

INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA

OUTORGANTE: Paulo Martins Fernandes, brasileiro, solteiro, agricultor, portador do CPF de nº 039.003.913-46, portador do RG de nº 2006021046212 SSP/CE, residente e domiciliado à Vila Lagoa Cercada, s/nº, Quixeramobim, Ceará, CEP. 63.800-000

OUTORGADOS: MARCELO OLIVEIRA DE ALMEIDA, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/CE, sob o nº 34.527, RICARDO ALEXANDER EDUARDO CAVALCANTE, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/CE, sob o nº 22.566, PEDRO VICTOR PIMENTEL AZEVEDO, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/CE sob nº. 31.392, PEDRO IGOR PIMENTEL AZEVEDO, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/CE, sob o nº. 31.391, todos com endereço profissional no Centro Jurídico Santo Ivo, localizado à Rua José Campos Torquato, 88, Centro, CEP: 63.800-000 QUIXERAMOBIM-CE; onde recebem intimações de estilo (art. 39 do CPC), endereço eletrônico: pedrovictorpa@gmail.com.

PODERES:

Por este instrumento o Outorgante supra qualificado, nomeia e constitui os Outorgados acima identificados, seus procuradores, conferindo-lhe os mais amplos poderes para o foro em geral, com a cláusula "Ad Judicia Et Extra", para agirem, em conjunto ou separadamente, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-las nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhes poderes especiais para requerer em Juízo ou fora dele, como também confessar, transigir, desistir, renunciar ao direito em que se funda a ação, firmar acordos ou compromissos, representar o mesmo perante os Órgãos Públicos, nomear peritos e assistentes, promover reivindicações e impugnações, prestar lícitos compromissos, receber e dar quitação, levantar, requerer ou receber alvarás, receber cheques decorrentes de condenação judicial, além de outros não expressamente constantes nesse mandato. Os poderes aqui descritos poderão ser substabelecidos no todo ou em parte, com ou sem reservas, dando tudo por bom, firme e valioso, para o fiel cumprimento deste mandato.

Quixeramobim/CE 22 de janeiro de 2020

x Paulo Martins Fernandes
OUTORGANTE

DECLARAÇÃO DE POBREZA

Eu, Paulo Martins Fernandes,
brasileiro (a), solteiro, agricultor,
CPF 039.003.413-46 RG 2006021046212,
residente na (Rua, Avenida, Estrada) Vila Lagoa Cercada, s/nº
Bairro _____ Cidade Quixeramobim
Estado Ceará Cep 63.800-000. Declaro, para os
devidos fins, que sou pobre na forma da **Lei 1060/50**, não podendo, desta
forma, custear as despesas processuais sem prejuízo do sustento próprio e de
minha família, pelo que suplico a gratuidade de justiça, assumindo inteira
responsabilidade, na forma da **Lei 7.115/83**, pelas informações ora emanadas.

Quixeramobim/CE, 22 de janeiro de 2020

+ Paulo Martins Fernandes

DECLARANTE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
CARTÃO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

NOME
PAULO MARTINS FERNANDES

DOC. IDENTIDADE / OUTRO IDENTIFICADOR
2006021046212 **SSP/RS** **CE**

CPF
039.003.413-46 **01/06/1988**

RELACIONAMENTO
JOSE FERNANDES DA SILVA
MARIA DAISY MARTINS FERNANDES

PROFISSÃO
PROFISSIONAL **ACC** **CE** **h**

VALIDADE
06/06/2020 **1ª REGISTRAÇÃO**
20/10/2010

OBSERVAÇÃO
SEM OBSERVAÇÃO

LOCAL
QUIRADA, CE **DATA EMISSÃO**
13/05/2015

31963160158
CE147391970

PAÍS
BRASIL

1150763635

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL			
MINISTÉRIO DAS CIDADES			
DETRAN - CE		Nº 011828033531	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
VIA	COD. RENAVAM	RNTAC	EXERCÍCIO
01	00907923275	0000000000	2015
NOME			
MARTA DAYSE MARTINS FERNANDES			
QUIXERAMOBIM /CE			
CPF / CNPJ		PLACA	
01240525813		HYL6311/CE	
PLACA ANT. / UF		CHASSI	
/CE		902K08507R036243	
ESPÉCIE TIPO		COMBUSTÍVEL	
PAS/MOTOCICLISTA		GASOLINA	
MARCA / MODELO		ANO FAB.	ANO MOD.
HONDA/EB 150 TITAN ES		2006	2007
CAP / POT / CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE	
250/14.900	PARTIC	VERMELHA	
COTA ÚNICA	VENO. COTA ÚNICA	VEIC / COTAS	
1ª	1ª	1ª	
FAIXA I.P.V.A.	PARCELAMENTO / COTAS	2ª	
1ª	1ª	2ª	
PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)		10ª (R\$)	PRÊMIO TOTAL (R\$)
DATA DE PAGAMENTO			
OBSERVAÇÕES			
LOCAL		DATA	
QUIXERAMOBIM		27/04/2015	
Igor Porto			



GOVERNO DO ESTADO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM
HOSPITAL REGIONAL DR. PONTES NETO



FICHA DE ATENDIMENTO URGÊNCIA/EMERGÊNCIA - UNIDADE DE ATENDIMENTO 24HS

DATA: 18/03/18
ATENDIMENTO Nº: 44

HORÁRIO: 00:04

NOME:

03.01.06.0029

Paula Martins Fernandes

SEXO: MASC (X) FEM () DATA NASCIMENTO: 01/06/88 IDADE: 29

ESTADO CIVIL: Solteira

MÃE:

SUS:

NATURALIDADE: Quixeramobim

PROFISSÃO: Agricultor

ENDEREÇO: Rua dos

BAIRRO: _____ CEP: _____

CIDADE: Qu ESTADO: CE

TELEFONE: _____

ACIDENTE DE TRABALHO: SIM () NÃO ()

Paula Martins Fernandes
ASSINATURA PACIENTE / RESPONSÁVEL

P.A.: X mmhg SPO₂: _____ % FC: _____ bpm FR: _____ ipm

T: _____ °C PESO: _____ Kg

QUEIXAS:

Acidente moto - sem capacete - Veículo
Sangue; Síncope. Edema não é tratado.
após.

PARA FINS DE DPVAT ESSA FICHA DE ATENDIMENTO SÓ TERÁ LEGITIMIDADE COM ASSINATURA DA DIREÇÃO GERAL E
DIREÇÃO CLÍNICA

Satur: 99%
FC: 85 bpm

ANAMNESE E EXAME FÍSICO:

DIAGNÓSTICO:

PRESCRIÇÃO:

- ① SRL 1000 ml, EV ~~1027~~ (1323)
- ② AO IJF ~~após 12 horas~~ CRL
- ③ Difenidramina 2.18 AD, EV ~~1027~~

Dra. *Mônica Costa*
Médica
CREMEC 18.845

ASSINATURA / CARIMBO MÉDICO



PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM

SECRETARIA DE GESTÃO HOSPITALAR - SUS
HOSPITAL REGIONAL DR. PONTES NETO
 FONE: (88) 3441.1353 - FAX: (88) 3441.4009 - E-mail: hosp.regional@hotmail.com
 Quixeramobim-CE



ATESTADO

Atesto para os devidos fins, que

Paula Maria Figueira

recebeu atendimento médico em:

09/04/2018 com diagnóstico de: Fratura do 4º metacarpo
do 2º dedo h ± 23 dias

o(a) mesmo(a) está necessitando de: 30 (trinta) dias de licença do trabalho,
 a partir da data do atendimento.

Quixeramobim-Ce, 09/04/2018

[Assinatura]
 MÉDICO/CRM

Credencial: 3441.008

ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM
 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SUS
HOSPITAL REGIONAL DR. PONTES NETO
 FONE: (88) 3441.1353 - FAX: (88) 3441.4009 - e-mail: hosp.regional@hotmail.com
 Quixeramobim - CE

RECEITUÁRIO MÉDICO

Nome: _____

Verônica de
07/05/2018
08:00
Ok de 1000
1000

SEU MEDICAMENTO
NA HORA CERTA
 6 X 6 hs.: 06M - 12T - 06N - 12N (4 X DIA)
 8 X 8 hs.: 06M - 02T - 10N (3 X DIA)
 12 X 12 hs.: 06M - 06N (2 X DIA)

COM MEDICAMENTO NÃO SE BRINCA, NÃO TOME POR SUA CONTA.

Rua Cônego Aureliano Mota, 236 Centro - Fones: (88) 3441-1219 / 3441-1217



ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM
 HOSPITAL REGIONAL DR. PONTES NETO
 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SUS

FONE: (88) 3441.1353 / (88) 3441.4009 - email: hosp.regional@hotmail.com / Quixeramobim-CE



18/05/18 - Abaixo: **EVOLUÇÃO DO PACIENTE**

Paciente *Martins Fernandes* - 29 anos, em estado por
 acidente motor com "paralisia". Evoluções com
 vômitos, dor no peito, cefaleia, náusea e +
 fraqueza + a desorientação. Ingestão de alimentos; agitação
 liberada.

SOLERIA ALVES
 ENFERMEIRA
 CREMOP: 270.208



PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

RECEITUÁRIO MÉDICO

Nome: _____

RECEITUÁRIO MÉDICO

- REVISÃO PARA OS DEVIDOS FINS,
 JUNTO AO DPVAT, QUE PAULO
 MARTINS FERNANDES, VÍTIMA
 DE ACIDENTE DE TRÂNSITO (MOTO)
 EM 18/03/18, SUBMETIDO A
 IMOBILIZAÇÃO 30 (TRINTA) DIAS
 NA DIREITA / FRATURA 4.º DEDO
 REARIZOU 15 SEGUNDOS FISIOTERAPIA
 PACIENTE APRESENTA DOR E
 EDEMA ADOS EFORTO FÍSICO.
 ENCONTRE-SE DE ALTO
 MÉDICO 562.8

Dr. Paulo Galvão
 CREMEC 11720

29106118

SEU MEDICAMENTO NA HORA CERTA	☐ 6 X 6 hs.: 06M - 12T - 06N - 12N (4 X DIA) ☐ 8 X 8 hs.: 06M - 02T - 10N (3 X DIA) ☐ 12 X 12 hs.: 06M - 06N (2 X DIA)
----------------------------------	---

COM MEDICAMENTO NÃO SE BRINCA, NÃO TOME POR SUA CONTA.

Rua Cônego Aureliano Mota, 236 Centro - Fones: (88) 3441-1219 / 3441-1217
 Quixeramobim - Ceará.

RELATÓRIO MÉDICO

Relato para os devidos fins, junto ao DPVAT, que o Sr.(a):

PAULO MARTINS FERNANDES

Vítima de acidente de trânsito, em 18/03/18, sofreu:

→ FRACTURA 4.º DEDO / MÃO DIREITA)
+ ESCOLIOSE.
2

E submeteu-se a tratamento(s):

• IMOBILIZADO POR 30 (TRINTA) DIAS.
FOI TEMPORÁRIA 25 DECÓES, COM
DIFICULDADE MOBILIZAR MÃO D.

562.8

Encontra-se de alta clínica, e apresenta invalidez permanente, com grau de incapacidade funcional irreversível de:

07/08/18

Dr. Paulo Calvo
CRM 11720

RELATÓRIO MÉDICO

Relato para os devidos fins, junto ao DPVAT, que o Sr.(a):

Paulo MARTINS FERNANDES

Vítima de acidente de trânsito, em 15/03/18, sofreu:

- Fratura do Ombro (D)

E submeteu-se a tratamento(s):

- Paciente realizou imobilização por 30/Trinta dias.
- Realizou 45 sessões de fisioterapia com mobilização manual com dor 5/10-8 MS1

Encontra-se de Alta Médica, e apresenta invalidez permanente, com grau de incapacidade funcional irreversível.

27/11/18

Dr. Paulo Galvão
CREMEC. 1120



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 19 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180587290

Vítima: PAULO MARTINS FERNANDES

Data do Acidente: 18/03/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), PAULO MARTINS FERNANDES

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 337,50

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer

um dentre os outros dedos da mão 10%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 10%) 2,50%

Valor a indenizar: 2,50% x 13.500,00 = **R\$ 337,50**

Recebedor: PAULO MARTINS FERNANDES

Valor: R\$ 337,50

Banco: 104

Agência: 000002843

Conta: 000000018324-6

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

SINISTRO 3180587290 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA PAULO MARTINS FERNANDES****COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO GENTE****SEGURADORA S/A****BENEFICIÁRIO PAULO MARTINS FERNANDES****CPF/CNPJ: 03900341346****Posição em 22-05-2019 13:04:02**

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.

Valor do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
12/02/2019	R\$ 337,50	R\$ 0,00	R\$ 337,50

Pagamento realizado pela Seguradora Líder sem a vítima fazer perícia médica.



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 536 - 874 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **04/04/2018 08:57:22**
Data / Hora da Ocorrência: **18/03/2018 00:04:00**
Endereço da Ocorrência: **SITIO VAZEA FORMOSA**
Complemento:
Bairro: **ZONA RURAL** Município: **QUIXERAMOBIM/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **PAULO MARTINS FERNANDES**
Nascimento: **01/06/1988** CPF:
CNH: **519383224** Orgão Emissor: **SSP** UF:
Filiação: **MARIA DAISE MARTINS FERNANDES**
JOSE FERNANDES DA SILVA
Endereço: **VILA LAGOA CERCADA**
Bairro: **DIST. MANITUBA**
Município: **QUIXERAMOBIM/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone:

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **HYL5311** Uf: **CE** Município: **QUIXERAMOBIM** Chassi:
9C2KC08507R036243 Renavam: **907923275** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CG 150 TITAN ES** Ano
Fabricação: **2006** Ano Modelo: **2007** Combustível: **GASOLINA** Cor:
VERMELHA Proprietário: **MARIA DAYSE MARTINS FERNANDES**
Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **NORMAL**

Histórico

Compareceu em cartório desta, a pessoa acima qualificada, afirmando o seguinte: Que na data, hora e local, acima citados, vinha guiando a motocicleta supra citada quando de repente, em uma curva na estrada, o pneu da moto derrapou fazendo com que o declarante perdesse o controle do referido veículo, vindo ao solo; Que na queda o declarante sofreu traumatismo na cabeça; Que o declarante foi socorrido pelas testemunhas desse procedimento; Que o declarante foi levado para o hospital Pontes Neto e no dia seguinte foi levado à Fortaleza-CE para realizar exames no IJF.; Que tem como testemunha do acidente as pessoas de Antonio Roquimar Santiago, RG: 2007157696-1 e Rodrigo Gomes da Silva, RG: 2008186507-9; Que o declarante procurou esta delegacia para lavrar este boletim de ocorrência; Que as informações prestadas neste Boletim de Ocorrência são de sua inteira responsabilidade; Que está ciente de no caso das informações inseridas neste procedimento forem falsas, responderá pelo crime de falsidade ideológica de acordo com o artigo 299 do Código Penal Brasileiro. E nada mais disse.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

EDNILDO FERREIRA LIMA - MAT.: 198785-1-1

DELEGACIA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM

Pág. 1 de 2

Impresso em: 04/04/2018 09:46:44



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



BOLETIM DE Ocorrência Nº 536 - 874 / 2018

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: de Paulo martins Senon de

VISTO DO DELEGADO(A) :

CLÁUDIO DE ALMEIDA MARTINS - MAT.: 301051-1-7