

José Brito & Advogados



PROCURAÇÃO

Outorgante(s): **FRANK GOMES BENTO**, brasileiro, solteiro, autônomo, portador da carteira de identidade nº 20073650034 SSPDS/CE, inscrito no CPF nº 057.131.143-17, residente no Sítio Penha, s/nº, Zona Rural, Alcântaras/CE, CEP: 62.120-000.

Outorgado (s): **JOSÉ ORISVALDO BRITO DA SILVA**, brasileiro, advogado inscrito na OAB/CE 21.292 A e **ANA CLAUDIA MAIA DE ALENCAR**, brasileira, advogada, inscrita na OAB/CE 6994, ambos com escritório na Av. Santos Dumont, 1740, sala 905, Aldeota – Fortaleza – CE e Avenida Rio Branco, 257, sala 1806, Centro – Rio de Janeiro – RJ.

Poderes: Os da clausula ad judicia e et extra e os especiais para promover o processo do Seguro Obrigatório DPVAT, contra quem de direito, podendo para tanto, transigir, desistir, acordar, discordar, conciliar, requerer e receber alvará judicial, passar recibo, dar quitação, enfim praticar todos os atos necessários, inclusive substabelecer.

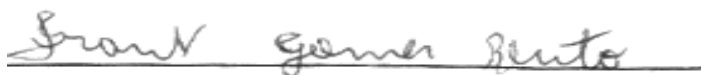
Fortaleza, 31 de maio de 2016.

Frank Gomes Bento

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

FRANK GOMES BENTO, brasileiro, solteiro, autônomo, portador da carteira de identidade nº 20073650034 SSPDS/CE, inscrito no CPF nº 057.131.143-17, residente no Sítio Penha, s/nº, Zona Rural, Alcântaras/CE, CEP: 62.120-000. **DECLARA**, com a presente, sob as penas da Lei, para fins de prova junto ao Juízo competente, e a quem por competente distribuição couber o julgamento da lide, que não possui condições financeiras para arcar com o ônus processual, estando nas exatas condições da Lei nº. 1.060/50, carecendo, pois, dos auspícios da GRATUIDADE DE JUSTIÇA para promover Ação de Indenização e/ou cobrança .

Fortaleza, 31 de maio de 2016.

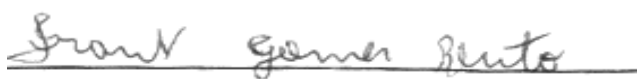


JOSÉ ORISVALDO BRITO DA SILVA

brasileiro, advogado inscrito na OAB/CE 21.292 A, com escritório na Av. Santos Dumont, 1740, sala 905, Aldeota – Fortaleza – CE e Avenida Rio Branco, 257, sala 1806, Centro – Rio de Janeiro – RJ, declaro para os devidos fins de direito, que não estou cobrando honorários advocatícios antecipadamente do(a) autor(a), ressaltando os honorários de sucumbências..

Fortaleza, 31 de maio de 2016.

Ciente:



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

**VÁLIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS**
872359712

PROIBIDO PLASTIFICAR
872359712

NOME
FRANK GOMES BENTO

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR / UF
20073650034 SSP/MS CE

CPF
057.131.143-17

DATA NASCIMENTO
20/01/1993

FUNÇÃO
FRANCISCO MORAES BENT
O
MARIA ROSALIA GOMES DO
NASCIMENTO

PERMISSÃO
AC

ACC
AC

CREM
AC

VALIDADE
08/05/2018

VALIDADE
14/08/2012

CONDIÇÃO
Apto para Transporte Remunerado

Frank Gomes Bento
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
SAO LUIS, MARANHÃO

DATA EMISSÃO
08/04/2014

Maria Rosalia Gomes do Nascimento
ASSINATURA DO EMITENTE

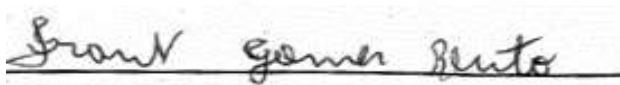
08548019564
MA026642085

DETRAN - MA - MARANHÃO

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

FRANK GOMES BENTO, brasileiro, solteiro, autônomo, portador da carteira de identidade nº 20073650034 SSPDS/CE, inscrito no CPF nº 057.131.143-17, residente no Sítio Penha, s/nº, Zona Rural, Alcântaras/CE, CEP: 62.120-000; Declara para devidos fins de direito e a quem possa interessar que reside no endereço acima declarado, porém não possui comprovante de residência em seu nome.

Fortaleza, 31 de maio de 2016.

A handwritten signature in black ink, reading "Frank Gomes Bento", is written over a horizontal line.



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE COREAU

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 444 - 23 / 2015

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRABALHO**
 Data / Hora da Comunicação: **09/01/2015 10:56:37**
 Data / Hora da Ocorrência : **09/12/2014 21:30:00**
 Endereço da Ocorrência: **CENTRO DE ALCÂNTARAS**

CENTRO ALCANTARAS /CE

Ponto de Referência: **HOSPITAL**

Dados da(s) Vítima(s)

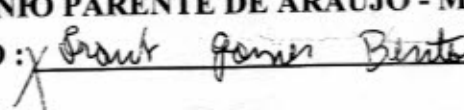
Nome: **FRANK GOMES BENTO**
 Nascimento : **20/01/1993**
 RG: **20073650034** Órgão Emissor: **SSP UF: CE - CPF:**
 Filiação: **FRANCISCO MOREIRA BENTO**
MARIA ROSALIA GOMES DO NASCIMENTO
 Endereço: **R SITIO PENHA**
ZONA RURAL 62120000
ALCANTARAS CE BRASIL Telefone: **88761893**

Histórico

Afirma a vítima que no dia, hora e local acima citados estava conduzindo um motociclo HONDA/NXR 150 BROS ES, placa ORV3209, de Renavam 502637269, de ano de fabricação 2012 e modelo 2013, de cor verde e que está em nome de Francisco Moreira Bento. Afirma que no decorrer do percurso perdeu o controle do veículo em um quebra molas e caiu. Afirma que em decorrência da queda sofreu uma fratura no braço esquerdo e mais algumas escoriações pelo corpo. E nada mais disse.///////

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE COREAU

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : 
ANTONIO PARENTE DE ARAUJO - MAT.: 404659-1-x

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO : 

VISTO DO DELEGADO(A) :
MARCIO LUIZ DE MELO FERREIRA - MAT.: 198864-1-7



ATEND.: 4013007 DT. ATEND.: 9/12/2014 - 22:43
MATER.: 832978 NASCIMENTO.: 20/1/1993
NOME.: FRANK GOMES BENTO
MATER.: MARIA ROSALIA GOMES DO NASCIMENTO
CPF.: 05713114317 CDS: SUSFACIL:
ENDER.: SITIO PEN O
BAIRRO: ZONA RURAL - ALCANTARAS -CE- CEP: 62120000

ATENDIMENTO: ADULTO ☒ PEDIÁTRICO ☐ CIRÚRGICO ☐

ACOLHIMENTO

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: ☐

HORA DA CLASSIFICAÇÃO: 22:34

PROCEDÊNCIA:

☐ PROCUROU PSF: SIM ☐

CAUSAS:

- ☐ ENCAMINHADO
☐ NÃO TINHA FICHA P/ CONSULTA
☐ NÃO TINHA MÉDICO
☐ POSTO ESTAVA FECHADO
☐ NÃO RESOLVEU O PROBLEMA

NÃO ☐

CAUSAS:

- ☐ NÃO É EFICIENTE
☐ É LONGE DE CASA
☐ NUNCA TEM MÉDICO
☐ TEM PLANO DE SAÚDE
☐ SAMU
☐ CARRO
☐ DEAMBULANDO
☒ OUTRAS AMBULÂNCIAS
☐ MOTO, BICICLETA...

☐ TRANSFERIDO DE OUTRO HOSPITAL:

☐ UBS

Santa Casa de M. de Sobral
CONFERE COM ORIGINAL
Andréia R. Montenegro
Coordenadora

HDA DO ACOLHIMENTO:

Paciente vítima de queda de moto, sem capacete, apresenta deformidade em braço (E) e relato dor em região sacra.

PA: 160/100 PULSO: 104 FR: 20 TEMP.: PESO:

TIPO DE ACIDENTE:

- ☐ Acidente c/ objetos corto-contusos ☐ Acidente por arma de fogo ☐ Afogamento
☐ Choque elétrico ☒ Queda. De onde? moto
☐ Ingestão acidental: ☐ Corpo estranho ☐ Produto químicos farmacêuticos
☐ Queimaduras: ☐ 1º Grau ☐ 2º Grau ☐ 3º Grau Por: ☐ Água ☐ Óleo ☐ Álcool ☐ Elétrico
☐ Atropelamento: ☐ Carro ☐ Moto ☐ Bicicleta ☐ Outros
☐ Carro ☐ com cinto ☐ sem cinto ☐ Moto: ☐ com capacete ☒ sem capacete
☐ Mordedura de animais: ☐ Doméstico ☐ Selvagem ☐ Ofídico
☐ OUTROS

LOCAL DO ACIDENTE:

- ☐ Domicílio ☒ Via Pública ☐ Escola ☐ Outros

DE TRAUMA

- ☒ TCE ☐ ABDOMINAL ☐ TORÁCICO ☐ ORTOPÉDICO ☐ POLITRAUMA
☐ ESPANCAMENTO ☐ VIOLÊNCIA SEXUAL
☐ PAI ☐ MÃE: ☐ OUTROS ☐ PAI ☐ PADASTRO ☐ DESCONHECIDO

HORA DO ATENDIMENTO MÉDICO: _____

HDA DO MÉDICO: _____

Recebido de acidente de moto com lesão com fratura e supuração.

CONDUTA: _____

DIAGNÓSTICO: _____

Ass. Médico - CRM

MOTIVO DO ATENDIMENTO

- ☐ CLÍNICO ☐ CARDIOLÓGICO ☐ NEUROLÓGICO ☐ OFTALMOLÓGICO
☒ CIRÚRGICO ☐ TRAUMAT. ORTOPÉDICO ☐ OTORRINO ☐ ODONTOLÓGICO
☐ TENTATIVA DE SUICÍDIO ☐ OUTROS

DESTINO DO ATENDIMENTO: ☒ CONSULTA

- ☒ COM MEDICAÇÃO
☐ SEM MEDICAÇÃO

- ☐ ALTA COMPLEXIDADE
☐ INTERNAÇÃO

☐ CLÍNICO

☐ CIRÚRGICO

OBSERVAÇÃO: DESTINO

- ☐ INTERNADO: ☐ CLÍNICO ☐ CIRÚRGICO
☒ ALTA
☐ TRANSFERÊNCIA ☐ HOSPITAL DE ORIGEM ☐ OUTROS

ALTA DO PACIENTE

Hora: _____

21:30

VÍTIMA FRANK GOMES BENTO
COBERTURA Invalidez
SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO ARUANA SEGUROS S/A
BENEFICIÁRIO FRANK GOMES BENTO
CPF/CNPJ: 05713114317

Posição em 11-11-2015 14:44:26
Pagamento creditado conforme dados bancários informados na autorização de pagamento assinada pelo beneficiário.

Data do Pagamento	Valor da Indenizacao	Juros e Correção	Valor Total
17/03/2015	R\$ 4.725,00	R\$ 0,00	R\$ 4.725,00