



PROCURAÇÃO "AD JUDICIA ET EXTRA"

OUTORGANTE:

Nome JOAQUIM EXPEDITO RODRIGUES MARRAVOS		
Nacionalidade BRASILEIRO	Estado Civil SOLTEIRO	Profissão ABRIGADOR
RG (Registro de Identidade) 200601.0322930	CPF 037.739.073.31	
Endereço RUA: ROL. MONOMIO VIBIANA		Número 601
Bairro / Distrito PARAVO MANIBUA	Complemento	
CEP 60821.735	Cidade FORTALEZA	Estado CE

OUTORGADO(S): VINÍCIUS PINHEIRO MELO, brasileiro, advogado, inscrito na OAB/CE 24.353, portador do CPF sob o nº. 016.548.623-63, sócio administrador na sociedade **PINHEIRO MELO – SOCIEDADE INDIVIDUAL DE ADVOCACIA**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº. 26.942.992/0001-60, inscrito na OAB/CE 1453, com escritório na Pça. Mons. José Candido, nº. 103, Loja 01, bairro Centro, cidade de Boa Viagem, estado do Ceará, CEP 63870-000, tel.: (88) 3427-2867;

Através do presente instrumento particular de mandato, a(s) parte(s) OUTORGANTE(s) nomeia(m) e constitui (em) como seu(s) procurador (es) o(s) OUTORGADO(s), conferindo-lhe(s) amplos poderes, inerentes ao bom e fiel cumprimento deste mandato, bem como para o foro em geral, conforme estabelecido no artigo 38 do Código de Processo Civil e art. 5º, §2º do Estatuto da OAB, com cláusula "Ad Judicia Et Extra", para praticar todos atos perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, e órgãos da administração pública direta e indireta, praticar quaisquer atos perante particulares ou empresas privadas, **principalmente perante qualquer companhia de seguro conveniada ao FENASEG, participante do convênio DPVAT**, recorrer a quaisquer instâncias e tribunais, podendo atuar em conjunto ou separadamente, e os *especiais* para transigir, fazer acordo, firmar compromisso, substabelecer, renunciar, desistir, reconhecer a procedência do pedido, receber intimações, assinar livros, termos, recibos, receber e dar quitação, firmar autorizações de pagamento ou crédito de indenização de sinistro, prestar declarações, **declarar e requerer os benefícios da JUSTIÇA GRATUITA, anuir e receber alvarás judiciais de levantamento, podendo receber os valores neles expressos provenientes de depósitos feitos pela(s) SEGURADORA(S) pertencentes ao CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT e SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DPVAT S/A** junto à instituição financeira responsável pela guarda destes valores, podendo ainda receber e endossar cheque em nome do outorgante relativo a pagamento dos valores pleiteados junto as Seguradoras do Consórcio DPVAT, dando tudo por bom e valioso, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-lo(a) nas contrárias, seguindo uma e outras, até decisão final.

BOA VIAGEM em 26 de MAIO de 20 18.
Joquin Expedito Rodrigues Marques
OUTORGANTE

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

DECLARANTE:

Nome JOAQUIM EXPEDITO RODRIGUES MARQUES		
Nacionalidade BRASILEIRO	Estado Civil SOLTEIRO	Profissão Agricultor
RG (Registro de Identidade) 2006010322930	CPF 037.739.073-97	
Endereço RUA: COL. NO NOROIO VICINA		Número 601
Bairro / Distrito PARQUE MANIBUA	Complemento	
CEP 60821-735	Cidade FONTAINEIRA	Estado CE

DECLARO que, em função de minha condição financeira, não tenho condições de arcar com o pagamento das custas processuais, sob pena de implicar em prejuízo próprio e de minha família, nos termos do art. 5º, LXXIV, da Constituição da República e da Lei nº 1.060/50, com fundamento na Lei 7.115/83.

SOA VIA COM CEE, 26 de MAIO de 2018.

Joachim Expedito Rodrigues Marques
Declarante

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por VINICIUS PINHEIRO MELO e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, liberado nos autos em 31/05/2018 às 11:32. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0136568-51.2018.8.06.0001 e código 374514G.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACÃO

NOME
JOAQUIM EXPEDITO RODRIGUES MARQUES

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
2006010322930 SSP CE

CPF **DATA NASCIMENTO**
037.739.073-97 **16/01/1990**

FILIAÇÃO
MARCEL JOAQUIM MARQUES
MARIA DE JESUS
RODRIGUES MARQUES

PERMISSÃO **ACC** **CAT. HAB.**
AB

Nº REGISTRO **VALIDADE** **Nº HABILITAÇÃO**
05127410705 **30/09/2019** **24/01/2011**

OBSERVAÇÕES
sem observações

Joaquim Expedito Rodrigues Marques
 ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL **DATA EMISSÃO**
RECIFE - PE **23/10/2014**

Luiz Humberto
 ASSINATURA DO EMISSOR

46358280687
PE062074849

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
969423979

PROIBIDO PLASTIFICAR
969423979

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por VINICIUS PINHEIRO MELO e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, liberado nos autos em 31/05/2018 às 11:32. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0136568-51.2018.8.06.0001 e código 37451AD.

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA SOB AS PENAS DA LEI

DECLARANTE:

Nome JOAQUIM EXPEDITO ROdrigues MARQUES		
Nacionalidade BRASILEIRO	Estado Civil SOLTEIRO	Profissão AGRI CULTOR
RG (Registro de Identidade) 2006.010922930	CPF 037.739.073-97	
Endereço LUA: ECL. NO NORO VICINA		Número 601
Bairro / Distrito PARQUE MANIBUA	Complemento	
CEP 60821-735	Cidade FONTALOGA	Estado CE

DECLARO para os devidos fins de comprovação de residência, sob as penas da Lei (art. 2º da Lei 7.115/83) que sou residente e domiciliado (a) no endereço acima informado.

Declara ainda, estar ciente de que a falsidade da presente declaração pode implicar na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal, conforme transcrição abaixo:

“Art. 299” – Omitir, em documento público ou particular, declaração que nele deveria constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre o fato juridicamente relevante.
Pena: reclusão de 1 (um) a 5 (cinco) anos e multa, se o documento é público e reclusão de 1 (um) a 3 (três) anos, se o documento é particular.”

Por VIADEM, 26 de 05 de 2018

Joachim Expedito Rodrigues Marques
DECLARANTE

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
 POLÍCIA CIVIL
 UNIDADE POLICIAL DE CARIDADE/CE

BOLETIM DE OCORRÊNCIAS B.O.

► **DADOS DA OCORRÊNCIA**

NATUREZA DO FATO: ACIDENTE DE TRÂNSITO

Nº B.O.: 1672/2017

DATA/HORA DA COMUNICAÇÃO: 19/12/2017 as 10h:00 min.

DATA/HORA DA OCORRÊNCIA: 03/12/2017 as 3h:30 min.

ENDEREÇO DA OCORRÊNCIA: LOCALIDADE DE BOQUEIRÃO - BOA VIAGEM/CE



HISTÓRICO: O queixoso informa que no dia e hora acima citados, que encontrava-se pilotando a motocicleta de marca HONDA/NXR 150 BROS ESD, placa OSF 8629/CE, ano 2012/2013, cor VERMELHA, chassi 9CZKD0540DR116276, licenciada em nome de FRANCISCO MAILTON ROCHA DE SOUSA, relata que saía de localidade de Tapera e aí com destino a sua residência, quando no meio de trajeto, um jumento cruzou a frente da motocicleta vindo a colidir com animal e veio a cair ao solo, A vítima foi socorrido para o Hospital Casa de Saude Adilia Maria em Boa Viagem com fratura no cotovelo esquerdo. NADA MAIS DISSE, E NEM LHE FOI PERGUNTADO, ONDE VAI DEVIDAMENTE ASSINADO.

► **DADOS DA VITIMA (A):**

NOME: JOAQUIM EXPEDITO RODRIGUES MARQUES

RG: 2006010322930 SSP/CE CPF: 037.739.073-97

DATA DE NASCIMENTO: 16/01/1990

FILIAÇÃO: Manoel Joaquim Marques

Maris de Jesus Rodrigues Marques

ENDEREÇO: Rua Cel Honorio Vieira nº 601 - Manibura - Fortaleza/Ce.

Claudio Sérgio Landim Bezerra
 Chefe da Unidade Policial
 CPF: 28068-1-3

SERVIDOR RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

MATRÍCULA: 28458-1-3

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

João Expedito Rodrigues Marques



1

OFÍCIO NOTARIAL
 DOS REGISTROS PÚBLICOS
 Av. Manoel José Cavalcante, nº 50 -
 Cor. Br. - Boa Viagem - CE
 CEP: 103.000-000 - Fone: (85) 407-1442

AUTENTICAÇÃO
 A presente cópia fotostática confere com o original exibido nestes autos. Dou fé.
 Em teste público em 03 DEZ 2017 em Boa Viagem (CE)

Manoel Vieira da Costa - Titular
 Lucilene Lopes Rodrigues - Substituta



PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VIAGEM
CSAM - CASA DE SAÚDE ADÍLIA MARIA
 Rua: São Vicente de Paula, Nº. 100, Centro
 Tel.: (88) 3427 1899 - (88) 3427 1136
 CNPJ: 07.806.690/0001-84
FICHA DE ATENDIMENTO URGÊNCIA/EMERGÊNCIA



UNIDADE DE ATENDIMENTO 24H

DATA: 23/12/2017 HORARIO: 8:30 ATENDIMENTO Nº _____

INFORMAÇÕES DO PACIENTE

NOME: Joãoquim Expedito Rodrigues Marques
 SEXO: M DATA DE NASCIMENTO: 16.01.1990 IDADE: 28 ESTADO CIVIL: solteiro
 NOME DA MÃE: Mãe de Jesus Rodrigues Marques
 CIDADANIA: Braile/PE PROFISSÃO: Agricultor RG: 200600322930
 ENDEREÇO: Boqueiras BAIRRO: Zona Rural
 CIDADE: Boa Viagem ESTADO: CE TELEFONE: _____

OCUPAÇÃO DE TRABALHO. SIM () NÃO ()

R _____ X _____ mmHg SPO₂: _____ % FC: _____ bpm FR: _____ lpm T: _____ °C PESO: _____ Kg

QUEIXAS:

EMERGÊNCIA (VERMELHA) 0 MIN	URGÊNCIA MAIOR (AMARELO) 60 MIN	URGÊNCIA RELATIVA (VERDE) 120 MIN	NÃO URGENTE (AZUL) 240 MIN
<input type="checkbox"/> Politraumatismo/TCE; <input type="checkbox"/> Queimaduras grandes; <input type="checkbox"/> Goma ou alteração de consciência; <input type="checkbox"/> Lesão da Coluna cervical; <input type="checkbox"/> Desconforto respiratório grave; <input type="checkbox"/> Dor no peito + clamoroso + alta duração; <input type="checkbox"/> Vômito + náusea de intensidade ou dor torácica por mais de 30 min; <input type="checkbox"/> Perfuração no peito, abdômen ou cabeça; <input type="checkbox"/> Crise convulsiva; <input type="checkbox"/> Intoxicação exógena ou metabólica de suicídio; <input type="checkbox"/> Anafilaxia ou reações alérgicas + falta de ar; <input type="checkbox"/> Hipotensão ou Hipoglicemia (diagnosticadas) <input type="checkbox"/> Parada cardiorrespiratória; <input type="checkbox"/> Alterações SSW + tomogramas (diagnosticadas); <input type="checkbox"/> Hemorragia não controlada; <input type="checkbox"/> Ferimentos; ferimentos graves.	<input type="checkbox"/> Cefaleia súbita ou rapidamente progressiva; <input type="checkbox"/> Alterações agudas de comportamento, agitação e confusão mental; desmaios; <input type="checkbox"/> História de convulsão; <input type="checkbox"/> Dor torácica intensa; <input type="checkbox"/> Crise asmática ou desconforto respiratório; <input type="checkbox"/> Diabético + sudorese, alteração do estado mental, visão turva, febre, vômito, taquicardia; <input type="checkbox"/> Alterações de sinais vitais em pacientes sintomáticos; <input type="checkbox"/> História recente de melena ou hematêmese ou enterorragia; <input type="checkbox"/> Epistaxe; <input type="checkbox"/> Dor forte de qualquer natureza; <input type="checkbox"/> Sangramento vaginal com dor abdominal; <input type="checkbox"/> Náuseas, vômitos e diarreia persistente + sinais de desidratação grave; <input type="checkbox"/> Febre alta (39-40°); <input type="checkbox"/> Luxações, entorse + dor intensa; <input type="checkbox"/> Acidente por animais peçonhentos; <input type="checkbox"/> Acidente por animais peçonhentos; <input type="checkbox"/> Broncoespasmo.	<input type="checkbox"/> Idade superior a 60 anos; <input type="checkbox"/> Pacientes escottados; <input type="checkbox"/> Deficientes físicos ou incapacitados de deambulação; <input type="checkbox"/> Assma fora de crise; <input type="checkbox"/> Enxaqueca; <input type="checkbox"/> Dor ouvido moderada a grave; <input type="checkbox"/> Dor abdominal sem alterações sinais vitais; <input type="checkbox"/> Sangramento vaginal sem dor abdominal; <input type="checkbox"/> Vômitos e diarreia sem sinais de desidratação; <input type="checkbox"/> Abscessos; <input type="checkbox"/> Distúrbios neurológicos; <input type="checkbox"/> Lombalgia intensa; <input type="checkbox"/> Intercomências ortostáticas; <input type="checkbox"/> Gastroenterite.	<input type="checkbox"/> Queixas sem alterações agudas; <input type="checkbox"/> Procedimentos como: curativos, trocas ou requisições de receitas médicas, avaliação de resultados de exames, solicitação de atestados médicos; <input type="checkbox"/> Demais situações não enquadradas anteriormente; <input type="checkbox"/> Uso de benzilpenicilina; SEMPRE ORIENTAR A PROCURAR UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE / MARCAR CONSULTA COM MÉDICO DE ASSISTÊNCIA.

Exatidão e segurança com a tecnologia de ponta.

07.806.690/0001-84
 Casa de Saúde Adília Maria
 Rua São Vicente de Paula, 100
 Centro - Boa Viagem - CE
 Boa Viagem - CE

ASSINATURA DO PACIENTE / RESPONSÁVEL

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por VINÍCIUS PINHEIRO MELO e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, liberado nos autos em 31/05/2018 às 11:32. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0136568-51.2018.8.06.0001 e código 37457AE.

NOME: _____

DATA: ____/____/____

HORA: _____

ANAMNESE E EXAME FÍSICO:

Ata de atendimento
Agente SIA/SIA de 6 meses

INDICAÇÃO:

Tratamento
AV. Oculista
Assunto: gta



INDICAÇÃO MÉDICA:

INDICAÇÃO DE ENFERMAGEM:

Paciente entrou no SPA por acidente mobilístico (-SIA) apresentando lesões nas extremidades + fratura de costela e fratura da...

Boa Viagem - Ce

DIREÇÃO GERAL

Responsible pelo Setor

ASSINATURA/CARIMBO MÉDICO

PARA FINS DE DPVAT ESSA FICHA DE ATENDIMENTO SÓ TERÁ VALIDADE COM ASSINATURA DA DIREÇÃO GERAL

SINISTRO 3180039894 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA JOAQUIM EXPEDITO RODRIGUES MARQUES

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE

INDENIZAÇÃO Sabemi Seguradora S/A-Filial Fortaleza-CE

BENEFICIÁRIO JOAQUIM EXPEDITO RODRIGUES MARQUES

CPF/CNPJ: 03773907397

Posição em 26-05-2018 11:48:19

Seu pedido de indenização está em fase final de análise na Seguradora Líder DPVAT. Em breve, o pagamento da indenização será liberado. Volte a consultar seu processo neste site dentro de 4 dias.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
24/05/2018	R\$ 2.362,50	R\$ 0,00	R\$ 2.362,5

Dados básicos informados para cálculo	
Descrição do cálculo	Atualização do Pagamento Administrativo no DPVAT - Beneficiário: JOAQUIM EXPEDITO RODRIGUES MARQUES - Sinistro: 3180039894
Valor Nominal	R\$ 2.362,50
Indexador e metodologia de cálculo	INPC-IBGE - Calculado pro-rata die.
Período da correção	3/12/2017 a 1/5/2018

Dados calculados		
Fator de correção do período	149 dias	1,009366
Percentual correspondente	149 dias	0,936598 %
Valor corrigido para 1/5/2018	(=)	R\$ 2.384,63
Sub Total	(=)	R\$ 2.384,63
Valor total	(=)	R\$ 2.384,63

Memória analítica do cálculo				
Valor inicial	2.362,50			
Data inicial	3/12/2017			
Data final	1/5/2018			
Periodicidade	Mensal			
Metodologia de cálculo	Calculado pro-rata die.			
Termo inicial	Termo final	Variação do período	Valor	
3/12/2017	1/1/2018	0,2432 (%)	2.368,25	
1/1/2018	1/2/2018	0,2300 (%)	2.373,69	
1/2/2018	1/3/2018	0,1800 (%)	2.377,97	
1/3/2018	1/4/2018	0,0700 (%)	2.379,63	
1/4/2018	1/5/2018	0,2100 (%)	2.384,63	
Acréscimos de juro, multa e honorários				
Sub Total	(=)			R\$ 2.384,63
Valor total	(=)			R\$ 2.384,63

Retornar Imprimir