80

PULSO: 80

FR: 20

TEMP: 36,3°C

PESO:

TIPO DE ACIDENTE:

- ☐ Acidente c/ objetos como: comóculos
- ☐ Choque elétrico
- ☐ Ingestão acidental: ☐ Cópula estranha
- ☐ Queimaduras: ☐ 1º Grau ☐ 2º Grau ☐ 3º Grau Por: ☐ Água ☐ Óleo ☐ Alcool ☐ Eletricidade
- ☐ Atropelamento: ☐ Carro ☐ Moto ☐ Bicicleta ☐ Outros
- ☐ Carro ☐ com cinto ☐ sem cinto
- ☐ Mordedura de animais: ☐ Doméstico ☐ Selvagem
- ☐ OUTROS
- ☐ Acidente por arma de fogo
- ☐ Afogamento
- ☐ Queda de: ☐ escada ☐ muro ☐ telhado ☐ rua ☐ etc.
- ☐ Produto químicos/farmacológicos
- ☐ Outros
- ☐ com cinto ☐ sem cinto
- ☐ com capacete ☐ sem capacete
- ☐ Outros

LOCAL DO ACIDENTE:

☐ Domicílio

☒ Via Pública

☐ Escola

☐ Outros

SANTA LUCIA
DE MINERÓPOLIS
DE SOBRAL

ATENDIMENTO: ADULTO ☒

PEDIÁTRICO ☐

CIRÚRGICO ☐

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: ☐

HORA DA CLASSIFICAÇÃO: 21:40

PROCEDÊNCIA:

☐ PROCUROU PSF: SIM ☐

CAUSAS:

- ☐ ENCAMINHADO
- ☐ NÃO TEMS FICHA DE CONSULTA
- ☐ NÃO TEMS REGISTRO
- ☐ POSTO ESTABELECIDO
- ☐ NÃO RESOLVEU O PROBLEMA EM...
- ☐ NÃO É EFICIENTE
- ☐ É LONGE DE CASA
- ☐ NUNCA TEM MÉDICO
- ☐ TEM PLANO DE SAÚDE
- ☐ SAMU
- ☐ CARRO
- ☐ DE AMBULÂNCIA
- ☐ OUTRAS AMBULÂNCIAS
- ☐ MOTO, BICICLETA...

NÃO ☐

CAUSAS:

☒ TRANSFERIDO DE OUTRO HOSPITAL:

☐ UBS

Recebi em nome de
COPIA ORIGINAL
Andréia Montenegro
Coordenadora

CONFERIDO
em Atribuição

HDA DO ACOLHIMENTO:

Acidente com a queda de moto com uso de álcool

PA: 120 PULSO: 90 TEMP: 36,5 PESO: 70

TIPO DE ACIDENTE:

- ☐ Acidente com objetos cortantes-contusos
- ☐ Choque elétrico
- ☐ Ingestão acidental
- ☐ Queimaduras
- ☐ Atropelamento
- ☐ Carro
- ☐ Mordedura de animais
- ☐ OUTROS
- ☐ Acidente por arma de fogo
- ☐ Produto químicos farmacêuticos
- ☐ Outros
- ☐ Moto
- ☐ Selvaçam
- ☐ Ofídico
- ☐ sem capacete
- ☐ sem capacete

LOCAL DO ACIDENTE:

- ☐ Domicílio
- ☐ Rua
- ☐ Escola
- ☐ Outros

Prefeitura
de Sobral

PREFEITURA MUNICIPAL DE SOBRAL
Secretaria de Saúde e Ação Social

FICHA DE REFERÊNCIA

fls. 20.

1. Preencher esta ficha em 03 vias.
2. Ao terminar a consulta ou tratamento, entregar 2 vias ao usuário, encaminhando para retornar com a 3ª via à Unidade de origem.

Unidade de Origem: CSF - Juibaras

ADS:

Município: **SOBRAL**

Nome: João Carlos

Prontuário Nº: _____

Sexo: M ☒ F ☐

Data de Nascimento: 18/07/65

Ocupação: _____

Endereço: Sobral

Bairro: _____

Tel.: _____

Motivo do Encaminhamento: Paciente vítima de acidente de moto

Resultado de Exames: _____

Conduta já Realizada: _____

Impressão Diagnóstica: _____

Assinatura de Encaminhante Nº Registro

Função

Data

AGENDAMENTO

Encaminhamento Para Atendimento: Ambulatorial ☐

Hospitalar ☐

Auxílio Diagnóstico ☐

Procedimento: _____

Profissional: _____

Unidade de Referência: _____

Data: 7 / 1 / 2016

Hora: _____

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA (*)

Unidade de Referência: _____

Município: _____

Prontuário Nº: _____

Alta: 1

Resultado Clínico: Cirúrgico: _____

Resultado de Exames: _____

Diagnóstico: Principal _____

Secundário 1 _____

Secundário 2 _____

CID: _____

CID: _____

CID: _____

Proposta de Conduta Para Seguimento: _____

O Problema justificou a Referência? Sim ☐ Não ☐

O Motivo da Referência Coincide com o Diagnóstico? Sim ☐ Não ☐

Assinatura do Consultante - Nº Registro

Função

Data

(*) Utilizar também como resumo de alta.

CONFIRMADO
Técnico em Análise

CONFIRMADO ORIGINAL
Andréia R. Montenegro
Coordenadora

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por RENATO PIRES LUCAS e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 26/02/2016 às 20:26, sob o número 01115717-59.2016.8.06.0001 e código 118B04C. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 01115717-59.2016.8.06.0001 e código 118B04C.



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 516 - 2023 / 2014

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Data / Hora da Comunicação: **29/11/2014 09:22:40**

Data / Hora da Ocorrência : **12/10/2014 20:00:00**

Endereço da Ocorrência: **LGO JAIBARAS**

ZONA RURAL SOBRAL CE

Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **ANTONIO LOPES DE SOUSA**

Nascimento : **18/04/1966**

RG: **99831825225** Órgão Emissor: **SSP** UF: **CE** - CPF:

Filiação: **JOSE GABRIEL DE SOUSA**

MARIA FERREIRA LOPES

Endereço: **LGO SETOR III**

JAIBARAS (DISTRITO) 62100000

SOBRAL CE BRASIL

Telefone:

Histórico

A VÍTIMA REGISTRA O ACIDENTE DE TRÂNSITO OCORRIDO NO DIA, HORÁRIO E LOCAL SUPRACITADOS; QUE NAQUELA OCASIÃO A VÍTIMA PILOTAVA A MOTOCICLETA (RENAVAM: 842751483, Número Chassi: 9C2KC08105R815072, Placa: HW12749/CE, Marca/Modelo: HONDA/CG 150 TITAN KS, Ano de Fabricação: 2004, Ano do Modelo: 2005, Cor: VERMELHA, Proprietário: LEMUEL AGUIAR DUARTE), QUANDO EM DADO MOMENTO DO TRAJETO, AO DESVIAR DE UMA OUTRA MOTOCICLETA (DE CARACTERÍSTICAS DESCONHECIDAS, ASSIM COMO SEU PILOTO), A VÍTIMA SAIU FORA DA VIA, VINDO A CAIR NO SOLO; QUE, A VÍTIMA FOI SOCORRIDO POR POPULARES E LEVADO AO POSTO DE SAÚDE DE JAIBARAS, SENDO ENCAMINHADO PARA A SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL CE, POIS SOFREU LESÃO NA CLAVÍCULA DIREITA, LESÃO NA CABEÇA E ESCORIAÇÕES PELO CORPO. E NADA MAIS A REGISTRAR.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE PACUJA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

ANTONIO FREIRE LIMA FILHO - MAT.: 19819941-4

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO :

MANUEL RUBANI PONTES SILVA FILHO - MAT.: 133846-1-4

VISTO DO DELEGADO(A) :

MANUEL RUBANI PONTES SILVA FILHO - MAT.: 133846-1-4

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):

Antonio Lopes de Sousa

vítima de acidente de trânsito, em 12/10/2014, sofreu:

TCE, Membro na FKE com fratura do m. 1º do membro direito. Comprometido de membro superior direito. Anomalia da articulação do ombro.

e submeteu-se a tratamento(s):

Cid - 509.9 502.4, 543.9. Imobilização do membro superior direito. Tratamento clínico do TCE e do fratura do m. 1º do membro direito.

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

Deformidade na região da articulação do ombro direito no ombro direito. Limitado movimentos com dor. Instabilidade do ombro direito. Repetido movimento de dor no ombro e dor no membro. Com prom. do funcionalidade.

10/12/14

Fco. Mardônio Salmito Almeida
Ortopedia - Traumatologia
CREM 4411Dr. Francisco Mardônio Salmito de Almeida
CREMEC 4411 /