

PROCURAÇÃOOUTORGANTE: NOME: José Osmar Vitalino de Souza

Estado Civil: solteiro, Profissão: autônomo  
 Endereço: R. Joaquim Alves Pereira nº 199  
 Bairro: Cidade de Curitiba Cidade: Sobral  
 Estado: CE Telefones: \_\_\_\_\_  
 CEP: 62.300-000

OUTORGADOS: Dr. JOSE ORISVALDO BRITO DA SILVA, brasileiro,  
advogado, inscrito na OAB/CE sob o nº 21.292-A e  
PHILLIP ERBE PIMENTEL, Bacharel em Direito,  
inscrito na OAB/RJ sob o nº. 165.795-E, com escritório  
na Avenida Santos Dumont nº. 1.740, Sala 905, Bairro:  
Aldeota, Cidade: Fortaleza – CE.

PODERES: Com poderes para o foro em geral, com a cláusula “*ad judicium et extra*” e os especiais, para representar e defender interesses da parte outorgante em AÇÃO DE COBRANÇA, a ser proposta contra quem de direito, em razão de acidente de trânsito sofrido pela parte outorgante, podendo para tanto, acordar, discordar, transigir, desistir, receber, passar recibo, endossar cheques e dar quitação, enfim, praticar todos os atos necessários ao cumprimento do presente mandato, inclusive substabelecer.

Fortaleza, 20 outubro 2014José Osmar Vitalino de Souza

DECLARAÇÃO DE GRATUIDADE

NOME: Jose Osmar Vitalino de Souza  
 Estado Civil: solteiro Profissão: autônomo  
 Endereço: Rua Joaquim Alves Pereira nº 199  
 Bairro: Cidade Jose Cecidias Cidade: Sobral  
 Estado: CE Telefones:  
 CEP: 62.300-000

DECLARA: para fins de prova junto ao Juízo Cível, e a quem por competente distribuição couber o julgamento da lide que, não possui condições financeiras para arcar com as despesas processuais, estando nas exatas condições da Lei n.º 1.060/50, carecendo da **GRATUIDADE DE JUSTICA**, para representar o declarante em **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, a ser proposta contra quem de direito, em razão de acidente de trânsito sofrido pela parte declarante.

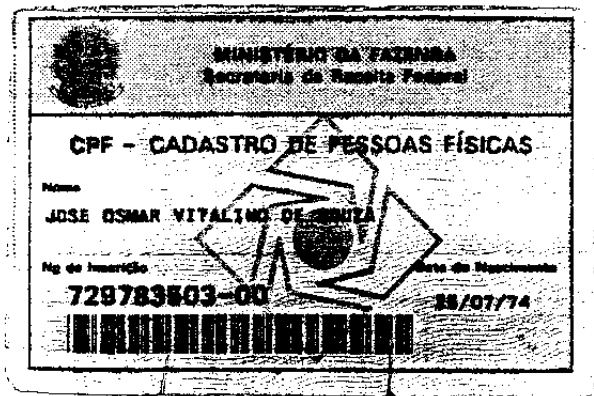
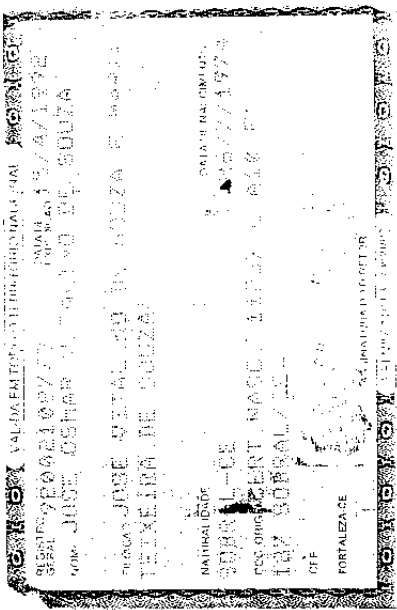
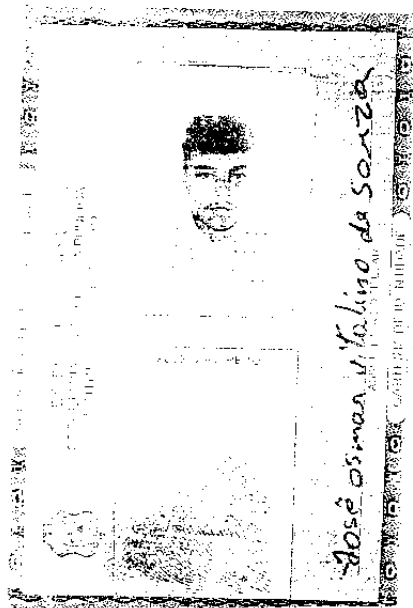
Fortaleza, 20 outubro 2014

x Jose Osmar Vitalino de Souza

DR. JOSE ORISVALDO BRITO DA SILVA, brasileiro, advogado, inscrito na OAB/CE sob o nº 21.292-A e PHILLIP ERBE PIMENTEL, Bacharel em Direito, inscrito na OAB/RJ sob o nº 165.795-L, ambos com escritório na Avenida Santos Dumont 1740 Sala 905, Bairro: Aldeota, cidade: Fortaleza - CE DECLARAM para todos os fins de direitos, que não estão cobrando antecipadamente honorários advocatícios do declarante acima, na **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, a ser proposta contra quem de direito em razão de acidente de trânsito sofrido, ressalvando-se os honorários de sucumbência e o caso de haver modificação na situação econômica da parte declarante.

Fortaleza, 20 outubro 2014

x Jose Osmar Vitalino de Souza



### DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, JOSE ORISVALDO BRITO DA SILVA,

RG nº 1.480.070-774, data de expedição 10/04/98, Órgão STJ

CPF nº 931.773.403-11, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Coronel Manoel Turiani</u>
Número	<u>200</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Parque São José</u>
Cidade	<u>Salvador</u>
Estado	<u>Bahia</u>
CEP	<u>41200-000</u>
Telefone de Contato	<u>(71) 3123-1234</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Salvador, 10 de Setembro de 2014.

Assinatura do Declarante: JOSE ORISVALDO BRITO DA SILVA



**GOVERNO DO ESTADO DO CEARA  
SECRETARIA DA SEGURANCA PUBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL  
DELEGACIA MUNICIPAL DE SOBRAL**

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 563 - 4802 / 2014**

*Dados da Ocorrência*


Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRANSITO**  
 Data / Hora da Comunicação: **12/06/2014 12:18:48**  
 Data / Hora da Ocorrência : **14/04/2014 14:00:00**  
 Endereço da Ocorrência: **R DA IGREJA DA COHAB II**  
  
**COHAB II SOBRAL /CE**  
 Ponto de Referência:

*Dados da(s) Vítima(s)*

Nome: **JOSE OSMAR VITALINO DE SOUSA**  
 Nascimento : **26/07/1974**  
 RG: **98002108773** Órgão Emissor: **SSP UF: CE - CPF:**  
 Filiação: **JOSE VITALINO DE SOUSA**  
**MARIA TEIXEIRA DA SILVA**  
 Endereço: **R JOAQUIM ALVES PEREIRA 221**  
**TERRENOS NOVOS**  
**SOBRAL CE BRASIL** Telefone:

*Histórico*

COMPARECEU A ESTA DELEGACIA PARA NOTICIAR QUE NA DATA, HORARIO E LOCAL ACTMA ESPECIFICADOS, SOFREU ACIDENTE DE TRANSITO, QUANDO SE CONDUZIA NA MOTOCICLETA HONDA NX 200, VERMELHA, PLACA ITVF9874-CE, CIIASSI Nº 9C2MD270VVR005242, DE PROPRIEDADE DE FRANCISCO REGINALDO LIND, PELA COHAB II, QUANDO ESTAVA EM FRENTE A IGREJA QUANDO CAIU DENTRO DE UMA VALA, QUE SOFREU LESÃO NA CLAVICULA DIREITA E TENDE AMPUTAÇÃO DO DEDO POLEGAR ESQUERDO, QUE FOI SOCORRIDO Á SANTA CASA.

DELEGACIA DESTINO: **DELEGACIA MUNICIPAL DE SOBRAL**  
 RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :   
**ANTÔNIO VIANA BARBOSA JUNIOR - MAT.: 133968-1-7**  
 RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO : Jose Osmar Vitalino de Sousa  
 VISTO DO DELEGADO(A) : \_\_\_\_\_  
**RAUL TÊSSUS SOARES - MAT.: 198444-1-2**

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por JOSE ORISVALDO BRITO DA SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 19/12/2014 às 09:34 , sob o número 09203080220148060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0920308-02.2014.8.06.0001 e código 1693B59.



SANTA CASA DE MISERICÓDIA DE SOBRAL  
FICHA DE ADMISSÃO - EMERGÊNCIA

ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO

QP:

HDA:

paciente homem com queixa relatando  
um ferimento na mão direita com perda  
de substância, necessita de tratamento  
cirúrgico.

EXAME FÍSICO:

DIAGNÓSTICO INICIAL: apresenta ferimento na mão

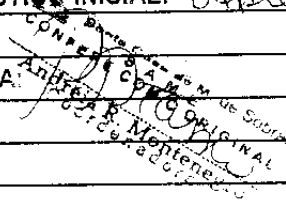
CONDUTA:

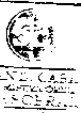
DIAGNÓSTICO FINAL: e resumo

DATA

Hora

Ass./CRM:





# EVOLUÇÃO CLÍNICA MÉDICA

PROFISSIONAL:



NOME: José Osmar Vitalino

Nº PRONTUÁRIO 1037708

SETOR: Oncologia ENFERMARIA:

LEITO:

DATA

12/04/14

Paciente em estado de saúde satisfatório. Não há sinais de infecção. Mantém-se em uso de medicação prescrita. Evolvente satisfatoriamente.

12/05/14

Paciente evoluiu satisfatoriamente. Mantém-se em uso de medicação prescrita. Evolvente satisfatoriamente.

CONFERIDO  
ANDRÉ DE MOURA  
PROFESSOR DE DIREITO  
ORIGINAL  
MONTESIA  
DENADORA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ  
Instituto de Aperfeiçoamento da Unidade  
de Saúde - Assistência e Evolução

Página: 1/1  
Emitido Por: ANTONIO  
Data: 15/09/2014

PROVA LIO: 127408 DATA: 17/09/2014 14:00  
ESPECIALIDADE: ANESTESIA  
ABENÇOEIRO: COTIZADO DE NASC: 26/07/1976 (SRB EM 2011)  
CORRENTE: SUS - SIA

INDICADOR: 157776 - TIPO: OSVAR VITALINI DE SOUZA  
MUNICÍPIO: ALTOSSAN R.P., COMÉRCIA:  
INTERVALO: 16/09/2014 08:40 1 DIAS(5) INT  
PLANO: ANTONIO AGOSTINHO MOURA SERVIÇO: CIRURGIA PLÁSTICA REPARADO  
CATEGORIA: ONCOLOGIA LEITO: LEITO 1136 - ONCOLOGIA COBERTURA: ESPECIALIZADA  
NOME DO PROCEDIMENTO: PROCEDIMENTOS INFORMATIZADOS DA PELLE, NÃO ESPECIFICADOS CICLO: 1

QUANTIDADE DE RISCO:

2200 R A S E U N H O 2200000 R A S E U N H O 2200000 R A S E U N H O 2200000 R A S E U N H O 2200000

Item	Qtd Unidade	SN	Apl	Frequencia	Data Horarios
REF ALIMO	1				117043 13
<b>INDICACIONES</b>					
OPALOTINA 10 FRASCO AMPOLA	1				
-AMPOLA DESCARTAVEL 40X12	1		EV		0800 HORA
-SERINGA DESCARTAVEL 20ML	1				
-ÁGUA BÍ-DESTILADA 10ML AMPOLA	2				
<b>INDICACIONES INFORMATIZ</b>					
OPALOTINA 10 FRASCO 10ML	1				
-AMPOLA DESCARTAVEL 40X12	1		EV		0800 HORA
-SERINGA DESCARTAVEL 10ML (HEP LIO)	1				
-ÁGUA BÍ-DESTILADA 10ML AMPOLA	1				

ANTONIO AGOSTINHO MOURA  
CMT 5430

Antonio Agostinho Moura  
Cirurgião Plástico  
CRM 5430 CRM 218 579 623-20

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ  
Instituto de Aperfeiçoamento da Unidade  
de Saúde - Assistência e Evolução  
ORIGINAL  
Antonio Agostinho Moura

SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SOBRAL - RESPEITO, AMOR E DEDICAÇÃO

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por JOSE ORISVALDO BRITO DA SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 19/12/2014 às 09:34 , sob o número 09203080220148060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0920308-02.2014.8.06.0001 e código 1693B59.



HOSPITAL DE MISERICORDIA DE SOBRAL

Sistema de Internação Hospitalar

Atividade de Internação Hospitalar

DADOS DO PACIENTE

Matrícula: 157776
Paciente: JOSE OSMAR VITALINO DE SOUZA
Sexo: Masculino
Dt. Nasc.: 25/07/1974 Idade: 39a 8m 21d
Mãe: MARIA TEIXEIRA DE SOUZA
Pai: JOSE VITALINO DE SOUZA
Endereço: RUA JOAQUIM ALVES, 221
Bairro: TERRENO NOVOS Cep.: 62022360
Cidade: SOBRAL UF: CE
Fone: 8820226423

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome:
Endereço:
Documento:
Fone:

DADOS DA INTERNAÇÃO

Atendimento: 3772253 Atendente: ROBERTO JUNIOR
Dt. Alta: 16/04/2014 Hora: 03:40
Procedimento: 0401020053 - EXCISÃO E SUTURA DE LESÃO NA PELE O/ PLÁSTICA EM Z OU ROTAÇÃO DE RETAL-
Médico: ANTONIO AGOSTINHO MOURA
Leito: 472 ONCOLOGIA
Convênio: LEITO 1136 - ONCOLOGIA
Plano: SUS - SIH
Tipo: SUS - SIH
Diagnóstico:
Motivo de Alta:

150414 01
150714 0409
759

HOSPITAL DE MISERICORDIA DE SOBRAL
Sistema de Gerenciamento de Internação
Atividade de Internação Hospitalar do Paciente

CONFERE COM O ORIGINAL
Andréia B. Montenegro
Coordenadora

Página: 1/1
Emitido por: MARIA LUCIA
Em: 17/04/2014 10:55

Atendimento: 3772253

Dt. Atendimento: 16/04/2014 - 03:40

Paciente: 157776 JOSE OSMAR VITALINO DE SOUZA

Dt. Alta: 17/04/2014 - 10:33

Procedimento: 6 - CIRURGIA PLÁSTICA REPARADORA

Convênio: 1 - SUS - SIH

Leito: 472 LEITO 1136 - ONCOLOGIA

Plano: 1 - SUS - SIH

Motivo de Alta: 1 - ALTA MELHORADA

Usuário: MARIA LUCIA

Diagnóstico: 1.819 - AFECÇÕES HIPERTROFICAS DA PELE, NÃO ESPECIFICADAS

Procedimento de Alta: 0401020053 - EXCISÃO E SUTURA DE LESÃO NA PELE O/ PLÁSTICA EM Z OU ROTAÇÃO DE RETAL-
Motivo de Alta:

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por JOSE ORISVALDO BRITO DA SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 19/12/2014 às 09:34, sob o número 09203080220148060001. Para conferir o original, acesse o site http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0920308-02.2014.8.06.0001 e código 1693B59.



**REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGÊNCIAL**

Atendi: 0770890 Dt. Atende: 14/04/2014 - 14:25  
 Reg. n.º: 00000000000000000000000000000000  
 Nome: JOSE ORIVALDO BRITO DA SILVA  
 End.: RUA DOMINGOS ALVES 221  
 TERMO: NEM OS: SOBHAL-CE: CEP: 63002390

*R*

ATENDIMENTO: ADULTO       PEDIÁTRICO       CIRÚRGICO

**ACOLHIMENTO**

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:  *1*      HORA DA CLASSIFICAÇÃO: 14:25

**PROCEDÊNCIA:**

PROCUROU PSF: SIM

**CAUSAS:**

- ENCAMINHADO
- NÃO TINHA FICHA P/ CONSULTA
- NÃO TINHA MÉDICO
- POSTO ESTAVA FECHADO
- NÃO RESOLVEU O PROBLEMA

NÃO  CAUSAS:

- NÃO É EFICIENTE
- É LONGE DE CASA
- NUNCA TEM MÉDICO
- TEM PLANO DE SAÚDE

TRANSFERIDO DE OUTRO HOSPITAL:

UBS

- SAMU
- CARRO
- DEAMBULANDO
- OUTRAS AMBULANCIAS
- MOTO, BICICLETA...

*Santa Casa de M. de Sobral  
 CONFERE COM ORIGINAL  
 Andréia R. Montenegro  
 Coordenadora*

**HDA DO ACOLHIMENTO:**

atendeu em sala de espera  
o atendimento foi feito a pedido do Sr. Antônio M. S. J.

PA: 1 PULSO: \_\_\_\_\_ FR: \_\_\_\_\_ TEMP.: \_\_\_\_\_ PESO: \_\_\_\_\_

**TIPO DE ACIDENTE:**

- Acidente c/ objetos corto-contusos
  - Choque elétrico
  - ingestão acidental:  Corpo estranho
  - Queimaduras:  1º Grau  2º Grau  3º Grau
  - Atropelamento:  Carro  Moto
  - Mordedura de animais:  Doméstico
  - OUTROS
- Acidente por arma de fogo
  - Afogamento
  - Queda: De onde? \_\_\_\_\_
  - Produtos químicos farmacêuticos
  - Por:  Água  Óleo  Álcool  Elétrico
  - Bicicleta  Outros
  - Moto:  com capacete  sem capacete
  - Selvagem  Ofídico

**LOCAL DO ACIDENTE:**

Domicílio       Via Pública       Escola       Outros

COD. 4950

Gráfica CLEIDE - 3611 177

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por JOSE ORIVALDO BRITO DA SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 19/12/2014 às 09:34, sob o número 09203080220148060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0920308-02.2014.8.06.0001 e código 1693B59.

[Ir para conteúdo principal](#)



## **Seguro DPVAT, administrado pela Seguradora Líder-DPVAT – Site Oficial –**

[Assista ao vídeo da Líder](#)

- [Home](#)
- [Conheça o DPVAT e a Seguradora Líder](#)
- [Imprensa](#)
- [Como dar entrada - Dicas importantes](#)
- [Pontos de Atendimento](#)

## **Acompanhe o processo de indenização**

[voltar](#)

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de até 30 dias a contar da data da entrega da documentação completa.

[nova consulta](#)

### **SINISTRO 2014839870 - Resultado de consulta por beneficiário**

VÍTIMA JOSE OSMAR VITALINO DE SOUZA  
COBERTURA Invalidez  
SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A  
REGULADORA CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A  
BENEFICIÁRIO JOSE OSMAR VITALINO DE SOUZA  
CPF/CNPJ: 72978350300

**Posição em 14-11-2014 15:38:56**

Indenização creditada em 27/10/2014, no valor de R\$ 4.387,50, em banco e conta de titularidade do beneficiário, conforme autorização de pagamento assinado pelo mesmo.



Peça a indenização

- [Como dar entrada - Dicas importantes](#)