

Elke Castelo Branco ADVOCACIA
Rua 24 de Maio, n.º 1009, Sl.209 – Centro
Fortaleza/CE – CEP 60.020-001
Fone: (085) 8809.2001

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

OUTORGANTE:

Nome: FRANCISCO SIDNEY ALVES DE LIMA			
Estado Civil:	Profissão:	Carteira de Identidade: 98010164139	
CPF n.º: 660.168.433-34	Residência: AV I - LOT. METROPOLE SUL, 21		
Bairro: BOM JARDIM	Cidade: CAUCAIA	Estado: CE	CEP: 61.656-445

OUTORGADO:

ELKE CASTELO BRANCO LIMA, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/CE sob o n.º 23.113 e **VITOR LOPES ARARUNA JUNIOR**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/CE n.º 27.450, ambos com escritório na Rua Vinte e Quatro de Maio, n.º 1009, Sala 118 – Centro, CEP: 60.020-001, Fortaleza – CE.

PODERES:

Concede amplos e ilimitados poderes com os da cláusula "AD JUDICIA et EXTRA" para o foro em geral, podendo o Outorgado defender o Outorgante em qualquer ação em que seja autor, réu, assistente, oponente ou de qualquer modo interessado para **promover a Ação Judicial competente para o receber indenização que lhe cabe, incluindo também poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT**, assim como interpor todos os recursos em direito permitidos, propor ações e delas variar ou desistir, acompanhando-as em todos os seus termos até o final, agravar ou apelar de qualquer despacho ou sentença, fazer e assinar requerimentos e os documentos necessários, produzir provas e justificações, bem como poderes especiais para confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito que se funda a ação, acordar, receber, dar quitação, fazer retenção da importância referente aos honorários contratuais, finalmente tudo mais fazer, para o completo desempenho deste mandato, inclusive substabelecer, com ou sem reserva de iguais.

Fortaleza, 01 de AGOSTO de 2019.



OUTORGANTE

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu, FRANCISCO SIDNEY ALVES DE LIMA,
portador da carteira de identidade nº 98010164139 e inscrito no CPF sob
o nº 660.168.433-34, residente e domiciliado no endereço
AV. I - LOT. METROPOLE SUL, N.º 21 - BOM JARDIM - CAUCAIA - CE,

DECLARO, para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que não tenho condições de arcar com as despesas inerentes ao presente processo, sem prejuízo do meu sustento e de minha família, necessitando, portanto, da Gratuidade da Justiça, nos termos do art. 98 e seguintes da Lei 13.105/2015 (Código de Processo Civil). Requeiro, ainda, que o benefício abranja a todos os atos do processo.

Fortaleza, 01 de AGOSTO de 2019.

Francisco Sidney Alves de Lima

DECLARANTE

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 PERÍCIAS BIOMÉTRICAS

Polgar Direito

PROIBIDO PLASTIFICAR

Francisco Sidney Alves de Lima

REPUBLICA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 98010164139 DATA DE EXPEDIÇÃO 11/05/2015

NOME
FRANCISCO SIDNEY ALVES DE LIMA

FILIAÇÃO
FRANCISCO ALCÍDIO ALVES DE LIMA
VANIA MARIA ALVES DE LIMA

NATURALIDADE
FORTALEZA - CE

DATA DE NASCIMENTO
04/03/1984

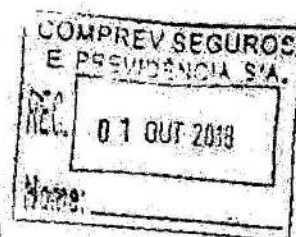
DOC. ORDEM
CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: ANT. DEZERRA TERMO: 82468 FOLHA: 151V
LIVRO: A-55 FORTALEZA - CE
CPF: 660.168.433-34

2 VIA

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.146 DE 29/08/83

P.: 1





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

fls. 19

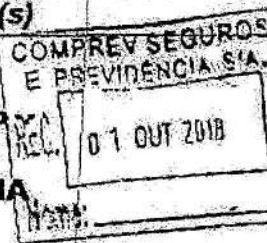
BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 201 - 9261 / 2017

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **03/10/2017 10:54:08**
Data / Hora da Ocorrência: **15/07/2017 14:00:00**
Endereço da Ocorrência: **AVENIDA B COM A RUA 345**
Complemento:
Bairro: **CONJUNTO NOVA METROPOLE** Município: **CAUCAIA/CE**
Ponto de Referência: **MERCANTIL DO JALES**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **FRANCISCO SIDNEY ALVES DE LIMA**
Nascimento: **04/03/1984** CPF:
RG: **98110164139** Orgão Emissor: **SSP**
Filiação: **VANIA MARIA ALVES DE LIMA**
FRANCISCO ALCÍDIO ALVES DE LIMA
Endereço: **RUA DAS FLORES, 227**
Bairro: **ARIANOPOLES**
Município: **CAUCAIA/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **8868-9541**



Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **OHY3156** Uf: **CE** Município: **CAUCAIA** Chassi:
9BFZF55PXD8394452 Renavam: **480639647** Tipo do Veículo:
AUTOMOVEI Marca / Modelo: **FORD/FIESTA 1.6 FLEX** Ano Fabricação:
2012 Ano Modelo: **2013** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **PRATA**
Proprietário: **FRANCISCA CLEANE ALVES RIBEIRO** Situação: **NÃO**
INFORMADO Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

que o declarante vem noticiar que no dia e hora acima mencionado, pilotava sua motocicleta de marca Shineray Jet, MODELO XY50QJET, ANO 2015, de cor preta, chassi LXYCBL02F0276202, RENAVAN 030717, QUANDO AO CHEGAR NO CRUZAMENTO DA RUA 345 COM A AVENIDA B NO CONJUNTO NOVA METROPOLE, FOI COLHIDO POR UM VEÍCULO DE MARCA E COR ACIMA DISCRIMINADO; QUE O DECLARANTE FOI LEVADO POR UMA AMBULÂNCIA DO SAMU PARA O HOSPITAL IJF CENTRO DE FORTALEZA ONDE FOI OPERADO; QUE O DECLARANTE QUEBROU A TIBIA E FIBULA DA PERNA DIREITA. QUE O DECLARANTE AINDA ENCONTRA-SE EM TRATAMENTO MÉDICO.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA METROPOLITANA DE CAUCAIA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

JOSENILDO MOURA DE MENEZES - MAT.: 061369-1-5

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A) :

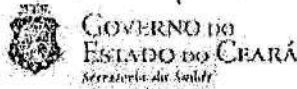
CLADISTON SOUSA BRAGA - MAT.: 126877-1-0

DELEGACIA METROPOLITANA DE CAUCAIA

Pág. 1 de 2

Impresso em: 03/10/2017 11:04:41

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ELKE CASTELO BRANCO LIMA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 01572996-55.2019.8.06.0001 e código 4DE07C7.

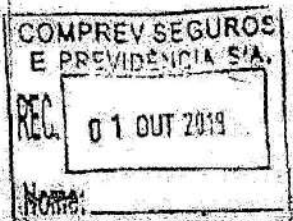


CERTIDÃO NARRATIVA

CERTIFICAMOS, em virtude da faculdade que nos é conferida por lei e, tendo em vista requerimento por escrito da parte interessada, que o SAMU 192 CEARÁ prestou atendimento ao Sr. FRANCISCO SIDNEY ALVES DE LIMA, portador do RG 98010164139 inscrito no CPF 660.168.433-34, no dia 15/07/2017, às 14h35, no município de Caucaia/CE, na Av. B, no bairro Conjunto Nova Metrópole, vítima de colisão moto com carro, sendo o mesmo encaminhado para o Hospital I.J.F. Centro - Instituto Dr. José Frota - Fortaleza - CE. E para constar eu, Ana Cristine Medeiros Silva Ana Cristine Medeiros Silva, Assessora Técnica, lavrei a presente Certidão, a qual vai datada e assinada por MARIA DAS GRACAS TORRES, ASSESSORA EXECUTIVA.

Eusébio, 04 de Agosto de 2017


Maria das Graças Torres
ASSESSORA EXECUTIVA



**INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA**

24 HORAS DE PROTEÇÃO À VIDA

Atestado - Serviço de Traumatologia-

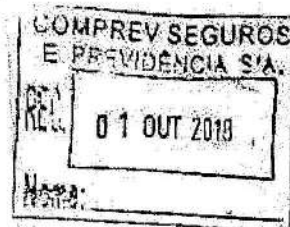
Ortopedia

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:	FRANCISCO SIDNEY ALVES DE LIMA		
LEITO:	11908		
DATA DE INTERNACAO:	15 07 2017	DATA DA ALTA:	//
BE/PRONT:	5518472	CIDADE DE ORIGEM:	CAUCAIA
IDADE:	33		
DIAGNOSTICOS:	FRATURA DE TIBIA - DIAFISE DIR (AGUARDA CIRURGIA DEFINITIVA)		
CONDUTA DECIDIDA PARA CADA LESAO:			
STAFF QUE OPEROU NA EMERGENCIA:			
STAFF DO LEITO:	STAFF INDEFINIDO		
RESIDENTE DO LEITO:	RESIDENTE INDEFINIDO		

Dr. Angelo Luz Cirurgia do Joelho CRM 6246	Retornar dia: ____ / ____ / ____ Hora: ____ para Dr. ____
Ass: _____	
Data: 31/07/17	Dispensa do trabalho por: 30 (Trinta) dias
Imprimir	

OrtoGestor - Projeto Ortopedia na Web





LAUDO MÉDICO

RELATÓRIO DE ALTA

Nome: Francisco Sidney Alves da Silva
 Idade: _____ anos _____ meses
 Prontuário: 9618 472 Unidade: 15 Leito: 11

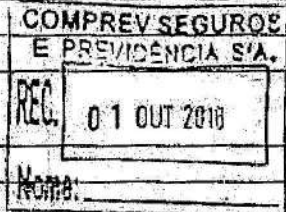
RESUMO CLÍNICO

Evolução/Intercorrências/Medicações relevantes:

Paciente com trauma de membro inferior, realizado
procedimento cirúrgico de sutura de pele e
retalho plástico.

Diagnóstico Principal: Trauma grave de membro inferior
 Diagnósticos Secundários: _____

Seqüelas Apresentadas: _____



Procedimentos Cirúrgicos:

- 1- Cirurgia realizada: Enxerto de pele / retalho () Não Cirurgião: Dr. Bruno
 Tipo de anestesia/Sedação: Bláguia Data 31/08/17
 2- Cirurgia realizada: _____ Cirurgião: _____
 Tipo de anestesia/Sedação: _____ Data ____/____/____
 3- Cirurgia realizada: _____ Cirurgião: _____
 Tipo de anestesia/Sedação: _____ Data ____/____/____
 4- Cirurgia realizada: _____ Cirurgião: _____
 Tipo de anestesia/Sedação: _____ Data ____/____/____
 5- Cirurgia realizada: _____ Cirurgião: _____
 Tipo de anestesia/Sedação: _____ Data ____/____/____
 6- Cirurgia realizada: _____ Cirurgião: _____
 Tipo de anestesia/Sedação: _____ Data ____/____/____

Procedimentos Invasivos/Exames () Sim () Não

- 1- _____ Data ____/____/____
 2- _____ Data ____/____/____



Prefeitura de
Fortaleza
Secretaria Municipal de Saúde

INSTITUTO DOUTOR JOSÉ FROTA

ATESTADO MÉDICO

PACIENTE: FRANCISCO SIDNEY ALVES DE LIMA

ATESTO AOS DEVIDOS FINS QUE O PACIENTE SUPRACITADO ENCONTRA-SE EM ACOMPANHAMENTO NESTE HOSPITAL POR FRATURA DA TIBIA DIREITA TRATADA CIRURGICAMENTE COM FIXADOR EXTERNO.

PACIENTE EVOLUI COM FRATURA EM CONSOLIDAÇÃO E ANTECURVO. PRESENÇA DE CICATRIZ CIRURGICA COM SAIDA DE SECREÇÃO PELO LOCAL. PACIENTE DEMABULA COM AUXILIO DE MULETAS E PERMANECE EM ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL

CID-10 (AUTORIZADO): S82.9

*Dr. José Roberto S. Costa
Médico - Ortopedia
Especialista - 45522*
Fortaleza, 07 DE MAIO DE 2018





Prefeitura de
Fortaleza

fls. 24

ATESTADO MÉDICO

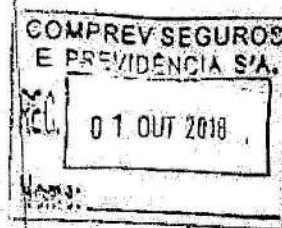
NOME: Francisco Sidney Alves de Lima

ATESTO, PARA OS DEVIDOS FINS, QUE O PACIENTE SUPRACITADO É
ACOMPANHADO NO AMBULATORIO DE TRAUMATOLOGIA DO IJF POR
FRATURA DE TÍBIA DIREITA OCORRIDA EM JULHO DE 2017, ESTANDO EM
TRATAMENTO COM FIXADOR EXTERNO LINEAR;

PACIENTE EVOLUI COM FRATURA EM PROCESSO DE
CONSOLIDAÇÃO;

APRESENTA REDUÇÃO DE ADM EM JOELHO DIREITO E DEAMBULA
COM AUXÍLIO DE DUAS MULETAS;

AO SETOR DE PERÍCIAS MÉDICAS;



FORTALEZA - CE, 05 de MARÇO de 2018.

Dr. Francisco Osório
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC 17577



INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

"24 horas de proteção à vida"

Boletim de Emergência Reg.: _____

O Sr.(a)

Sidney Alves de Lima

Foi atendido (a) neste Hospital no dia 15/07/17 às _____ h.

Tendo como causa do socorro _____

trauma grave de carro

Observações:

Necessita de 60 (sessenta)

h de afastamento de suas
atividades

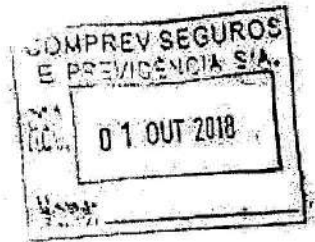
Fortaleza, 03 de setembro de 200 17

Médico de Plantão - CRM: _____

CPF: _____

Volante Filho
CRM/CE 15.303

Revisado: _____





3- _____ Data ____/____/____
4- _____ Data ____/____/____
5- _____ Data ____/____/____
6- _____ Data ____/____/____

Condições de Alta/Transferência

Curado () Melhorado () Inalterado () Óbito ()

Destino: Residência () Atendimento domiciliar () Transferência para: _____

Retornar: () Ambulatório em ____/____/____ Dr.(a) _____

Observações: _____

- Tratar curativo cada 7 dias
- Marcar retorno para atipedia
- Agendar retorno para cir. plástica em 3 meses

Data: 09/09/17

Walmir Feltosa Filho
Médico
CRM/CE 15.309

Médico

CRM/Carimbo



Prefeitura de
Fortaleza
Secretaria Municipal de Saúde

INSTITUTO DOUTOR JOSÉ FROTA

ATESTADO MÉDICO

PACIENTE: FRANCISCO SIDNEY ALVES DE LIMA

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O PACIENTE SUPRACITADO ENCONTRAVA-SE EM
ACOMPANHAMENTO NESTE HOSPITAL DEVIDO A FRATURA DE PERNA DIREITA EXPOSTA.

REALIZADO TRATAMENTO COM FIXADOR EXTERNO

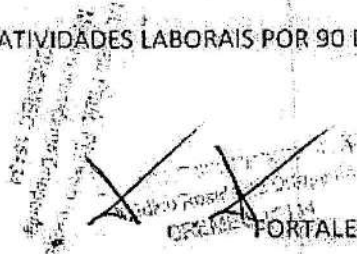
EVOLUI COM FRATURA CONSOLIDADA VICIOSAMENTE

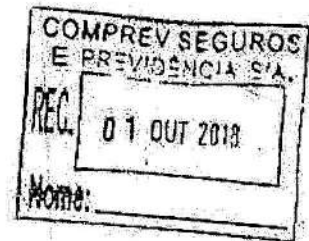
AUSENCIA DE MOBILIDADE EM FOCO DE FRATURA

PRESENÇA DE CICATRIZES HIPERTROFICAS EM PERNA DIREITA E FAZ USO DE MULETAS
PARA DEAMBULAÇÃO

NECESSITA DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES LABORAIS POR 90 DIAS

CID-10 (AUTORIZADO): S82; M84,0


FORTALEZA, 10/09/2018.





(/)

Buscar no site

A COMPANHIA ▾ SEGURO DPVAT ▾ PONTOS DE ATENDIMENTO (/Pontos-de-Atendimento) CENTRO DE DADOS E ESTATÍSTICAS ▾ SALA DE IMPRENSA ▾ TRABALHE CONOSCO ▾ CONTATO ▾

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

Nova Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3180456727 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA FRANCISCO SIDNEY ALVES DE LIMA
COBERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO Comprev Previdência S/A-Filial Fortaleza-CE
BENEFICIÁRIO FRANCISCO SIDNEY ALVES DE LIMA
CPF/CNPJ: 66016843334

Posição em 01-08-2019 09:06:56

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
19/11/2018	R\$ 7.087,50	R\$ 0,00	R\$ 7.087,50

Histórico das correspondências enviadas		
Data da Carta	Referência	Ver Carta
08/11/2018	Interrupção de Prazo	https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/wfjweMgcGdMK33Uvkv9PUw==/9sOtEedzaYL8fCWRGWHUX?api_key=X3ndwUbwbtb34EZmjppqEBcwFgG4n3KJQWf5Kw5U4fY80=
06/10/2018	Exigência Documental	https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/YwB17IBbQkE5__5DoBfzMBg==/j19DI__PL63DUWTHKz6Vo__api_key=X3ndwUbwbtb34EZmjppqEBcwFgG4n3KJQWf5Kw5U4fY80=
04/10/2018	Aviso de Sinistro	https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/216y6l1tRWufyrMTVhy0rQ==/mYh0yOX3q6kwGbfaTd3gwo0Iapi_key=X3ndwUbwbtb34EZmjppqEBcwFgG4n3KJQWf5Kw5U4fY80=

Baixe o aplicativo do Seguro DPVAT

 Disponível na **App Store** (<https://itunes.apple.com/us/app/seguro-dpvat/id1375178092?l=pt&ls=1&mt=8>)

 DISPONÍVEL NO **Google Play** (<https://play.google.com/store/apps/details?id=br.com.seguradoralider.dpvat.plataformadigital>)

ACESSIBILIDADE

 (/Pages/Acessibilidade.aspx)  (/Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx)

COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

Documentos Despesas Médicas (/Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx)

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ELKE CASTELO BRANCO LIMA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 01/08/2019 às 09:29 , sob o número 01579965520198060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0157996-55.2019.8.06.0001 e código 4DE07CC.