

**PROCURAÇÃO AD JUDICIA****OUTORGANTE**

|                   |                                             |
|-------------------|---------------------------------------------|
| NOME:             | Francisco Nalysen Mendes de Freitas Martins |
| ESTADO CIVIL:     | Solteiro                                    |
| PROFISSÃO:        | Autônomo                                    |
| DOMICÍLIO:        | R. Sen. Petronio Portela, 513, Pajuçara     |
| RG/CPF/PIS PASEP: | 090.482.683-03                              |
| TELEFONE:         | (85) 98603-5003                             |

**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 - Ceará Data: 18 / 03 / 2020

Francisco NALYSEN Mendes de Freitas Martins

## DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Nome: Francisco Nalyson Mendes de Freitas Martins.  
 Nacionalidade: Brasileiro Estado Ceará Estado Civil: solteiro  
 Profissão: Autônomo  
 Rg: 20162357324 SSP/CE -CPF: 090.482.683-03  
 Logradouro: Rua Petronio Portela  
 Nº 573, Compl.: \_\_\_\_\_  
 Bairro: Pagueara CEP 61932-130  
 Cidade: Morococau Telefone: 85 98603-5003

*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: 18 de março de 2020

Francisco NALYSON Mendes de Freitas Martins

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

**Polegar Direito**

**PROIBIDO PLASTIFICAR**

*Francisco Nálison Mendes de Freitas Martins*

ASSINATURA DO TITULAR

**CARTEIRA DE IDENTIDADE**

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL **2016235732 - 4** DATA DE EXPEDIÇÃO **26/08/2016**

NOME **FRANCISCO NÁLYSON MENDES DE FREITAS MARTINS**

FILIAÇÃO **FRANCISCO DE ASSIS MARTINS COSTA**  
**MARINALVA MENDES DE FREITAS**

NATURALIDADE **IBARETAMA - CE** DATA DE NASCIMENTO **29/10/1990**

DOC. ORIGEM **CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: 1 OFÍCIO TERMO: 14227 FOLHA: 5**

**LIVRO: A-17 IBARETAMA - CE**

CPF **1 VIA**

*Ass. Gde. J. M. J.*

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83



**Ministério da Fazenda  
Receita Federal**



**COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF**

**Número**

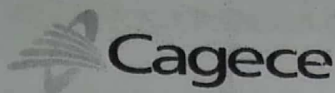
**090.482.683-03**

**Nome**

**FRANCISCO NALYSON MENDES DE FREITAS  
MARTINS**

**Nascimento**

**29/10/1998**



Nº de inscrição:

008114196

## DADOS DO CLIENTE

Nome: MARINALVA MENDES DE FREITAS

End. Leitura: RUA SEN PETRONIO PORTELA, 573, PAJUCARA

Cidade: MARACANAU

End. Entrega:

Cidade:

Local: 146

Setor:

Subsetor: 084

Quadra:

Subquadra: 0335

Lote:

0036

Comp:

0000

CEP: 61932-130

## ECONOMIAS

Residencial: 000

Comercial: 001

Industrial: 000

000

## INFLUÊNCIA SOBRE MEDIÇÃO

| Serviço | Medição    | Leitura Anterior | Leitura Atual | Volumem | Média Semestral m³ |
|---------|------------|------------------|---------------|---------|--------------------|
| AGUA    | A16F253977 | 480              | 498           | 18      | 17                 |

## DATAS

Leitura Atual: 23/10/2019  
Leitura Anterior: 23/09/2019Emissão: 23/10/2019  
Próxima Leitura: 23/11/2019Lacre Água: 2987430  
Lacre Esgoto:

## QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 08/2019

| Nº de Amostras  | Cloro | Turbidez | Cor | Coliformes Totais | Escherichia Coli |
|-----------------|-------|----------|-----|-------------------|------------------|
| Exigidas        | 103   | 103      | 029 | 103               | 103              |
| Analisadas      | 111   | 111      | 111 | 111               | 111              |
| Em conformidade | 111   | 110      | 110 | 106               | 111              |

## MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

MÉDIA DE CONSUMO (OUT/14 A SET/15): 12 m³ | META: 10 m³.

Constatamos débito de R\$ 288,00. Caso pago, desconsiderar.

RELATORIO DA QUALIDADE DA AGUA VEJA NO SITE CAGECE

## DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

Valor (R\$)

## HISTÓRICO DE VOLUME

|                           | Valor (R\$) | Mês/Ano | Água (m³) | Esgoto (m³) |
|---------------------------|-------------|---------|-----------|-------------|
| AGUA                      | 181,80      | out/18  | 16        | 0           |
| MULTA DE 2%               | 7,13        | nov/18  | 16        | 0           |
| JUROS DE 0,033% AO DIA    | 0,91        | dez/18  | 16        | 0           |
| JUROS/MULTA TARIFA CONT   | 0,46        | jan/19  | 16        | 0           |
| ACRESC. IMPONT. AGUA TARI | 3,76        | fev/19  | 18        | 0           |
| TARIFA DE CONTINGENCIA    | 96,96       | mar/19  | 22        | 0           |
|                           |             | abr/19  | 16        | 0           |
|                           |             | mai/19  | 15        | 0           |
|                           |             | jun/19  | 16        | 0           |
|                           |             | jul/19  | 22        | 0           |
|                           |             | ago/19  | 17        | 0           |
|                           |             | set/19  | 18        | 0           |

## TRIBUTOS SOBRE O ATURAMENTO

| Descrição | Valor (R\$) |
|-----------|-------------|
| PIS       | 2,79        |
| COFINS    | 13,91       |

## SUBSÍDIO

| Descrição           | Valor (R\$) |
|---------------------|-------------|
| VALOR DO SERVIÇO    | 291,02      |
| VALOR DO SUBSÍDIO   | 0,00        |
| VALOR TOTAL A PAGAR | 291,02      |

MÊS/ANO

10/2019

VENCIMENTO

12/11/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

291,02

## ONDE PAGAR SUA FATURA

Bancos: Bradesco, BNB, Itaú, SIC, Banco do Brasil, Caixa Econômica Federal, Santander, Triângulo. Outros: PagFacil. A Cagece disponibiliza o serviço de débito em conta de sua fatura. Ative já este serviço. Consulte sua agência.

I:358318077042681 L:2765 H:10:14:06 R:077 P:001

Central de Atendimento  
Cagece  
0800 275 0195

Cagece  
MOBILE

É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme resoluções das Agências Reguladoras.

Entidades Reguladoras: ACFOR – Autarquia de Regulação, Fiscalização e





**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DO 29. DISTRITO POLICIAL  
Impresso nº 2020113617



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 129 - 254 / 2020**

**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
Data / Hora da Comunicação: **07/02/2020 14:06:26**  
Data / Hora da Ocorrência: **31/03/2019 01:30:00**  
Endereço da Ocorrência: **R PAULO BATISTA , PAJUÇARA - MARACANAU/CE**  
Ponto de Referência: **HIPER CREDITO**

**Dados da(s) Vítima(s)**

Nome: **FRANCISCO NALYSON MENDES DE FREITAS MARTINS**  
Nascimento: **29/10/1998** CPF: **090.482.683-03**  
RG: **20162357324** Órgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**  
Filiação: **MARINALVA MENDES DE FREITAS**  
**FRANCISCO DE ASSIS MARTINS COSTA**  
Endereço: **RUA PETRONIO PORTELA, 573**  
Bairro: **PAJUÇARA**  
Município: **MARACANAU/CE** CEP:  
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98603-5003**

**Histórico**

AFIRMA O DECLARANTE QUE NO DIA 31.03.2019 PELO GIRO DAS 01:30 HORAS, ESTAVA DE GARUMPEIRO NA MOTOCICLETA DE MARCA/MODELO HONDA/NXR 160 BROS ESDD, ANO 2015/2015 COM PLACA: OZA-6934/CE REGISTRADO EM NOME DE FRANCISCO DE ASSIS MARTINS COSTA, QUE A CONDUTORA ERA A SUA TIA DE NOME ANDREIA DAMASCENO COSTA, MOMENTO ESTE QUE FOI COLIDIDO MOTOCICLETA COM MOTOCICLETA, NÃO RECORDANDO PRECISAMENTE O MOMENTO DA COLISÃO, POIS AFIRMA QUE JÁ ACORDOU CIENTE DENTRO DA AMBULÂNCIA; QUE EM FACE DO ACIDENTE DE MOTO X MOTO O DECLARANTE AFIRMA QUE SOFREU FRATURAS NO FÊMUR ESQUERDO E MASQUISILAR, SENDO NECESSÁRIO PASSAR POR PROCEDIMENTO CIRÚRGICO; QUE RELATANDO QUE FOI ATENDIDO PELO 192 SAMU QUE APÓS OS PRIMEIROS SOCORROS CONDUZIU O DECLARANTE PARA O INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA LOCALIZADO NO CENTRO DA CIDADE DE FORTALEZA; E NADA MAIS DISSE.

OBS: COMUNICAÇÃO FALSA. A POLICIA É CRIME, PREVISTO NO ART.340 DO CTB.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 29. DISTRITO POLICIAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

JEAN CARLOS MARTINS SANTOS - MAT.: 404867-1

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

FRANCISCO NALYSON MENDES DE FREITAS



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DO 28. DISTRITO POLICIAL  
Impressão nº 2020113617



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 129 - 254 / 2020

VISTO DO DELEGADO(A) :

LUCAS XIMENES DE CASTRO - MAT. 3011812-X

**Registro de Atendimento Emergencial**

Por: MÁRCIA REJANE PEREIRA DE MORAIS

| REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL                                                                                                             |                                                   |                                    |               |                                               |                     | DATA/HORA: 31/03/2019 02:31:26 |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|------------------------------------|---------------|-----------------------------------------------|---------------------|--------------------------------|--|
| IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE                                                                                                                       |                                                   |                                    |               |                                               |                     |                                |  |
| CNS: 701809218339074                                                                                                                            | NOME: FRANCISCO NALYSON MENDES DE FREITAS MARTINS |                                    |               |                                               | Registro: 5475665   |                                |  |
| CPF: 09048268303                                                                                                                                | RG: 20162357324                                   | D. NASC: 29/10/1998                | ESTADO CIVIL: | SEXO: M                                       | RAÇA/COR: Parda     |                                |  |
| NOME DA MÃE: MARINALVA MENDES DE FREITAS                                                                                                        |                                                   |                                    |               | NOME DO PAI: FRANCISCO DE ASSIS MARTINS COSTA |                     |                                |  |
| TIPO DE LOGRADOURO: Rua                                                                                                                         | ENDEREÇO DO PACIENTE: SENADOR PETRONIO PORTELA    |                                    |               | Nº: 573                                       | BAIRRO: PAJUCARA    |                                |  |
| COMPLEMENTO:                                                                                                                                    | TELEFONE: 986317473                               | MUNICÍPIO: MARACANAÚ               |               | UF: CE                                        | CEP: 61932130       |                                |  |
| IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL                                                                                                                    |                                                   |                                    |               |                                               |                     |                                |  |
| NOME: A MAE                                                                                                                                     |                                                   | PARENTESCO:                        |               |                                               | TELEFONE: 986317473 |                                |  |
| ACIDENTE DE TRABALHO                                                                                                                            |                                                   |                                    |               |                                               |                     |                                |  |
| TIPO DE VÍNCULO:                                                                                                                                | CBO DO EMPREGADO:                                 | CNPJ DO EMPREGADOR:                |               | COSIDO DO CNAER:                              |                     |                                |  |
| ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO                                                                                                            |                                                   |                                    |               |                                               |                     |                                |  |
| MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motociclista, Acidente de transporte sem colisão. Inclui: capotamento, queda ou projeção de uma motocicleta |                                                   |                                    |               |                                               |                     |                                |  |
| QUEIXAS: PACIENTE, 20 ANOS, TRAZIDO PELO SAMU COM HISTÓRIA DE TRAUMA CORTO-CONTUSO NO CRÂNIO E FACE COM RELATO DE SÍNCOPE + FX                  |                                                   |                                    |               |                                               |                     |                                |  |
| OBSERVAÇÕES: <del>FECHADA DE FÊMUR ESQUERDO</del><br>TRAUMA MAIOR - MECANISMO DE TRAUMA SIGNIFICATIVO                                           |                                                   |                                    |               |                                               |                     |                                |  |
| SINAIS VITAIS                                                                                                                                   |                                                   |                                    |               |                                               |                     |                                |  |
| LOCAL DA OCORRÊNCIA: Residência                                                                                                                 | Escala de Dor: Moderado                           | PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: LARANJA |               |                                               |                     |                                |  |
| ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:                                                                                                                   |                                                   |                                    |               |                                               |                     |                                |  |
| ATENDIMENTO MÉDICO                                                                                                                              |                                                   |                                    |               |                                               |                     |                                |  |
| Anamnese:                                                                                                                                       |                                                   |                                    |               |                                               |                     |                                |  |
| Exame Físico:                                                                                                                                   |                                                   |                                    |               |                                               |                     |                                |  |
| Condução:                                                                                                                                       |                                                   |                                    |               |                                               |                     |                                |  |
| TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:                                                                                                               |                                                   |                                    |               |                                               |                     |                                |  |
| EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:                                                                                                              |                                                   |                                    |               |                                               |                     |                                |  |
| ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:                                                                                                                     |                                                   |                                    |               |                                               |                     |                                |  |
| DATA E HORA DO ATENDIMENTO:                                                                                                                     |                                                   |                                    |               | CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:  |                     |                                |  |



# LAUDO MÉDICO

## RELATÓRIO DE ALTA

**NOME:** Francisco Nalyson Mendes de Freitas Martins

**Prontuário:** 5475665 **Unidade:** 15 **Leito:** 10

### RESUMO CLÍNICO

#### Evolução/Intercorrências/Medicações relevantes:

Paciente em seu 1º DPO de osteossíntese de fratura complexa de mandíbula, procedimento realizado sem intercorrências. Paciente evolui orientado, consciente, eupneico, sem queixas álgicas. Ao exame físico observa-se edema em terço inferior da face compatível com o procedimento cirúrgico, discreta limitação de abertura bucal, suturas intra e extraorais justapostas e sem sinais de sangramento ou deiscência. Parafusos de BMM em posição e sem sinais de mobilidade, higiene oral insatisfatória, oclusão estável.

**Diagnóstico Principal:** Fratura de mandíbula

**Diagnósticos Secundários:** Não

**Sequelas apresentadas:** Não

**Procedimentos Cirúrgicos:** ( ) Não

**Cirurgia realizada:** Osteossíntese de fratura complexa de mandíbula

**Cirurgião:** Dr. Mello

**Tipo de anestesia/Sedação:** Geral

**Data:** 25/06/2019

### Condições de Alta/Transferência

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

**Destino:** Residência ( x ) Atendimento domiciliar ( )

**Transferência ( ):**

**Retornar:** ( X ) **Ambulatório em:** 02/07/2019 às 10:00h

**Cirurgião:** Dr. Mello

**Observações:**

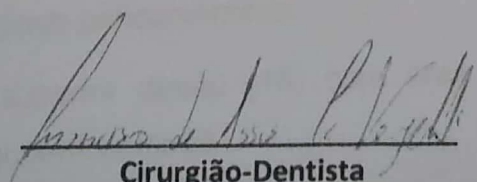
-Higiene oral 3x/dia com Clorexidina 0,12%, durante 10 dias

-Dieta pastosa liquidificada

-Tomar as medicações corretamente

Dr. Francisco de Assis C. Vergetti  
Cirurgia e Traumatologia  
Buco-Maxilo-Facial  
Residente IJE CRO/CE 10.416

**Data:** 26/06/2019

  
**Cirurgião-Dentista**

**CRO/Carimbo**



**PERBOYRE  
CASTELO**

A IMAGEM DA ODONTOLOGIA DO CEARÁ

## **LAUDO RADIOGRÁFICO**

AV. DR SILAS MUNGUBA, 643 - LJ 20 - PARANGABA - CEP: 60.740-005

TELEFONE : (85) 3225-5316

fls. 29

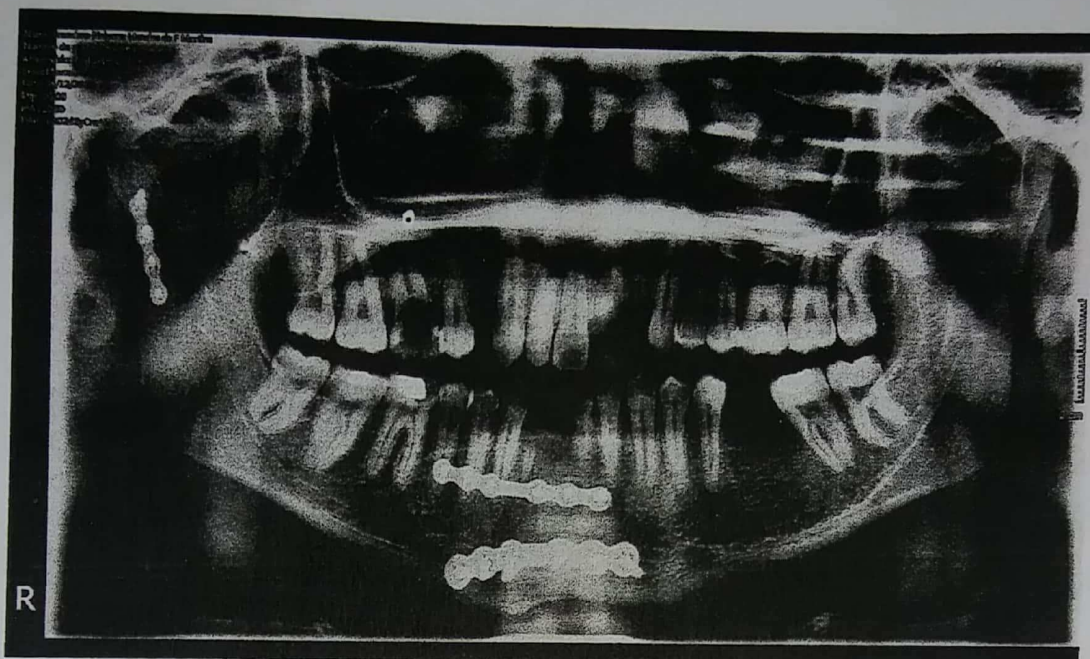
Paciente : **FRANCISCO NALYSON  
MENDES DE F MARTINS**

Data :  
**05/12/2019**

Hora : 13:21:46

Indicação: **DR. PAULO ELISIO CEC**

Idade : 21 a 1 m



### **# Radiografia Panorâmica:**

Presença de placas de fixação cirúrgica na mandíbula, região de mento e corpo mandibular direito na altura dos pré-molares e , na região de ramo mandibular direito.

Ausência do 1º pré-molar superior direito (14), dos incisivos superiores do lado esquerdo, do 1º molar inferior esquerdo (36) e dos incisivos inferiores do lado direito.

Sugere-se radiografia periapical da região de incisivo central superior esquerdo (21) para melhor visualização.

Raiz residual na região de incisivo lateral inferior direito (42).

1º molar superior direito (16) com cárie estendendo-se à região de furca e com aumento do espaço pericementário.

2º pré-molar superior direito (15) com área radiolúcida sugestiva de cárie incipiente em superfície distal.

E-MAIL: PERBOYRECASTELO@UOL.COM.BR

Rio de Janeiro, 06 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200076894

Vítima: FRANCISCO NALYSON MENDES DE FREITAS MARTINS

Data do Acidente: 31/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCISCO NALYSON MENDES DE FREITAS MARTINS

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\$ 8.100,00 |

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 100%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 = R\$ 3.375,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

Recebedor: FRANCISCO NALYSON MENDES DE FREITAS MARTINS

Valor: R\$ 8.100,00

Banco: 341

Agência: 000001640

Conta: 0000051676-9

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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).