



ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS – ADVOGADA - OAB/CE Nº. 34.613
ADVOCACIA: TRABALHISTA, CÍVEL, CRIMINAL E PREVIDENCIÁRIA

End. Profissional: Rua Dr. João Tomé, nº 998-A, Centro – Crateús-Ce
Cep. 63.702-885 – Celular/WhatsApp: (88) 99619 – 6396 – E-mail: deranysantos@hotmail.com

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Nome: <i>Raimundo Ferreira Martins</i>		Nacionalidade: BRASILEIRA	
Estado Civil: <i>Casado</i>	Profissão: <i>Motorista</i>	Carteira de Identidade: <i>00941401338 detran</i>	
CPF nº: <i>115.173.828-07</i>	Residência: <i>Rua 06, Conjunto Jose H. Martins</i>		
Bairro: <i>pantanal</i>	Cidade: <i>Nova Russas</i>	Estado/UF: <i>Ceará</i>	CEP: <i>62.200-000</i>

OUTORGADO: ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS, brasileira, solteira, advogada inscrita na OAB/CE sob o nº 34.613; com endereço profissional na Rua Dr. João Tomé, nº. 998-A, Centro, município de Crateús/CE, CEP nº 63.702-885; Celular/WhatsApp: (88) 99619-6396.

PODERES: Pelo presente instrumento particular de procuração, o(a) outorgante nomeia e constitui, o outorgado, seu bastante procurador, conferindo-lhe os poderes da cláusula "ad judicium et extra", podendo agir em conjunto ou separadamente perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, bem como conferindo os poderes especiais para promover a Ação Judicial competente para o recebimento da indenização que lhe cabe, como beneficiário, em virtude de acidente de trânsito, cobertos pelo seguro DPVAT, junto a qualquer companhia de seguro conveniada a SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT, participante do Convenio DPVAT, podendo firmar compromissos, contratos, promover ações de seu interesse, podendo representar em qualquer juízo com poderes para promover; acordos judiciais e extrajudiciais e demais atos necessários dos interesses dos serviços contratados podendo ainda, transigir, requerer, juntar e retirar documentos, assinar livros, termos, recibos, dar ou receber quitações, firmar autorizações de pagamentos ou créditos de indenização de sinistro receber intimações para audiência e perícias médicas, em nome do(a) outorgante, substabelecer com ou sem reservas, enfim todos os poderes necessários para o cumprimento amplo do objeto do presente mandato.

Crateús – CE., 18 de Janeiro de 2019

X

[Assinatura]
(outorgante)

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

NOME
RAIMUNDO FERREIRA MARTINS

DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF
20774581 SSP/SP

CPF
115.173.828-07

DATA NASCIMENTO
07/12/1967

FILIAÇÃO
CESARIO FERREIRA MARTI
NS
MARIA DONA MARTINS

PERMISSÃO
ACC
CAT. HAB.
AD

Nº REGISTRO
00941401338

VALIDADE
01/04/2019

1ª HABILITAÇÃO
29/03/1996

OBSERVAÇÕES
EXERCE ATIVIDADE REMUNERADA

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
AMERICANA, SP

DATA EMISSÃO
24/10/2014

14753945420
SP719723728

DETRAN - SP (SAO PAULO)

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
986797947

PROIBIDO PLASTIFICAR
986797947

Maria Alene Almeida Gomes
 Escrevente Autorizada



SELO DE AUTENTICIDADE

DATA
10 SET 2018

VÁLIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE

Jel. Frederico Heberth Carvalho de Santana - Tabelião
Humberto Carvalho de Santana - Substituto
Elimar Chaves Lopes Rodrigues - Escrevente



ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS – ADVOGADA – OAB/CE Nº. 34.613
ADVOCACIA: TRABALHISTA, CÍVEL, CRIMINAL E PREVIDENCIÁRIA

End. Profissional: Rua Dr. João Tomé, nº 998-A, Centro – Crateús-Ce
Cep. 63.702-885 – Celular/WhatsApp: (88) 99619 – 6396 – E-mail: deranysantos@hotmail.com

DECLARAÇÃO DE POBREZA

Declarante: <i>Raimundo Feneia Martins</i>		Nacionalidade: Brasileira
Residência: <i>Rua 06, Conjunto Jozé H. Martins</i>		Profissão: <i>Motonista</i>
CPF nº: <i>115.173.828-07</i>	RG nº: <i>00941401338 detran-se</i>	Estado Civil: <i>Casado</i>
Bairro: <i>Pantanal</i>	Cidade: <i>Nova Russas</i>	Estado/UF: <i>Ceará</i>
CEP: <i>62.200-000</i>	Telefone:	

DECLARO para os devidos fins que possuo hipossuficiência financeira, não possuindo condições de arcar com custas processuais e honorários advocatícios sem prejudicar o meu sustento próprio e o de minha família, consoante o que dispõe a Lei nº 1.050/60.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

Crateús - Ce., *18* de *Jan* de *2019*.

X 
Declarante



ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS – ADVOGADA - OAB/CE Nº. 34.613
ADVOCACIA: TRABALHISTA, CÍVEL, CRIMINAL E PREVIDENCIÁRIA

End. Profissional: Rua Dr. João Tomé, nº 998-A, Centro – Crateús-Ce
Cep. 63.702-885 – Celular/WhatsApp: (88) 99619 – 6396 – E-mail: deranysantos@hotmail.com

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Declarante: <i>Raimundo Ferreira Martins</i>		Nacionalidade: Brasileira
Residência: <i>Rua 06, Conjunto José H. Martins</i>		Profissão: <i>Motorista</i>
CPF nº: <i>115.173.828-07</i>	RG nº: <i>00941401338 detran-SP</i>	Estado Civil: <i>Casado</i>
Bairro: <i>Pantanal</i>	Cidade: <i>Nova Russas</i>	Estado/UF: <i>Ceará</i>
CEP: <i>62.200-000</i>	Telefone:	

DECLARO que resido no endereço acima citado e forneço os dados pessoais, documentos e demais declarações para a propositura de Ação Judicial em desfavor de qualquer seguradora conveniada DPVAT- FENASEG, E QUE FUI VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO. Sendo de minha total responsabilidade a declaração de invalidez ou óbito fornecida.

Crateús - Ce., 18 de *Janeiro* de 2019.

[Assinatura]
(declarante)

SERVIÇO AUTÔNOMO DE ÁGUA E ESGOTO
 Rua Dr. Almir Farias, 110 - Centro - Nova Russas/CE
 CEP: 62200-000 - CNPJ: 07.690.399/0001-29
 Fone: (88) 3672-1212 - SAAE Tm: (88) 99815-9636 - (88) 99244-8589
 E-mail: ssaenova@nova-russas.ce.gov.br

INSCRIÇÃO 0002980.0 **CLASSE** PAR **TARIFA** R-1 **REG** 01 **ECONOMIAS** COM IND PUB OUT **MÊS/FAT** 09/2018

HIDROMETRO 140100 **INSTALAÇÃO** 01/07/97 **LOCALIZAÇÃO** 00.00.02.0000016300 **FATURA** 180078415

IDENTIFICAÇÃO DO CONSUMIDOR
 FRANCISCO DAS CHAGAS FERREIRA LIMA
 RUA 06 - , CONJ JOSE H. MARTINS
 CEP: 62.200-000 NOVA RUSSAS-CE

SERVIÇOS E TARIFAS

COD	DESCRIÇÃO	PAR	VALOR
01	ÁGUA		18,35

HIDROMETRIA

LEITURA	DATA
ANTERIOR: 1614	06/08/18
ATUAL: 1614	06/09/18
CONSUMO: 06	DIAS: 31
LEITURISTA: 03	OCO: 60

ULTIMOS CONSUMOS

MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET
9	8	3	0	6	5	5

MÉDIA: 5 m³

PARÂMETROS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA

PARÂMETRO	PADRÃO	TOTAL	ANÁLISE	VALOR MÉDIO
PH	ATE 10H	05		7,30
PH	6 A 9	05		7,21
CLORO	ATE 5 M	05		1,89
TURBID	ATE 500	05		3,21
FLUOR	ATE 1,5	05		0,81

O SAAE PARABENIZA PELA SUA PONTUALIDADE.

VENCIMENTO 01/10/2018 VALOR R\$ 18,35

HIDROMETRO PARADO.

CONTA CALCULADA COM BASE NA MÉDIA DE CONSUMO.

0002980.0 FRANCISCO DAS CHAGAS FERREIRA LIMA 09/2018

VENCIMENTO 01/10/2018 VALOR R\$ 18,35

0002980.09.18.180078415

026109000000-7 18350264000-0 29800918180-1 07841500004-7



Esta conforme o original apresentado nestas notas. Dou fé.

Nova Russas-CE **12 SET 2018**

Em testº de verdade.

Perde, Orono - Toldado
 Ildefonso Almeida Azeite - Substituto
 Mauricio Albuquerque Rodrigues - Escrivão Contratado

VALIDO SOMENTE COM SELLO DE AUTENTICIDADE



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 510 - 689 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
 Data / Hora da Comunicação: **06/09/2018 09:52:31**
 Data / Hora da Ocorrência: **01/08/2018 16:00:00**
 Endereço da Ocorrência: **PROXIMO A RODOVIÁRIA**
 Complemento:
 Bairro:
 Ponto de Referência: Município: **NOVA RUSSAS/CE**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **RAIMUNDO FERREIRA MARTINS**
 Nascimento: CPF:
 RG: **20774581** Orgão Emissor: **SSP** UF: **SP**
 Filiação: **MARIA DONA MARTINS**
CESARIO FERREIRA MARTINS
 Endereço: **RUA RUA 06**
 Bairro: **PANTANAL**
 Município: **NOVA RUSSAS/CE** CEP: **62.200-000**
 País: **BRASIL** Telefone:

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **HVW3125** Uf: **CE** Município: **TAMBORIL** Chassi:
9C2MC2700XR019710 Renavam: **723108129** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CBX 200 STRADA** Ano
 Fabricação: **1999** Ano Modelo: **1999** Combustível: **GASOLINA** Cor:
VERDE Proprietário: **RAIMUNDO FERREIRA MARTINS** Situação: **NÃO**
INFORMADO Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

O declarante informou que é habilitado CNH 00941401338/AMERICANA/SP, Categoria AD; Que na data de 01/08/2018 por volta de 16h estava trafegando em sua motocicleta HONDA/CBX 200/STRADA, ANO 1999, placa: HVW 3125 De sua propriedade, em uma rua próxima a Rodoviária de Nova Russas que não sabe dizer o nome; Que é uma rua de terra sem calçamento; Que estava andando em sentido à rodoviária quando a moto derrapou numa ribanceira e caiu ao solo; Que caiu a uma distância de uns 10 metros da motocicleta; Que um rapaz de nome Francisco Erivan Veras de Carvalho estava passando pelo local, presenciou o fato e pode testemunhar; Que um outro rapaz Gonçalo de Moura Chaves Neto que é seu vizinho e ouviu a narrativa do fato podendo testemunhar; Que foi socorrido por populares para o Hospital Municipal José Gonçalves Rosa de Nova Russas - Ce, onde recebeu atendimento médico; Que na queda fraturou o punho esquerdo; E nada mais disse.///

As informações prestadas neste Boletim de Ocorrência são de responsabilidade do queixoso; sendo o mesmo informado que a comunicação de fato inexistente e falso crime configura crime nos moldes dos arts 339 e 340 do CPB.





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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 510 - 689 / 2018

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE NOVA RUSSAS

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

WANDERLEY VIEIRA LIMA - MAT.: 3012376X

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A) :

FRANCISCO JAILTON SILVA RODRIGUES - MAT.: 30120361

1º TEST. FRANCISCO ERICA VERA DE CARVALHO

2º TEST. RONALDO DE MOURA CHAVES NETO



PREFEITURA DE
NOVA RUSSAS
COMECOU UM NOVO TEMPO

Hospital Municipal José Gonçalves Rosa
R. Dr. Osvaldo Martins, 833 - Nova Russas/CE
Timbaúba - C.E.P: 62200-000
www.novarussas.ce.gov.br

CNPJ:
Telefone: (88) 3672-6035
Email: email@hotmail.com

FICHA DE TRATAMENTO AMBULATORIAL

Nome: 14655 RAIMUNDO FERREIRA MARTINS		Data - Hora: 01/08/2018 - 16:14		Atendimento: 8911	
Cartão Nacional de Saúde(CNS): 700000915308406		Documento		Data de Nascimento: 07/12/1967	Idade: 50 Sexo: M
Nome da Mãe: MARIA DONA MARTINS		Nome do Pai: CESARIO FERREIRA MARTINS		Tel.: Contato: 88996812812 / 88996812812 convênio: SUS BPA	
Endereço: RUA 06	Nº: S/N	Bairro: PANTANAL	Cidade/UF: NOVA RUSSAS/CE		CEP: 62200000
Médico: DR. FRANCISCO KLEBER FERNANDES ARAUJO			P.S.F: PANTANAL		Agente de Saúde:

História Clínica/Queixa do Paciente

Queixa Principal:

História:

Exame Físico / Triagem

Temperatura: °C
Frequência Cardíaca: bpm
Glicemia: mg/dl
Peso: kg

Pressão Arterial: mmHg
Frequência Respiratória:
SpO2:
Altura: cm

IMC:

Relato: PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO.
Escala de Glasgow:

Hipótese/Conclusão Diagnóstica

CID10:

Diagnóstico:

Hipótese Diagnóstico:

fratura no punho - E

Conduta/Tratamento

Medicamentos

Exames Solicitados

Recepcionista / Lucia

Assinatura Carimbo do Médico

Ass. Paciente ou Responsável Saída

Dr. Francisco Kleber F. Araújo
MÉDICO
CRM 12345

VOLTAR (tela_medico.php)



PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVA RUSSAS

SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS/CEARÁ

CNS 700000915308406

FICHA DE REFERÊNCIA

1. Preencher esta ficha em três vias
2. Ao terminar a consulta ou tratamento, entregar 2ª via ao usuário, orientando-o para reter a 1ª via à Unidade de Origem

140500080

Unidade de Origem:

Pantanal R: 20774581-X

Distrito Sanitário:

15ª Cruz

Município:

Nome:

Baimundo Ferreira Martins

Prontuário Nº

Sexo: M ☒ F ☐

Data de Nascimento

01/12/67

Ocupação:

Endereço:

R: 06

Bairro:

Pantanal

Tel

99463071

Motivo do Encaminhamento:

francas no ponto esquerdo

Resultado de Exames

Prf. ponto esquerdo

Consulta já Realizada.

Impressão Diagnóstica

Lesyannis Casado Tamayo
Médica
R-CE 2300591
Programa Mais Médicos para o Brasil

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

Função

Data

Hora

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento:

Ambulatorial ☐

Hospitalar ☐

Auxílio Diagnóstico ☐

Procedimento:

Profissional:

Unidade de Referência:

Data:

___/___/___

Hora:

FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA (*)

Unidade de Referência:

Município:

Prontuário Nº

Alta ___/___/___

Resumo Clínico/Cirúrgico:

Resultado de Exames

Diagnóstico: Principal

CID:

Secundário 1

CID:

Secundário 2

CID:

Proposta de Consulta para Seguimento

O problema justificou a referência? Sim ☐ Não ☐

O motivo da referência coincide com o diagnóstico? Sim ☐ Não ☐

Assinatura do Consultante - Nº Registro

Função

Data

(*) Utilizar também como resumo de alta

Gráfica CRIATIVA - (88) 3333-1111

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 28/01/2019 às 14:53, sob o número 010599846420190600001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 01059984-64.2019.8.06.0001 e código 434448D.



Guia de atendimento - CONSULTORIOS

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 100978	Atendimento 0003	Nome do Paciente RAIMUNDO FERREIRA MARTINS	CNS 700000915308406	Guia de Autorização
Documento(s) Identidade: 20774581			Estado Civil Solteiro(a)	Sexo Masculino
Data de Nascimento 07/12/1967	Local TAMBORIL/CE			Idade 50 Ano(s)
Pai CESARIO FERREIRA MARTINS	Mãe MARIA DONA MARTINS			
Endereço DISTRITO ALEGRE, SN	Bairro ZONA RURAL	CEP 63750-000	Município TAMBORIL	UF CE
Profissão	Empresa	Cônjuge		Telefone 88992448
Responsável NATALIA DEFPLANCHEF MARTINS	CPF do Responsável	Endereço DISTRITO ALEGRE, SN	Município TAMBORIL	

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 02/08/2018	Hora 11:14	Convênio SUS	Matrícula	CID
Profissional do Atendimento JAMIL SANCHES JORQUEIRA			CRM/UF 6945/CE	Tipo Atendimento CONSULTA ORTOPEDICA/TRAUMATO
Indicador de Acidente			Funcionário SILVANA VIEIRA DE OLIVEIRA	
Observação trouxe guia dia 02/08/18				
Sala	Data/Hora Liberação	às	hs.	Tipo de Saída () Alta () Internação () Óbito

Sinais Vitais

Peso (kg) 85,000	Altura (cm)	T (°C) 36,5	P (bpm) 85	R (mpm) 19	PA (mmHg) 160 X 120	Oximetria (%) 95	Glicemia (mg/dl)
---------------------	-------------	----------------	---------------	---------------	------------------------	---------------------	------------------

Classificação de Risco

Classificação de Risco: AZUL Data e Hora: 02/08/2018 11:38

Responsável pela Classificação: ANA LINHARES PINTO

Relatório:

paciente vítima de queda de motocicleta, com suspeita de trauma em punho E.

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

12:20

boas punho E

u dor edema e

1. punho punho

2. punho E

HP punho punho E

luva gessada

JAMIL SANCHES JORQUEIRA CRM 6945

Dr. Jamil Sanches Jorqueira
CRM 6945
TRAUMATO-ORTOPEDIA

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: NATALIA DEFPLANCHEF MARTINS

SINISTRO 3180545600 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** RAIMUNDO FERREIRA MARTINS**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** LIBIA

CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME

BENEFICIÁRIO RAIMUNDO FERREIRA MARTINS**CPF/CNPJ:** 11517382807**Posição em 25-01-2019 17:11:13**

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.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
15/01/2019	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50

RESUMO DE TRATAMENTO

1. NOME DO PACIENTE: RAIMUNDO FERREIRA MARTINS

2. LOCAL: Nova Russim

3. DATA DO ACIDENTE: 01.08.2018

4. PACIENTE COM RELATO DE ACIDENTE DE TRÂNSITO:

Fratura Grave do
Punho Esquerdo

5. O PACIENTE FEZ TRATAMENTO DE:

Clínico Conserva-
tor. Rx, Amfifático, Analgésico
Requer da fratura Imobilizada com
gesso 46 dias com uma Gessada.

6. A VITIMA EVOLUIU REFERINDO:

Deficiência física
Requer Articulação, Profun. Muscu-
lar, Perda da força, Limitação
Laboral, Requer da amplitude
dos movimentos.

7. O PACIENTE EM ALTA DEFINITIVA DE TODOS OS TRATAMENTOS APRESENTA UMA LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE:

Punho e
MA Esquerdo Grave. 75%.

OBS: A apresentação deste resumo não é obrigatório, apenas para facilitar a análise do acidente.

DATA: 02/01/19

Francisco E. Martins
MÉDICO
CRM - 6253
Assinatura e Carimbo