

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu, **JOSE RIBAMAR MARTINS, DE SOUSA** portador da carteira de identidade nº **95002020447** e inscrito no CPF sob o nº **542.877.583-15**, residente e domiciliado no endereço **RUA QUINTINO JOSE CORREIA, Nº89 A, CIGANA, CAUCAIA**, DECLARO, para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que não tenho condições de arcar com as despesas inerentes ao presente processo, sem prejuízo do meu sustento 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). Requeiro, ainda, que o benefício abranja a todos os atos do processo.

Fortaleza, 25 de Julho de 2018.



DECLARANTE

Elke Castelo Branco ADVOCACIA
 Rua 24 de Maio, n.º 1009, Sl.118 – Centro
 Fortaleza/CE – CEP 60.020-001
 Fone: (85) 98809.2001

PROCURAÇÃO “AD JUDICIA”

OUTORGANTE:

Nome: JOSE RIBAMAR MARTINS DE SOUSA			
Carteira de Identidade: 95002020447		CPF nº: 542.877.583-15	
Residência: RUA QUINTINO JOSE CORREIA, N°89			
Bairro: CIGANA	Cidade: CAUCAIA	Estado: CE	CEP: 61.605-370

OUTORGADO:

ELKE CASTELO BRANCO LIMA, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/CE sob o n.º 23.113 e **VITOR LOPES ARARUNA**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/CE n.º 27.450, ambos com escritório na Rua Vinte e Quatro de Maio, n.º 1009, Sala 118 – Centro, CEP: 60.020-001, Fortaleza – CE.

PODERES:

Concede amplos e ilimitados poderes com os da cláusula “AD JUDICIA et EXTRA” para o foro em geral, podendo o Outorgado defender o Outorgante em qualquer ação em que seja autor, réu, assistente, oponente ou de qualquer modo interessado para **promover a Ação Judicial competente para o receber indenização que lhe cabe, incluindo também 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**, assim como interpor todos os recursos em direito permitidos, propor ações e delas variar ou desistir, acompanhando-as em todos os seus termos até o final, agravar ou apelar de qualquer despacho ou sentença, fazer e assinar requerimentos e os documentos necessários, produzir provas e justificações, bem como poderes especiais para confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito que se funda a ação, acordar, receber, dar quitação, fazer retenção da importância referente aos honorários contratuais, finalmente tudo mais fazer, para o completo desempenho deste mandato, inclusive substabelecer, com ou sem reserva de iguais.

Fortaleza, 25 de Julho de 2018.

OUTORGANTE



**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA METROPOLITANA DE CAUCAIA

**BOLETIM DE Ocorrência Nº 201 - 6917 / 2017****Dados da Ocorrência**Natureza do Fato: **LESAO CORPORAL CULPOSA - TRANSITO**Data / Hora da Comunicação: **02/08/2017 11:58:00**Data / Hora da Ocorrência: **12/02/2017 17:30:00**Endereço da Ocorrência: **RUA QUINTINO JOSE CORREA**

Complemento:

Bairro: **CIGANA**Município: **CAUCAIA/CE**

Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)Nome: **JOSE RIBAMAR MARTINS DE SOUSA**Nascimento: **26/11/1957** CPF: **542.877.583-15**RG: **95002020447**Orgão Emissor: **SSP**UF: **CE**Filiação: **MARIA MARTINS DE SOUSA****FRANCISCO CACOSO FERREIRA DE SOUSA**Endereço: **RUA QUINTINO JOSE CORREA, 89 A**Bairro: **CIGANA**Município: **CAUCAIA/CE**

CEP:

País: **BRASIL**

Telefone:

Histórico

INFORMA O NOTICIANTE QUE ESTAVA CONDUZINDO A SUA BICICLETA PELO ENDEREÇO ACIMA REFERIDO, QUANDO FOI ATINGIDO PELAS COSTAS POR UM VEÍCULO VW/KOMBI, DE PLACAS NÃO ANOTADAS QUE VINHA NO MESMO SENTIDO AO DO NOTICIANTE; QUE EM VIRTUDE DO ACIDENTE CAIU AO SOLO E QUEBROU A PERNA ESQUERDA EM DOIS CANTOS; QUE FOI SOCORRIDA POR UMA AMBULANCIA DO SAMU PARA O IJF- UNIDADE CENTRAL EM FORTALEZA-CE; QUE AFIRMA O NOTICIANTE QUE O CONDUTOR DO VEÍCULO DA KOMBI NÃO PAROU APÓS O ACIDENTE POR ISSO AINDA FOI IDENTIFICADO. NADA MAIS DISSE

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA METROPOLITANA DE CAUCAIA**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :****VASCONCELO ANDRADE SAMPAIO - MAT.: 133964-1-8****RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:****VISTO DO DELEGADO(A) :****ITALO RENNO ALVES FEITOSA - MAT.: 300983-1-5**



PRONTO SOCORRO DE ACIDENTADOS

Av. Desembargador Moreira, 2283 – CEP 60170-002 – Dionísio Torres
Fortaleza-Ce Tel. 3244 – 2144 Fax 224-7225

e-mail psahosp@veloxmail.com.br - C.G.C 07.272.297/0001-93

DECLARAÇÃO

Declaro que JOSE RIBAMAR MARTINS DE SOUSA deu entrada neste hospital desde o dia 14/02/17 com acompanhamento médico do DR. CLAUDIO JOSE FERNANDES EUFRASIO, para tratamento cirúrgico de FRATURA DO TORNOZELO CID S 82.5. Paciente sem previsão de alta hospitalar.

PRONTO SOCORRO DE ACIDENTADOS LTDA
CNPJ: 07.272.297/0001-93
Pterla Edite M de Magalhães
Inst: 664 Auxiliar SAME

Fortaleza, 15 de fevereiro de 2017.



INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

Registro de Atendimento Emergencial



Emitido em: 11/12/2017 16:02:26

Por: EDUARDO MOREIRA

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

DATA/HORA: 12/02/2017 19:38:00

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CNS: 707600226740796	NOME: JOSE RIBAMAR MARTINS DE SOUSA	Registro: 5494168
CPF: 54267758315	RG: 95002020447	D. NASC: 26/11/1957
ESTADO CIVIL:	SEXO: M	RAÇA/COR: Parda
NOME DA MÃE: MARIA MARTINS DE SOUSA	NOME DO PAI: FRANCISCO COCOSO FERREIRA DE SOUSA	
TIPO DE LOGRADOURO: Rua	ENDEREÇO DO PACIENTE: QUINTINO JOSE CORREIA Nº:	BAIRRO: CIGANA
COMPLEMENTO: A	TELEFONE CONTATO:	MUNICÍPIO: CAUCAIA
	UF: CE	CEP: 61605370

IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL

NOME: SAMU CE CAUCAIA USB 34 / CONDUTOR - NELSON	PARENTESCO: ELIZABETH - ESPOSA	TELEFONE:
--	--------------------------------	-----------

ACIDENTE DE TRABALHO

TIPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:	CÓDIGO DO CNAER:
------------------	-------------------	---------------------	------------------

ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

MOTIVO DE ATENDIMENTO: Outros acidentes e violência, Penetração de corpo ou objeto estranho através da pele

QUEIXAS: carro desceu da garagem e esmagou perna com exposição de tibia há 30 min

OBSERVAÇÕES: dor moderada

SINAIS VITAIS

LOCAL DA OCORRÊNCIA: Residência	Escala de Dor: Moderado	PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: LARANJA
---------------------------------	-------------------------	------------------------------------

ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:

ATENDIMENTO MÉDICO

Anamnese:

Exame Físico:

Conduta:

TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:

EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:

DATA E HORA DO ATENDIMENTO:	CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:
-----------------------------	--

10 2017
13 2 26
Eduardo Moreira



**Prefeitura de
Fortaleza**
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

LAUDO MEDICO

PRONTUÁRIO :5494168

NOME: JOSÉ RIBAMAR MARTINS DE SOUSA

DATA DE NASCIMENTO: 26/11/1957

PAI: FRANCISCO CACOSO FERREIRA DE SOUSA

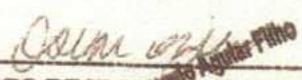
MAE: MARIA MARTINS DE SOUSA

DATA DE ATENDIMENTO: 12/02/2017

SAIDA: 14/02/2017

MOTIVO: PACIENTE VÍTIMA DE ESMAGAMENTO POR CARRO EM TORNOZELO ESQUERDO, SENDO ADMITIDO NO IJF EM 12/02/2017, ÀS 19h66min. SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO DE REDUÇÃO E FIXAÇÃO EXTERNA TIBIA ESQUERDA NO DIA 13/02/2017 PELO DOUTOR VAGNER PAIVA, TRAUMATOLOGISTA, SUBMETIDO A TRATAMENTO ANTIBIOTICOTERAPICO, EVOLUINDO SEM INTERCORRENCIAS, TRANSFERIDO PARA HOSPITAL DE APOIO PSA NO DIA 14/02/2017.

"DECLARAÇÃO DIGITADA EM 09/12/2017"



MÉDICO RESPONSÁVEL PELAS INFORMAÇÕES
CONTIDAS NESTE PRONTUÁRIO/BE
CRM 100.000

ASS PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Rio de Janeiro, 03 de Março de 2018

Carta nº: 12460195

A/C: JOSE RIBAMAR MARTINS DE SOUSA

Nº Sinistro: 3170666742
Vítima: JOSE RIBAMAR MARTINS DE SOUSA
Data do Acidente: 12/02/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ELIZABETH DO NASCIMENTO DE SOUSA

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: JOSE RIBAMAR MARTINS DE SOUSA

Valor: R\$ 7.087,50

Banco: 104

Agência: 000001089

Conta: 0000096370-4

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	7.087,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 70%) 52,50%

Valor a indenizar: 52,50% x 13.500,00 =	R\$	7.087,50
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

