



PROCURAÇÃO AD JUDICIA

OUTORGANTE

NOME:	Pedro Felipe de Sousa
ESTADO CIVIL:	casado
PROFISSÃO:	apresentado
DOMICÍLIO:	Rua Santo Marcos - CJ São Miguel, 93
RG/CPF/PIS PASEP:	20076233580 / 1146112443-34

OUTORGADO

JORGE ULISSES E SILVA FERREIRA LIMA, inscrito na OAB/CE sob o nº. 29.690, com escritório profissional situado na Rua Hercílio Pinheiro, nº 329, CEP 62960-000, Centro - Tabuleiro do Norte-CE.

Por meio do presente instrumento são outorgados amplos poderes, inerentes ao bom e fiel cumprimento deste mandato, bem como para o foro em geral, conforme estabelecido no artigo 105 da Lei nº 13.105, de 16 de março de 2015 (Código de Processo Civil), e os especiais para transigir, fazer acordo, firmar compromisso, substabelecer, renunciar, desistir, reconhecer a procedência do pedido, receber intimações, receber e dar quitação, 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, recorrer a quaisquer instâncias e tribunais, podendo atuar em conjunto ou separadamente, dando tudo por bom e valioso.

Local: Fertiliza

Data: 31/07/17

X Pedro Felipe de Sousa
OUTORGANTE

OAB/CE nº 29.690

advocaciaulissesferreira@gmail.com

Rua Hercílio Pinheiro, nº 329, CEP 62.960-000, Centro - Tabuleiro do Norte-CE



RABELO LEAL ADVOCACIA e SERVIÇOS DE SEGUROS

Dr. Felipe Leal – OAB/CE 17.528

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Nome: Pedro Felipe de Sousa

Nacionalidade: Brasileiro Estado: Ceará Estado Civil: casado

Profissão: Aposentado

Rg: 20076283580 SSP/CE-CPF: 146112443-34

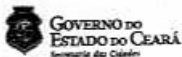
Logradouro: Rua São Marcos, 25 São Miguel, 93-São Miguel

Desejamos obter os benefícios da "Justiça Gratuita", declara, sob as penas da lei que não possui recursos suficientes para custear qualquer demanda, sem prejuízo do sustento próprio e da família, pelo que, nos termos da lei nº 1.060 de 05 de Fevereiro de 1950, faz jus aos benefícios da gratuidade da justiça.

Fortaleza/Ce: 31 de julho de 2017

X Pedro Felipe de Sousa

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO	
Nome MARCO FELIPE DE SOUSA	
Doc. Identific. / Carteira de 20076283580 SSBDS CE	Data de Emissão 24/08/1957
CNP 146.112.443-34	
Nacionalidade MARCO FELIPE DO CARMO	
Mãe MARIA DA CONCEICAO JERONIMO	
Estado GOIAS	Cidade AB
CPF 01455915300	Data de Nascimento 13/09/1981 09/04/1990
Assinatura <i>Marco Felipe de Sousa</i>	
Assinatura <i>[Assinatura]</i>	Data de Emissão 10/04/2014
Assinatura <i>[Assinatura]</i>	Assinatura 55804976808 CE137801530
Assinatura DEIRAN-CE (CEARA)	



Nº de Inscrição:

004962621

DADOS DO CLIENTE

Nome: PEDRO FELIPE DE SOUSA
 End. Leitura: RU STO MARCOS-CJ SAO MIGUEL, 93, SAO MIGUEL
 Cidade: CRUCIAL CEP: 61640-060
 End. Entrega:
 Cidade:
 Local: 129 Setor: 077 Quadra: 0352 Lote: 0137 Comp: 0000
 Subsetor: 00 Subquadra: 00

ECONOMIAS

Residência: 001 Comercial: 000 Industrial: 000 Público: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volumen ³	Média Semestral (m ³)
ÁGUA	R025407553	204	207	3	2

DATAS

Leitura Atual: 24/07/2017 Emissão: 24/07/2017 Laca Água: 98998
 Leitura Anterior: 23/06/2017 Próxima Leitura: 23/08/2017 Laca Esgoto: 142978

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 06/2017

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliforms Totais	Escarichia Coli
149	149	149	048	149	149
164	164	164	164	164	164
163	163	163	163	150	164

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

MEDIA DE CONSUMO (OUT/14 A SET/15): 9 m³ | META: 10 m³.
 Agradecemos sua pontualidade. Água tratada e saúde.
 RELATORIO DA QUALIDADE DA AGUA VEJA NO SITE CAGECE

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME		
		Mês/Ano	Água (m ³)	Esgoto (m ³)
ÁGUA	22,01	JUL/16	1	0
ESGOTO	12,32	AGO/16	3	2
		SET/16	3	2
		OUT/16	2	1
		NOV/16	2	1
		DEZ/16	1	0
		JAN/17	1	0
		FEB/17	2	1
		MAR/17	2	1
		ABR/17	4	3
		MAI/17	3	2
		JUN/17	2	1

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO		SUBSIDIO	
Descrição	Valor (R\$)	Descrição	Valor (R\$)
PIS	0,33	VALOR DO SERVIÇO	68,30
COFINS	1,64	VALOR DO SUBSIDIO	33,97
		VALOR TOTAL A PAGAR	34,33

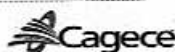
MÊS/ANO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
07/2017	10/08/2017	34,33

ONDE PAGAR SUA FATURA

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



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 unidade da Cagece-3101.5918, 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 255 1919. Demais localidades: ARCE - Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará: 0800 275 0195.



Fatura Mensal

Via do agente arrecadador

DADOS DO CLIENTE 357015053312028 - 3769
 Inscrição: 004962621 Código da Responsável: Mês/Res: 07/2017
 Local: 129 Setor: 077 Quadra: 0352 Lote: 0137 Comp: 0000
 Subsetor: 00 Subquadra: 00
 Cidade: CRUCIAL Vencimento: 10/08/2017 Total (R\$): 34,33

82630000000 5 34330009400 4 00496262101 9 01001322015 6





Rio de Janeiro, 20 de Maio de 2017

Carta n°: 11011199

A/C: PEDRO FELIPE DE SOUSA

Sinistro: 3170147688 ASL-0074738/17
Vítima: PEDRO FELIPE DE SOUSA
Data Acidente: 15/10/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

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: PEDRO FELIPE DE SOUSA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000001887

Conta: 000000066868-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 =

R\$ 2.362,50

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

**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 - 8606 / 2016

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **22/12/2016 14:51:15**
Data / Hora da Ocorrência: **15/10/2016 17:30:00**
Endereço da Ocorrência: **RUA GOIANESA**
Complemento:
Bairro: **GENIBAU** Município: **FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência: **ESTAÇÃO DE GENIBAU**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **PEDRO FELIPE DE SOUSA**
Nascimento: **24/08/1957** CPF: **146.112.443-34**
RG: **20076283580** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **MARIA DA CONCEIÇÃO JERONIMO**
MANUEL FELIPE DO CARMO
Endereço: **RUA SÃO MARCOS, 93**
Bairro: **CONJUNTO SÃO MIGUEL** CEP: **61.640-060**
Município: **CAUCAIA/CE**
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98990-9571**

Dados do(s) Veículo(s)

- 1) Placa: **HVQ3220** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **9C2JC250WVR010545** Renavam: **686073614** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 TITAN** Ano Fabricação: **1997** Ano Modelo: **1998** Combustível: **GASOLINA** Cor: **VERMELHA** Proprietário: **PEDRO FELIPE DE SOUSA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**
- 2) Placa: **OSI4345** Uf: **CE** Município: **CAUCAIA** Chassi: **9BWAA05W8EP037820** Renavam: **594453216** Tipo do Veículo: **AUTOMOVEI** Marca / Modelo: **VW/GOL 1.0 GIV** Ano Fabricação: **2013** Ano Modelo: **2014** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **VERMELHA** Proprietário: **ANA ALDALICIA DE A MOTA** 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 HVQ-3220/CE QUANDO UM CARRO DE PLACA OSI-4345 AVANÇOU A PREFERENCIAL COLIDINDO COM A VITIMA, CAINDO A VITIMA NO ASFALTO, FICANDO LESIONADA SENDO SOCORRIDA PARA O FROTINHA DE ANTONIO BEZERRA POR MEIOS PRÓPRIOS. E NADA MAIS DISSE.//////////
OBS:COMUNICAÇÃO FALSA É CRIME CAPITULADO NO ART.340 DO CPB.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 12. DISTRITO POLICIAL**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :****FRANCISCO DELÂNIO CAMPELO ALMEIDA - MAT.: 404836-1-6****RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:**



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 - 8606 / 2016

VISTO DO DELEGADO(A) :

DIANA MÁRCIA NOGUEIRA SURIMÃ - MAT.: 012875-1-6

Prefeitura de Fortaleza

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL EVANDRO AYRES DE MOURA ANTÔNIO BEZERRA

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

DADOS PESSOAIS

NOME DO PACIENTE: PEDRO FELIPE DE SOUSA
NASCIMENTO: 24/08/1957(59 ANOS)
SEXO: M
NOME RESPONSÁVEL: MARIA DE FÁTIMA
MUNICÍPIO: FORTALEZA
UF: CE
Nº DO PRONTUÁRIO: 87740
Nº DO BE: 9254
NACIONALIDADE: PARI

OCORRÊNCIA

LOCAL DO ACIDENTE/TRANSPORTE DADOS DO ACIDENTE: _____
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: _____
MOTIVO: ACIDENTE DE MOTO
ESCALA DE DOR: 99 (ADULTO)

SINAIS VITAIS

PESO: 70 KG
TEMPERATURA: 36,5 °C
PULSO: 90 bpm
GLICÊMIA: NI
PRESSÃO ARTERIAL: 120/80
ALTERAÇÕES: NI
SAT O2: 95%

RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO
ITAECIO FELIPE SILVA

ÁREA ATENDIMENTO
ÁREA: ATENDIMENTO TRAUMA

ATENDIMENTO MÉDICO

DIAGNÓSTICO: Fratura de Tibia e fíbula (D) alinhamento com pulso e perilesões menores S. comport. CI: Gesso suplen com orientações de dor com gesso (comprimido) e 100 mg de Frut. Pena (D)

DIAGNÓSTICO: 303090200

DATA DE ATENDIMENTO: 15/10

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MEDICAMENTO: _____

APRAZAMENTO

Dr. Antônio Augusto
Cirurgião de Ombro
Ortopedia CRM 11263

OBSERVAÇÃO

TIPO DE ALTA/SAÍDA:
() SAÍDA MÉDICA () A PEDIDO () EVASÃO () TRANSFERÊNCIA () INTERNAÇÃO ÓBITO: () ATÉ 48 HORAS () APÓS 48 HORAS
DESTINO DO CORPO: () FAMÍLIA () IML () ANAT. PATOL

DATA DE REGISTRO: 15/10/2016 às 18:41:12

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

Fratura de Tibia e fíbula (D) alinhamento com pulso e perilesões menores S. comport. CI: Gesso suplen com orientações de dor com gesso (comprimido) e 100 mg de Frut. Pena (D)

PEDRO FELIPE DE SOUSA

HOSPITAL DISTRITAL EVANDRO AYRES DE MOURA
FROTINHA ANTONIO BEZERRA

Miriamia Menezes Marques Soares
Mat. 45300-01
Coordenadora SAME - HDEAM
CONFERE COM ORIGINAL

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por JORGE ULISSES E SILVA FERREIRA LIMA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 02/08/2017 às 10:00, sob o número 01573805120178060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0157380-51.2017.8.06.0001 e código 2DF3297



HDEAM - Hospital Distrital Dr. Evandro Ayres de Moura
Frotinha de Antônio Bezerra



Prefeitura de
Fortaleza

RECEITA

1) Pedro Felipe de Sousa

1) Nimusulida 100g
1g 12/12/16 7 dias.

2) Dipirona 1g — 12/12/16
1g 6/6/16 12 dias

3) Retorno semanal:

22/10/16 às 8h.
4) Retorno antes se piorar dor.
15/10/16

Dr. Michel Augusto
Cirurgião de Ombro
Osteopatia CRM 11223

QUANDO RETORNAR AO MÉDICO LEVE SUA RECEITA
O USO DE DROGAS, BEBIDAS ALCOÓLICAS E CIGARROS.
PREJUDICAM A SAÚDE. PERGUNTE AO SEU MÉDICO

RUA CANDIDO MAIA - 294 - ANTONIO BEZERRA - PABX (85) 34883210 CNPJ - 04.885.197/0010-35

- 05/11/16 - 08:00

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA - CDD-RENAVAM - EXERCÍCIO
PRT 01 0068607354 0000000000 2015

NOBRE
PEDRO FELIPE DE SOUSA

FORTALEZA

/CE

PLACA
HVD3220/CE

CHASSI
9C2JC230WVRO10545

COMBUSTÍVEL
GASOLINA

PAS/MOTOCICLO/ANJO APLIC.
1977 1572

ANO FAB. / ANO MOD.

TIUNZA/CB 125 1572

CATEGORIA
PARTIC

VERMELHA

VENC. TOTAL
1* 1500000
2* 1500000
3* 1500000

PARCELAMENTO / COTAS

PREMIO TAFARIO (R\$)
100,00

DATA DE PAGAMENTO
1/12/2015

CONDIÇÕES

LOCAL
FORTALEZA

DATA
1/12/2015

Assinatura do Superintendente

DETRAN

CONTRAN

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, ON FORT SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAOC- SEGURO DPVAT

CEN Nº 012261384515 - BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodotransito.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2015 1/12/2015

VA 01 14611244334

CPF / CNPJ

RENAVAM

PLACA
HVD3220

MARCA / MODELO
FIAT / UNO

ANO FAB. / ANO MOD.

CHASSI
9C2JC230WVRO10545

PRÊMIO TAFARIO

DETRAN (R\$)

FAV (R\$)

129,04

143,38

CUSTO DO BILHETE (R\$)

4,15

292,01

PAGAMENTO

1,11

DATA DE QUITAÇÃO
10/12/2015

QUOTA ÚNICA

SEGUROADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.248.016/0001-04

www.seguradoralider.com.br

MOTOR: JC235E-WO 10545

02576