

PROCURAÇÃO AD JUDICIA**OUTORGANTE**

NOME:	JOÃO NILSON BARBOSA DE LIMA
ESTADO CIVIL:	SOLTEIRO
PROFISSÃO:	AUTÔNOMO
DOMICÍLIO:	RUA ITÚ, 53 ALTOS GRANJA PORTUGAL
RG/CPF/PIS PASEP:	014.679.903-88
TELEFONE:	85985277448

OUTORGADOS

ERIKA LOIOLA AMORIM, brasileira, solteira, inscrito na OAB/CE sob o nº. 42.472 e **FELIPE REINALDO RABELO LEAL**, Brasileiro, divorciado, escrito na OAB/CE sob o nº 17.528 com escritório profissional situado na Rua Barão do Rio Branco ,1779, Centro, Fortaleza- Ce.

Por meio do presente instrumento são outorgados amplos poderes, inerentes ao bom e fiel cumprimento deste mandato, bem como para o foro em geral, conforme estabelecido no artigo 105 da Lei nº 13.105, de 16 de março de 2015 (Código de Processo Civil), e os especiais para transigir, fazer acordo, firmar compromisso, substabelecer, renunciar, desistir, reconhecer a procedência do pedido, receber intimações, receber e dar quitação, praticar todos atos perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, e órgãos da administração pública direta e indireta, praticar quaisquer atos perante particulares ou empresas privadas, recorrer a quaisquer instâncias e tribunais, podendo atuar em conjunto ou separadamente, dando tudo por bom e valioso, ficando ciente que será deduzido em caso de êxito percentual de 30% do valor da causa.

Local: FORTALEZA, CEData: 31 / 01 / 2020

João Nilson Barbosa de Lima

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Nome: JOÃO NILSON BARBOSA DE LIMA
Nacionalidade: BRASILEIRO Estado: CEARA Estado Civil: SOLTEIRO
Profissão: AUTONOMO
Rg: 2003012014473 SSP/ -CPF: 014.679.903-88
Logradouro: RUA ITU
Nº 53, Compl.: ALTOS
Bairro: GRANJA PORTUGAL CEP 60.545.275
Cidade: FORTALEZA Telefone: 85985277448

Desejamos obter os benefícios da "Justiça Gratuita", declara, sob as penas da lei que não possui recursos suficientes para custear qualquer demanda, sem prejuízo do sustento próprio e da família, pelo que, nos termos da lei nº 1.060 de 05 de Fevereiro de 1950, faz jus aos benefícios da gratuidade da justiça.

Fortaleza/Ce: 31 de JANUÁRIO de 2020

João Nilson Barbosa de Lima.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADANIAS
DEPARTAMENTO NACIONAL DE DESENHO
CARTÃO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1638008350

NOME
JOÃO NILSON BARBOSA DE LIMA

DOC IDENTIDADE - DND EMISSOR UF
2003012014473 SSP CE

CPF
014.679.903-88

DATA NASCIMENTO
15/08/1986

FILIAÇÃO
RAIMUNDO LINO DE LIMA
MARIA JOSE BARBOSA LIMA

Nº REGISTRO
04058946630

PERMISSÃO
ACC

VALIDADEZ
08/02/2023

1ª HABILITAÇÃO
16/03/2007

OBSERVAÇÕES
CEAR;

ASSINATURA DO PORTADOR
João Nilson Barbosa de Lima

LOCAL
FORTALEZA, CE

ASSINATURA DO EMISSOR
[Assinatura]

DATA EMISSÃO
16/04/2018

CEARÁ

24168655428
CE163694737

PROIBIDO PLASTIFICAR
1638008350

RELATÓRIO DE TRANSFERÊNCIA / RELATÓRIO DE ALTA

Prontuário: 5593923

Data da Internação: 13 / 12 / 2018

LEITO: _____ Internação Unidade: ____ / ____ / ____

() Não

() Sim

Resumo de Alta / Transferência:

Comorbidades apresentadas:

Transferência:

☐ UTI _____ ☐ Unidade _____ ☐ CTQ ☐ Risco _____ ☐ Transferência Externa ☐ Óbito

Orientações de Alta (Setorial):

Orientações de Alta (Setorial):

Retornar ao Ambulatório: () Não () Sim Ambulatório: _____ Data: ____/____/____

Data: / /

Assinatura do Médico / CRM

RESUMO CLÍNICO SETORIAL - UNIDADE:

LEITO: _____ Internação Unidade: ____ / ____ / ____

Diagnóstico Principal:

Diagnósticos Secundários:

Procedimientos Cirúrgicos:

() Não

() Sim

Cirurgia(s) realizada(s):

Resumo de Alta / Transferência:

Comorbidades apresentadas:

Transferência:

☐ UTI ☐ Unidade ☐ CTQ ☐ Risco ☐ Transferência Externa ☐ Óbito

Orientações de Alta (Setorial):

Retornar ao Ambulatório: () Não () Sim Ambulatório: _____ Data: ____/____/____

Data: / /

Assinatura do Médico / CRM

FOLHA



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
 POLÍCIA CIVIL
 DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO
 Impresso nº 2019489977



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 2407 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
 Data / Hora da Comunicação: **19/07/2019 12:44:37**
 Data / Hora da Ocorrência: **13/12/2018 06:30:00**
 Endereço da Ocorrência: **AVENIDA DOUTOR SILAS MUNGUBA**
 Complemento:
 Bairro: **SERRINHA** Município: **FORTALEZA/CE**
 Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **JOÃO NILSON BARBOSA DE LIMA**
 Nascimento: **15/08/1986** CPF: **014.679.903-88** UF: **CE**
 CNH: **04058946630** Orgão Emissor: **DETRAN**
 Filiação: **MARIA JOSÉ BARBOSA LIMA**
RAIMUNDO LINO DE LIMA
 Endereço: **RUA ITÚ, 53 ALTOS**
 Bairro: **GRANJA PORTUGAL** CEP: **60.545-275**
 Município: **FORTALEZA/CE** Telefone: **(85) 98527-7448**
 País: **BRASIL**

Dados do(s) Veículo(s)

- 1) Placa: **PMJ0617** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **9C2KD0540ER094620** Renavam: **1039375828** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/NXR150 BROS ESD** Ano Fabricação: **2014** Ano Modelo: **2014** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **BRANCA** Proprietário: **SIRLEIDA NASCIMENTO DE MENDONCA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**
- 2) Placa: **PNX4578** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **9BWAG45U0HP140318** Renavam: **1128989139** Tipo do Veículo: **AUTOMOVEL** Marca / Modelo: **VW/NOVO GOL TL MCV** Ano Fabricação: **2017** Ano Modelo: **2017** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **VERMELHA** Proprietário: **JOAO PAULO LOPES DE BRITO** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

QUE, COMPARECE A ESTA ESPECIALIZADA A FIM DE REGISTRAR QUE, NA DATA CITADA, TRANSITAVA PILOTANDO A MOTO DE PLACA PMJ-0617 NA AV. DOUTOR SILAS MUNGUBA NA FAIXA DA DIREITA QUANDO UM CARRO DE PLACAS PNX-4578 QUE TRANSITAVA NA FAIXA DA ESQUERDA MUDOU PARA A FAIXA DA DIREITA SEM OS DEVIDOS CUIDADOS E COLIDINDO COM A MOTO QUE A VITIMA PILOTAVA, CAINDO A VITIMA NO ASFALTO, FICANDO LESIONADA SENDO SOCORRIDA PELO SAMU PARA O INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA. E NADA MAIS DISSE./////////
 OBS:COMUNICAÇÃO FALSA É CRIME CAPITULADO NO ART.340 DO CPB.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 25. DISTRITO POLICIAL

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

Consolidado em: 19/07/2019 12:54:12

Pág. 1 de 2

Impresso em: 19/07/2019 12:54:12



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO
Impresso nº 2019489977



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 2407 / 2019

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

FRANCISCO DELÂNIO CAMPELO ALMEIDA - MAT.: 404836-1-6

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

PAULO NILSON RIBEIRO DE LIMA

VISTO DO DELEGADO(A) :

MARIA DAS GRACAS FERREIRA UCHOA - MAT.: 166161-1-7



P-527941/19

PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

VEÍCULO: <u>USB 16</u>	PONTO DE APOIO: <u>SCR V</u>	Nº DA OCORRÊNCIA: <u>0169</u>
DATA: <u>07/12/18</u>	TURNO: <u>MT</u>	EQUIPE: <u>Auxíliana e Genis</u>
NOME: <u>João Wilson Pontes de Lima</u>	IDADE: <u>32 a</u>	SEXO: <u>M</u>
ENDERECO: <u>AV. Di. Silas Mongibani 5475</u>		
REFERÊNCIA: <u>laquei Camêla</u>	BAIRRO: <u>Severina</u>	
QTY: <u>04</u>	QUS: <u>09.36'</u>	QUY: <u>10.20'</u>
QUU: <u>14.00</u>		
NATUREZA DA OCORRÊNCIA: <u>Colapso (causa/morto)</u>		

RESPONSIVIDADE E AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

RESPOSTA AO CHAMADO	EXPANSÃO TORÁCICA	PULSO CENTRAL (AGRAVO CLÍNICO)
☒ RESPONSIVO	☒ PRESENTE	☒ PRESENTE
☐ NÃO RESPONSIVO	☐ AUSENTE	☐ AUSENTE

☒ PÉRVEAS	☐ OBSTRUÍDAS	POR: _____
---	-------------------------------------	------------

PADRÃO RESPIRATÓRIO	INSPEÇÃO	PALPAÇÃO/PERCUSSÃO	AUSCULTA
☒ EUPNEICO	☒ NORMAL	☒ NORMAL	☒ NORMAL
☐ TAQUIPNEICO	☐ ALTERADA: _____	☐ ALTERADA: _____	☐ ALTERADA: _____
☐ BRADIPNEICO			
☐ AGÔNICA/AUSENTE			

PULSO	PELE	ENCHIMENTO CAPILAR	SANGRAMENTO EXTERNO
☒ NORMOCÁRDICO	☒ CORADA	☒ ≤ 2 seg	☒ SIM
☐ TRAQUICÁRDICO	☐ PÁLIDA	☐ > 2 seg	☐ NÃO
☐ BRADICÁRDICO	☐ CIANÓTICA		
☐ IMPALPÁVEL	☐ SUDOREICA		
LOCAL: <u>Radial</u>	☐ SECA		
	☒ QUENTE		
	☐ FRIA		

ESCALA DE COMA DE GLASGOW - ADULTO (a) / PEDIÁTRICA (P)

ABERTURA OCULAR	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA
ESPONTÂNEA ☒ 4	ORIENTADO (A) / SORRI (P) ☒ 5	OBEDECE A COMANDOS ☒ 6
À VOZ ☐ 3	CONFUSO (A) / CHORO CONSOLÁVEL ☐ 4	LOCALIZA A DOR ☐ 5
À DOR ☐ 2	PALAVRAS INAPROPRIADAS (A) / INCONSOLÁVEL (P) ☐ 3	MOVIMENTO DE RETIRADA ☐ 4
NENHUMA ☐ 1	SONS INCOMPREENSÍVEIS (A) / GEMENTE (P) ☐ 2	FLEXÃO ANORMAL ☐ 3
TOTAL: <u>15</u>	NENHUMA ☐ 1	EXTENSÃO ANORMAL ☐ 2
		NENHUMA ☐ 1
PUPILAS: ☒ NORMAIS (FOTORREAGENTES E ISOCÓRICAS)		
☐ ALTERADAS		

ADULTO	LESÕES	PEDIÁTRICO
	<u>Fraturas no pé esquerdo (dorsal) e edema em região dorsal do mesmo</u>	

SAMPLA

FC: <u>92</u>	PA: _____	FR: <u>16</u>	GLIC: _____	OXIM: <u>97%</u>	TEMP: _____
---------------	-----------	---------------	-------------	------------------	-------------

Poliqueno e eufacete envolvido em acidente de trânsito, vítima carro/moto. Encontra-se consciente, orientado, verbaliza bem, responde, leve cefaleia. Apresenta fratura exposta em dedos do pé esquerdo e edema no dorso no mesmo.

Pr. Ricardo (MTW)

QTY: DESLOCAMENTO; QUS: CHEGADA AO LOCAL DA OCORRÊNCIA; QUY: SAÍDA DO LOCAL DA OCORRÊNCIA; QUU: CHEGADA À UNIDADE DE SAÚDE; QUA: SAÍDA DA UNIDADE DE SAÚDE

Rio de Janeiro, 13 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190451741

Vítima: JOAO NILSON BARBOSA DE LIMA

Data do Acidente: 13/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOAO NILSON BARBOSA DE LIMA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer

um dos dedos do pé 10%

Graduação: Em grau completo 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 10%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Recebedor: JOAO NILSON BARBOSA DE LIMA

Valor: R\$ 1.350,00

Banco: 104

Agência: 000000578

Conta: 0000028258-3

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

