

PROCURAÇÃOOUTORGANTE: EVDES ROCHA SILVARG: 2007427420-6CPF: 618.633.143-18Endereço: AV. CENTRAL Nº 40 (CASA), CAPONGA FUNDA
PINDORETAMA - CE CEP:FONE: 85- 8857.3375 / 9627.8143OUTORGADO: **PAULO RICARDO MARINHO TIMBÓ**, brasileiro, divorciado, advogado, inscrito na OAB/CE sob nº 15.285, com escritório na Av. Antônio Sales, 1516, sala 04, Dionísio Torres, CEP: 60.135-101, em Fortaleza-CE.

PODERES: O Outorgante confere ao Outorgado amplos e ilimitados poderes, com a cláusula "AD JUDICIA" e "AD NEGOCIA" para o fôro em geral, especialmente para, onde com esta ou certidão desta se apresentar, defender o Outorgante e seus interesses, propondo cobrança Administrativa e /ou judicial de Seguro DPVAT, podendo interpor Ação Judicial de Cobrança de Seguro DPVAT, recorrer, peticionar, responder, interpor e responder incidentes processuais ou medidas cautelares, Mandado de Segurança, transigir, passar recibos e dar quitação, fazer acordos, receber alvarás e levantar numerários depositados em juízo, receber e endossar cheques, efetuar pagamentos, assinar documentos, tudo que se fizer necessário para o fiel cumprimento de suas obrigações, podendo inclusive, substabelecer com ou sem reservas de poderes; por tais serviços, Outorgante pagará ao Outorgado o equivalente a 30% da quantia total recebida na cobrança (judicial) do seguro DPVAT, independentemente dos honorários advocatícios sucumbenciais arbitrados em juízo. Por oportuno, declara o Outorgante, ser responsável pelas informações e documentos apresentados e juntos ao processo judicial de cobrança de seguro DPVAT. A presente procuração é passada de forma irrevogável e irretratável.

..... Fortaleza, 09 de outubro de 2014.

Evdes Rocha Silva

DECLARAÇÃO DE POBREZA

EVDES ROCHA SILVA,
portador(A) do CPF: 618.633.143-18, **DECLARA**,
com fundamento no artigo 1º da Lei nº 7.115/83, sob sua
inteira e exclusiva responsabilidade, para todos os efeitos
legais, as informações e declarações constantes no processo
judicial e, também, ser pobre na acepção jurídica do termo
(na forma da lei), enquadrando-se na concessão prevista na
Lei nº 1060/50 e posteriores alterações, pois sua 'situação
econômica' não lhe permite pagar as 'custas' e demais
'despesas' do processo e os honorários de advogado 'expert'
sem prejuízo do sustento próprio ou da família.

Fortaleza....., 09 de outubro de 2014.

Evdes Rocha Silva

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

PELA PRESENTE, O(A) SR(A)
EVDES ROCHA SILVA
 PORTADOR(A) do CPF: 618.633143-18, DECLARA
 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 PAULO RICARDO MARINHO TIMBÓ - OAB/CE: 15.285 (E
 ADVOGADOS) DE QUALQUER RESPONSABILIDADE CIVIL E/OU CRIMINAL.
 DESDE JÁ, AUTORIZA SEU ADVOGADO A REALIZAR ACORDO EM
 SUA AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT.

...Fortaleza..., 09 de outubro..... de 2014.

...Evdes Rocha Silva.....

Visualizar Processo

Número do processo 2014766757

Nome da vítima EUDES ROCHA SILVA

RG da vítima

CPF da vítima 618.633.143-18

Data do nascimento 11/10/1993

Data do sinistro 09/10/2013

Garantia Invalidez

Seguradora CONFIANCA

Data de abertura 10/09/2014

Requerente Procurador

Código de origem LM SERVIÇOS DIVERSOS

Valor requerido R\$ 0,00

Data de envio 10/09/2014

Data de pagamento 09/10/2014

Valor pago R\$ 7.087,00

Posição atual Solicitado Pagamento

Última atualização 08/10/2014

Observação

Histórico de Reaberturas

Requerente	Valor	Situação	Ações
------------	-------	----------	-------

Histórico de Pagamentos

Data(dd/mm/aaaa)	Valor
09/10/2014	R\$ 7.087,00
Total pago em reaberturas	R\$ 0,00
Total: R\$ 7.087,00	

Histórico de Cartas

Data	Carta	Ações
11/09/2014	PROCESSO ENVIADO	<u>VER</u>
08/10/2014	SOLICITADO PAGAMENTO	<u>VER</u>

[Voltar para lista de processos](#)

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2007427420-6 DATA DE EXPEDIÇÃO 02/08/2010

NOME EUDÉS ROCHA SILVA

PRIMAÇÃO FRANCISCO FARIAS DA SILVA

MARIA DAS GRAÇAS ROCHA SILVA

NATURALIDADE PINDORETANA - CE DATA DE NASCIMENTO 11/10/1993

DOC. ORIGEM CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: 1 OFÍCIO TERMO: 21318 FOLHA: 105

LIVRO: A 24 PINDORETANA - CE

CPF

2 VIA

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/85

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ

COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO HUMANA E FÉRIAS BIOMÉTRICAS

Polgar Direito

Assinatura do titular

CARTEIRA DE IDENTIDADE



CONFIANÇA

10 SET 2014

CIA DE SEGUROS

MINISTÉRIO DA FAZENDA
 Receita Federal
 Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
 618.633.143-18

Nome
 EUDES ROCHA SILVA

Nascimento
 11/10/1993

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CONFIANÇA
 10 SET 2014
 CIA DE SEGUROS



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA METROPOLITANA DE AQUIRAZ

GUIA POLICIAL AO INSTITUTO MÉDICO LEGAL

BO Nº 207 - 4176 / 2013

GUIA Nº 207 - 463/2013

AQUIRAZ, 03 de dezembro de 2013

Natureza do Exame: CORPO DELITO

Requisito ao Instituto Médico Legal o exame LESAO CORPORAL da pessoa abaixo qualificada:

Nome: EUDES ROCHA SILVA

Nacionalidade: BRASIL

Naturalidade: PINDORETAMA/CE

Data de Nascimento: 11/10/1993

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

Grau de Instrução: ENSINO FUNDAMENTAL

Profissão: VENDEDOR

Filiação: FRANCISCO FARIAS DA SILVA

MARIA DAS GRAÇAS ROCHA SILVA

Documento de Identificação: Número:

Órgão Emissor: UF:

Residência: R ANTONIO DA ROCHA, 863 CASA

PARQUE URUPÊ . -

CASCADEL/CE

Local da Ocorrência:

ROD CE 040 KM 18,

NAO INFORMADO

AQUIRAZ/CE

Data e Hora da Ocorrência: 09/10/2013 17:10

Observação: VITIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO.

Lauda para: DELEGACIA METROPOLITANA DE AQUIRAZ

DELEGADO TARCISIO JOSE MOREIRA COELHO - 9736-1-0 - -

TERMO DE RECEBIMENTO DE GUIA POLICIAL AO INSTITUTO MÉDICO LEGAL

Declaro que recebi da DELEGACIA METROPOLITANA DE AQUIRAZ a Guia de número 463/2013 do município AQUIRAZ.

Em ____/____/____.

Nome/Assinatura

VENCIMENTO	13/10/2013	TOTAL A PAGAR	R\$ 1.771,00								
COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO:		HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)									
Energia	0,56										
Saneamento	0,42										
Distribuição	4,63										
Cargos e Salários	1,81										
Tributos (ICMS PIS-COFINS) ...	0,17										
TOTAL	15,59	53	58	56	45	53	52	51	0	0	0

NB: Set: Seg Jul Jun Mai Abr Mar Fev Jan Dez Nov Out

importante

A partir de 2013, visando o sistema de Bandeiras Tarifárias, A bandeira verde não implica cobrança adicional. As bandeiras Amarela e Vermelha, quando acionadas, implicam tarifas de maior valor, devido ao maior custo de geração. No mês de Set/2013 passamos a bandeira VERMELHA, a qual implicaria R\$ 0.830/kWh de acréscimo no valor da tarifa, limite de investimentos. Mais informações em www.anel.gov.br

Importante desta fatura R\$ 0,17 referente a PIS + COFINS.

Atenciosamente,
 Tel.: 100-2605 • ANDEL • Fone/Fax: 10.497.02 • 10.320.001

CONFIANÇA
10 SET 2014
CIA DE SEGUROS

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Enders Rocha SilvaRG nº 2007427420-6, data de expedição 09/08/10, Órgão SSP-CECPF nº 618 633 143-38, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Aer. Central</u>
Número	<u>040</u>
Apto / Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>Caponga Funda</u>
Cidade	<u>Pindoretama</u>
Estado	<u>Ceará</u>
CEP	
Telefone de Contato	<u>85-8857-3375 / 85-9627-8143</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Pindoretama 10-09-2014Assinatura do Declarante: Enders Rocha Silva

Ortopedia

Atestado - Servico de Traumatologia-

Atesto para fins de comprovacao junto ao trabalho, que os dados abaixo sao a verdade e servem de informacao sobre as condicoes e razoes da internacao neste Hospital em relacao ao Servico de Traumatologia-Ortopedia.

NOME:	EUDES COSTA SILVA		
LEITO:			
DATA DE INTERNACAO:	09 10 2013	DATA DA ALTA:	11/11/2013
BE/PRONT:	5247448	CIDADE DE ORIGEM:	FORTALEZA
IDADE:	19		
DIAGNOSTICOS:	FRATURA DE TIBIA - DIAFISE ESQ (OPERADA)		
CONDUTA DECIDIDA PARA CADA LESAO:	ALTA DA PLÁSTICA. AOS CUIDADOS DA T.O		
STAFF QUE OPEROU NA EMERGENCIA:	CLAUDIO KALUME		
STAFF DO LEITO:	STAFF INDEFINIDO		
RESIDENTE DO LEITO:	RESIDENTE INDEFINIDO		

Ass: _____	Retornar dia: ____ / ____ / ____ Hora: ____ para Dr. _____
Data : ____ / ____ / ____	Dispensa do trabalho por : _____
Imprimir	

OrtoGestor - Projeto Ortopedia na Web

No. HOSPGESTOR: 15208

LEITO:

NOME: Eudes Costa Silva

DATA DE INTERNAÇÃO: 09/10/2013

BE/PRONT: 5247448

NASCIMENTO: 01011994

DIAGNOSTICOS: FRATURA DE TIBIA - DIAFISE ESQ (OPERADA)

CONDUTAS E CUIDADOS POS-OPERATORIOS: ALTA DA PLÁSTICA. AOS CUIDADOS DA T.O

TELEFONE:

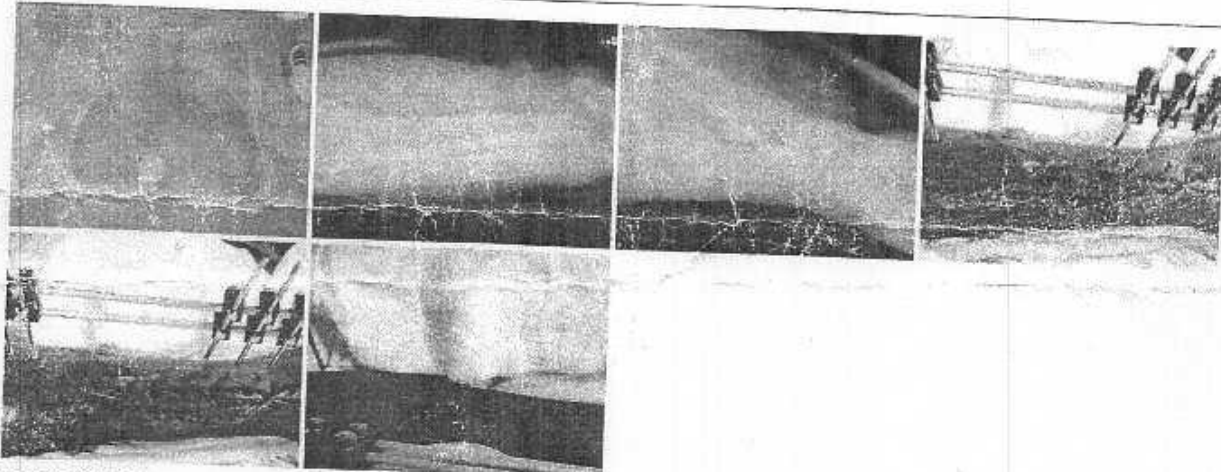
CELULAR:

STAFF QUE OPEROU NA EMERGENCIA: CLAUDIO KALUME

STAFF DO LEITO: STAFF INDEFINIDO

RESIDENTE DO LEITO: RESIDENTE INDEFINIDO

DATA DA ALTA: 11/11/2013
CIDADE DE ORIGEM: FORTALEZA
IDADE: 19



Mapa de Cirurgias

Dias Int. #	Hora	Leito	Cirurgião	Residente	Material	Observação	Status da marcação
-------------	------	-------	-----------	-----------	----------	------------	--------------------

MAPA DO DIA 06/11/2013 - Quarta-Feira

33	1	A SEGUIR	1110	MARCUS PONTES	RESIDENTE INDEFINIDO	1. FACA DE ENXERTO	
----	---	-------------	------	------------------	-------------------------	--------------------	--

FRATURA DE TIBIA - DIAFISE ESQ BE-5247448

REALIZADA

Marcado por:
HALINE MAGALHAE em:
08-11-2013 8:03:31

Ass.: _____	Retornar dia: ____/____/____ Hora: ____ para Dr. _____
Data: ____/____/____	
Imprimir	

INSTITUTO DR. JOSE FROTA

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL				DATA/HORA: 14/11/2013 09:17:46	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE					
CNS: 099004075850871	NOME: EUDES ROCHA SILVA		Registro: 5247448		
CPF:	RG:	D. NASC: 11/10/93	ESTADO CIVIL:	SEXO: M	RAÇA/COR: Parda
NOME DA MÃE: MARIA DAS GRACAS ROCHA SILVA			NOME DO PAI: FRANCISCO FARIAS DA SILVA		
TIPO DE LOGRADOURO: Rua	ENDEREÇO DO PACIENTE: VALE ALBINO		Nº: SN	BAIRRO: CENTRO	
COMPLEMENTO:	TELEFONE CONTATO:	MUNICÍPIO: PINDORETAMA	UF: CE	CEP: 62060000	
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL					
NOME: EUDES ROCHA SILVA		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:					
QUEIXAS:					
OBSERVAÇÕES:					
SINAIS VITAIS					
LOCAL DA OCORRÊNCIA:	Escala de Dor:		PRIORIDADE DE ATENDIMENTO:		
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: <u>José Rosa Silva</u>		Reg/Prontuário: <u>5307048</u>
Data Nascimento: <u>17/04/42</u>	Profissão:	Procedência: <u>Pindoretama</u>
Estado Civil:	Sexo: <u>M</u>	Naturalidade:
Clínica: <u>TO</u>	Enfermaria: <u>15 - Idoso</u>	Leito: <u>15</u>
Data/Hora Admissão: às		Data e Hora Alta: às

1. Motivo de Alta:

- 1.1. Curado
- 1.2. Melhorado
- 1.3. Inalterado
- 1.4. A pedido
- 1.5. Internado p/ diagnóstico
- 1.6. Administrativa
- 1.7. Por Indisciplina
- 1.8. Evasão
- 1.9. Compl. trat. ambulatorial

2. Motivo de Permanência:

- 2.1. Por caract. próprias da doença
- 2.2. Por Intercorrência do procedimento
- 2.3. Por motivo social
- 2.4. Por doença crônica
- 2.5. Por impossib de vivência familiar
- 2.6. Outra internação (outro diagnóstico)

3. Transferência:

- 3.1. Tisiologia
- 3.2. Psiquiatria
- 3.3. Clínica Médica
- 3.4. Cirurgia
- 3.5. Obstetrícia
- 3.6. Berçário
- 3.7. Pediatria
- 3.8. Isolamento
- 3.9. Outros

4. Óbito COM Necropsia:

- 4.1. <48h paciente internado em estado agônico
- 4.2. <48h Paciente NÃO Internado em estado agônico
- 4.3. Internado após 48 h
- 4.4. Óbito da parturiente com permanência do RN

5. Óbitos SEM Necropsia:

- 5.1. <48h paciente internado em estado agônico
- 5.2. <48h paciente NÃO Internado em estado agônico
- 5.3. Internado após 48 h
- 5.4. Óbito da parturiente com permanência do RN

6. Alta por Reoperação:

- 6.1. Em politraumatizado com < 24 h da 1ª cirurgia
- 6.2. Em Politraumatizado com 24 a 48 h após a 1ª cirurgia
- 6.3. Em politraumatizado com 48 a 72 h após a 1ª cirurgia
- 6.4. Em politraumatizado com > 72 h após a 1ª cirurgia
- 6.5. Em cirurgia de emergência com < 24 h da 1ª cirurgia
- 6.6. Em cirurgia de emergência com 24 a 48 h após a 1ª cirurgia
- 6.7. Em cirurgia de emergência com 48 a 72 h após a 1ª cirurgia
- 6.8. Em cirurgia de emergência com > 72 h após a 1ª cirurgia
- 6.9. Em parturiente com permanência do RN.

RESUMO DA EVOLUÇÃO CLÍNICA:

Paciente teve fratura segmentar e cominativa de diáfise femoral, sendo submetido a procedimento cirúrgico com haste femoral.

DIAGNÓSTICO INICIAL:

Ex de análise femoral a distância

TERAPIAS E ACHADOS CIRÚRGICOS

- NÃO PISAR
- ESTIMULAR movimento do quadril D
- Medicação onde receito
- Retorno Da Volmin Fh - no dia 28/07/14

05 NOV 2014

CIA DE SEGUROS