

PROCURAÇÃO

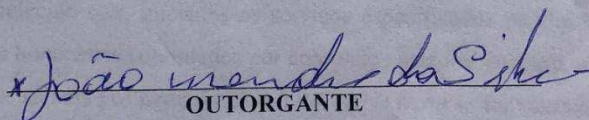
OUTORGANTE:

João Mendes da Silva, solteiro, Autônomo, portador do RG: 96002124844, SSP/CE, CPF: 725.574.513-04, com domicílio e residência na Rua Ipameri, N.º 780, Bairro: Praia do Futuro II, cidade de Fortaleza, CEP: 60183-017, Fortaleza - Ceará.

OUTORGADO: Nomeia e constitui como bastante procurador para defender seus direitos fundamentais e interesses jurídicos, Dr. **FRANCISCO WAGNER BARBOSA DE ALENCAR FILHO**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/CE sob o nº 29.811 e a Dra. **SARAH BASTOS DE ALENCAR**, brasileira, solteira, advogada, inscrita na OAB/CE 33.781, ambos com escritório profissional na Avenida Desembargador Moreira, nº 2120, sala 1304, Bairro Aldeota, na Cidade de Fortaleza, no Estado Ceará, recebendo a comunicação de quaisquer atos processuais neste endereço.

PODERES: Por este instrumento particular de mandato, o OUTORGANTE confere aos OUTORGADOS plenos poderes para o foro em geral, com a cláusula *ad judicium et extra*, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-lo nas contrárias, seguindo uma e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando, conferindo-lhe, ainda, os poderes especiais para *receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, receber, dar quitação, firmar compromisso e assinar declaração de hipossuficiência econômica*, conforme estabelecido no Art. 105 do Código de Processo Civil (Lei 13.105/2015), agindo em conjunto ou separadamente, podendo ainda substabelecer esta a outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, enfim, praticar todos os atos processuais que ache oportuno e conveniente para o fiel cumprimento deste mandato, dando tudo por bom, verdadeiro, firme e valioso.

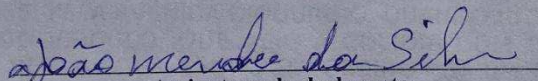
Fortaleza, 23 de Dezembro de 2019.


OUTORGANTE

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Declaro, também, para os devidos fins, ser pobre, na forma e sob as penas da Lei nº 7.115/83, não podendo, assim, arcar com as despesas advindas desse processo sem que haja prejuízo do sustento meu e de minha família.

Fortaleza - CE, 23 de Dezembro de 2019.


Assinatura do declarante

Av. Desembargador Moreira, nº 2120, sala 1304, Bairro Aldeota, CEP: 60.170-002, Fortaleza-CE /
E-mail: wsdpvat.juridico@gmail.com | (85) 98786-0818 (85) 988882031

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
JOAO MENDES DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
 96002124844 SSP CE

CPF
 725.574.513-04

DATA NASCIMENTO
 06/06/1952

FILIAÇÃO
 FRANCISCO GOMES DA SILVA
 MARIA MENDES DA SILVA

PERMISSÃO **ACC** **CAT. HAB.**
 [] [] A

Nº REGISTRO
 06024686741

VALIDADE
 19/12/2021

1º HABILITAÇÃO
 18/03/2014

OBSERVAÇÕES
 SEM OBSERVAÇÃO;

João Mendes da Silva
 ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
 FORTALEZA, CE

DATA EMISSÃO
 21/12/2018

Igor Vasconcelos Ponte
 ASSINATURA DO EMISSOR

41038445618
 CE168458314

CEARÁ

DE NATRAN CONFIRAN

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
 1664331305

PROIBIDO PLASTIFICAR
 1664331305

Scanned by CamScanner

1147434

de 26 de abril de 2002.

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Cícero, 110
CEP 60135-040 | Fortaleza - CE
CNPJ 07047291/0001-70 | CDP 08.105.045-0

Para agilizar seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | Nº 045822275

Rota FOB04U47 - 223400 Referência 01/2020

Nome JOAO MENDES DA SILVA

Endereço RU IPAMERI, 00780, PRAIA DO FUTURO, 60133-017, FORTALEZA

Classificação Residencial Pleno

Modalidade Tarifária B1 RESIDENCIAL

Ligação Monofásico

Emissão 09/01/2020

Medidor 3562718 - CPN-308

AREA RESERVADA AO FISCO

EE020530528235581458464456585405

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO

DATAS DE LEITURA P.F.: 30 dias

Anterior	Atual	Próxima prevista
18/12/2019	01/01/2020	01/02/2020

DADOS DA MEDIÇÃO

Posto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo Mês (kWh)	Consumo Ind. (kWh)	Consumo Fix. (kWh)	Taxa
FP	16.245	16.151	1.00	94	88	94	0,74777

DADOS DO FATURAMENTO

TARIFA	VAL
CIP - ILUM PUB PREF MUNIC	0,74777
CONSUMO	0,01894
ADICIONAL BAND. AMARELA	
COB SEGURO SUPER 3 + 1 - PRAT 0800 6000560	

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO
 Impresso nº 2019865002

EXTONO

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 4079 / 2019

Dados da Ocorrência **J.687.50**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
 Data / Hora da Comunicação: **27/11/2019 15:46:35**
 Data / Hora da Ocorrência: **17/10/2019 21:00:00**
 Endereço da Ocorrência: **AV DIOGUINHO, VICENTE PINZON - FORTALEZA/CE**
 Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **JOAO MENDES DA SILVA**
 Nascimento: **06/06/1952** CPF: **725.574.513-04**
 RG: **96002124844** Orgão Emissor: **SSP** UF:
 Filiação: **MARIA MENDES DA SILVA**
FRANCISCO GOMES DA SILVA
 Endereço: **RUA IPAMERÍ, 780**
 Bairro: **PRAIA DO FUTURO**
 Município: **FORTALEZA/CE** CEP: **98543-4261**
 País: **BRASIL** Telefone: **8715-520098422-5404**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **OIM1065** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **9C2HB0210CR027302** Renavam: **477570267** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/POP100** Ano Fabricação: **2012**
 Ano Modelo: **2012** Combustível: **GASOLINA** Cor: **PRETA** Proprietário: **JOAO MENDES DA SILVA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

O DECLARANTE AFIRMA QUE, NA DATA DE 17 DE OUTUBRO DE 2019, POR VOLTA DAS 21:00 HORAS, TRAFEGAVA NA MOTOCICLETA HONDAPOP 100, PLACA OIM1065, PELA AVENIDA DIOGUINHO, QUANDO UM JUMENTO PASSOU NA FRENTE DO VEICULO, QUE VEIO A COLIDIR COM O ANIMAL; QUE O DECLARANTE VEIO A SOLO, SENDO SOCORRIDO POR UM TRANSEUNTE; QUE SUA FILHA LHE SOCORREU, EM SEGUIDA, LEVANDO-LHE PARA A UPA DA PRAIA DO FUTURO E, EM SEGUIDA, PARA O HOSPITAL FROTIENHA DE MESSEJANA; QUE AFIRMA TER SOFRIDO FRATURA NO JOELHO ESQUERDO E ESCORIAÇÕES. E NÃO MAIS DISSE.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: **MARIA DE JESUS PEREIRA MOURA - MAT.: 167731-1-5**

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: **João Mendes da Silva**

VISTO DO DELEGADO(A): **MARIA CAROLINA SANTOS BARREIRA - MAT.: 404579-1-7**

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO
 Consolidado em: 27/11/2019 15:56:41

Pág. 1 de 1
 Impresso em: 27/11/2019 15:56:41

Prefeitura de Fortaleza

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA MESSEJANA

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIA

DADOS PESSOAIS

NOME DO PACIENTE: **JOAO MENDES DA SILVA**
 PATRÔNIO: **NI**
 N. DO PRONTUÁRIO: **5164141**
 N. DO BE: **377517**
 SEXO: **M**
 RACIA/COR: **PARDO**
 NASCIMENTO: **06/06/1952(67 ANOS)**
 NOME MÃE: **MARIA MENDES DA SILVA**
 ENDEREÇO: **RUA IPAMERI 780 USB M03 ANTÔNIO DIOGO**
 CONTATO: **CE**

CADASTRO DE PESSOA FÍSICA (CPF): 72557451304; CARTEIRA DE IDENTIDADE (RG): 96002124844
 N.º DE IDENTIFICAÇÃO: **NI**
 MUNICÍPIO: **FORTALEZA**
 UF: **CE**
 CEP: **60.183-017**

OCORRÊNCIA

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: **ABALROAMENTO**
 MOTIVO: **ACIDENTE MOTO IANIMAL LUXAÇÃO NO JOELHO E E ESCORAÇÕES**
 ESCALA DE DOR: **99 (ADULTO)**
 SINAIS VITAIS: **NI**
 SAT O2: **NI%**
 PULSO: **NI**
 OLICEHIA: **NI**
 PRESSÃO ARTERIAL: **NI/NI**
 ALERGIAS: **NEGA**
 RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO: **KARLA DANIELLE BEZERRA AGUIAR**
 DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO: **23/10/2019 12:13:57**

ÁREA ATENDIMENTO

LAZER/EMERGENCIA: **EMERGENCIA TRAUMATOLOGICA**
 ANAMNESE: **Refus acidente de moto no 1ª manha. Trocado pelo SMC de cone. Repetindo dor interna no joelho E.**

DIAGNÓSTICO

RADIOLÓGICO: **() HC () SU () US ABDOMINAL () TC CRANIO () RAO-X () OUTROS**

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MÉDICAMENTO: **R de joelho E A P e P**
 APRAZAMENTO: **(7W)**
 OBSERVAÇÕES: **(7W)**

TIPO DE ALTA/SAÍDA

DECISÃO MÉDICA: **() A PEDIDO () EVASÃO () TRANSFERÊNCIA () INTERNAÇÃO**
 DESTINO DO CORPO: **() FAMÍLIA () IML () ANAT. PATOL**
 CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA: **JOAO MENDES DA SILVA**

Impresso por KARLA DANIELLE BEZERRA AGUIAR em 23/10/2019 12:13:57
 Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 299 do Cód Penal.

25 11 18
 D. L. M.

 SUS	Ministério da Saúde	Sistema Único de Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
--	----------------------------	-------------------------------	--

Identificação do Estabelecimento de saúde			
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2 - CNES	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4 - CNES	

Identificação do Paciente			
5 - NOME DO PACIENTE		6 - Nº PRONTUÁRIO	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DO NASCIMENTO	
9 - SEXO		10 - TELEFONE DE CONTATO	
11 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL		12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		14 - Cód. IBGE MUNIC	
15 - UF		16 - CEP	

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO	
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS	
PACIENTE COM FRATURA DE PUNHALTO TIBIAL D WD ± 6 DIAS DON E DIFICULDADE PARA DEAMBULAR	
18 - COMENTÁRIOS JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO	
RISCO DE COMPLICAÇÕES	
19 - RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)	
RADIOGRAMA	
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL	21 - CID 10 PRINCIPAL
22 - CID 10 SECUNDÁRIO	23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

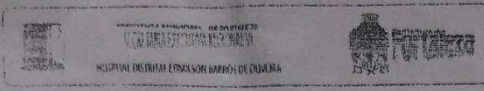
PROCEDIMENTO SOLICITADO	
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
26 - CLÍNICA	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO
28 - DOCUMENTO	29 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	31 - DATA DA SOLICITAÇÃO
32 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
36 - CNPJ DA SEGURADORA		37 - Nº BILHETE	
38 - SÉRIE		39 - CNPJ DA EMPRESA	
40 - CNAE EMPRESA		41 - CBO	
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
☐ EMPREGADO ☐ EMPREGADOR ☐ AUTÔNOMO ☐ DESEMPREGADO ☐ APOSENTADO ☐ NÃO SEGURADO			

AUTORIZAÇÃO	
43 - PREVIDÊNCIA	44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR
45 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO	46 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO
47 - DATA DO DOCUMENTO	48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

GRUPO DE TRABALHO - AIT-001

SUS		Ministério da Saúde Sistema Único de Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
Identificação do Estabelecimento de saúde				
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2 - CNES		
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4 - CNES		
Identificação do Paciente				
5 - NOME DO PACIENTE		6 - Nº PRONTUÁRIO		
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DO NASCIMENTO		9 - SEXO
				Masculino ☐ Feminino ☐
10 - NOME DA Mãe ou RESPONSÁVEL		11 - TELEFONE DE CONTATO		
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)		13 - CID 10 PRINCIPAL		
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		14 - Cód. IBGE MUNIC		
		15 - UF		
		16 - CEP		
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO				
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS				
PACIENTE COM FRATURA DE PUNHALTO TIBIAL D UN ± 6 DIAS DON E DIFICULDADE PARA DEAMBULAR				
18 - COMO SE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO				
Risco de Complicações				
19 - RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)				
Radiografia				
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL				
Fratura do Punhalto Tibial				
21 - CID 10 PRINCIPAL				
S80.0				
22 - CID 10 SECUNDÁRIO				
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS				
PROCEDIMENTO SOLICITADO				
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO		25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		
Internação				
26 - CLÍNICA	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	28 - DOCUMENTO	29 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	
10	Eleitivo	CNS ☐ CPF ☐		
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		31 - DATA DA SOLICITAÇÃO		
		23/10/19		
		32 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO		
		Dr. Edilson Barros de Oliveira CRM 100.000.000		
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)				
34 - ACIDENTE DE TRÂNSITO		36 - CNPJ DA SEGURADORA		
35 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO		37 - Nº BILHETE		
38 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO		39 - CNPJ DA EMPRESA		
39 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO		40 - CNPJ DA EMPRESA		
40 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA		41 - CBDR		
EMPREGADOR ☐ EMPREGADOR ☐ AUTÔNOMO ☐ DESEMPREGADO ☐ APOSENTADO ☐ NÃO SEGURADO ☐				
AUTORIZAÇÃO				
43 - Nº DO DOCUMENTO		44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR		
45 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO		46 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO		
47 - DATA DO DOCUMENTO		48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)		
		Dr. Edilson Barros de Oliveira CRM 100.000.000		
0101-NUCDO-3AME-AIH-661				

		REGISTRO EMERGÊNCIA	MATRÍCULA NO HOSPITAL 5164141
PACIENTE João Mendes da Silva			
DATA OPERAÇÃO 06/11/19		ENFERMARIA II	
LEITO 36			
2º AUXILIAR Dr. Paulo de Tasso Cavalcante Castro Traumatismo - Ortopedia CRM 1985		1º AUXILIAR Dr. Marcelo	
3º AUXILIAR		INSTRUMENTADOR	
ANESTESISTA Dr. Danilo		TIPO DE ANESTESIA	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO Fratura do joelho ea			
TIPO DE OPERAÇÃO Otiomática + artroscopia			
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO			
RELATÓRIO IMEDIATO PATOLOGISTA			
EXAME RADIOLOGICO NO ATO			
ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO			
DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO			
VIA DE ACESSO - TÁTICO E TÊC LIGADURAS DRENAGEM - SUTURA - MATERIAL EMPREGADO - ASP			
Incisão gorda de 8cm e artroscopia Incisão pequena no trono da coxa ea Incisão lateral do joelho ea com abordado Manual por redução e suture de pele Plaquear do fex com artroscopia com placa em L e praafex suture & placa pr placa de suture occlusão e tela fixado			
Dr. Paulo de Tasso Cavalcante Castro Traumatismo - Ortopedia CRM 1985			
Gráf. HDERO - MC - Desc			

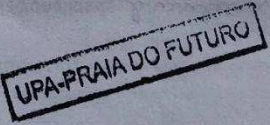
EXAME		
RAIO-X JOELHO E AP/P (0204060125)		
Médico: CINTHIA RACHEL FALCÃO ROCHA		Data: 17/10/2019 22:15
Tipos	Prescrição	Apreçamento
Medicamento	DIPIRONA 500MGML - 2ML(1000MG) - AMP ADMINISTRAR 2.0 ML / EM 18ML DE ÁGUA DESTILADA / INTRAVENOSA / DOSE ÚNICA	

EVOLUÇÃO		
Data Cadastro	Usuário Cadastro	Descrição
17/10/2019 23:39	CINTHIA RACHEL FALCÃO ROCHA	# EM TEMPO: CHECO RAO X DE JOELHO SEM SINAIS DE FRATURA. CD.: ANALGESIA E ALTA

ENCAMINHAMENTO - CONDUTA FINAL			
☐ Alta. Conduta	☐ Observação	☐ Referência para:	☐ Óbito

2

Rua Júlio Silva, 440, Praia do Futuro - CEP 60.182-435 - Fortaleza - CE - Telefone (85)3234-4566
Unidade mantida com recursos públicos, provenientes de seus impostos e contribuições sociais.



Rio de Janeiro, 25 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200044597

Vítima: JOAO MENDES DA SILVA

Data do Acidente: 17/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOAO MENDES DA SILVA

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\$ 1.687,50
Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%	
Graduação: Em grau médio 50%	
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%	
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$ 1.687,50

Recebedor: JOAO MENDES DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000001048

Conta: 0000032525-9

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

