



PROCURAÇÃO "AD JUDICIA ET EXTRA"

OUTORGANTE: Raimundo Roque da Silva Castro
RG: 2004002031650 SSP/CE
CPF: 349.037.853.00
Nacionalidade: Brasileira
Estado Civil: Casado
Profissão: Agricultor
Residente e domiciliado: PU Calanor Sitor H =
Cidade: S. Luiz Araripe Estado: Ceará CEP: 62.665.000

OUTORGADO: Dr. Daniel Farias Porto, brasileiro, casado, advogado, OAB-CE nº 20334, e Dra. ALESSANDRA ERIKA MAIA BARROS, solteira, advogada, OAB - CE nº 21113, com escritório na cidade de Fortaleza-Ce, Rua 25 de março nº 705 sala 203, Centro, CEP 60.060-120, Fone: (85)30478110.

Pelo presente instrumento particular de **PROCURAÇÃO**, o **outorgante** nomeia e constitui seu bastante procurador o **outorgado**, para o fim especial de agir judicialmente em ação de seu interesse, a fim de defender seus direitos perante qualquer Juízo, instância ou Tribunal, repartição pública, autarquia ou entidade paraestatal, propondo ou respondendo ação judicial em que o **outorgante** figure em qualquer dos pólos, podendo responder, reclamar, conciliar, desistir, transigir, fazer acordo, recorrer, receber e dar quitação, confessar, requerer inventário ou arrolamento, firmar compromissos, prestar declarações, receber citação, bem como substabelecer a presente, com ou sem reservas de poderes, se assim convier, praticando todos os atos necessários ao satisfatório desempenho deste mandato dando tudo por firme e valioso.

....., de de 2013

Raimundo Roque da Silva Castro
OUTORGANTE

DECLARAÇÃO DE POBREZA

NOME: Raimundo Roque da Silva Castro

CPF: 519.037.853-00

ESTADO CIVIL: casado

PROFISSÃO: agricultor

Declaro de acordo com o art. 1º da lei 7115/83 c/c, não ter condições financeira de arcar com custas judiciais e honorários advocatícios, sem prejuízo do sustento próprio e da minha família, sendo beneficiário da **GRATUIDADE DE JUSTIÇA**, por força do artigo 5º, inciso LXXIV, da CRFB, e do artigo 4º da Lei 1060/50, com a redação dada pela lei nº 7510/86, indicando para o patrocínio de minha causa os advogados em **PROCURAÇÃO**.

Fortaleza/CE, ____ de ____ de 2013.

Raimundo Roque da Silva Castro

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Raimundo Roque da Silva Castro,
portador(a) da Identidade nº 2001002051650 e inscrita no C.P.F sob o nº
519.037.85300. Declaro para devidos fins que resido no endereço (Rua)
PV Calones S/N Sítio 4
_____, (Complemento) _____ (Bairro) Calones,
(Cidade) São Luiz Arre (Estado) CE, CEP 62.665.000.

Declaro que as informações acima descritas são verdadeiras.

x Raimundo Roque da Silva Castro
Assinatura

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 ESTADO DO CEARÁ
 SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
 DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO



Raimundo Roque da Silva Castro

IDENTIDADE

CPF 4003051850
 RAIMUNDO ROQUE DA SILVA CASTRO

JOAO FERREIRA DE CASTRO E MARIA DA SILVA CASTRO

SÃO JESUS DO CURU-CE 8/2/1950
 CERT. NASC. 14514 L A 18 F
 CRY BATIAS, PENTECOSTE, CE
 1703786308 ID. 1703400

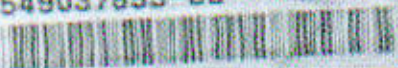
MINISTÉRIO DA FAZENDA
 Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome
 RAIMUNDO ROQUE DA SILVA CASTRO

Nº da inscrição
 549037853-00

Data de nascimento
 08/02/50



Este documento é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF, expedido e assinado por técnicos, após nos dados presentes na inscrição.

Assinatura
Raimundo Roque da Silva Castro
 RAIMUNDO ROQUE DA SILVA CASTRO

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
 Emitido em: 20/12/93

Nº DO CLIENTE
2560211-0

CUECE

CPF: 22.34073-01-022280 - 9
Data: 03/05/2012

Nome: RAIMUNDO ROQUE DA SILVA CASTRO
Endereço: RUA COLONOS-NUCLEO SETOR H MANOEL
EDMONDS - S LUIS DO CURIO -

Idade: 1647273
Sexo: MASCULINO
Religiao: BUDISMO

CPF: 22.34073-01-022280 - 9
Data: 03/05/2012

CPF: 22.34073-01-022280 - 9
Data: 03/05/2012

CPF: 22.34073-01-022280 - 9
Data: 03/05/2012

CPF: 22.34073-01-022280 - 9
Data: 03/05/2012

CPF: 22.34073-01-022280 - 9
Data: 03/05/2012

VERBAMENTO 01/06/2012
Importante
25,02

Importante

RECEITA DE PAGAMENTO DE IMPOSTOS
RECEITA DE PAGAMENTO DE IMPOSTOS
RECEITA DE PAGAMENTO DE IMPOSTOS

RECEITA DE PAGAMENTO DE IMPOSTOS

RECEITA DE PAGAMENTO DE IMPOSTOS

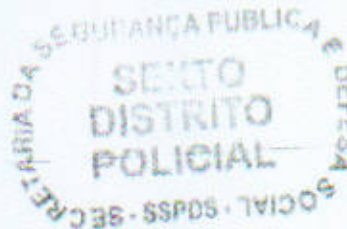


GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DO 6. DISTRITO POLICIAL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 106 - 9763 / 2012

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTES - OUTROS
Data - Hora da Comunicação: 19/09/2012 16:22:13
Data - Hora da Ocorrência: 17/12/2011 06:30:00
Endereço da Ocorrência: R. LOCALIDADE DE FIRMA MACHADO
NAO INFORMADO PENTECOSTE /CE
Ponto de Referência: PRÓX. A FABRICA DE GRAMAS



Dados da(s) Vítima(s)

Nome: RAIMUNDO ROQUE DA SILVA CASTRO
Nascimento: 08/02/1969
RG: Órgão Emissor: UF: - CPF:
Filiação: JOÃO FERREIRA DE CASTRO
MARIA DA SILVA CASTRO
Endereço: GLR NUCLEO H

PENTECOSTE CE BRASIL

Telefone

Histórico

Informa a vítima que na data, local e hora supracitada, trafegava na MOTOCICLETA, MARCA HONDA, CG 125 TAN, DE PLACA IIXH-9711-CE/CAUCAIA, COR PRETA, ANO/MOD. 2007/2008, CHASSI 9C2JC30708R126152, de propriedade de BENEDITA VERONICA MENDES DA SILVA, quando na subida de um alto, uma moto de PLACA e GUIDOR não identificado colidiu com o mesmo; QUE a vítima foi socorrida para o Hospital Municipal de Pentecoste e em seguida transferida para o ULF CENTRO, onde permaneceu internada. E nada mais disse //

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 6. DISTRITO POLICIAL
RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:
MATRÍCULA: 97122-1-6
RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Raimundo Roque da Silva Castro
VISTO DO DELEGADO(A):

Raimundo Roque da Silva Castro
19/09/2012 16:22

A



ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENTECOSTE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



1. Presenciar esta ficha em 3 vias
2. Ao terminar a consulta ou atendimento, entregar as 2 vias ao usuário, entregando a 1ª via a Unidade de Origem

FICHA DE REFERÊNCIA

SAMU 1122170369

CEP: 62.640-000

Município: PENTECOSTE

Unidade de Origem:

Estado: Santarô

Teléfono:

Nome: Pedro Paulo

Sexo: M / F

Data Nascimento: 08/02/

RG:

Mãe:

Endereço: Mulheres

Bairro:

Unidade de Saúde:

RLP:

Nº Solicitado:

Relatório do Paciente: paciente é idoso e atualiza a carta de trabalho e a situação de saúde. Não tem mais a mesma situação de saúde.

Exames solicitados e resultados:

Exames solicitados:

1) Exame físico - normal
2) Exame de urina - normal

Diagnóstico:

Foram solicitados exames de sangue e urina.

Assinatura e Carimbo do Médico

Ambulatorial ☐

Hospitalar ☐

Auxílio Diagnóstico ☐

Procedimento: Exame físico

Profissional: Dr. Daniel Farias Porto

Procedimento:

Data: 12/12/11

Hora:

Unidade de Referência:

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA(*)

Unidade de Referência:

Município:

Protocolo Nº:

Alta: 12/12/11

Relatório Clínico / Cirúrgico:

Resultado de Exames:

Exatidão:

Principal:

Secundário 1:

Secundário 2:

CID:

CID:

CID:

Proposta de Conduta para seguimento:

Unidade de Referência coincide com o de origem? Sim/ Não

RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

ATENÇÃO: A finalidade deste relatório é a avaliação da invalidez permanente, não sendo obrigatória a sua apresentação.

Nome completo da vítima: JOÃO BATISTA GOMES DA SILVA CARISSO Número do sinistro: _____

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

Data do acidente: 17/12/2011 Data do início do tratamento médico: 17/12/2011

Nome completo e CRM do médico: DR. JOÃO BATISTA GOMES DA SILVA CARISSO

Lesões resultantes do acidente: FRATURA EXPÔSTA DA PERNA, JOELHO E FÊMUR ESQ.

Dados resumidos dos tratamentos realizados (datas):
TRATAMENTO CIRÚRGICO COM REDUÇÃO E FIXAÇÃO DO FRATURAS EXPÔSTAS DA PERNA, JOELHO E FÊMUR ESQ.

Existe algum defeito físico ou doença pré-existente? ☐ Sim ☒ Não

Com relação a invalidez pode-se concluir que:

☐ a invalidez é temporária portanto passível de recuperação significativa ou de cura.

☒ a invalidez é permanente, ou seja, não há possibilidade de recuperação significativa ou de cura.

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (Especificar o seguimento ou órgão atingido)

SEGUIMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO	
1º	INCAPACIDADE FUNCIONAL DO MÍO 55%
2º	RIGIDEZ ARTICULAR NO JOELHO ESQ.
3º	DOLORES NO MÍO, A MOBILIZAÇÃO.
4º	
5º	

Afirmo que assisti e/ou avalei a vítima no período de 17/12/2011
E que as respostas acima, são completas e verdadeiras.

[Assinatura] Data 17/12/2011

João Batista G. da Silva
Médico
Assinatura e Carimbo

ANEXAR CÓPIAS DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS RELATIVOS AO ACIDENTE

[Assinatura] Data 17/12/2011
Assinatura da vítima Silva

Local

JOSE WILSON GOMES FARIAS | [alterar senha](#) | [institucional](#) | [sair](#)CADASTRO
DE PROCESSOVISUALIZAR
PROCESSOCADASTROS
GERAISARQUIVO
MORTO

Processo da: <MATRIZ - CURITIBA>

VISUALIZAR PROCESSO

Voltar

PROCESSO

Número do Sinistro 2012/514581 (TOTAL)

Vítima raimundo roque da silva castro

Filial MATRIZ - CURITIBA

Data Cadastro 09/10/2012

Garantia INVALIDEZ

Data Sinistro 17/12/2011

Data Recepção 09/10/2012

Analista MAURICIO

Categoria 09 - MOTO

Seguradora Capemisa Vida e Previdência

Situação PAGO

CORRETORA

Nome JOSE WILSON GOMES FARIAS

Responsável FARIAS

PROCURADOR

Nome

Email

Telefone

CPF

Celular

ENVIO À SEGURADORA LÍDER

Data Envio 11/10/2012

Num Carta
RECALL

BENEFICIÁRIOS / PAGAMENTOS

Data Pagto	Data Rateio	Beneficiário - CPF/CNPJ	Valor Indenização	Valor Pteitado	Diferença	Dados Bancários
13/11/2012	09/11/2012	raimundo roque da silva castro	2.531,25	13.500,00	-10.968,75	1 237 / 0699 / 5301475 /
549.037.853-00						

DOCUMENTOS

Data Solicitação
11/10/2012

Data Recepção

Descrição
SEGUE LIDER

GLOSA OU RELATÓRIO

CARTA