



RABELO LEAL ADVOCACIA e SERVIÇOS DE SEGUROS

PROCURAÇÃO AD JUDICIA**OUTORGANTE**

NOME:	Daniel Cleiton Nascimento
ESTADO CIVIL:	Solteiro
PROFISSÃO:	Autônomo
DOMICÍLIO:	
RG/CPF/PIS PASEP:	2007009175200

OUTORGADOS

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: Fortaleza/ceData: 10 / 02 / 2020

Daniel Cleiton Nascimento

OUTORGANTE



RABELO LEAL ADVOCACIA e SERVIÇOS DE SEGUROS

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA**NOME:**Daniel Cleiton Nascimento**RG:** 2007009175200**SSP/CE** **CPF:** 042.855.483-05

DECLARA de sua consciência e bem da verdade que VIVE E RESIDE em:

Logradouro:

Rua Alcindo Guanabara 628

Complemento:

Altos

Bairro

Parque Santa Rosa

CEP:

60765-574

Que a presente declaração é a expressão da verdade, a qual é feita nos termos e sob as penas da lei, pelo que me responsabilizo pela presente

Fortaleza/Ce, 10 DE Fevereiro 2020Daniel Cleiton Nascimento



RABELO LEAL ADVOCACIA e SERVIÇOS DE SEGUROS

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Nome: Daniel Cleiton Nascimento

Nacionalidade: Brasileiro Estado Ceará Estado Civil: Solteiro

Profissão: Autônomo

Rg: 20070091752 SSP/Ce -CPF: 042.855.483-05

Logradouro: Rua Alcindo Guanabara 628

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: 10 de Fevereiro de 2020

Daniel Cleiton Nascimento

SINISTRO 3190690077 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA DANIEL CLEITON NASCIMENTO****COBERTURA Invalidez****PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** Compreve

Previdência S/A-Filial Fortaleza-CE

BENEFICIÁRIO DANIEL CLEITON NASCIMENTO**CPF/CNPJ: 04285548305****Posição em 10-02-2020 16:17:35**

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi negado, conforme carta enviada para o beneficiário.



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO
Impresso nº 2019731839



fls. 12

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 3462 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **14/10/2019 12:52:35**
Data / Hora da Ocorrência: **14/09/2019 17:20:00**
Endereço da Ocorrência: **R BÁRBARA DE ALENCAR C/RUA DONA**
LEOPODINA, CENTRO - FORTALEZA/CE
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **DANIEL CLEITON NASCIMENTO**
Nascimento: **17/12/1988** CPF: **042.855.483-05**
RG: **2007009175200** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
Filiação: **MARIA DE FATIMA DO NASCIMENTO**
Endereço: **RUA I (LOT EXPEDICIONÁRIO), 16 -C**
Bairro: **CENTRO**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP: **60.110-000**
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98851-6885**

Dados do(s) Veículo(s)

- 1) Placa: **PNC8982** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **9C2KD1000JR112738** Renavam: **1147759275** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/NXR 160 BROS** Ano Fabricação: **2018** Ano Modelo: **2018** Combustível: **GASOLINA** Cor: **PRETA** Proprietário: **DANIEL CLEITON NASCIMENTO** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**
- 2) Placa: **PNW9747** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **9BD341A6NHB429113** Renavam: **1095610926** Tipo do Veículo: **AUTOMOVEL** Marca / Modelo: **FIAT/MOBI WAY** Ano Fabricação: **2016** Ano Modelo: **2017** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **BRANCA** Proprietário: **LUCIA DE FATIMA PESSOA FURTADO** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

Afirma o declarante que na data, hora e local acima citados, pilotava sua motocicleta de placa PNC8982 (acima descrita) quando foi colidido pelo carro de placas PNW9747, que avançou a preferencial; QUE, com a colisão, o declarante caiu ao solo e lesionou-se, sendo socorrido pelo SAMU ao IJF-Centro; Que, é responsável pelas informações aqui prestadas; QUE, está ciente do prazo de 06 (seis) meses para representação criminal; E nada mais disse.

FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO NO ART. 340 DO CPB.

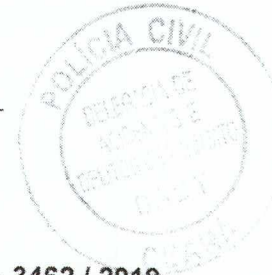
DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 34. DISTRITO POLICIAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

SUZETE MARIA LIMA GONÇALVES - MAT.: 133215-1-5



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
 POLÍCIA CIVIL
 DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO
 Impresso nº 2019731839



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 3462 / 2019

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: *P. Daniel Ailton Rosconeto*

VISTO DO DELEGADO(A) :

Maria das Graças Ferreira Uchoa
MARIA DAS GRACAS FERREIRA UCHOA - MAT.: 166161-1-7



Nº de Inscrição:
002702606

DADOS DO CLIENTE

Nome: **MARIA EDNA NASCIMENTO**
 End. Leitura: **RU ALCINDO GUANABARA, 628, ALTOS, PARQUE SANTA ROSA**
 Cidade: **FORTALEZA**
 End. Entrega: **Cidade: 60765-574**

Local: **001** Setor: **055** Subsetor: **00** Quadra: **0126** Subquadra: **00** Lote: **0555** CEP: **0001**

ECONOMIAS
 Residencial: **001** Comercial: **000** Industrial: **000**

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volumen (m³)	Média Semestral (m³)
AGUA	A15F078783	179	182	3	2

DATAS

Leitura Atual: **11/07/2019** Emissão: **11/07/2019** Lacre Água: **2179165**
 Leitura Anterior: **11/06/2019** Próxima Leitura: **10/08/2019** Lacre Esgoto:

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 05/2019

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Exigidas	526	526	125	526	526
Analisadas	533	533	533	530	530
Em conformidade	529	525	506	515	530

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

MEDIA DE CONSUMO(OUT/14 A SET/15): 3 m3 | META: 10 m3.
 Diga não ao abuso e a exploração sexual contra a criança e o adolescente. DENUNCIE! Disque 100 ou procure o Conselho Tutelar mais próximo de sua residência. Não precisa se identificar. O sigilo é garantido.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME
AGUA 28,30	Mês/Ano
CREDITO-PAG. /LANÇAMENTO -27,48	Jul/18
JUROS DE 0,033% AO DIA 0,23	ago/18
MULTA DE 2% 0,57	set/18
	out/18
	nov/18
	dez/18
	jan/19
	fev/19
	mar/19
	abr/19
	mai/19
	jun/19

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO

Descrição	Valor (R\$)	SUBSIDIO	Valor (R\$)
PIS	0,01	Valor DO SERVIÇO	14,42
COFINS	0,07	Valor DO SUBSIDIO	12,80
		Valor TOTAL A PAGAR	1,62

MES/ANO 07/2019 **VENCIMENTO 02/08/2019** **TOTAL A PAGAR (R\$) 1,62**

I:356344091456659 L:1305 H:07:29:45 R:024 P:001

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 283 1919. Demais localidades: ARCE – Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará: 0800 275 3838. 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: 13101.1918.

Central de Atendimento
Cagece
 0800 275 0195

Cagece
 Mobile



INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA



Registro de Atendimento Emergencial

Emitido em: 23/09/2019 10:10:19

Por: EDUARDO MOREIRA

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL								DATA/HORA: 14/09/2019 18:05:00	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE									
CNS: 704606650852327	NOME: DANIEL CLEITON NASCIMENTO				Registro: 5635585				
CPF: 04285548305	RG:	D. NASC: 17/12/1988	ESTADO CIVIL:		SEXO: M	RAÇA/COR: Amarela			
NOME DA MÃE: MARIA DE FATIMA DO NASCIMENTO				NOME DO PAI: N.I					
TIPO DE LOGRADOURO: Rua		ENDEREÇO DO PACIENTE: PADRE SA LEITAO			Nº: 8851688	BAIRRO: HENRIQUE JORGE			
COMPLEMENTO:	TELEFONE: 988516885	MUNICÍPIO: FORTALEZA			UF: CE	CEP: 60521032			
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL									
NOME: SAMU USB-09 COND-ALMERISON				PARENTESCO:			TELEFONE:		
ACIDENTE DE TRABALHO									
TIPO DE VÍNCULO:		CBO DO EMPREGADO:		CNPJ DO EMPREGADOR:			COSIDO DO CNAER:		
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO									
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motociclista, Colisão com um carro, pick up ou camionete									
QUEIXAS: DOR NO QUADRIL, APOS COLISAO MOTO/CARRO									
OBSERVAÇÕES:									
SINAIS VITAIS									
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Publica		Escala de Dor: Leve			PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: VERDE				
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:									
ATENDIMENTO MÉDICO									
Anamnese:									
Exame Físico:									
Conduta:									
TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:									
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:									
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:									
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:				CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:					

Resumo de alta



NOME: DANIEL CLEITON NASCIMENTO
LEITO:
DATA DE 14/09/2019
INTERNAÇÃO:
DATA DA ALTA: 16/09/2019
BE/PRONT: 5635585
CIDADE DE FORTALEZA
ORIGEM:
IDADE: 30
DIAGNOSTICOS: FRATURA DE BACIA (CONSERVADOR)
CONDUTA
DECIDIDA
PARA CADA
LESAO:
STAFF QUE
OPEROU NA
EMERGENCIA:
STAFF DO STAFF
LEITO: INDEFINIDO
RESIDENTE RESIDENTE
DO LEITO: INDEFINIDO

Mapa de Cirurgias

Dias Int.	#	Hora	Leito	Staff	Residentes	Material	Observação	Status da marcação
-----------	---	------	-------	-------	------------	----------	------------	--------------------

DR. CHARLES MACEDO
CRM 6504

Ass.: _____ Retornar da _____ / _____ / _____ Hora: _____ para
Dr. _____

Data: 16/09/2019

Dr. Nelson AL

ATESTADO MÉDICO

DANIEL CLEITON NASCIMENTO

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O PACIENTE SUPRACITADO, ESTAVA EM ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL, POR:
FRATURA DOS RAMOS PÚBLICOS À DIREITA EM SETEMBRO DE 2019 TRATADO CONSERVADORAMENTE, APRESENTA QUEIXAS ALGICAS LEVES, DEAMBULA COM AUXÍLIO DE MULETAS E FRATURA EM VIAS DE CONSOLIDAÇÃO COM BOM PROGNÓSTICO E POUCAS PROBABILIDADES DE SEQUELAS PÓS TRAUMA.

ALTA AMBULATORIAL
CID: S32.5

Fortaleza, 4 de Outubro de 2019

CID: _____

Dr. Robson Alves
Ortopedia/Traumatologia

CRM 6860

FRANCISCO ROBSON DE VASCONCELOS

6860 CRM

Rua Barão do Rio Branco, 1816, Centro - CEP: 60025-061 - Fortaleza - Ceará

Unidade mantida com recursos públicos, provenientes de seus impostos e contribuições sociais.

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DA INFRAESTRUTURA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

CE

NOME
DANIEL CLEITON NASCIMENTO

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
2007009175200 SSP CE

CPF
042.855.483-05

DATA NASCIMENTO
17/12/1988

RELACAO
MARIA DE FATIMA DO NASCIMENTO

PERMISSAO
ACC CAT. HAB. AB

Nº REGISTRO
05847030430

VALIDADE
09/05/2023

1ª HABILITACAO
06/08/2013

OBSERVAÇÕES
EAR;

Daniel Cleiton Nascimento
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
FORTALEZA, CE

DATA EMISSAO
07/08/2019

Igor Vasconcelos Ponte
ASSINATURA DO EMISSOR

00600796612
CE171934903

CEARA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1780692477

PROIBIDO PLASTIFICAR
1780692477