

Elke Castelo Branco ADVOCACIA
 Rua 24 de Maio, n.º 1009, Sl.118 – Centro
 Fortaleza/CE – CEP 60.020-001
 Fone: (85) 98809.2001

PROCURAÇÃO “AD JUDICIA”

OUTORGANTE:

Nome: <u>Manoel Barroso Gilhe</u>			
Carteira de Identidade: <u>96002131115</u>		CPF nº: <u>797.609.963-91</u>	
Residência: <u>Rua Waldery Uchoa, 2404</u>			
Bairro: <u>Rodolfo Teófilo</u>	Cidade: <u>Fortaleza</u>	Estado: <u>Ce</u>	CEP: <u>60.425-791</u>

OUTORGADO:

ELKE CASTELO BRANCO LIMA, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/CE sob o n.º 23.113 e **VITOR LOPES ARARUNA**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/CE nº 27.450, ambos com escritório na Rua Vinte e Quatro de Maio, n.º 1009, Sala 118 – Centro, CEP: 60.020-001, Fortaleza – CE.

PODERES:

Concede amplos e ilimitados poderes com os da cláusula “AD JUDICIA et EXTRA” para o foro em geral, podendo o Outorgado defender o Outorgante em qualquer ação em que seja autor, réu, assistente, oponente ou de qualquer modo interessado para **promover a Ação Judicial competente para o receber indenização que lhe cabe, incluindo também poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT**, assim como interpor todos os recursos em direito permitidos, propor ações e delas variar ou desistir, acompanhando-as em todos os seus termos até o final, agravar ou apelar de qualquer despacho ou sentença, fazer e assinar requerimentos e os documentos necessários, produzir provas e justificações, bem como poderes especiais para confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito que se funda a ação, acordar, receber, dar quitação, fazer retenção da importância referente aos honorários contratuais, finalmente tudo mais fazer, para o completo desempenho deste mandato, inclusive substabelecer, com ou sem reserva de iguais.

Fortaleza, 18 de fevereiro de 2019.

Manoel Barroso Gilhe

OUTORGANTE



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu, Manoel Barroso Filho,
portador da carteira de identidade nº 96002131115 e inscrito no CPF sob
o nº 797.609.963-91, residente e domiciliado no endereço
Rua Waldery Uchoa, 2404, Rodolfo Teófilo, Fortaleza-CE.
DECLARO, para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que não tenho condições de
arcar com as despesas inerentes ao presente processo, sem prejuízo do meu sustento e de
minha família, necessitando, portanto, da Gratuidade da Justiça, nos termos do art. 98 e
seguintes da Lei 13.105/2015 (Código de Processo Civil). Requeiro, ainda, que o benefício
abranja a todos os atos do processo.

Fortaleza, 18 de Fevereiro de 2019.

Manoel Barroso Filho

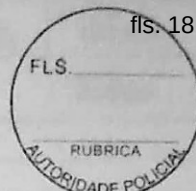
DECLARANTE

**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 - 4988 / 2017****Dados da Ocorrência**Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**Data / Hora da Comunicação: **28/09/2017 09:14:58**Data / Hora da Ocorrência: **06/07/2017 09:00:00**Endereço da Ocorrência: **AVENIDA GOMES DE MATOS**

Complemento:

Bairro: **MONTESE**Município: **FORTALEZA/CE**Ponto de Referência: **EM FRENTE A AUTO PEÇAS PADRE CICERO****Dados da(s) Vítima(s)**Nome: **MANOEL BARROSO FILHO**Nascimento: **13/03/1942** CPF: **797.609.963-91**RG: **96002131115**Orgão Emissor: **SSP**UF: **CE**Filiação: **MARIA DO CARMO DA SILVA****MANOEL BARROSO DO NASCIMENTO**Endereço: **RUA WALDERY UCHOA , 2404**Bairro: **MONTESE**Município: **FORTALEZA/CE**CEP: **60.425-565**País: **BRASIL**

Telefone:

Histórico

AFIRMA O DECLARANTE QUE NA DATA, HORA E LOCAL CITADOS; QUE, AO TENTAR ATRAVESSAR A AV. GOMES DE MATOS FOI ATROPELADO POR UM CARRO (PLACAS NÃO ANOTADAS) NA VIA; QUE, COM O IMPACTO, A VITIMA FOI AO SOLO E FICOU LESIONADA; QUE, O CAUSADOR DO ACIDENTE EVADIU-SE DO LOCAL; QUE, A VITIMA FOI SOCORRIDA PELO GENRO E FOI LEVADA PARA ATENDIMENTO NO FROTHINHA DE PARANGABA. TESTEMUNHARAM O ACIDENTE FORAM: ANTONIO EDNARDO OLIVEIRA BRITO RG.2006014119145 SSP-CE E DIEGO DOS SANTOS PEDROSA CTPS:5517534-0040-CE: 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 DE RESIDÊNCIA

Eu, Manoel Barroso Filho,
RG nº 96002131115, CPF nº 497.609.963-91, 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 (Rua/Avenida/Praça)	Rua Waldery Uchoa
Número	2404
Complemento	_____
Bairro	Rodolfo Teófilo
Cidade	Fortaleza
Estado	Ceará
CEP	60.425-791
Telefone de Contato	_____
E-mail	sem endereço eletrônico

Por ser verdade, firmo-me.

Fortaleza, 18 de Fevereiro de 2019.

Manoel Barroso Filho
DECLARANTE

Assinatura: _____
 Nome: _____
 Este recibo é um título ao portador, para torná-lo válido em caso de perda ou roubo, o titular deve apresentar este recibo em conjunto com o comprovante de pagamento da taxa de instalação e o comprovante de entrega da obra, para que seja emitido o novo recibo. O prazo para a emissão do novo recibo é de 90 dias, a contar da data de emissão do recibo original. O prazo para a emissão do novo recibo é de 90 dias, a contar da data de emissão do recibo original. O prazo para a emissão do novo recibo é de 90 dias, a contar da data de emissão do recibo original.

ESTADO DO CEARÁ
 Secretaria das Cidades

006916945

DADOS DO CLIENTE

Nome: EMANUEL BARROSO FILHO
 End. Leitura: RU WALDERY UCHOA, 2404, RODOLFO TEOFILO
 Cidade: FORTALEZA CEP: 60425-791
 End. Entrega:
 Cidade:
 Local: 001 Setor: 020 Quadra: 0120 Lote: 015B Camp: 0000
 Subsetor: 00 Subquadra: 00

ECONOMIAS

Residencial: 001 | Comercial: 000 | Industrial: 000 | Pública: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volume (m³)	Média Semestral (m³)
ÁGUA	A08F352964	49	65	16	15

DATAS

Leitura Atual: 10/05/2017 Emissão: 10/05/2017 Lacre Água: 2863595
 Leitura Anterior: 10/04/2017 Próxima Leitura: 09/06/2017 Lacre Esgoto:

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 04/2017

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Exigidas	541	581	128	541	541
Analisadas	582	581	582	578	578
Em conformidade	553	560	522	525	578

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

MEDIA DE CONSUMO (OUT/14 A SET/15): 19 m3 | META: 15 m3.
 Agradecemos sua pontualidade. Água tratada e saude.
 RELATORIO DA QUALIDADE DA AGUA VEJA NO SITE CAGECE

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME
ÁGUA	39,91	Mês/Ano Água (m³) Esgoto (m³)
TARIFA DE CONTINGÊNCIA	4,33	MAR/16 17 0
		JUN/16 17 0
		JUL/16 15 0
		AGO/16 14 0
		SET/16 15 0
		OUT/16 15 0
		NOV/16 15 0
		DEZ/16 14 0
		JAN/17 17 0
		FEB/17 17 0
		MAR/17 15 0
		ABR/17 17 0

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO

Descrição	Valor (R\$)	SUBSÍDIO	Valor (R\$)
PIS	0,42	VALOR DO SERVIÇO	64,97
COFINS	2,11	VALOR DO SUBSÍDIO	20,73
		VALOR TOTAL A PAGAR	44,24

MÊS/ANO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
05/2017	01/06/2017	44,24

ONDE PAGAR SUA FATURA

Bancos: Bradesco, BNB, Itaú, BIC, Banco do Brasil, Caixa Econômica Federal, Santander, Triângulo, Outros: Pagafácil. A Cagece disponibiliza o serviço de débito em conta de sua fatura. Ative já este serviço. Consulte sua agência.

Central de Atendimento
Cagece
 0800 275 0195

Cagece
 MÓVEL

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

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: 3101.1918, de 8h às 12h e 13h às 17h. Ouvidoria estadual: 155. Site da ARCE: www.arce.ce.gov.br. 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.

www.ce.gov.br
 E sou, E fact, Participe
 155

155
 0800 275 0195

**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		Nº DO PRONTUÁRIO	Nº DO BE
NOME DO PACIENTE MANOEL BARROSO FILHO		252917	158788
CAD. US	NASCIMENTO	SEXO	RAÇA/COR
704707733399735	13/03/1942(75 ANOS)	M	PARDO
NOME DA MÃE		NOME RESPONSÁVEL	
MARIA DO CARMO DA SILVA		NI	
END. RECO	MUNICÍPIO	UF	
RUA VALDERI UCHOA 2404 DAMAS	FORTALEZA		
CON.ATO	CEP		
	NI		
OCCORRÊNCIA			
LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/DADOS DO ACIDENTE			
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO			
QUEIXA		MOTIVO	
TRAUMA EM REGIÃO DA CABEÇA, CORTE E DOR LOCAL, TRAUMA EM FÊDORITO, CORTE E DOR LOCAL		AValiação CIRURGICA	
SINTOMAS	ESCALA DE DOR		
NI	99 (ADULTO)		
SINAIS VITAIS			
PESO	PRESSÃO ARTERIAL	SAT O2	PULSO
NI KG	NI/NI	NI%	NI
TEMPERATURA	ALERGIAS	GLICEMIA	
NI °C	NEGA	NI	
CLASSIFICAÇÃO	RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO	DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO	
I MARELO	ZÁLYA LIANDE CAVALCANTE DE DEUS	06/07/2017 09:32:29	
ÁREA DE ATENDIMENTO			
CIRURGIA GERAL			
ATENDIMENTO MÉDICO			
HISTÓRICO			
Paciente com ferimentos cortantes em região escalar, região abdominal, membros superiores, membros inferiores e região de cabeça. Escala de Glasgow 15, pupilas isocóricas e reagentes à luz, reflexos tendinosos presentes, membros superiores e inferiores com força de contração normal. Não há sinais de choque. Exame físico normal.			
DIAGNÓSTICO	COO. PROCEDIMENTO	CID	
SOLICITADO:			
☐ HC ☐ SU ☐ US ABDOMINAL ☐ TC CRÂNIO ☐ RAIOS-X ☐ OUTROS			
PRESCRIÇÃO MÉDICA			
MEDICAMENTO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÕES	
Sutura Quanto ao abdômen, analisado Dr. Wlton Magalhães Dias Angiologia Cirúrgica Vascular CRM 12180			
TIPO DE ALTA/BAIXA			
☐ DECISÃO MÉDICA ☐ A PEDIDO ☐ EVASÃO ☐ TRANSFERÊNCIA ☐ INTERNAÇÃO ☐ ÓBITO: ☐ ATÉ 48 HORAS ☐ APÓS 48 HORAS			
DESTINO DO CORPO: ☐ FAMÍLIA ☐ UML ☐ ANAT. PATOL.		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA	
DATA E HORA DO ATENDIMENTO			

Impresso por ZÁLYA LIANDE CAVALCANTE DE DEUS em 06/07/2017 às 09:32:32

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.

MANOEL BARROSO FILHO

H. SPITAL DISTRITAL Mª JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA
ATESTO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL

Emanuelle Monteiro
Mat. 763

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ELKE CASTELO BRANCO LIMA e Tribunal de Justiça do Ceará, protocolado em 29/07/2019 às 10:17, sob o número 01566082020198060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0156608-20.2019.8.06.0001 e código 4D9A7CC.

CONTINUA:

1 - ALTA: ☐ DECISÃO MÉDICA ☐ A PEDIDO ☐ A REVELIA ☐ TRANSFERÊNCIA

☐ REMOVIDO PARA: _____ GUAR Nº _____

2 - OBSERVAÇÃO: (ATÉ 24 h) ☐ DATA E HORA DA ALTA: 11/11 HORA: _____

DATA E HORA DA ALTA: 11/11 HORA: _____

3 - INTERNAÇÃO ☐ Nº PRONTUÁRIO: _____

DATA E HORA DA INTERNAÇÃO: 11/11 HORA: _____

ASS. CARIMBO MÉDICO

4 - PELA ÓBITO ☐ ANTES DO 1º SOCORRO ☐ NÃO ☐ SIM DATA ÓBITO: 11/11 HORA ÓBITO: _____

5 - DESMONTAGEM DO CORPO: 1 ☐ ENTREGUE À FAMÍLIA 2 ☐ EM LUGAR 3 ☐ ANL. CMI PATOLÓGICA 4 ☐ IVO

ASS. CARIMBO MÉDICO RESPONSÁVEL

ASS. PACIENTE OU ACOMPANHANTE

HOSPITAL DISTRITAL M^o JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA
ATESTADO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL

Emanuelle Monteiro

ALB 753

Rio de Janeiro, 07 de Agosto de 2018

Carta nº: 13202071

A/C: MANOEL BARROSO FILHO

Nº Sinistro: 3180055887
Vítima: MANOEL BARROSO FILHO
Data do Acidente: 06/07/2017
Cobertura: INVALIDEZ

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: MANOEL BARROSO FILHO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000001047

Conta: 0000053946-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$	1.687,50
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

