



RABELO LEAL ADVOCACIA e SERVIÇOS DE SEGUROS

CPF

CPF

PROCURAÇÃO AD JUDICIA**OUTORGANTE**

NOME:	Alexsandro Mendes Amorim
ESTADO CIVIL:	Solteiro
PROFISSÃO:	Autônomo
DOMICÍLIO:	Rua Otavio Paranhos 215
RG/CPF/PIS PASEP:	2008010231146

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: FortalezaData: 11 / 03 / 2020

x Alexsandro Mendes Amorim

OUTORGANTE



RABELO LEAL ADVOCACIA e SERVIÇOS DE SEGUROS

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA**NOME:**

Alexsandro Mendes Amorim

RG: 2008010231176**SSP/ e CPF:** 049.193.523-44

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

Logradouro:

Rua Otavio Paranhos

Complemento:**Bairro**

Jardim Inocência CEP: 60.341-515

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, 11 DE Março 2020

r Alexsandro Mendes Amorim



RABELO LEAL ADVOCACIA e SERVIÇOS DE SEGUROS

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Nome: Alexsandro Mendes Amorim

Nacionalidade: Brasileiro Estado: Ceará Estado Civil: Solteiro

Profissão: Autônomo

Rg: 200.801.023.117 SSP/CE - CPF: 049.193.523-44
6

Logradouro: Rua Otávio Paranhos

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: 11 de Março de 2020

x Alexsandro Mendes Amorim

SINISTRO 3190630972 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA ALEXSANDRO MENDES AMORIM****COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO INVESTPREV**

Seguradora S/A-Filial Fortaleza - CE

BENEFICIÁRIO ALEXSANDRO MENDES AMORIM**CPF/CNPJ:** 04919352344**Posição em 11-03-2020 16:28:10**

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R\$00.000,00

Juros e Correção: R\$00.000,00

Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
17/12/2019	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO
Impresso nº 2019312170



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 1505 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
 Data / Hora da Comunicação: **14/05/2019 08:42:05**
 Data / Hora da Ocorrência: **16/04/2019 14:20:00**
 Endereço da Ocorrência: **AVENIDA DEMETRIO MENEZES , 317**
 Complemento:
 Bairro: **PADRE ANDRADE** Município: **FORTALEZA/CE**
 Ponto de Referência: **PROX A UMA RESIDENCIA**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **ALEXSANDRO MENDES AMORIM**
 Nascimento: **28/09/1994** CPF: **049.193.523-44**
 RG: **2008010231176** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
 Filiação: **ROSINEIDE SALES MENDES**
JOSUE DE SOUZA AMORIM
 Endereço: **RUA OTAVIO PARANHOS, 215 CASA**
 Bairro: **JARDIM IRACEMA**
 Município: **FORTALEZA/CE** CEP: **60.341-515**
 País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98516-5699**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: OSM6736 Uf: CE Município: FORTALEZA Chassi:
9C2JC4160ER004416 Renavam: 597019169 Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: HONDA/CG 125 FAN ESD Ano
Fabricação: 2013 Ano Modelo: 2014 Combustível: GASOLINA Cor:
PRETA Proprietário: JOSUE DE SOUZA AMORIM Situação: NÃO
INFORMADO Envolvimento: ENVOLVIDO

Histórico

AFIRMA O DECLARANTE QUE NA DATA, HORA E LOCAL CITADOS; QUE PILOTAVA A MOTOCICLETA DE PLACA OSM-6736-CE; QUE TRAFEGAVA PELA AV. DEMÉTRIO DE MENEZES NA FAIXA DO MEIO E AO PASSAR POR CIMA DE REDUTORES DE VELOCIDADES (TARTARUGAS), PERDEU O CONTROLE DA MOTO EM QUE ESTAVA NA VIA E ACONTECEU A QUEDA DA MOTO NA VIA E A VITIMA FOI PARAR DEBAIXO DE UM VEICULO CAMINHAO DE PLACAS NAO ANOTADAS QUE ESTAVA PARADO NO SEMÁFORO NA FAIXA DA ESQUERDA; QUE A VITIMA FICOU LESIONADA; QUE A VITIMA FOI SOCORRIDA PELA SUA MÃE, SENDO LEVADA PARA ATENDIMENTO NO FROTINHA DO ANTONI BEZERRA. E NADA MAIS DISSE.///
 OBS.:FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO NO ART. 340 DO CPB.
 PRAZO 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:

Alexsandro Mendes Amorim

VISTO DO DELEGADO(A) :

EVANDRO ALVES DE SOUZA - MAT.: 14699

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

Pág. 1 de 1

Consolidado em: 14/05/2019 08:51:59

Impresso em: 14/05/2019 08:51:59



Prefeitura de
Fortaleza

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

fls. 13

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

DADOS PESSOAIS			
NOME DO PACIENTE ALEXSANDRO MENDES AMORIM		Nº DO PRONTUÁRIO 211294	Nº DO BE 284181
NOME MÃE ROSINEIDE SALES MENDES		NASCIMENTO 28/09/1994(24 ANOS)	SEXO M
ENDEREÇO RUA OTÁVIO PARANHOS 215 JARDIM IRACEMA		NOME RESPONSÁVEL ROSINEIDE MAE	RACIA COR PARDO
CIDADE (85)98757-6687		MUNICÍPIO FORTALEZA	UF CE
CEP 60.341-515			
OCORRÊNCIA			
LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/CAUSAS DO ACIDENTE			
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO			
QUEIXA PACIENTE COMPARECE AO SERVIÇO COM QUEIXA DE DOR EM MSE APÓS SOFRER ACIDENTE DE		MOTIVO ACIDENTE DE MOTO	
MOTO		ESCALA DE DOR 99 (ADULTO)	
SINTOMAS NI			
SINAIS VITAIS			
PESO NI KG	PRESSÃO ARTERIAL NI/NI	SAT O2 NI%	PULSO NI
TEMPERATURA NI °C	ALERGIAS NEGA	GLICEMIA NI	
CLASSIFICAÇÃO AZUL	RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO ANTONIA IRACEMA DA SILVA RODRIGUES		DATA E HORA DO ATENDIMENTO 16/04/2019
ÁREA DE ATENDIMENTO			
ATENDIMENTO TRAUMA			
ATENDIMENTO MÉDICO			
ANAMNESE Apresenta o protumo de dor de 1º membro superior da mão (E). CD. Tolo + rubor e edema no 1º membro superior da mão (E).			
DIAGNÓSTICO DIAGNÓSTICO			
SOLICITAÇÃO () HC () SU () US ABDOMINAL () TC CRANIO () RAO-X () OUTROS			
PRESCRIÇÃO MÉDICA			
MÉDICAMENTO DIPLOMINA 2:18 AM, CL, AGORA PARACETOL 1000mg - 1000mg 5x, EV, AGORA		APRAZAMENTO 20:50	OBSERVAÇÕES
TIPO DE ALTA/SAÍDA			
ALTA/SAÍDA () DECISÃO MÉDICA () A PEDIDO () EVASÃO () TRANSFERÊNCIA () INTERNAÇÃO			
DESTINO DO CORPO: () FAMÍLIA () IML () ANAT. PATOL			
DATA E HORA DO ATENDIMENTO			
CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA			

Impresso por ANTONIA IRACEMA DA SILVA RODRIGUES em 16/04/2019 às 19:47:29

Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 29 do Código de Ética Médica.

ALEXSANDRO MENDES AMORIM

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

Marcia Ramos
Mat. 45632
Coordenador do SAME - HDEAM

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por JORGE ULISSES E SILVA FERREIRA LIMA e esaj.tce.jus.br, protocolado em 26/03/2020 às 10:23, sob o número 02203230220208060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0220323-02.2020.8.06.0001 e código 636FC8D.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
ARTESIA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

CE

NOME
ALEXSANDRO MENDES AMORIM

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
 2008010231176 SSP CE

CPF
 049.193.523-44

DATA NASCIMENTO
 28/09/1994

FILIAÇÃO
 JOSUE DE SOUZA AMORIM
 ROSINEIDE SALES MENDES

PERMISSÃO
 ACC CAT. HAB.
 AD

Nº REGISTRO
 06097057343

VALIDADE
 27/12/2023

1ª HABILITAÇÃO
 13/06/2014

OBSERVAÇÕES
 SEM OBSERVAÇÃO;

ASSINATURA DO PORTADOR
 Alexandre Mendes Amorim

LOCAL
 FORTALEZA, CE

DATA EMISSÃO
 02/01/2019

ASSINATURA DO EMISSOR
 Igor Vasconcelos Ponte

CEARÁ

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
 1668308988

PROIBIDO PLASTIFICAR
 1668308988

24881588804
CE168556006



Nº de Inscrição:

006052312

DADOS DO CLIENTE

Nome: ROSINEIDE SALES AMORIM
 End. Lateral: RU OTAVIO PARANHOS, 215, JARDIM IRACEMA
 Cidade: FORTALEZA
 End. Entrega: CEP: 60341-515
 Cidade: CEP:
 Local: 001 Setor: 042 Quadra: 0022 Lote: 0172 Comp: 0000
 Subsetor: 00 Subquadra: 00

ECONOMIAS
 Residencial: 001 | Comercial: 000 | Industrial: 000 | Pública: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO					
Serviço	Medidor	Lectura Anterior	Lectura Atual	Volumen (m³)	Média Semestral (m³)
AGUA	A04S125051	842	854	12	9

DATAS
 Lectura Anual: 18/03/2019
 Lectura Anterior: 15/02/2019
 Emisión: 8/03/2019
 Próxima Lectura: 16/04/2019
 Lectura Actual: 360669
 Lectura Especial: 246153

QUALIDADE DA AGUA DISTRIBUIDA REFERENTE A:					
Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
526	526	526	125	526	526
192	192	192	192	192	192
187	192	184	189	189	192

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

MEDIA DE CONSUMO (OUT/14 A SET/15): 11 m³ | META: 10 m³.
 Agradecemos sua pontualidade. Agua tratada e saude.
 DIGITE ARCE NA PLAY STORE E BAIXE O APLICATIVO DA ARCE.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME		
		Mês/Ano	Agua (m³)	Reserva (m³)
AGUA	32.72	mar/18	12	9
ESGOTO	21.96	abr/18	8	6
JURUS DE 0.033% AO DIA	0.23	mai/18	10	8
MULTA DE 2%	0.88	jun/18	9	7
TARIFA DE CONTINGENCIA	9.98	jul/18	11	8
		ago/18	13	10
		set/18	11	8
		out/18	15	12
		nov/18	14	11
		dez/18	9	7
		jan/19	2	1
		fev/19	8	6

DETALHES SOBRE O FATURAMENTO		SUBSIDIO		Valor (R\$)
Descrição	Valor (R\$)	Descrição	Valor (R\$)	
PIS	0.83	VALOR DO SERVICO		90.83
COFINS	3.14	VALOR DO SUBSIDIO		25.06
		VALOR TOTAL A PAGAR		65.77
MES/ANO	03/2019	VENCIMENTO	11/04/2019	TOTAL A PAGAR (R\$)
				65,77

ONDE PAGAR SUA FATURA

Bancos: Bradesco, BNPP, Itaú, Nubank, Banco do Brasil, Caixa Econômica Federal, Santander, Itaú, Outros Pagadores.
 A Cagece disponibiliza o serviço de débito em conta de sua fatura. Ative já este serviço e consulte sua agência.

Central de Atendimento
Cagece
 0800 275 0195



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 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 no aplicativo da Cagece: 2101.12.18, de 8h às 12h e 13h às 17h.





DRA. THAÍS MARIA FERREIRA ROCHA
MÉDICA - CREMEC- CE 19.779

LAUDO MÉDICO

NOME: ALEXSANDRO MENDES AMORIM

Atesto para os devidos fins que o paciente supracitado foi vítima de acidente em 16/04/19 (queda de moto), sofrendo fratura de primeiro metacarpo a esquerda que necessitou de tratamento conservador com tala gessada; Paciente relata que evolui com dor importante em mão esquerda com limitação do movimento devido a dor; Paciente refere que realizou tratamento fisioterápico conforme orientação médica; Encontra-se de alta médica definitiva.

CID10: S622


Dra. Thaís Rocha
Médica
CREMEC 19779

Fortaleza-Ce

26/10/2019