



**Daniel Farias Porto**  
Advocacia

**PROCURAÇÃO**  
"AD JUDICIA ET EXTRA"

**OUTORGANTE:** PAULO MONTIQUE CASTRO COUTINHO  
**RG:** 200 10 10 282873 SSP CE  
**CPF:** 000.166.223-67  
**Nacionalidade:** BRASILEIRO  
**Estado Civil:** SOLTEIRO  
**Profissão:** AUTONOMO  
**Residente:** R. BALDUINO FREIRE, N: 113, CS 01  
**Cidade:** FORTALEZA Estado: CE CEP: \_\_\_\_\_  
**Telefone:** \_\_\_\_\_

**OUTORGADO:** DR. DANIEL FARIAS PORTO, brasileiro, divorciado, advogado, OAB-CE nº 20334 e Dra. ALESSANDRA ERIKA MAIA BARROS, solteira, advogada, OAB – CE nº 21113, com escritório na cidade de Fortaleza-Ce, Avenida Santos Dumont, nº 304, Sala 402, Centro, CEP 60160-150 Fone: (85) 30478110.

Pelo presente instrumento particular de **PROCURAÇÃO**, o outorgante nomeia e constitui seu bastante procurador o outorgado, para o fim especial de agir judicialmente em ação de seu interesse, a fim de defender seus direitos perante qualquer Juízo, instância ou Tribunal, repartição pública, autarquia ou entidade paraestatal, propondo ou respondendo ação judicial de **SEGURO DPVAT**, em que o outorgante figure em qualquer dos pólos, podendo responder, receber e levantar alvará judicial ou guia de retirada, reclamar, conciliar, desistir, transigir, fazer acordo, recorrer, receber e dar quitação, confessar, requerer inventário ou arrolamento, firmar compromissos, prestar declarações, receber citação, bem como substabelecer a presente, com ou sem reservas de poderes, se assim convier, praticando todos os atos necessários ao satisfatório desempenho deste mandato dando tudo por firme e valioso.

Fortaleza, 29 de Julho de 2019

Paulo Montique Castro Coutinho  
**OUTORGANTE**





**Daniel Farias Porto**  
Advocacia

### DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

NOME: PAULO MONTEIRO CASTRO COUTINHO  
CPF: 000.166.223-67  
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO  
PROFISSÃO: AUTÔNOMO

Declaro para os devidos fins que sua atual condição econômica não permite demandarem juízo sem prejuízo do seu sustento próprio e da sua família, pelo que pede os benefícios da justiça gratuita previstos na **Carta Constitucional de 1988**, e mais precisamente, com fulcro no artigo 4º, caput da **Lei 1.060/50** (estabelece normas para a concessão da assistência judiciária aos necessitados), consorciado com o artigo 1º da **Lei 7.115** de 29 de agosto de 1983, indicando para o patrocínio de minha causa o advogado em **PROCURAÇÃO**.

Fortaleza – Ce, 29 de JUNHO de 2019

Paulo Henrique Castro Coutinho

DECLARANTE



**Daniel Farias Porto**  
Advocacia

### DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Eu, PAULO MONTIOWSKI CASTRO COUTINHO (declaro para os devidos fins de direito, ser responsável (civil e criminal) pelos fatos, informações e documentos apresentados e juntos ao processo judicial de cobrança de seguro DPVAT, em desfavor de qualquer seguradora do consórcio de seguro DPVAT, exonerando o Dr. DANIEL FARIAS PORTO – OAB/CE 20.334 e Dra. ALESSANDRA ERIKA MAIA BARROS – OAB/CE 21.113, de qualquer responsabilidade civil e/ ou criminal.

Fortaleza-Ce 29 de JUNHO 2019

Paulo Montowski Castro Coutinho

DECLARANTE





**REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL**

|                                                                                                                          |  |                                                                 |                       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------|-----------------------|
| <b>DADOS PESSOAIS</b>                                                                                                    |  | <b>Nº DO PRONTUÁRIO</b>                                         | <b>Nº DO REGISTRO</b> |
| NOME DO PACIENTE<br><b>PAULO HENRIQUE CASTRO COUTINHO</b>                                                                |  | <b>105285</b>                                                   | <b>191606</b>         |
| NOME DO RESPONSÁVEL<br><b>CLEZIA MARIA SENA CASTRO</b>                                                                   |  | <b>10/05/1984 (33 ANOS)</b>                                     | <b>PORTUGUÊS</b>      |
| ENDEREÇO<br><b>RUA DESEMBARGADOR GUIMARÃES 159 PRESIDENTE KENNEDY</b>                                                    |  | <b>O MESMO</b>                                                  | <b>CE</b>             |
| CIDADE<br><b>FORTALEZA</b>                                                                                               |  | <b>CE</b>                                                       | <b>CE</b>             |
| CONTATO<br><b>(85)99533-2183</b>                                                                                         |  | <b>NI</b>                                                       | <b>NI</b>             |
| <b>OCCORRÊNCIA</b>                                                                                                       |  |                                                                 |                       |
| LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/LOCAL DO ACIDENTE                                                                         |  |                                                                 |                       |
| <b>CLASSIFICAÇÃO DE RISCO</b>                                                                                            |  |                                                                 |                       |
| CIRCUITO<br><b>QUEDA DE MOTO SEM COLISÃO COM LACERAÇÃO NO MID DIA 21/01/18</b>                                           |  | MOTIVO<br><b>QUEDA DE MOTO</b>                                  |                       |
| SINTOMAS<br><b>NI</b>                                                                                                    |  | SINAIS VITAIS<br><b>NI</b>                                      |                       |
| PESO<br><b>NI KG</b>                                                                                                     |  | PULSO<br><b>NI</b>                                              |                       |
| TEMPERATURA<br><b>NI °C</b>                                                                                              |  | PRESSÃO ARTERIAL<br><b>NI</b>                                   |                       |
| CORTEZADO<br><b>VERDE</b>                                                                                                |  | RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO<br><b>MARIA HELENA RODRIGUES</b> |                       |
| ÁREA DE ATENDIMENTO<br><b>ATENDIMENTO CIRÚRGICO</b>                                                                      |  | DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO<br><b>22/01/2018</b>               |                       |
| ATENDIMENTO MÉDICO                                                                                                       |  |                                                                 |                       |
| HISTÓRIA DO PACIENTE<br><b>PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO COM FRATURA EM MID + MSD COM LACERAÇÃO.</b>                  |  |                                                                 |                       |
| TRANSMISSÃO<br><b>FRATURA EM MID + MSD</b>                                                                               |  | DOIS PROCEDIMENTOS<br><b>NI</b>                                 |                       |
| SINAIS VITAIS<br><b>( ) HC ( ) SU ( ) US ABDOMINAL ( ) TC CRÂNIO ( ) RAIOS-X</b>                                         |  | <b>( / ) OUTROS</b>                                             |                       |
| MEDICAMENTO                                                                                                              |  | APRAZAMENTO                                                     |                       |
| OBSERVAÇÕES                                                                                                              |  |                                                                 |                       |
|                                                                                                                          |  |                                                                 |                       |
|                                                                                                                          |  |                                                                 |                       |
|                                                                                                                          |  |                                                                 |                       |
|                                                                                                                          |  |                                                                 |                       |
| <b>TIPO DE AVALIAÇÃO</b>                                                                                                 |  |                                                                 |                       |
| <b>DECISÃO MÉDICA ( ) A PEDIDO ( ) EVASÃO ( ) TRANSFERÊNCIA ( ) INTERNAÇÃO ÓBITO: ( ) ATÉ 48 HORAS ( ) APÓS 48 HORAS</b> |  |                                                                 |                       |
| <b>DESTINO DO CORPO: ( ) FAMÍLIA ( ) IMPL ( ) ANAT. PATOL</b>                                                            |  |                                                                 |                       |
| LOCAL E HORA DO ATENDIMENTO                                                                                              |  | CARIMBO E ASSINATURA DO TÉCNICO ESPECIALIZADO                   |                       |

Impresso por MARIA HELENA RODRIGUES em 22/01/2018 às 07:54:32

Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 239 do Código Penal.

*Paulo Henrique Castro Coutinho*  
CPF: 105285

PAULO HENRIQUE CASTRO COUTINHO

HOSPITAL DISTRITAL DR. EVANDRO AYRES DE MOURA  
ATESTO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL

*Marcia Ramos*  
Mat. 45682  
Coordenador do SAMU - HDEAM

*Dr. Evandro Ayres de Moura*  
CPF: 105285





BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 1132 / 2018

**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Data / Hora da Comunicação: **08/03/2018 10:37:14**

Data / Hora da Ocorrência: **21/01/2018 23:00:00**

Endereço da Ocorrência: **RUA TULIPA C/**

Complemento: **RUA GENERAL MARIO HERMES**

Bairro: **JARDIM IRACEMA**

Município: **FORTALEZA/CE**

Ponto de Referência: **EM FRENTE AO DEP TULIPA**



**Dados da(s) Vítima(s)**

Nome: **PAULO HENRIQUE CASTRO COUTINHO**

Nascimento: **10/05/1984** CPF: **000.166.223-67**

RG: **2001010282873**

Orgão Emissor: **SSPDS**

UF: **CE**

Filiação: **CLEZIA MARIA SENA CASTRO**

**PAULO COUTINHO FILHO**

Endereço: **RUA BALDUINO FREIRE, 113 CS 01**

Bairro: **PADRE ANDRADE**

Município: **FORTALEZA/CE**

CEP: **60.356-332**

País: **BRASIL**

Telefone: **(85) 98668-6910**

**Dados do(s) Veículo(s)**

1) Placa: **PNV1336** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **9C2KC2500GR028621** Renavam: **1097006503** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 160 START** Ano Fabricação: **2016** Ano Modelo: **2016** Combustível: **GASOLINA** Cor: **PRETA** Proprietário: **PAULO FRANCISCO ROCHA COUTINHO** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

**Histórico**

AFIRMA O DECLARANTE QUE NA DATA, HORA E LOCAL CITADOS; QUE, QUEM PILOTAVA A MOTOCICLETA, DE PLACA PNV-1336-CE, ERA EDUARDO LINCOLN ROCHA COUTINHO, HABILITADO, CNH:03416496551 DETRAN CE, CAT. HAB. AB, MAS NÃO FICOU LESIONADO E A VITIMA NA SITUAÇÃO DE GARUPEIRA(PAULO HENRIQUE CASTRO COUTINHO); QUE TRAFEGAVA PELA RUA TULIPA E PILOTO DA MOTO AO TENTAR EFETUAR UMA CURVA NA VIA, PERDEU O CONTROLE DA MOTO E ACONTECEU A QUEDA NA VIA; QUE A VITIMA FOI AO SOLO E FICOU LESIONADA; QUE, A VITIMA FOI SOCORRIDA PARA SUA RESIDÊNCIA E NO DIA SEGUINTE(22/01/2018) POR MEIOS PRÓPRIOS FOI TER ATENDIMENTO NO FROTINHA DO ANTONIO BEZERRA. 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:

*Paulo Henrique Castro Coutinho*

**CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº** 514677231

Rota 17 01150 22 021400 - 7 Data de Emissão 23/02/2018

Nome ELIZABETH DA SILVA GOMES

End. Postal RU BALDUINO FREIRE 00113 CS 01  
PADRE ANDRADE - FORTALEZA - 60356332

Medidor 10633460 Poste 0000 0000

Classe 01-RESIDENCIAL 01-NORMAL MONOFASICO

RG/CPF/CNPJ 107870893-20 CGF

Nome do Responsável

**DATAS**

| Mês de Referência | Data de Apresentação | Próxima Letura |
|-------------------|----------------------|----------------|
| Fev/2018          | 23/02/2018           | 24/03/2018     |

**ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO**

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto FIC Dez/2017 ESD 34,66

Mês DIC= 0,00 P

**ICMS**

| Base de Cálculo (R\$) | Alíquota | Valor do Imposto |
|-----------------------|----------|------------------|
| 60,25                 | 27,00%   | 16,26            |

**ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL**

2778,6055,8548,CS04,64F7,0EC1,NC90,7100

**INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO**

| Leit. Atual | Leit. Anterior | Const. | Consumo (kWh) | Cons. Incl. | Cons. Tot. | Tarifa (R\$/kWh) | Valor (R\$) |
|-------------|----------------|--------|---------------|-------------|------------|------------------|-------------|
| PP 12524    | 12435          | 1,00   | 88            | 0,00        | 88         | 0,50472          | 60,25       |

23/02/18 25/01/18 29 DIAS 88 60,25

**DESCRIÇÃO**

| VALOR CONSUMO DO MÊS         | VALOR (R\$) |
|------------------------------|-------------|
| JUROS DO MÊS                 | 60,25       |
| ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL | 1,08        |
|                              | 4,13        |

**VENCIMENTO** 02/03/2018

**TOTAL A PAGAR (R\$)** 65,46

**COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO**

|                               |              |
|-------------------------------|--------------|
| Energia                       | 20,78        |
| Transmissão                   | 2,07         |
| Distribuição                  | 14,06        |
| Encargos Setoriais            | 4,87         |
| Tributos (ICMS PIS/COFINS)... | 18,55        |
| <b>TOTAL</b>                  | <b>60,25</b> |

**HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)**

| MÊS | Consumo (kWh) |
|-----|---------------|
| 12  | 88            |
| 11  | 70            |
| 10  | 154           |
| 09  | 187           |
| 08  | 116           |
| 07  | 0             |
| 06  | 0             |
| 05  | 0             |
| 04  | 0             |
| 03  | 0             |
| 02  | 0             |
| 01  | 0             |

**CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO<sub>2</sub> (kg/kWh)**

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

| Emitido kg (CO <sub>2</sub> ) | Compensado kg (CO <sub>2</sub> ) | Consciência Ecológica (%CO <sub>2</sub> ) |
|-------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------------|
| 58,03                         | 0,00                             | 0                                         |

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO**

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

Chame os vizinhos e amigos e entre no consulto ao mosquito transmissor da dengue, zika e chikungunya, Ministério da Saúde. Gov. Federal

A ENEL AGRADECE E PARABENIZA PELA PONTUALIDADE NOS SEUS PAGAMENTOS.

Consta desta fatura R\$ 2,29 referente a PIS e COFINS. Alíquotas: PIS:0,68% e COFINS:3,14% (Art. 9, Inc. I, do art. 180, par. 1º da Lei nº 10.637/02 e 10.639/03)

Caro Cliente, constam quitadas as faturas de consumo de energia elétrica desta unidade com sumidora vencidas até 31/12/2017, conforme a Lei N. 12.807/2009. Esta declaração substitui quitacoes anteriores.

Nº do Cliente: 8647037-0 Referência: Fev/2018

Data de Emissão: 23/02/2018 Total a Pagar (R\$): 65,46

Nº da Nota Fiscal: 514677231 Nº de Controle: 0008647037 00005 39062 55

83810000000-0 65460031000-8 00086470370-8 00053906224-3

