

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Antônio Marcos Gompato, Brasileiro, solteiro, autônomo, portador do
RG nº 93015076318 e CPF nº 784975003 - 06, residente e
estabelecido na Rua Pedro Vianna Freitas, nº 111, Bairro Alto Pique,
Fortaleza - CE.

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 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, 15 de agosto de 2019.

Antônio Marcos Gompato
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, 15 de Out de 2019.

SARAH BASTOS DE ALENCAR
Assinatura do declarante

Av. Desembargador Moreira, nº 2120, sala 1304, Bairro Aldeota, CEP: 60.170-002, Fortaleza-CE /
E-mail: wsdpvtjuridico@gmail.com | (85) 98786-0818 (85) 988882031

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

1656108630

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

ANTONIO MARQUES SAMPAIO

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR UF
 93015076318 SSP CE

CPF
 784.475.003-06

DATA NASCIMENTO
 08/01/1971

FILIAÇÃO
 SOCORBO MARQUES SAMPAIO

TERMINAÇÃO
 20/07/2023

ACC
 09/09/2013

CRIM
 A

SEM OBSERVAÇÃO:

LOCAL
 FORTALEZA, CE

DATA EMISSÃO
 24/07/2018

CEARA

75322261701
CE166071900

PROIBIDO PLASTIFICAR

RECEBEMOS

12 FEV 2019

Maria Geacineide F. Avelar
 Corretora de Seguros EIAI
 CNPJ 21.497.738/0001-11

DADOS DO CLIENTE

Nome: **NATANAEL DE OLIVEIRA SANPAIO**
End. Lateral: **RU PEDRO VIANA FREIRE, 111, CONJUNTO ESPERANCA**
Cidade: **FORTALEZA**
End. Entrega: **CEP: 60734-430**
Cidade: **CEP:**
Local: **001** Setor: **055** Quadra: **0701** Lote: **0126** Cont: **0000**
Subsetor: **00** Subquadra: **00**

ECONOMIAS

Residência: **001** Comercial: **000** Industrial: **000** Pólo: **000**
INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volumen(m³)	Média Semestral(m³)
AGUA	A08F355320	76	87	11	12

DADOS

Leitura Atual: **11/01/2019** Leitura Anterior: **12/12/2018** Emisso: **11/01/2019** Fatura: **11/02/2019** Local: **60734-430** Local: **60734-430**
QUALIDADE DA AGUA DISTRIBUIDA REFERENTE A:

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Bacteriologia Coli
Exigidas	533	533	126	533	533
Analisadas	531	531	531	531	531
Em conformidade	507	525	506	492	531

MESSAGENS/INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
MEDIA DE CONSUMO(OUT/14 A SET/15): 8 m³ | META: 10 m³.

Caro cliente, encontram-se quitadas as faturas de sua titularidade, para esta unidade consumidora, vencidas em 2018, conforme a Lei n. 12.007/2009. Esta declaracao substitui outras quitacoes do periodo e de anos anteriores.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	Valor(R\$)	Método de Volume	Mês Ano	Agua(m³)	Esgoto(m³)
AGUA	28.56				
ACRESC. IMPONT. AGUA TARI	0.30	Jul/18	8	0	0
JUROS/MULTA TARIFA CONT	0.12	ago/18	10	0	0
MULTA DE 2%	0.74	set/18	12	0	0
JUROS DE 0,033% AO DIA	0.29	out/18	15	0	0
TARIFA DE CONTINGENCIA	4.99	nov/18	13	0	0
		dez/18	14	0	0

RECEBEMOS

12 FEV 2019

Tributos Sobre o Esquecimento

Descrição	Valor(R\$)
PTS	0.33
COFINS	1.67

SUBSIDIO

Descrição	Valor(R\$)
VALOR DO SERVIÇO	49.01
VALOR DO SUBSIDIO	14.01
VALOR TOTAL A PAGAR	35.00

Maria Gacineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ:21.487.732/0001-06

MÊS/ANO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR(R\$)
01/2019	04/02/2019	35.00

ONDE PAGAR SUA FATURA

Bancos: Bradesco, S/N, Itaú, B.C. Banco do Brasil, Caixa Econômica Federal, Santander, Triângulo, Outros: Pagfatur.
A Cagece disponibiliza o serviço de débito em conta da sua fatura. Ative já este serviço. Consulte sua agência.

I:356615075678107 L:0370 H:12:40:55 R:052 P:001

Cagece
0800 275 0195

Cagece
NOBRE

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

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 3638. Ouvidoria estadual: 155. Site da ARCE: www.arce.ce.gov.br.
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: 3101.3010, de 8h às 12h e 13h às 17h.

Entidade Reguladora dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental
ARCE
155
Ouvidoria Estadual

DADOS DO CLIENTE

Inscrição: **356615075678107 - 0370** Código de Responsável: **002451522** Mês: **01/2019**
Local: **001** Setor: **055** Quadra: **0701** Lote: **0126** Cont: **0000**
Subsetor: **00** Subquadra: **00**
Cidade: **FORTALEZA** Vencimento: **04/02/2019** Total(R\$): **35.00**

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

Impresso nº 20196542



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 20 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **03/01/2019 13:29:57**
Data / Hora da Ocorrência: **05/08/2018 07:30:00**
Endereço da Ocorrência: **RUA JULIO GASPAR**
Complemento: **C/ RUA CASEMIRO DE ABREU**
Bairro: **ITAPERI** Município: **FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **ANTONIO MARQUES SAMPAIO**
Nascimento: **08/01/1971** CPF: **784.475.003-06**
RG: **93015076318** Orgão Emissor: **SSP**
Filiação: **SOCORRO MARQUES SAMPAIO**
NÃO CONSTA
Endereço: **RUA PEDRO VIANA FREITAS, 111**
Bairro: **ALTO ALEGRE**
Município: **FORTALEZA/CE**
País: **BRASIL**

RECEBEMOS

12 FEV 2019

UE
Maria Geacilda F. Nobre
Corretora de Seguros Eretli
CNPJ: 21.487.739/0001-12

CEP:

Telefone: **(85) 99725-0493****Dados do(s) Veículo(s)**

1) Placa: **OCK9112** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi:
95VGF2G2ABM004738 Renavam: **327479701** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **DAFRA/TVS APACHE RTR 150** Ano
Fabricação: **2010** Ano Modelo: **2011** Combustível: **GASOLINA** Cor:
PRETA Proprietário: **JORGE ALAERTE CAVALCANTE DE SOUSA**
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 OCK-9112 NA RUA JULIO GASPAR QUE A VITIMA AVANÇOU A PREFERENCIAL E COLIDIU COM UM CARRO MODELO L200 DE PLACAS NÃO ANOTADAS, CAINDO A VITIMA NO ASFALTO, FICANDO LESIONADA SENDO SOCORRIDA PELO SAMU PARA O HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA - PARANGABA. 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:****Antonio Marques Sampaio****VISTO DO DELEGADO(A) :****JOSE RODRIGUES JUNIOR - MAT.: 126788-1-9**



DECLARAÇÃO



Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento ao Sr. **Antonio Marques Sampaio** - C.P.F. **784.475.003-06**, no dia **05/08/2018**, às **20h05min**, na **Rua Julio Gaspar c/ Rua Casemiro de Abreu**, no **Bairro Itaperi**, vítima de acidente de trânsito.

Declaramos ainda que segue em anexo cópia do Prontuário do Atendimento acima mencionado.

Documento requerido por meio do Processo nº **P471912/2018**.

Fortaleza, 12 de dezembro de 2018.

Atenciosamente,

Roberto Gomes de Lima
Coord. SAME - SAMU 192
Regional Fortaleza
Mat. 45661-1

Roberto Gomes de Lima
Coordenação - SAME
SAMU 192 Regional Fortaleza

RECEBEMOS

12 FEV 2019

Maria Gacineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ: 21.487.739/0001-06

Reinaldo Silva Machado
Protocolo/SAME-SAMU 192
Regional Fortaleza
Mat. 54558-1

Reinaldo Silva Machado
Responsável - Protocolo
SAMU 192 Regional Fortaleza



**Prefeitura de
Fortaleza**

**PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSE BARROSO DE OLIVEIRA PARANGABA**

6-103

fls. 19

SUS

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

DADOS PESSOAIS			
NOME DO PACIENTE ANTÔNIO MARQUES SAMPAIO		Nº DO PRONTUÁRIO 211519	Nº DO BE 230495
CADSUS		NASCIMENTO 08/01/1971 (47 ANOS)	SEXO M
NOME MÃE SOCORRO MARQUES SAMPAIO		RAÇA/COR PARDO	
ENDEREÇO RUA CÔNEGO DE CASTRO 5477 A PARQUE SÃO JOSÉ		MUNICÍPIO FORTALEZA	
CONTATO 18519820-0744 8562-9198		UF CE	
LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/DADOS DO ACIDENTE		CEP 60.730-202	
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO			
QUEIXA TRAZIDO PELO SAMU USB 88, RELATA DOR APOS TRAUMA ABAIXO DO JOELHO D COM EDEMA DISCRETO		MOTIVO AValiação TRAUMATOLÓGICA	
SINTOMAS NI		ESCALA DE DOR 99 (ADULTO)	
SINAIS VITAIS			
PESO NI KG	PRESSÃO ARTERIAL NI/NI	SAT O2 NI%	PULSO NI
TEMPERATURA NI °C	ALERGIAS ALERGICO NAO LEMBRA	GLICEMIA NI	
CLASSIFICAÇÃO VERDE	RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO BEATRIZ HELENA SOARES DA SILVEIRA MACHADO		DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO 05/08/2018 20:56:33
ÁREA ATENDIMENTO			
UMATOLOGIA			
ATENDIMENTO MÉDICO			
ANAMNESE Paciente virou no centro de dor (SIC) virou no joelho D, dor D, dor D Nega dor na coluna Tratado de plado Tm 1/10/18			
DIAGNÓSTICO		COD. PROCEDIMENTO	
SADT SOLICITADO: () HC () SU () US ABDOMINAL () TC CRANIO () RAIOS-X () OUTROS		CID	
PRESCRIÇÃO MÉDICA			
MEDICAMENTO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÕES	
3030 200			
Dr. Marcus Gadelha Ortopedia e Traumatologia Artroscopia e Cirurgia do Joelho TEOT 12042 - RQE - 5137 CRM 10184			
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 BEATRIZ HELENA SOARES DA SILVEIRA machado em 05/08/2018 às 20:58:37

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.

ANTÔNIO MARQUES SAMPAIO

① DEXTERA JOELHO IM 17

Dr. Marcus Gadelha
Ortopedia e Traumatologia
Artroscopia e Cirurgia do Joelho
TEOT 12042 - RQE - 5137
CRM 10184

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

Ernanete Monteiro
Mat. 753

Rio de Janeiro, 10 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190122747

Vítima: ANTONIO MARQUES SAMPAIO

Data do Acidente: 05/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARCOS DA CONCEICAO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANTONIO MARQUES SAMPAIO

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 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

Recebedor: ANTONIO MARQUES SAMPAIO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000002558

Conta: 00000119640-7

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

