



CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

| | | |
|--|----------------------------|----------------------------------|
| Outorgante: <u>Gilberto Gomes da Silva</u> | | Data Nasc: |
| Estado Civil: <u>casado</u> | Profissão: <u>Autônomo</u> | Nacionalidade: <u>brasileiro</u> |
| RG: <u>95015044358</u> | CPF: <u>377.553.583-72</u> | |
| Endereço: <u>Rua: TM Tutuama nº 38</u> | | |
| Cidade: <u>Fortaleza - Ce</u> | CEP: <u>60.319-385</u> | |

OUTORGADO: CAROLINA FREITAS MOREIRA, brasileira, solteira, advogada, inscrito na OAB/CE nº 23.787, com escritório profissional na Rua Pedro Borges, nº 33, sala 516, Ed. Palácio Progresso, Centro, Fortaleza - CE, Cep: 60.055-10, fone: (85) 3055 9918.

PODERES: Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante nomeia e constitui, a outorgada sua bastante procuradora, 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 FENASEG participante do Convênio DPVAT, podendo firmar compromissos, contratos, promover ações de seu interesse podendo representar em qualquer juízo com poderes para promover, acordos judiciais e extrajudiciais demais atos necessários dos interesses dos serviços contratados podendo ainda, transigir, requerer, juntar retirar documentos, assinar livros, termos, recibos, dar ou receber quitações, fazer levantamento de valores depositados, firmar autorizações de pagamentos ou créditos de indenização de sinistro receber intimações para audiência e perícias médicas, em nome do outorgante, enfim todos os poderes necessários para cumprimento amplo do objeto do presente mandato.

Fortaleza (CE), 03 de julho de 2018.

Gilberto Gomes da Silva
OUTORGANTE

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por CAROLINA FREITAS MOREIRA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 09/07/2018 às 15:56, sob o número 01458363220188060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0145836-32.2018.8.06.0001 e código 3959386.



CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA

DECLARAÇÃO DE POBREZA

Declaro para os devidos fins que eu, Gilberto Gomes da Silva, residente e domiciliado na Rua TM Tutuima, nº 38, bairro: - na cidade de Fortaleza, portador(a) do RG nº 95015044358, inscrito(a) no CPF nº 377.533.583-72 estou impossibilitado(a) de custear despesas judiciais sem prejuízo de meu próprio sustento e da família não podendo arcar com custas processuais pelo que declara ser pobre nos termos da lei nº 7.115 de 29 de agosto de 1983, pelo que assume inteira responsabilidade, requer os benefícios da Justiça Gratuita, com esteio na lei nº 1060/05.

Fortaleza, 03 de julho de 20 18.

Gilberto Gomes da Silva
DECLARANTE



CAROLINA FREITAS
ADVOGACIA

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Gilberto Gomes da Silva, brasileiro(a), casado, autônomo, portador(a) de cédula de identidade nº. 9501504358, inscrito(a) no CPF sob o nº 377.553.583-72, DECLARO que tenho domicílio e sou residente na Rua: TM Textilino, nº 38, Bairro _____, CEP: _____ - _____/CE, conforme comprovante de endereço anexo em meu nome.

Fortaleza, 03 de julho 2018.

Gilberto Gomes da Silva

DECLARANTE

TESTEMUNHA:

1. _____

RG Nº:

CPF Nº:

2. _____

RG Nº

CPF Nº





Nº de inscrição:

004175140

DADOS DO CLIENTE

Nome: MARCIA DE BRITO GOMES
 End. Leitura: TR TATIANA ST-54, 36, ALTOS, VILA VELHA
 Cidade: FORTALEZA
 CEP: 60349-385
 End. Entrega:
 Cidade:
 CEP:
 Local: 001 Setor: 054 Quadra: 0163 Lote: 0151 Comp: 0001
 Subsetor: 00 Subquadra: 00

ECONOMIAS

Residencial: 001 Comercial: 000 Industrial: 000 Pública: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

| Serviço | Medidor | Leitura Anterior | Leitura Atual | VOLUME(m³) | Média Semestral (m³) |
|---------|------------|------------------|---------------|------------|----------------------|
| | A05F122030 | 133 | 133 | 0 | 2 |

DATAS

Leitura Atual: 11/07/2017 Emissão: 11/07/2017 Lacre Água: 7477622
 Leitura Anterior: 10/06/2017 Próxima Leitura: 10/08/2017 Lacre Esgoto:

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 06/2017

| Nº de Amostras | Cloro | Turbidez | Cor | Coliformes Totais | Escherichia Coli |
|-----------------|-------|----------|-----|-------------------|------------------|
| Exigidas | 541 | 541 | 126 | 541 | 541 |
| Analisadas | 561 | 561 | 561 | 559 | 559 |
| Em conformidade | 557 | 548 | 527 | 526 | 559 |

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

MEDIA DE CONSUMO(OUT/14 A SET/15): 3 m3 | META: 10 m3.
 Caro cliente, encontram-se quitadas as faturas de sua titularidade, para esta unidade consumidora, vencidas em 2016, conforme a Lei n. 12.007/2009. Esta declaração substitui outras quitacoes do periodo e de anos anteriores.

| DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS | Valor (R\$) | HISTÓRICO DE VOLUME | | |
|--------------------------|-------------|---------------------|-----------|-------------|
| | | Mês/Ano | Água (m³) | Esgoto (m³) |
| PARCELAMENTO DE DEB 1/12 | 19,03 | JUL/16 | 6 | 0 |
| MULTA DE 27 | 1,61 | AGO/16 | 7 | 0 |
| JUROS DE 0,033% AO DIA | 0,16 | SET/16 | 9 | 0 |
| | | NOV/16 | 9 | 0 |
| | | DEZ/16 | 7 | 0 |
| | | JAN/17 | 6 | 0 |
| | | FEV/17 | 2 | 0 |
| | | MAR/17 | 2 | 0 |
| | | ABR/17 | 1 | 0 |
| | | MAI/17 | 3 | 0 |

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO

| Descrição | Valor (R\$) |
|-----------|-------------|
| PIS | 0,20 |
| COFINS | 0,99 |

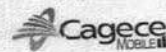
SUBSÍDIO

| Descrição | Valor (R\$) |
|---------------------|-------------|
| VALOR DO SERVIÇO | 20,80 |
| VALOR DO SUBSÍDIO | 0,00 |
| VALOR TOTAL A PAGAR | 20,80 |

| MÊS/ANO | VENCIMENTO | TOTAL A PAGAR (R\$) |
|---------|------------|---------------------|
| 07/2017 | 02/08/2017 | 20,80 |

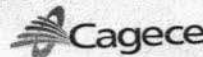
ONDE PAGAR SUA FATURA

Bancos: Bradesco, BNB, Itaú, BIC, 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.



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

Mais informações pelo telefone: 0800 275 0195, nas folhas de atendimento de 8h às 17h, no site www.cagece.com.br ou na ouvidoria da Cagece: 3101.1918, de 8h às 12h e 13h às 17h. Ouvidoria estadual: 155. Site da ARCE: www.arce.ce.gov.br.
 Entidades Reguladoras: Fortaleza: ACFOR - Autarquia de Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental, 0800 285 1919. Demais localidades: ARCE - Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará, 0800 275 3838.



Fatura Mensal

Via do agente arrecadador

DADOS DO CLIENTE

Inscrição: 004175140 Código de Responsável: 356615075669924 - 0390
 Local: 001 Setor: 054 Quadra: 0163 Lote: 0151 Comp: 0001
 Subsetor: 00 Subquadra: 00
 Cidade: FORTALEZA Vencimento: 02/08/2017 Total (R\$): 20,80

82660000000 2 20800009000 0 00417514001 3 00070322015 2





GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
 POLÍCIA CIVIL
 DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 2196 / 2017

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
 Data / Hora da Comunicação: **26/04/2017 12:50:28**
 Data / Hora da Ocorrência: **13/03/2017 17:30:00**
 Endereço da Ocorrência: **AVENIDA DEDE BRASIL**
 Complemento:
 Bairro: **PARANGABA** Município: **FORTALEZA/CE**
 Ponto de Referência: **POSTO PETROBRAS**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **GILBERTO GOMES DA SILVA**
 Nascimento: **24/03/1966** CPF: **377.553.583-72** UF:
 RG: **95015044358** Orgão Emissor: **SSPDC**
 Filiação: **ROSA GONÇALVES DA SILVA**
ODÍLIO GOMES DA SILVA
 Endereço: **TRAVESSA TATIANE, 38** CEP:
 Bairro: **VILA VELHA**
 Município: **FORTALEZA/CE** Telefone: **(85) 98914-1171**
 País: **BRASIL**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **PMH3655** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi:
9C2JC4110FR204205 Renavam: **1052446245** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 FAN KS** Ano
 Fabricação: **2015** Ano Modelo: **2015** Combustível: **GASOLINA** Cor:
PRETA Proprietário: **ELOIZAJANAINA ARAUJO DA SILVA** Situação:
NÃO INFORMADO Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

QUE, COMPARECE A ESTA ESPECIALIZADA A FIM DE REGISTRAR QUE, NA DATA CITADA, TRANSITAVA PILOTANDO A MOTO DE PLACA PMH-3655 QUANDO UMA MOTO DE PLACAS NÃO ANOTADAS AVANÇOU A PREFERENCIAL COLIDINDO COM A VITIMA, CAINDO A VITIMA NO ASFALTO, FICANDO LESIONADA SENDO SOCORRIDA PARA O FROTINHA DA PARANGABA POR MEIOS PRÓPRIOS. E NADA MAIS DISSE.//////////
 OBS:COMUNICAÇÃO FALSA É CRIME CAPITULADO NO ART.340 DO CPB.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

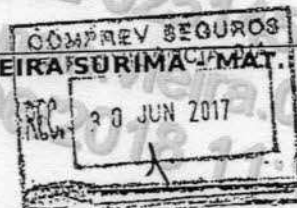
RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

FRANCISCO DELÂNIO CAMPELO ALMEIDA - MAT.: 404836-1-6

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

DIANA MÁRCIA NOGUEIRA SURIMA - MAT. 012875-1-6

VISTO DO DELEGADO(A) :



CERTIDÃO NARRATIVA

CERTIFICO , em virtude da faculdade que lhe é conferida por lei que o Sr. Gilberto Gomes da Silva , esteve internado nesta unidade hospitalar no dia 13-03-2017 á 28-03-2017, sob registro de nº280308 , paciente com diagnostico de fratura do cotovelo .

Fortaleza, 03 de Abril de 2017

Atenciosamente,

Dr. João Francisco B. L. T. Morano
Diretor Médico HDM JBO
CRM 3631





PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSE BARROSO DE OLIVEIRA PARANGABA

fls. 21

S S

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

| DADOS PESSOAIS | | | |
|--|---|--|---------------------------|
| NOME DO PACIENTE GILBERTO GOMES DA SILVA | | Nº DO FRONTUÁRIO 280308 | Nº DO BE 133490 |
| CADUS | NASCIMENTO 24/03/1966(50 ANOS) | SEXO M | RACAO/R PARDO |
| NOME MAE ROSA GONCALVES DA SILVA | | NOME RESPONSÁVEL NI | |
| ENDEREÇO RUA TRAV TATIANE 38A VILA VELHA | | MUNICÍPIO FORTALEZA | UF CE |
| CONTATO | | CEP NI | |
| OCORRÊNCIA | | | |
| LOCAL DA OCORRÊNCIA (TRANSPORTE) / CDS DO ACIDENTE | | | |
| CLASSIFICAÇÃO DE RISCO | | | |
| QUEIXA QUEDA DE MOTO AVALIAÇÃO DE MSD | | MOTIVO AVALIAÇÃO TRAUMATOLÓGICA | |
| SINTOMAS NI | | ESCALA DE DOR 99 (ADULTO) | |
| SINAIS VITAIS | | | |
| PESO NI KG | PRESSÃO ARTERIAL NI/NI | SAT O2 NI% | PULSO NI |
| TEMPERATURA NI °C | ALERGIAS NAO SABE | | GLUCEMIA NI |
| CLASSIFICAÇÃO VERDE | RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO DANIELA DE SOUZA FEITOZA | DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO 13/03/2017 22:37:19 | |
| ÁREA DE ATENDIMENTO | | | |
| TRAUMATOLOGIA | | | |
| ATENDIMENTO MÉDICO | | | |
| ANAMNESE | | | |
| Dr. Victor Monte Testorio Médico de Família e Saúde Comunitária Hospital Distrital Maria José Barroso de Oliveira Parangaba | | | |
|  | | | |
| DIAGNÓSTICO | COD. PROCEDIMENTO | CID | |
| SOLICITADO: <input type="checkbox"/> HC <input type="checkbox"/> SU <input type="checkbox"/> US ABDOMINAL <input type="checkbox"/> TC CRANIO <input type="checkbox"/> RAIO-X <input type="checkbox"/> OUTROS | | | |
| MÉDICAMENTO | | PRESCRIÇÃO MÉDICA | |
|  | | APRAZAMENTO | |
| OBSERVAÇÕES | | | |
| HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSE BARROSO DE OLIVEIRA HOSPITAL QUE DEBIA CONFERIR COM OCS/MS 3033 FUNCIONÁRIO MATRICULA | | | |
| TIPO DE ALTA/SAÍDA | | | |
| ALTAS/SAÍDA: <input type="checkbox"/> DECISÃO MÉDICA <input type="checkbox"/> A PEDIDO <input type="checkbox"/> EVASÃO <input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA <input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO ÓBITO: <input type="checkbox"/> ATÉ 48 HORAS <input type="checkbox"/> APÓS 48 HORAS DESTINO DO CORPO: <input type="checkbox"/> FAMÍLIA <input type="checkbox"/> IML <input type="checkbox"/> ANAT. PATOL | | | |
| DATA E HORA DO ATENDIMENTO | | CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA | |

Impresso por DANIELA DE SOUZA FEITOZA em 13/03/2017 às 22:37:23

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 Código Penal.

gilberto gomes da silva

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por CAROLINA FREITAS MOREIRA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 09/07/2018 às 15:56, sob o número 014583632201888060001. Para conferir o original, acesse o site http://esaj.jfces.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0145836-32.2018.8.06.0001 e código 3959386.

12700015426



SUS
Sistema Único de Saúde
CGI - Central de Controle de Internação
 FUNDAÇÃO HOSPITAL DE FORTALEZA - SERVIÇO HOSPITAL DA SAÚDE
 DIRETORIA DE INTERNAÇÃO
 Av. Getúlio de Paiva nº 1117 - Parangaba - CEP 44.020-600
 Fortaleza - Ceará
 Telefone: (85) 3131-7322

LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE AIH (L)

N.º LAUDO:

N.º de AIH:

UNIDADE HOSPITALAR
HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA
 CGC / CNPJ
07.835.044 / 0002-4

DADOS DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE *Edilson Gomes da Silva*

ENDEREÇO DO PACIENTE *TRAVESSA TATIANA Nº 384*

BARRIO *VILA VELHA* MUNICÍPIO _____ UF _____ CEP _____

DATA DO NASCIMENTO *24/03/1966* SEXO MASC FEM CONDIÇÃO SEGURADO CONJUGE FILHO OUTRO

NOME DA MÃE *ROSA GONÇALVES DA SILVA*

DADOS DA INTERNAÇÃO

CPF MÉDICO SOLICITANTE _____ CPF E ASSINAT. DO MÉDICO RESPONSÁVEL _____ CPF E ASSINAT. DO DIRETOR CLÍNICO _____
 NT. PROCEDIMENTO SOLICITADO _____
 DATA DA EMISSÃO *13/03/2017*

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
Tref. ans. do conforto
 HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA
 NÚMERO DA COPIA CONFERIDA COM O ORIGINAL
3033
 RESPONSÁVEL: MATRIZADA

INDICADORES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
Exame complementar

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS
do

DIAGNÓSTICO INICIAL *Tref. ans. do conforto* TIPO DE CLÍNICA
 CIRÚRGICA OBSTÉTRICA
 CLÍNICA MÉDICA TISIOPEUMOL
 PSIQUIÁTRICA PEDIÁTRICA
 OUTROS

PROCEDIMENTO SOLICITADO *do conforto*

CRM - MÉDICO SOLICITANTE _____ ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO SOLICITANTE _____ DATA _____ HORA _____

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por CAROLINA FREITAS MOREIRA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 09/07/2018 às 15:56, sob o número 01458863220188060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjfe.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0145886-32/2018 e código 3959386.

CERTIDÃO NARRATIVA

CERTIFICO , em virtude da faculdade que lhe é conferida por lei que o Sr. Gilberto Gomes da Silva, encontra se internado nesta unidade hospitalar desde o dia 13 -03-2017 .

Fortaleza ,21 de março de 2017

Atenciosamente


João Francisco B. L. T. Morano
Diretor Médico HDMª JBO
CRM 3631

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170364686

Cidade: Fortaleza

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: GILBERTO GOMES DA SILVA

Data do acidente: 13/03/2017

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO COTOVELO DIREITO

Descrição do exame médico pericial: AO EXAME COTOVELO EM VARO, BLOQUEIO SEVERO DA FLEXO-EXTENSÃO E PRONO-SUPINAÇÃO, ATROFIA E PERDA DE FORÇA MUSCULAR

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO GESSADA E FISIOTERAPIA, ALTA COM PERDA FUNCIONAL NA COTOVELO ESQUERDO

Sequelas permanentes: Limitação funcional do cotovelo esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 11/08/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Fernando Rabelo da Silva

CRM do médico: 3630

UF do CRM do médico: CE

DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|--|--|--|----------------|-----------------------|
| Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos | 25 % | Em grau intenso - 75 % | 18,75% | R\$ 2.531,25 |
| | | Total | 18,75 % | R\$ 2.531,25 |

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

CRM do médico: 52.18145-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

[Handwritten signature]

[Handwritten initials]

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por CAROLINA FREITAS MOREIRA e Tribunal de Justiça do Ceará, protocolado em 09/07/2018 às 15:56, sob o número 01458363220188060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.jfce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0145836-32-2018-8-06-0001 e código 3959386.