

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Roberto Campos Moura, brasileiro, solteiro, autônomo
em endereço eletrônico, inscrito no Rg nº 2003010098394
e CPF nº 041.007.833-61, residente na Av G, conj 419
Vilha IV, nº 30 Bairro Vila Velha, - Fortaleza/CE
CEP: 60349-750.

OUTORGADO: Nomeia e constitui como bastante procurador para defender seus direitos fundamentais e interesses jurídicos, Dr. **FRANCISCO WAGNER BARBOSA DE ALENCAR FILHO**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/CE sob o nº 29.811 e a Dra. **SARAH BASTOS DE ALENCAR**, brasileira, solteira, advogada, inscrita na OAB/CE 33.781, ambos com escritório profissional na Avenida Desembargador Moreira, nº 2120, sala 1304, Bairro Aldeota, na Cidade de Fortaleza, no Estado Ceará, recebendo a comunicação de quaisquer atos processuais neste endereço.

PODERES: Por este instrumento particular de mandato, o OUTORGANTE confere aos OUTORGADOS plenos poderes para o foro em geral, com a cláusula *ad judicium* e *et extra*, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-lo nas contrárias, seguindo uma e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando, conferindo-lhe, ainda, os poderes especiais para *receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, receber, dar quitação, firmar compromisso e assinar declaração de hipossuficiência econômica*, conforme estabelecido no Art. 105 do Código de Processo Civil (Lei 13.105/2015), agindo em conjunto ou separadamente, podendo ainda substabelecer esta a outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, enfim, praticar todos os atos processuais que ache oportuno e conveniente para o fiel cumprimento deste mandato, dando tudo por bom, verdadeiro, firme e valioso.

Fortaleza, 08 de 07 de 2019.

Roberto Campos Moura

OUTORGANTE

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Declaro, também, para os devidos fins, ser pobre, na forma e sob as penas da Lei nº 7.115/83, não podendo, assim, arcar com as despesas advindas desse processo sem que haja prejuízo do sustento meu e de minha família.

Fortaleza - CE, 08 de 07 de 2019.

a Roberto Campos Moreira

Assinatura do declarante

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

REGISTRO CIVIL DO ESTADO DO CEARÁ

DEPARTAMENTO DE REGISTRO CIVIL, HUMANAS E SOCIAIS EM RETRATOS

ROBERTO CAMPOS MOURA

JOSE ROBERTO MOURA DE FREITAS

MARIA CLEBIA FONTENELE CAMPOS

FORTALEZA - CE

Polegar Direito

Roberto Campos Moura

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO CIVIL 2003010098394

DATA DE EMISSÃO 15/04/2015

DATA DE NASCIMENTO 07/09/1989

CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: 1 ZONA TERMO: 133253 FOLHA: 120

LIVRO: A-113 FORTALEZA - CE

CPF: 041.007.833-61

2 VIA

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

P.: 1

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 559225209
Rota 16 01150 66 017400 - 7 Data de Emissão 23/01/2019
Nome MARIA CLEBIA FONTINELE CAMPOS
End. Postal AV G CONJ VILA VELHA IV 00030
VILA VELHA - FORTALEZA - 60349750
Medidor 11015984 Poste 0000 A560
Classe B1 - 01-RESIDENCIAL 01-NORMAL MONOFASICO
RG/CPF/CNPJ 455977663-68 CGF
Nome do Responsável

DATAS			INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO		
Mês de Referência	Data de Apresentação	Previsão Próxima Leitura	Veja a legenda no verso desta conta.		
Jan/2019	23/01/2019	21/02/2019	Conjunto	BARRA DO CEARÁ	
			Mês	Nov/2018	ELED 31,14
ICMS			Padrão Individual		
Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto	Mensal	Trím.	Anual
132,68	27,00%	35,82	DIC	4,95	9,91
ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL			FIC	3,11	6,22
CAF9.52EE.0FDD.FFF2.D720.23D1.7E05.54EE			DMIC	2,77	
INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO			Apuração Individual		
Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. Fat.
FP 31162	30979	1,00	183	0,00	183
23/01/19			22/12/18	32 DIAS	183
DESCRIÇÃO			VALOR (R\$)		
VALOR CONSUMO DO MES			132,68		
MULTA MORATORIA REF 10/2018			1,74		
JUROS DO MES			0,39		
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL			10,10		

VENCIMENTO	01/03/2019	TOTAL A PAGAR (R\$)	144,91
COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO		HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)	
Energia	49,27	170	183
Transmissão	5,25	183	180
Distribuição	28,08	169	162
Encargos Setoriais	7,53	173	183
Tributos (IOF/PIS/COFINS)...	42,55	169	169
TOTAL	132,68	188	173
CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)		163	139
Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.		169	169
Emitido kg (CO ₂)	71,44	Consistência Ecológica (%CO ₂)	
Compensado kg (CO ₂)	0,00		

"PARA CADASTRAR SUA CONTA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZE
SEU NÚMERO DO CLIENTE SEM O DÍGITO VERIFICADOR."

Chame os vizinhos e amigos e entre no combate ao mosquito transmissor
Da dengue, zika e chikungunya. Ministério da saúde. Gov. Federal

Consta desta fatura R\$ 6,73 referente a PIS e COFINS. Alíquotas: PIS:0,91% e COFINS:4,17%

Bandeira vence em Jan-19, sem acréscimo no valor da energia a ser repassado para o
consumidor. Informações: www.aneel.gov.br

Nº do Cliente: 2647107 Referência: Jan/2019
Data de Emissão: 23/01/2019 Total a Pagar (R\$): 144,91
Nº da Nota Fiscal: 559225209 Nº de Controle: 0002647107 00189 39142 40

8388000001-1 44910031000-0 00026471070-3 01893914230-1





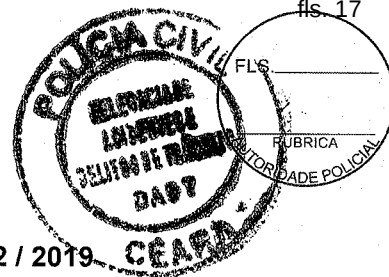
GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

Impresso nº 2019109818



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 572 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Data / Hora da Comunicação: **14/02/2019 16:06:29**

Data / Hora da Ocorrência: **16/11/2018 11:20:00**

Endereço da Ocorrência: **AVENIDA FRANCISCO SÁ**

Complemento:

Bairro: **BARRA DO CEARA**

Município: **FORTALEZA/CE**

Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **ROBERTO CAMPOS MOURA**

Nascimento: **07/09/1989** CPF: **041.007.833-61**

RG: **2003010098394** Orgão Emissor: **SSP**

UF:

Filiação: **MARIA CLEBIA FONTENELE CAMPOS**

JOSE ROBERTO MOURA DE FREITAS

Endereço: **RUA SANTA INES, 1258**

Bairro: **PIRAMBU**

Município: **FORTALEZA/CE**

CEP:

País: **BRASIL**

Telefone: **(85) 98933-7071**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **OSO6522** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi:

9C2KC1680DR311324 Renavam: **536096341** Tipo do Veículo:

MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CG150 FAN ESDI** Ano

Fabricação: **2013** Ano Modelo: **2013** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**

Cor: **PRETA** Proprietário: **C M COMERCIO E SERVICOS LTDA ME**

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 OSO-6522 NA AV. FRANCISCO SÁ NA FAIXA DA DIREITA QUANDO UMA MOTO DE PLACAS NÃO ANOTADAS QUE TRANSITAVA NA FAIXA DA ESQUERDA REALIZOU UMA CONVERÇÃO PARA DIREITA SEM OS DEVIDOS CUIDADOS E COLIDINDO COM A VITIMA, A VITIMA INFORMA QUE O PILOTO DA REFERIDA MOTO DE PLACAS NÃO ANOTADAS TRANSITAVA USANDO CELULAR, QUE DA COLISÃO A VITIMA CAIU NO ASFALTO, FICANDO LESIONADA SENDO SOCORRIDA PARA O HOSPITAL DISTRITAL EVANDRO AYRES DE MOURA - ANTONIO BEZERRA POR MEIOS PRÓPRIOS. E NADA MAIS DISSE.////////

OBS: COMUNICAÇÃO FALSA É CRIME CAPITULADO NO ART.340 DO CPB.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

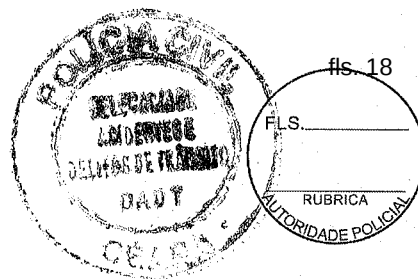
FRANCISCO DELÂNIO CAMPELO ALMEIDA - MAT.: 404836-1-6

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

[Assinatura]



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



Impresso nº 2019109818

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 572 / 2019

VISTO DO DELEGADO(A) :

JOSE RODRIGUES

JUNIOR:08175438304

Assinado de forma digital por JOSE
RODRIGUES JUNIOR:08175438304
Dados: 2019.02.14 16:17:19 -03'00'

JOSE RODRIGUES JUNIOR - MAT.: 126788-1-9



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE <i>RODRIGO CARLOS MORAES</i>	6 - Nº PRONTUÁRIO
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	8 - DATA DO NASCIMENTO <i>09/09/1989</i>
9 - SEXO Masculino ☒ Feminino ☐	10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL <i>MARIA CRISTIA FONSECA CARLOS</i>
11 - TELEFONE DE CONTATO	12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) <i>AVENIDA G LUSA 30/ Vila Velha</i>
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA <i>CONTAGEM - CE</i>	14 - COD. IBGE MUNIC
15 - UF	16 - CEP <i>06102-19</i>

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Naum no fe estando com dor e dificuldade de</i>	18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>Surf. Juvenil MZ</i>
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <i>Kx</i>	20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura luxas fe</i>
21 - CID 10 PRINCIPAL	22 - CID 10 SECUNDÁRIO
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>mt. crúrio</i>	25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
26 - CLÍNICA	27 - CATEGORIA DA INTERNAÇÃO
28 - DOCUMENTO CNS ☐ CPF ☐	29 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	31 - DATA DA SOLICITAÇÃO <i>20/11/18</i>
32 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO	

BUQUER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRÂNSITO	36 - CNPJ DA SEGURADORA	37 - Nº BILHETE	38 - SÉRIE
34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO	39 - CNPJ DA EMPRESA	40 - CNAE EMPRESA	41 - CBOR
35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO			
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA ☐ EMPREGADO ☐ EMPREGADOR ☐ AUTÔNOMO ☐ DESEMPREGADO ☐ APOSENTADO ☐ NÃO SEGURADO			

AUTORIZAÇÃO

43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA	44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR	49 - Nº AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
45 - DOCUMENTO CNS ☐ CPF ☐	46 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO	
47 - DATA DO DOCUMENTO	48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	

Grat. HDEDO-3AME-AIH-000



REGISTRO EMERGÊNCIA	MATRÍCULA NO HOSPITAL
---------------------	-----------------------

PACIENTE: <u>Roberto Capoa mara</u>			
DATA OPERAÇÃO: <u>27/11/18</u>		ENFERMARIA:	LEITO:
1º AUXILIAR: <u>Leonardo</u>		2º AUXILIAR: <u>Romeo</u>	
3º AUXILIAR:	INSTRUMENTADOR:		
ANESTESISTA: <u>Felipe</u>		TIPO DE ANESTESIA:	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: <u>fratura distal</u>			
TIPO DE OPERAÇÃO: <u>Trat. cirurgia fratura distal</u>			
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: <u>melhor</u>			
RELATÓRIO IMEDIATO PATOLOGISTA: <u>OK</u>			
EXAME RADIOLÓGICO NO ATO: <u>Sim</u>			
ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO: <u>Não</u>			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO - TÁTICO E TÊC LIGADURAS DRENAGEM - SUTURA - MATERIAL EMPREGADO - ASPECTOS VISCERAS 1) Medicação 2) Anestesia 3) Preparo de campo 4) Acesso dorsal duplo 5) Redução da fratura luxada 6) Fixação com 02 fios de Hirsch (2 2.0 e 02 1.5) 7) Costela com Rx 8) Curativo 9) Sutura 10) Curativo 11) TELA 60x60 CONFERE COM ORIGINAL <u>06/03/19</u> <u>João</u> SAÚDE PÚBLICA HOSPITAL DISTRIAL EDILSON BARROS DE OLIVEIRA Av. Jamillete Tomaz Coelho, 1578 Fortaleza - CE - 60.804-340 Leonardo Pierre Quental Cirurgião do Pé e Tornozelo CRM 9114 - RQE 4538

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):

Roberto Campos Nova

vítima de acidente de trânsito, em 16/11/2018, sofreu:

Fratura exposta do 1º dedo
CPF 592.7

e submeteu-se a tratamento(s):

Cirurgia
Redução e fixação dos fragmentos
periféricaencontra-se de alta clínica, e apresenta invalidez permanente,
com grau de incapacidade funcional irreversível de:Cicatriz no dorso do pé D
edemas volumosos crônicos
limitado movimento do pé
e do dedão
Dor, pontada. A qual ocorre
deambulou, claudicação
limitada funcional. Impedindo
o trabalho. O Xr médico
ce fratura

22/04/2019

Dr. Mardônio Salmito de Almeida
Traumatologia
CREMEC 4411

Francisco Mardônio Salmito de Almeida
CREMEC 4411

Rua Guilherme Rocha, 1201 - Centro - Fortaleza - Ceará.



REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

NOME DO PACIENTE ROBERTO CAMPOS MOURA		DADOS PESSOAIS	
CADUSUS	NASCIMENTO 07/09/1989(29 ANOS)	Nº DO PRONTUÁRIO 98020	Nº DO BE 253594
NOME MAE MARIA CLEBIA FONTENELE CAMPOS	NOME RESPONSÁVEL EU MESMO	SEXO M	RACIA/COR PARDO
ENDEREÇO RUA SANTA INES 1258 PIRAMBU	MUNICÍPIO	UF CE	
CONTATO (85)93236-7825	CEP NI		

LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/DADOS DO ACIDENTE		OCORRÊNCIA	
QUEIXA COLISÃO CARRO/MOTO		CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	
SINTOMAS DOR EM TORNOZELO DIREITO		MOTIVO ACIDENTE DE MOTO	
		ESCALA DE DOR 2 (ADULTO)	

PESO NI KG		PRESSÃO ARTERIAL NI/NI		SINAIS VITAIS	
TEMPERATURA NI °C		ALERGIAS NEGA		SAT O2 NI%	
CLASSIFICAÇÃO VERDE		RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO NATANIELLE SOUZA MENDES		PULSO NI	
				GLICEMIA NI	
				DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO 16/11/2018 12:45:51	

ÁREA DE ATENDIMENTO ATENDIMENTO TRAUMA	ÁREA ATENDIMENTO
--	------------------

ANAMNESE	ATENDIMENTO MÉDICO
<i>Fratura - luxação Lisfranc pé dir. CD. Internação</i>	

DIAGNÓSTICO	COD. PROCEDIMENTO	CID
EXAT. SOLICITADO: () HC () SU () US ABDOMINAL () TC CRÂNIO () RAIO-X () OUTROS		

MÉDICAMENTO		PRESCRIÇÃO MÉDICA		OBSERVAÇÕES
APRAZAMENTO				
<i>Tala gipsada / Abair protutorio c/ bifo</i>				<i>3030 20200</i>

TIPO DE ALTA/SAÍDA	
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	CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA
----------------------------	---

Impresso por NATANIELLE SOUZA MENDES em 16/11/2018 às 12:45:54

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

Penal.

ROBERTO CAMPOS MOURA

Hospital Distrital Dr. Evandro Ayres de Moura
ATESTO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL

Marcia
Mat. 45632
Coordenador do SAMU

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por SARAH BASTOS DE ALIENCAR e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 31/07/2019 às 16:04, sob o número 01578008520198060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0157800-85.2019.8.06.0001 e código 4DD17A9.



Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3190159286 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA ROBERTO CAMPOS MOURA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO INVESTPREV Seguradora S/A-Filial Fortaleza - CE

BENEFICIÁRIO ROBERTO CAMPOS MOURA

CPF/CNPJ: 04100783361

Posição em 06-04-2019 14:26:21

Desculpe, no momento, não conseguimos localizar informações com os dados que você forneceu. Por gentileza, [clique aqui](#) e nos envie um e-mail para que possamos checar melhor o seu caso. Por gentileza, aguarde, em até 72 horas, entraremos em contato com você para informar a situação do seu pedido de indenização.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
08/04/2019	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50