

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: NOME: Rhamon Paulo Gomes; Representado por
Edivania Paulo de Oliveira
 Estado Civil: Solteira, Profissão: Cabeleireira
 Endereço: R. AV. 04 LOT ARVONED 135
 Bairro: Mondubim. Cidade: Fortaleza
 Estado: CE. Telefones: 85 73 87 79 - 96 38 68 59
 CEP: 60 000 000 (088)

OUTORGADOS: Dr. JOSE ORISVALDO BRITO DA SILVA, brasileiro,
advogado, inscrito na OAB/CE sob o nº 21.292-A, com
escritório na Avenida Santos Dumont nº. 1.740, Sala
905, Bairro: Aldeota, Cidade: Fortaleza – CE.

PODERES: Com poderes para o foro em geral, com a cláusula “*ad judicium et extra*” e os especiais, para representar e defender interesses da parte outorgante em AÇÃO DE COBRANÇA, a ser proposta contra quem de direito, em razão de acidente de trânsito sofrido pela parte outorgante, podendo para tanto, acordar, discordar, transigir, desistir, receber, passar recibo, endossar cheques e dar quitação, enfim, praticar todos os atos necessários ao cumprimento do presente mandato, inclusive substabelecer.

Fortaleza, 11 de Fevereiro de 2015..

* Edivania Paulo de Oliveira

SUBSTABELECIMENTO

Eu, Dr. JOSÉ ORISVALDO BRITO DA SILVA brasileiro, advogado, inscrito na OAB/CE sob o nº. 21.292-A, com escritório na Av. Santos Dumont, 1740 sala 905, Aldeota, Fortaleza/CE, **substabeleço, SEM RESERVAS**, os poderes que me foram outorgados por RHAMON PAULO GOMES DEVIDAMENTE REPRESENTADO POR SUA GENITORA EDIVÂNIA PAULO DE OLIVEIRA a fim de promover Ação de indenizatória, ao Dr. MARCIO ANTONIO TORRES, brasileiro, advogado, inscrito na OAB/RJ sob o nº.92.172, com escritório localizado Avenida Almirante Barroso, nº 22, sala 404, Rio De Janeiro/RJ, CEP 20031-000.

Fortaleza, 06 de Julho de 2015.



JOSÉ ORISVALDO BRITO DA SILVA

OAB/CE 21.92-A

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

2785906

ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE POLÍCIA DEBENTURA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

PLACA: PAULO DAVILA DO OLIVEIRA

IDENTIFICADO: JOSEFA JOSEFA DO OLIVEIRA

DATA: 11/02/1977

LOCAL: RUA 1.407, Nº 207, LAY. 1-02

CPF: 1104

Ass. Pol. 08

IDENTIDADE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE POLÍCIA DEBENTURA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

Edsonia Paula D. Oliveira

IDENTIDADE

Este documento é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE
PESSOAS FÍSICAS - CPF, válido e exigível por todos os casos
nos casos previstos na Legislação vigente.

Assinatura

TEREZA PAULO DE OLIVEIRA

S
E
R
P
C

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Emitido em : 05/02/00

MINISTÉRIO DA FAZENDA
SECRETARIA DO TRIBUTO FEDERAL

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome
EDIVANIA PAULA DE OLIVEIRA

Orgão emissor
011959824-00

Data de Nascimento
31/12/77

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIARhamon Paulo Gomes; Representado Por:

Edivemio Paulo de Oliveira brasileiro(a), estado civil: Solteiro, profissão: Cabeleireiro, documento de identificação: 2785906, CPF: 01195982488, venho, amparado pela Lei 7.115/83, perante este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito no qual anexo documento comprobatório em nome de terceiro, para os devidos fins:

LOGRADOURO (Rua/Avenida/Praça)	<u>01 LOT arvonado</u>
NÚMERO	<u>135</u>
COMPLEMENTO	
BAIRRO	<u>Montubim</u>
CIDADE	<u>Fortaleza</u>
ESTADO	<u>CE</u>
CEP	<u>60000000</u>
TELEFONE	<u>8573 8779-96386859 (083)</u>
E-MAIL	

Por ser expressão da verdade, assumo inteira responsabilidade acerca da declaração prestada, sob as penas da lei.

Fortaleza, 11 de Fevereiro de 2015

* Edivemio Paulo de Oliveira
DECLARANTE

DECLARAÇÃO DE GRATUIDADE

NOME: Rhamen Paulo Gomes, Representado Por Edilson Paulo de Oliveira
Estado Civil: Solteiro **Profissão:** Empregado
Endereço: Av. 01 Lot Privado 135
Bairro: monclum **Cidade:** Fortaleza
Estado: CE **Telefones:** 85738779-96386859
CEP: 60000000 (04183)

DECLARA: para fins de prova junto ao Juízo Cível, e a quem por competente distribuição couber o julgamento da lide que, não possui condições financeiras para arcar com as despesas processuais, estando nas exatas condições da Lei n.º 1.060/50, carecendo da **GRATUIDADE DE JUSTICA**, para representar o declarante em **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, a ser proposta contra quem de direito, em razão de acidente de trânsito sofrido pela parte declarante.

Fortaleza, 11 de Fevereiro de 2015

* Edilson Paulo de Oliveira

DR. JOSE ORISVALDO BRITO DA SILVA, brasileiro, advogado, inscrito na OAB/CE sob o nº 21.292-A, com escritório na Avenida Santos Dumont 1740 Sala 905, Bairro: Aldeota, cidade: Fortaleza - CE **DECLARA** para todos os fins de direitos, que não estão cobrando antecipadamente honorários advocatícios do declarante acima, na **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, a ser proposta contra quem de direito em razão de acidente de trânsito sofrido, ressalvando-se os honorários de sucumbência e o caso de haver modificação na situação econômica da parte declarante.

Fortaleza, _____.

Ciente: _____

DECLARAÇÃORhamon Paulo Gomes; Representado Por:

Edivania Paulo de Oliveira brasileiro(a), estado
 civil: Solteira, profissão: Cabeleireira,
 documento de identificação: 2785906,
 CPF: 01195982488, Endereço: R. AV. 01 Lot. arvoredo 135,
 Cidade: Fortaleza, Estado CE,
 CEP: 60000000

Declaro para os devidos fins que ESTOU CIENTE da AÇÃO DE
 COBRANÇA referente ao SEGURO DPVAT a ser proposta em
 razão do acidente ocorrido no dia
14 de 08 de 12015, e ainda de que todas as
 informações prestadas, documentos e cópias entregues ao
 advogado à feitura da petição inicial são de minha inteira
 responsabilidade.

Por ser a expressão da verdade, firmo o presente.

Fortaleza
Teresina, 11 de Fevereiro de 2015

* Edivania Paulo de Oliveira
 DECLARANTE



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DO 27. DISTRITO POLICIAL

fls. 12

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 127 - 3936 / 2014

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTES - OUTROS**

Data / Hora da Comunicação: **24/09/2014 16:47:32**

Data / Hora da Ocorrência : **14/08/2014 08:30:00**

Endereço da Ocorrência: **AV PERIMETRAL, S/N**

PREFEITO JOSE WALTER FORTALEZA /CE

Ponto de Referência:

Histórico

NARRA A DECLARANTE QUE SEU FILHO MENOR, RHAMON PAULO GOMES, FOI VÍTIMA DE UM ATROPELAMENTO, OCASIÃO EM QUE O MENOR AO TENTAR CRUZAR A AVENIDA PERIMETRAL, NO BAIRRO PREFEITO JOSÉ WALTER, FOI COLHIDO POR UMA MOTOCICLETA CUJA A PLACA E O PILOTO NÃO FORAM IDENTIFICADOS; QUE, EM VIRTUDE DO IMPACTO, RHAMON PAULO GOMES, FICOU BASTANTE LESIONADO, SITUAÇÃO QUE EXIGIU O SOCORRO IMEDIATO PARA A U.P.A., E NAQUELA UNIDADE FOI CONSTATADO, FRATURA NO ANTI-BRÇO DIREITO.

Noticiante(s)

Nome : **EDIVANIA PAULO DE OLIVEIRA**

Endereço : **AV 135 CASA 02-CLARVOREDO**

Bairro : **MONDUBIM**

Município/UF : **FORTALEZA CE BRASIL**

Telefone: **87297866**

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 8. DISTRITO POLICIAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : *Alexandre Machado de Barros*

ALEXANDRE MACHADO DE BARROS - MAT.: 198441-1-0

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO : ** Edivania Paulo de Oliveira*

VISTO DO DELEGADO(A) : _____

EVANDRO ALVES DE SOUZA - MAT.: 14699

JOSE WALTER

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: RHAMON PAULO GOMES
Data Nasc.: 12/07/2000 Idade: 14 ano(s) 1 mes(es) e 2 dia(s)
Mãe: EDIVANIA PAULO DE OLIVEIRA
Endereço: AV 1 135
Prontuário: 103381 Admissão: 14/08/2014
Sexo: Masculino RG: 2785906
Telefone: (85) 85938779
Bairro: MONDUBIM CEP: 600

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: AMARELO Classificador: EMANUELLE CARLOS MARTINS Horário: 10:05
Queixa: dor em braço d após queda hoje
Fluxograma: PROBLEMAS EM Discriminador: Dor moderada *
Sato02: Glasgow: Temp.: Glicemia: Régua: 7 Pulso/FC:

ATENDIMENTO

Médico: MICHELE MONTIER FREIRE DO AMARANTE CRM: 14704 Nº Atendimento: 172892 P.A.:
Eixo: OBSERVAÇÃO BREVE INFANTIL Acidente: Sim Agressão: Não Peso:
Hipótese Diagnóstico: FRATURA DO ANTEBRACO Comorbidade:
HDA/Exame Físico:
ID: 14A
P: 47,8KG
HDA: CRIANÇA RELATA DOR INTENSA EM MSD APÓS TRAUMA
HPP: NEGA ALERGIAS
AO EXAME:
EGB, AAA, EUPNEICO, CORADO, HIDRATADO, COOPERATIVO
ACP FISIOLÓGICA
ABD INOCENTE
EXT PPP, S/ EDEMAS
#HD: FRATURA DE BRAÇO?
#CD: RX

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Data	Fluxograma	Discriminador	Risco	Profissional
14/08/2014 10:05:00	PROBLEMAS EM EXTREIMIDADES	Dor moderada *	AMARELO	EMANUELLE CARLOS MARTINS

EXAME

RAIO-X BRACO D AP/P (0204040051)

Médico: MICHELE MONTIER FREIRE DO AMARANTE

Data: 14/08/2014 10:27

Prescrição	Aprazamento
REAVALIAR APOS	

EVOLUÇÃO

Data Cadastro	Usuário Cadastro	Descrição
14/08/2014 10:53	MICHELE MONTIER FREIRE DO AMARANTE	RX DE COTOVELO - FRATURA DE OLECRANO REALIZAÇÃO DE IMOBILIZAÇÃO

VÍTIMA RHAMON PAULO GOMES

COBERTURA Invalidez

SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

ENDEREÇO Av. Mem de Sá, 247 - 1º andar - parte, Centro, Rio de Janeiro - 19, CEP: 20230-151

BENEFICIÁRIO RHAMON PAULO GOMES

CPF/CNPJ: 01195982488

Posição em 11-02-2015 09:38:19

Indenização creditada em 04/02/2015, no valor de R\$ 2.362,50, em banco e conta de titularidade do beneficiário, conforme autorização de pagamento assinado pelo mesmo.