

ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS - ADVOGADA - OAB/CE Nº. 34.613
ADVOCACIA: TRABALHISTA, CÍVEL, CRIMINAL E PREVIDENCIÁRIA

End. Profissional: Rua Dr. João Tomé, nº 998-A, Centro - Crateús-Ce
Cep. 63.702-885 - Celular/WhatsApp: (88) 99619 - 6396 - E-mail: deranysantos@hotmail.com

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Nome: <u>Jose Tiago Rodrigues da Costa</u>		Nacionalidade: <u>BRASILEIRA</u>	
Estado Civil: <u>Solteiro</u>	Profissão: <u>Pescador</u>	Carteira de Identidade: <u>20075856870</u>	
CPF nº: <u>605.262.603-86</u>	Residência: <u>Torres - Itaruma</u>		
Bairro: <u>Po Alto Alegre</u>	Cidade: <u>Itaruma</u>	Estado/UF: <u>Ceará</u>	CEP: <u>62.590-000</u>

OUTORGADO: ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS, brasileira, solteira, advogada inscrita na OAB/CE sob o nº 34.613; com endereço profissional na Rua Dr. João Tomé, nº. 998-A, Centro, município de Crateús/CE, CEP nº 63.702-885; Celular/WhatsApp: (88) 99619-6396.

PODERES: Pelo presente instrumento particular de procuração, o(a) outorgante nomeia e constitui, o outorgado, seu bastante procurador, conferindo-lhe os poderes da cláusula "ad judicia et extra", podendo agir em conjunto ou separadamente perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, bem como conferindo os poderes especiais para promover a Ação Judicial competente para o recebimento da indenização que lhe cabe, como beneficiário, em virtude de acidente de trânsito, cobertos pelo seguro DPVAT, junto a qualquer companhia de seguro conveniada a SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT, participante do Convenio DPVAT, podendo firmar compromissos, contratos, promover ações de seu interesse, podendo representar em qualquer juízo com poderes para promover; acordos judiciais e extrajudiciais e demais atos necessários dos interesses dos serviços contratados podendo ainda, transigir, requerer, juntar e retirar documentos, assinar livros, termos, recibos, dar ou receber quitações, firmar autorizações de pagamentos ou créditos de indenização de sinistro receber intimações para audiência e perícias médicas, em nome do(a) outorgante, substabelecer com ou ser reservas, enfim todos os poderes necessários para o cumprimento amplo do objeto do presente mandato.

Acarau - CE., 03 de Abril de 2019.

Jose Tiago Rodrigues da Costa
(outorgante)

An identification card for José Manoel Rodrigues da Costa. The card is white with a black border. At the top, it reads 'REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL' in a small, sans-serif font. Below this, the text 'ESTADO DO CEARÁ' is printed in a larger, bold, sans-serif font. Underneath, 'SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL' is printed in a smaller, sans-serif font. The card features a black and white portrait of a man with short, dark hair, wearing a dark shirt. To the right of the portrait, the name 'JOSÉ MANOEL RODRIGUES DA COSTA' is written in a large, stylized, handwritten font. Below the portrait, the text 'Polegar Direito' is printed in a bold, sans-serif font. Underneath this, there is a black and white image of a right thumbprint. At the bottom of the card, the text 'COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO HUMANA E FÉRMILAS BIOMÉTRICAS' is printed in a small, sans-serif font.

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	2007585687 - 0	DATA DE EMISSÃO	28/06/2010
NOME	JOSÉ TIAGO RODRIGUES DA COSTA		
FILIAÇÃO	JOSÉ ODÉCIO DA COSTA		
ROSA LEILA RODRIGUES			
NATURALIDADE	ITAREMA - CE		
DOC. DINHEIRO			
CERT. NASCIMENTO	CARTÓRIO: ALMOFALA TERMO: 1.078 FOLHA: 171V		
LIVRO: A-2	ITAREMA - CE		
CPF	605.262.603-86		
1 VIA	<i>Quinon</i>		
ASSINATURA DO DETENTOR			
P.: 177			
DATA DE NASCIMENTO			
31/12/1996			

LEI Nº 7.116 DE 28.08.83



ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS – ADVOGADA - OAB/CE Nº. 34.613
ADVOCACIA: TRABALHISTA, CÍVEL, CRIMINAL E PREVIDENCIÁRIA

End. Profissional: Rua Dr. João Tomé, nº 998-A, Centro – Crateús-Ce
Cep. 63.702-885 – Celular/WhatsApp: (88) 99619 – 6396 – E-mail: deranysantos@hotmail.com

DECLARAÇÃO DE POBREZA

Declarante: José Tiago Rodrigues da Costa		Nacionalidade: Brasileira
Residência: Torrões - Itarema		Profissão: Pescador
CPF nº: 609.262.603-86	RG nº: 20075856870	Estado Civil: Solteiro
Bairro:	Cidade: Itarema	Estado/UF: Ceará
CEP: 62.990-000	Telefone: (88) 996919968	

DECLARO para os devidos fins que possuo hipossuficiência financeira, não possuindo condições de arcar com custas processuais e honorários advocatícios sem prejudicar o meu sustento próprio e o de minha família, consoante o que dispõe a Lei nº 1.050/60.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

Acarari - Ce., 03 de Abril de 2019.

x JOSÉ TIAGO RODRIGUES DA COSTA
Declarante



BOLETIM DE Ocorrência Nº 468 - 570 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **24/05/2018 11:23:23**
Data / Hora da Ocorrência: **29/12/2017 19:25:00**
Endereço da Ocorrência: **LARGO LOC. TORRÕES**
Complemento:
Bairro: **ZONA RURAL** Município: **ITAREMA/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **JOSE TIAGO RODRIGUES DA COSTA**
Nascimento: **31/12/1996** CPF: **605.262.603-86**
RG: **20075856870** Orgão Emissor: **SSP** UF:
Filiação: **ROSA LEILA RODRIGUES**
JOSE ODECIO DA COSTA
Endereço: **RUA DO MORRO**
Bairro: **TORRÕES**
Município: **ITAREMA/CE** CEP: **62.590-000**
País: **BRASIL** Telefone:

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **NRE6795** Uf: **CE** Município: **ITAREMA** Chassi:
9C2KC1620AR049282 Renavam: **233067361** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CG150 TITAN MIX ES** Ano
Fabricação: **2010** Ano Modelo: **2010** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**
Cor: **CINZA** Proprietário: **AGOSTINHO GOMES DA SILVA** Situação:
NÃO INFORMADO Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

Advertido sobre as penalidades de prestar falsas declarações, após o noticiante informou que não é habilitado; Que na data/hora supracitada encontrava-se pilotando a motocicleta de placa NRE6795/CE trafegando na Rodovia da localidade de Torrões - zona rural - Itarema/CE, quando um veículo automóvel (strada/ placa não informada) realizou uma ultrapassagem indevida, vindo a bater na moto que o declarante estava; Que em decorrência ao impacto o declarante foi lançado ao solo e sofreu ruptura do dedo do pé direito; Que não foi socorrido por nenhum órgão público (SAMU, CORPO DE BOMBEIROS OU ANJOS DO ASFALTO, POR NÃO EXISTIR REFERIDOS ÓRGÃOS NESTA URBE); Que foi socorrido pelo próprio condutor do carro (NÃO IDENTIFICADO) e levado para o Hospital local, onde posteriormente foi transferido para o Hospital da Santa Casa de Misericórdia na Cidade de Sobral/CE; Que passou por cirurgia e amputação do dedo lesionado. Nada mais disse.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE ITAREMA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

FRANCISLÂNDIO ALMEIDA RODRIGUES - MAT.: 30117018

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

JOSE TIAGO RODRIGUES DA COSTA



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE ITAREMA

fls. 12



BOLETIM DE Ocorrência Nº 468 - 570 / 2018

VISTO DO DELEGADO(A) :

GUSTAVO MONTENEGRO FERNANDES ARAUJO - MAT.: 30080912

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA ACOELHIMENTO
COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO - EMERGENCIA ADULTA

Informações do Paciente:

Nº ACOELHIMENTO: 4946 | 29/12/2017 22:51:38

Nome: [illegible]

Assinatura do Paciente: [illegible] 29/12/2017 - 22:51
Assinatura do Responsável: [illegible] 29/12/2017 - 22:51
Assinatura do Médico: [illegible] 29/12/2017 - 22:51
Assinatura do Enfermeiro: [illegible] 29/12/2017 - 22:51
Assinatura do Psicólogo: [illegible] 29/12/2017 - 22:51

Definição da História Prévvia do Atendimento:

paciente 20 anos vítima de colisão carro + moto com trauma + lesão no pé direito com fratura.

Sinais Vitais do Paciente:

Pressão Arterial: 120/80 Nº Pulse: 100, Nº Freq. Respe: 20, DX: Temperatura:

Eu, Rosa Maria Rodriguez, (Paciente) (Responsável)
(Criança/Parentesco) RG Nº [illegible], declaro que:

1) Recebi informações quanto a classificação de risco, segundo Protocolo Humaniza SUS, e sou o familiar máximo de espera para o atendimento; considerando que a classificação vermelha (emergência) merece atendimento imediato, classificação amarela (urgência) com orientação de tempo de espera até 50 minutos, classificação verde (não urgente) com orientação de tempo de espera até 1 hora, e a classificação azul (atendimento) com orientação de tempo de espera até 240 minutos;

2) Li e compreendi que caso venha a ter alguma complicação durante o tempo de espera, eu sou responsável por levar o paciente ao quadro de saúde de acordo com a classificação de risco e a orientação do atendimento em Emergência de Risco;

3) Li, concordo com as informações registradas na ficha de primeiro atendimento, a qual foi assinada pelo profissional de saúde, e não realizei nenhuma alteração no documento.

Sobral, [illegible] de [illegible] de [illegible]

Rosa Maria Rodriguez
Assinatura do Responsável

Santa Casa de M. de Sobral
CONFERE COM O ORIGINAL
p/p [illegible]
Maria Cleide da Silva
COORDENADORA

TIPO DE TRAUMA

- ☐ TCHE ☐ ABDOMINAL ☐ TORÁCICO ☐ ORTOPÉDICO ☐ POLITRAUMATISMO
☐ ESPANCAMENTO ☐ VIOLÊNCIA SEXUAL
☐ PAI ☐ MÃE: ☐ OUTROS ☐ PAI ☐ PADASTRO ☐ DESCONHECIDO

HORA DO ATENDIMENTO MÉDICO: _____

IDADE DO MÉDICO: _____

Queixa de dor
no membro superior

CONDIÇÃO: *Sintoma*

DIAGNÓSTICO: _____

Ass. Médico - CRM _____

MOTIVO DO ATENDIMENTO

- ☐ CLÍNICO ☐ CARDIOLÓGICO ☐ NEUROLÓGICO ☐ OFTALMOLOGIA
☐ CIRÚRGICO ☐ TRAUMAT. ORTOPÉDICO ☐ OTORRINO ☐ ODONTOLÓGICO
☐ TENTATIVA DE SUICÍDIO ☐ OUTROS _____

DESTINO DO ATENDIMENTO: ☐ CONSULTA

☐ COM MEDICAÇÃO

☐ SEM MEDICAÇÃO

☐ ALTA COMPLEXIDADE

☐ INTERNAÇÃO

☐ CLÍNICO

☐ CIRÚRGICO

OBSERVAÇÃO: DESTINO

- ☐ INIBINDO: ☐ CLÍNICO ☐ CIRÚRGICO
☐ ALTA ☐ HOSPITAL DE ORIGEM ☐ OUTROS
☐ TRANSFERÊNCIA

ALTA DO PACIENTE

 Santa Casa de M. de Sobral
 SAME
 CONFERE COM O ORIGINAL
Alp
 Maria Cleide da Silva
 COORDENADORA

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Hospital Municipal Natércia Rios
Tel: (88) 3667 1132



REGISTRO DE ATENDIMENTO E EMERGENCIAL

Classificação do risco: ☐

EMSI: _____ ACS: _____ DN: _____
 PSF de origem: Ter. 05 ACS: urgência DN: 37/13/2016
 Raça Branco () Parda () Preta () Amarela () Indígena ()
 Nome: Paula Francisca Rocha de Sousa Costa Idade: _____
 Nacionalidade: Bra. Naturalidade: Quelama - Ceará
 Endereço: Av. ... Bairro: _____
 RG: _____ Data Expedição: _____/_____/_____ CNS: _____
 Registro nascimento: _____ L. 10: _____ Folhas: _____ Telefone: _____
 Horário de chegada: 7h:25 Data: 2.12.17 Recepcionista: _____

ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM:

SSVV PA: X mmHg. Temp: _____ P. so: _____ FR: _____ Peso: _____ SpO2: _____
 Aus. Aus. / T. de Enfermagem/camímbor: _____ Glicemia: _____ Horário: _____

Procurou o PSF de sua área?

SIM () Encaminhado () Não encaminhado () Não foi atendido () Não foi atendido ()
 NÃO porque: () Não é paciente () É longo de desloc. () Não tinha atendimento () Outros: _____

Queixa principal

HDA: _____

Diagnóstico de enfermagem

Conduta de enfermagem

Encaminhamento:

Assinatura Enfermeira/COREN: _____

ATENDIMENTO MÉDICO:

HDA: Fratura exposta e p. D.CONDUTA INDICADA: Tratamento cirúrgicoMEDICAÇÃO: Morfina 4-4-4

EXAMES SOLICITADOS

MEDICAÇÃO ADMINISTRADA

HORÁRIO DA ADMINISTRAÇÃO:

Hs Ass. T. Enf. _____



ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS - ADVOGADA - OAB/CE Nº. 34.613
ADVOCACIA: TRABALHISTA, CÍVEL, CRIMINAL E PREVIDENCIÁRIA

End. Profissional: Rua Dr. João Tomé, nº 998-A, Centro - Crateús-Ce
Cep. 63.702-885 - Celular/WhatsApp: (88) 99619 - 6396 - E-mail: deranysantos@hotmail.com

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Declarante: <u>José Tiago Rodrigues da Costa</u>		Nacionalidade: Brasileira
Residência: <u>Torrões - Harema</u>		Profissão: <u>Pescador</u>
CPF nº: <u>605.262.503-86</u>	RG nº: <u>20075856870</u>	Estado Civil: <u>Solteiro</u>
Bairro: <u></u>	Cidade: <u>Harema</u>	Estado/UF: <u>Ceará</u>
CEP: <u>62.540-000</u>	Telefone: <u>(88) 996919968</u>	

DECLARO que resido no endereço acima citado e forneço os dados pessoais, documentos e demais declarações para a propositura de Ação Judicial em desfavor de qualquer seguradora conveniada DPVAT- FENASEG, E QUE FUI VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO. Sendo de minha total responsabilidade a declaração de invalidez ou óbito fornecida.

Acarau - Ce., 03 de abril de 2019.

José Tiago Rodrigues da Costa
 (declarante)

		COMPANHIA ENERGETICA DO CEARA CNPJ 07.047.251/0001-70 - C.G.F. 06.105.848-3		Nota Fiscal Grupo B Série Única - 1 NÚMERO 566.734.691	
DADOS DA ENTREGA					
ENDEREÇO: PV ALTO ALEGRE 00000 BAIRRO: TORROES MUNICÍPIO: ITAREMA				CEP: 62590000 ESTADO: CE	
RECIBO DE SEGUNDA VIA DE CONTA - SVI				ITAPIPOCA	
Nº DO CLIENTE: 1484724 MUNICÍPIO: ITAREMA NOME: AGOSTINHO GOMES DA SILVA ENDEREÇO: PV ALTO ALEGRE 00000 DOC.:		DV: 8 ROTA: 34 35062 05 016500 - 0 PERÍODO / REF.: 03/2019 C.P.F. - 00000000000805145373-53		VENCIMENTO: 18/04/2019 FATURAMENTO: 22/03/2019 CLASSIFICAÇÃO: T:93 C:04 S:01 CEP: 62590000 SEQUENCIAL:	
GRANDEZA			CÁLCULOS		
	FAT	LIDA			
ENERGIA ATIVA - kWh	32	32	VALOR CONSUMO DO MES 11,42		
ENERGIA ATIVA - kWh HP	0		COB. SALDO FATURA ANTERIOR 43,84		
DEM FAT KW FP	0,00	0,00	INDENIZACAO MENSAL FIC -0,49		
FATOR DE POTÊNCIA	0,0000 %				
CONS. INCLUIDO	0				
ENERGIA ATIVA - kWh Inter	0				
ENERGIA ATIVA - kWh HR	0				
LEITURAS					
	ATUAL	ANT			
ENERGIA ATIVA - kWh	20333	20301			
ENERGIA ATIVA - kWh HP	0	0			
DEMANDA FP					
ENERGIA ATIVA - kWh Inter	0	0			
ENERGIA ATIVA - kWh HR	0	0			
ICMS					
BASE CÁLCULO	11,42	% 00,00	VALOR	0,00	
ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL					
7A33.0593.FB6E.1AE2.EB3C.A36C.FD27.339A					
INFORMAÇÕES					
CONFORME LEGISLAÇÃO VIGENTE A CONTA PAGA APÓS A DATA DO VENCIMENTO SOFRERÁ MULTA E PODERÁ PROVOCAR A SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO PAGUE SUA CONTA SOMENTE EM BANCOS E AGÊNCIAS AUTORIZADAS A COBRANÇA DE EVENTUAL MULTA POR ATRASO DE PAGAMENTO SERÁ FEITA EM CONTA POSTERIOR					
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA				TOTAL A PAGAR 54,77	
		PERÍODO / REF 03/2019 MUNICÍPIO ITAREMA ROTA 34 35062 05 016500 - 0		VENCIMENTO 18/04/2019 TOTAL A PAGAR 54,77	
COMPROVANTE COELCE Nº DO CLIENTE 1484724-8		0001484724 00535 4372 2 05 838900000000-5 54770031000-0 00014847240-0 05354372205-9			
SEGUNDA VIA-SVI(43)					

SINISTRO 3180273385 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** JOSE TIAGO RODRIGUES DA COSTA**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** Sabemi

Seguradora S/A-Filial Fortaleza-CE

BENEFICIÁRIO JOSE TIAGO RODRIGUES DA COSTA**CPF/CNPJ:** 60526260386**Posição em 27-04-2019 13:01:42**

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento. O valor abaixo será creditado na conta que você indicou no formulário de autorização de pagamento. O prazo para o banco confirmar o pagamento é de até 5 dias úteis. Caso não identifique o valor em sua conta após esse período, volte a consultar o processo aqui no site.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
24/08/2018	R\$ 1.350,00	R\$ 0,00	R\$ 1.350,00