



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: JOSÉ GONÇALVES TORRES, brasileiro, viúvo, aposentado, portador da cédula de identidade RG nº 20151719807 SSP/CE, inscrito no CPF sob o nº 135.006.353-34, residente e domiciliado No Sítio Lagoa do Sítio, Zona Rural, Mombaça, Ceará, 63.610-000.

OUTORGADO: CHARLES ALTINO VIEIRA, brasileiro, casado, advogado, inscrito na Ordem dos Advogados do Brasil, Seção do Estado do Ceará, sob o nº 33.550, email charlesvieiraadvocacia@gmail.com, com escritório profissional situado na Rua Manoel Alencar, 35, Prédio Comercial Chicão Barreto, Sala 01, Centro, Mombaça, Ceará, 63.610-000.

PODERES: Nos termos do art. 105 do Código de Processo Civil, através do presente instrumento particular de mandato, o OUTORGANTE nomeia e constitui como seu procurador o OUTORGADO, concedendo-lhe amplos poderes *ad judicium*, inerentes ao bom e fiel cumprimento deste mandato, bem como para o foro em geral.

PODERES ESPECIAIS: Para confessar, desistir, transigir, firmar compromissos ou acordos, renunciar, reconhecer a procedência do pedido, receber e dar quitação, receber intimações, receber, sacar e levantar, junto a qualquer agência bancária, créditos decorrentes do pagamento de requisição de pequeno valor (RPV), precatório ou alvará, efetuados por meio de depósitos judiciais, devendo firmar recibos e dar quitação dos valores recebidos, 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, podendo ainda subestabelecer esta em outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, dando tudo de bom, firme e valioso.

DA HIPOSSUFICIÊNCIA: declaro para os devidos fins que, em função de minha condição financeira, não tenho condições de arcar com o pagamento das custas processuais, despesas cartorárias, sob pena de implicar em prejuízo próprio 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); do art. 5º, LXXIV, da Constituição da República e da Lei nº 1.060/50. Requeiro, ainda, que o benefício abranja a todos os atos do processo.

Mombaça, 11 de junho de 2020.

OUTORGANTE





DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
22 MAR 2019
Gente Seguradora S/A.
Av. Dom Luis, 300 - Lj. 147
Fortaleza - CE

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE MOMBACA

0098330-19
390220754

fls. 14



BOLETIM DE Ocorrência Nº 502 - 751 / 2018

Dados da Ocorrência

459158

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **19/06/2018 09:23:50**
Data / Hora da Ocorrência: **14/01/2018 22:30:00**
Endereço da Ocorrência: **SITIO LAGOA DO SITONHO**
Complemento:
Bairro: **ZONA RURAL** Município: **MOMBACA/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **JOSE GONÇALVES TORRES**
Nascimento: **08/04/1939** CPF: **135.006.353-34**
RG: **20151719807** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
Filiação: **MARIA CANDIDA DE CARVALHO**
RAFAEL CONÇALVES PAMPLONA
Endereço: **SITIO LAGOA DO SITONHO**
Bairro: **ZONA RURAL**
Município: **MOMBACA/CE** CEP: **63.610-000**
País: **BRASIL** Telefone:

Histórico

Afirma o declarante que no dia, hora e local acima citados, estava andando pela estrada no sítio Lagoa do Sítionho, quando uma motocicleta colidiu com a sua pessoa; QUE com o impacto o declarante caiu no chão; QUE o motociclista não prestou socorro, onde se evadiu do local; QUE então foi socorrido por populares para o hospital local; QUE em decorrência do acidente o declarante sofreu o que consta nos documentos médicos; QUE podem servir de testemunhas as pessoas de Rafael Neto Gonçalves Lopes RG 2007028081976 SSPDS/CE e Joaquim Marques Gonçalves RG 2000097031225 SSPDC/CE.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE MOMBACA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

JOSE MAXDELLY MINEIRO DE CARVALHO - MAT.: 198314-1-8

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: X

VISTO DO DELEGADO(A) :

HELDER BESERRA DOS SANTOS - MAT.: 3008201x





PREFEITURA DE MOMBACA
HOSPITAL E MATERNIDADE ANTONINA ADERALDO CASTELO

UNIDADE DE EMERGÊNCIA BOLETIM DE ATENDIMENTO

DATA
14/04/18

HORÁRIO
22:20HS

NUMERO FICHA

NOME DO PACIENTE: <u>Jose Goncalves Senes</u>		IDADE: <u>79 A</u>	SEXO: <u>M</u>
ENDEREÇO DO PACIENTE: <u>Estio Nagoa do Sitorio</u>		TELEFONE	
NATURALIDADE:	PROCEDÊNCIA: <u>Mombaca</u>	DOC. IDENTIDADE	
NOME DO RESPONSÁVEL:			
ENDEREÇO DO RESPONSÁVEL:			

ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM

PACIENTE CHEGOU:	HORÁRIO DE ATENDIMENTO	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	TEMPERATURA
☐ ANDANDO ☐ AMBULÂNCIA ☐ AUTOMÓVEL		<u>X</u>		
QUEIXA PRINCIPAL: <u>queda de moto conforme relato e</u> <u>unso, apresentando fratura exposta</u> <u>em antebraço / punho Esq. e ferida</u>				

ATENDIMENTO MÉDICO

HISTÓRICO DA DOENÇA ATUAL:	<u>relato de queda de moto. Nega outras</u> <u>medicações.</u>
EXAME FÍSICO	<u>Edema 15 pupila 150 cm / fotangia</u> <u>ACP. fono logico PA: 160x80 FC: 80</u> <u>Obd. normal sem sinais vit</u> <u>Ext. perf. de</u>
EXAME (S) COMPLEMENTA (S) SOLICITADO (S)	RESULTADO (S)
<u>Re antebraço Esq / punho Esq</u>	
IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:	
TRATAMENTO / CONDUTA (VIDE ANOTAÇÕES NO VERSO)	

DESTINO DE PACIENTES APÓS O ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA

☐ RESIDÊNCIA	☐ SEM ENCAMINHAMENTO	☐ ENCAMINHAMENTO A
☐ INTERNADO	☐ ENF. DE EMERGÊNCIA	☐ UTI ☐ CLÍNICA
☒ TRANSFERIDO PARA HOSPITAL	<u>AVALIAÇÃO NEURO - TRAUMATO</u>	
☐ ÓBITO AS ____ HS	HORA DO DIA	☐ ENCAMINHADO AO IMI
ASSINATURA DO MÉDICO DEPARTAMENTO DE SINISTROS BPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 22 MAR 2019 Genta Seguradora S/A. Av. Dom Luis, 300 - L. 147 Fortaleza - CE CARIMBO CREMEC		

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por CHARLES ALTINO VIEIRA e TRIBUNAL DE JUSTICA DO ESTADO DO CEARA, protocolado em 13/07/2020 às 17:14, sob o número 00506095720208060126. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0050609-57.2020.8.06.0126 e código 6D690D0.

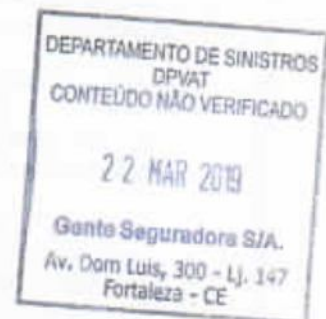
PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: JOSÉ GONÇALVES TORRES, brasileiro, casado, agricultor, portador da cédula de identidade nº. 2015171980-7 SSP/CE e inscrito no CPF sob nº. 135.006.353-34, residente e domiciliada no Sítio Lagoa do Sítio, 83, Mombaça, Ceará, 63.610-000.

OUTORGADO: CHARLES ALTINO VIEIRA, brasileiro, casado, advogado, inscrito na Ordem dos Advogados do Brasil, Seção do Estado do Ceará, sob o nº 33.550, email charlesvieiraadvocacia@gmail.com, com escritório profissional situado na Rua João Fernandes Castelo, 127, Centro, Mombaça, Ceará, 63.610-000.

PODERES: Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio 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, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto às seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, a fim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT para a vítima **JOSÉ GONÇALVES TORRES**.

Mombaça, 14 de Março de 2018



OUTORGANTE

RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE



Reconhecer a firma do Sr. José Gonçalves Torres para autenticidade.
Mombaça (CE) 19 JUN 2018
Em testemunho _____ da verdade.
☒ ANTONIO HILTON SOARES DA COSTA - Oficial
☒ YANDRA CAVALCANTE COSTA - Escrevente
☒ SONIA REGIA CAVALCANTE COSTA - Substituta
VALIDAR SEMPRE COM O SELLO DE AUTENTICIDADE

Continuação do laudo N. 743670 / 2018 Livro 0 Pagina 0 Data 21/05/2018



21/5/2018 11:13

PREFEITURA MUNICIPAL DE MOMBACA - CEARÁ Secretaria Municipal de Saúde HMAAC - Av. Coronel José Aderaldo, n.º 515 - Centro Mombaca-CE	
RECEITUÁRIO	
UNIDADE: <u>Centro de Saúde</u>	
NOME: <u>Francisco Gonçalves Torres</u>	
END.: _____	
Declaro para os devidos fins, que o paciente acima citado realiza tratamento fisioterapêutico remanelemente, por apresentar sequelas de limitação de ADM e fragilidade muscular em punho e mão esquerda, decorrente de um P.O. de fratura distal do rádio e ulna.	
Data: 20/03/18 Assinatura: <u>CRM 10126</u>	CRM 10126 Dra. Marjorie Rocha Rolim Médica Perita - PEFOCE
SEU MEDICAMENTO NA HORA CERTA	8 X 8 hrs 08 M - 12 M - 06 N - 12 N (4 X DIA) 8 X 8 hrs 08 M - 02 T - 10 N (3 X DIA) 12 X 12 hrs 08 M - 06 N (3 X DIA)
NÃO TOME REMÉDIO À TOA	

Marjorie Rocha Rolim
Dra. Marjorie Rocha Rolim
Médica Perita Legista - PEFOCE
CRM:10126

5 de 7



**GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ**
Secretaria da Segurança Pública
e Defesa Social

Perícia Forense do Estado do Ceará - PE
Coordenadoria de Medicina Legal - COMEL
Núcleo de Perícias Médicas e Odontológicas de Tauá

Continuação do laudo N. 743670 / 2018 Livro 0 Página 0 Data 21/05/2018



Dra. Marjorie Façanha Rolim
Médica Perita Legista - PFCO
10/05/2018

21/5/2018 11:13

6 de 7

DEMONSTRATIVO DE DESPESAS HOSPITALARES

lo em: 24/01/2018 06:28:35

Sr(a): JOSE GONCALVES TORRES

ITUÁRIO nr: 156324

IDIMENTO nr: 406914

ção do HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI - HRC e sua equipe de profissionais tiveram grande satisfação em atende-
tos serviços descritos abaixo, no período de: 15/01/2018 a 24/01/2018.

IADE	Nr DIÁRIAS/Horas	Vr DIÁRIA/Horas	Valor TOTAL
TRO CIRURGICO	03:53	R\$ 2.739,46	R\$ 10.957,84
JMATO-ORTOPEDIA I	10 dia(s)	R\$ 574,93	R\$ 5.749,30

nto o seu tratamento e permanência hospitalar geraram uma despesa de **R\$ 16.707,14**

namos que este valor foi totalmente custeado com recursos públicos
decemos pela confiança e privilégio de tê-los atendido.

ciosamente,

PITAL REGIONAL DO CARIRI - HRC

paciente: Jose Gonçalves
 médico: 21/03/18
 especialidade: 30-45 dias
 horário: 13:30h Data: 1 / 1 / 1
☐ Seg ☐ Ter ☐ Qua ☐ Qui ☐ Sex ☐ Sáb
 Rua Catula da Paixão Gonçalves, 514 - CEP: 63041-162, Juazeiro do Norte/CE - Telefone (88) 3566-3600
 Hospital mantido com recursos públicos provenientes de seus inquilinos e contribuições sociais.

fls. 20



HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI
 JOSE GONCALVES TORRES
 1939 Apr 08 M 156324
 Acc
 2018 Feb 19
 Acq Tm: 08:34:59.359

IMAGE MAY NOT BE TO SCALE

Nome: JOSÉ GONÇALVES TORRES

DECLARAÇÃO MÉDICA

Declaro para os fins que se fizerem necessários, que o paciente JOSÉ GONÇALVES TORRES, RG 2015171980-7 SSP/CE, 80 anos, refere ter sido vítima de acidente motociclístico (atropelamento), dia 14/01/2018.

Apresenta boletim de atendimento em unidade hospitalar, Hospital e Maternidade Antonina Aderaldo Castelo, Mombaça, Ceará, entrada 14/01/2018 às 22:40h, que relata fratura exposta em antebraço, punho esquerdo e cefaléia.

Apresenta relatório médico do Hospital Regional do Cariri, 23/01/2018, assinado por Dr. Rodrigo de Araújo Roberto, CRM 14023, em que informa que o paciente foi submetido a tratamento cirúrgico de urgência devido à fratura exposta, terço distal, ossos antebraço esquerdo. Rafi com placa e parafusos.

Apresenta uma radiografia com sinal de placa metálica parafusada, antebraço esquerdo.

Apresenta uma cicatriz cirúrgica no antebraço esquerdo.

Em tempo, fratura consolidada e paciente em alta definitiva.

Conclui-se pela existência de lesão não completa em um dos membros superiores, com cicatriz cirúrgica e placa metálica implantada, com seqüelas de natureza permanente, anatômicas e/ou funcional, limitação da ADM e fraqueza muscular e punho e mão esquerda.

Mombaça 05 de Abril de 2019

CID S.52
CID S.52.5

Dr. Gessenildo Damasceno
CREMEC 19000

"Atender, entender e acolher."

RELATÓRIO MÉDICO

Paciente: JOSE GONCALVES TORRES

Endereço: LAGOA DE SITONIO

Município: ZONA RURAL

EP: 63618-000

Num: 1

Idade: 78 ano(s) 9

Prontuário: 156324

UF: CEARÁ

Sexo: Masculino

Cidade: MOMBACA

Localização

Clínica: TRAUMATO-

Enfermaria: 04

Leito: 413

Admissão: 15/01/2018

15:12

Alta: * Não Informado * * Não Informado

Relatório

Cancelada

Estado de Saúde: Alta

Não

Resumo Clínico

PACIENTE SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO DE URGENCIA DEVIDO A FRATURA EXPOSTA TERÇO DISTAL OSSOS ANTEBRACO ESQUERDO -FRATURA DE BAIXA COMPLEXIDADE - DEVERA DAR SEQUENCIA AO TRATAMENTO DENTRO DE SUA MICRO REGIAO DE SAUDE (IGUATU).

Exames Realizados

X E LAB

Terapêutica Utilizada

AFI COM PLACA E PARAFUSOS

Diagnóstico

S2 - FRATURA DO ANTEBRACO

DIAGNÓSTICOS

Principal	Código	Descrição
Sim	S52	FRATURA DO ANTEBRACO

Condições de Alta

Relecionado

Data Programada da Alta: 23/01/2018

Observações Complementares

Não Informado *

Responsável

Médico: RODRIGO DE ARAUJO ROBERTO

Data: 23/01/2018

Dr. Rodrigo de Araújo Roberto
Ortopedia e Traumatologia
CRM-CE 14.023 TEOT 14714

Agendamento		
Dr. Klunger	Amo x	
Data: 19/02/18	Data: 19/02/18	Data:
Hora: 13:00	Hora: 10:30	Hora:
Código: 81657	Código	Código



HOSPITAL
REGIONAL
DO CARIRI



Organização Social mantida com recursos públicos
provenientes de seus impostos e contribuições sociais



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ

ATESTADO MÉDICO

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O PACIENTE Jose Gonçalves Torres
PERMANECEU INTERNADO NESTE HOSPITAL DO DIA 15/01/18 ATÉ A DATA ATUAL,
ONDE FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO; NECESSITANDO DE
60 (sessenta) dias DIAS DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES LABORAIS A PARTIR
DA DATA DO INTERNAMENTO.

CID S.525

Dr. Rodrigo de Araújo Roberto
Ortopedia e Traumatologia
CRM-CE 14.023 TEOT 14714

MÉDICO - CRM

JUAZEIRO DO NORTE, /01/2018