

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Nome: PAULO RODRIGUES DOS SANTOS		Nacionalidade: Brasileiro	
Endereço: CAMARA DOS BASILIOS		Profissão: Agricultor	
RG: 2039444-90 SSP/CE CPF: 371.133.993-04		Estado Civil: Solteiro	
Bairro: ZONA RURAL	Cidade: Boa Viagem	Estado: Ceará	Cep: 63.870.000

OUTORGADO:

RAFAEL DE SOUSA REZENDE MONTI, brasileiro, solteiro, advogado, devidamente inscrito na OAB/CE sob o nº. 18.044, portador do RG nº. 8.119.595 SSP/MG e CPF nº. 948.672.326-53, com escritório profissional no seguinte endereço: 1) Rua do Rosário, nº. 77, sala 604, Ed. Comandante Vital Rolim, Centro – Fortaleza – CEP 60.055-090. Fone / Fax: (85) 3254-4340.

PODERES:

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante nomeia e constitui, os outorgados, suas bastante procuradores, 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 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, 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 outorgante, enfim todos os poderes necessários para o cumprimento amplo do objeto do presente mandato.

BOA VIAGEM (CE), 12 DE JANEIRO DE 2015.


Outorga

DECLARAÇÃO

Nome: PAULO RODRIGUES DOS SANTOS		Nacionalidade: Brasileiro	
Endereço: CAMARA DOS BASILIOS		Profissão: Agricultor	
RG: 2039444-90 SSP/CE CPF: 371.133.993-04		Estado Civil: Solteiro	
Bairro: ZONA RURAL	Cidade: Boa Viagem	Estado: Ceará	Cep: 63.870.000

DECLARA com fundamento no artigo 1º da Lei nº 7.115/83, sob sua inteira e exclusiva responsabilidade, para todos os efeitos legais, as informações e declarações constantes no processo judicial e, também, ser pobre na acepção jurídica do termo (na forma da lei), enquadrando-se na concessão prevista na Lei nº 1060/50 e posteriores alterações, pois sua 'situação econômica' não lhe permite pagar as 'custas' e demais 'despesas' do processo e os honorários de advogado 'expert' sem prejuízo do sustento próprio ou da família.

Por ser expressão da verdade, firmo o presente.

BOA VIAGEM (CE), 12 DE JANEIRO DE 2015.



Declarante

DECLARAÇÃO

Nome: PAULO RODRIGUES DOS SANTOS		Nacionalidade: Brasileiro	
Endereço: CAMARA DOS BASILIOS		Profissão: Agricultor	
RG: 2039444-90 SSP/CE CPF: 371.133.993-04		Estado Civil: Solteiro	
Bairro: ZONA RURAL	Cidade: Boa Viagem	Estado: Ceará	Cep: 63.870.000

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. Sendo de minha total responsabilidade a declaração de invalidez ou óbito fornecida.

BOA VIAGEM (CE), 12 DE JANEIRO DE 2015.



Declarante

REPÚBLICA FICHA DE IDENTIFICAÇÃO	
ESTADO DO CEARÁ SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO	
16-1	
	
Assinatura: <i>Luís Rodrigues dos Santos</i>	
NOME: PAULO RODRIGUES DOS SANTOS	
NOME COMPLETO: Luís Rodrigues dos Santos	
NOME DE SOLTEIRO: BOA VIGEM-CE.	
DATA DE NASCIMENTO: 10.01.70	
LOCAL DE NASCIMENTO: BOA VIGEM	
ENDEREÇO: Carr. Boa Vigem	
Cidade: BOA VIGEM	
Estado: CE	
CPF: 2039444-90	
Data de Emissão: 12.09.90	
Assinatura: <i>[Assinatura]</i>	



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **371.133.993-04**

Nome da Pessoa Física: **PAULO RODRIGUES DOS SANTOS**

Data de Nascimento: **10/01/1970**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **anterior a 10/11/1990**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **10:58:28** do dia **16/02/2016** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **5DF5.025A.9C61.8A15**

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço www.receita.fazenda.gov.br.

Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, PAULO RODRIGUES DOS SANTOS, portado da RG:2039444-90 data de expedição 12/09/1990, Órgão SSP/CE e CPF:371.133.993-04 venho parente a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguido, anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	PV CAMARA DOS BASILIOS
Número	S/N
Apto/Complemento	AGUAS BELAS
Bairro	ZONA RURAL
Cidade	Boa Viagem
Estado	Ceara
CEP	63.860.000
Telefone de Contado	(88) 9950-0004 – (88) 8874-8777 – (88) 3427-1916 (88) 9950-0003 _ (88) 9266-8392
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

BOA VIAGEM – CE 15 DE SETEMBRO DE 2014.

Paulo Rodrigues dos Santos

TELEFONES DE CONTATO

(88) 9950-0004 (88) 9950-0003
(88) 8874-8777 (88) 9266-8392
(88) 3427-1916

836800000000-9 27150031000-5 00017575110-6 04783989229-7

Nº da Cliente: 1757511-7
Data de Emissão: 23/06/2014
Nº da Nota Fiscal: 348050808
Nº da Control: 0001757511.00478 39892 29
Tela A Pagar: (R\$): 27,15
Jun/2014
Razão Social:

A partir de 2015 vigorará o sistema de Bandejas Tarifárias. A bandeira verde não
aplicará cobrança adicional. As bandeiras Amarela e Vermelha, quando acionadas,
aplicarão tarifas de maior valor, devido ao maior custo de operação. No mês de Jun/2014
vigorará a bandeira VERDE, a qual aplicará R\$ 0,638/kWh de desconto de crédito ao valor da
tarifa, líquido de impostos. Mais informações em www.ansp.gov.br

Costa desta folha R\$ 1,72 referente a PIS e COFINS.
ANEX. 9 Rev. 1.00/2005 - ANEX. 9 - 10.637/02 e 10.632-03.



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL - D.P.I DEPARTAMENTO DE POLÍCIA DO INTERIOR
UNIDADE DE POLÍCIA CIVIL DE CAPISTRANO



Nº 1435/2014

- DADOS DA OCORRÊNCIA:
- NATUREZA DO FATO: ACIDENTE DE TRÂNSITO
- DATA/HORA DA COMUNICAÇÃO 10/09/2014 POR VOLTA DAS 15:20 h
- DATA/HORA DA OCORRÊNCIA: 03/06/2014 por volta das 12:00 h
- ENDEREÇO DA OCORRÊNCIA; Localidade de Camará dos Basílio-Boa Viagem-Ce
- PONTO DE REFERÊNCIA:

HISTÓRICO:

Afirma o declarante que na data, local e horário supracitados, que sofreu um acidente de trânsito quando vinha como garupeiro no veículo motocicleta HONDA/ CG 150 FAN ESDI , de cor prata, ano 2011, placa OCO 4667, CHASSI Nº 9C2KC1680BR549539, de propriedade de Pedro Rodrigues Neto , que o declarante se deslocava para a sua Residência na localidade de Camará dos Basílio ,com um garrafão de agua nas pernas quando o motoqueiro derrapou vindo a perder o controle do veículo onde o noticiante veio a cair onde sofreu trauma em mão esquerda e cotovelo esquerdo ,mas escoriações nas Traumatismo ,mas trauma em joelho esquerdo ,sendo imobilizado e em seguida liberado e mas escoriações nas extremidades onde o noticiante foi socorrido a unidade de saúde de Boa Viagem por um sobrinho do noticiante .. E NADA, MAS DISSE NEM LHE FOI PERGUNTADO.

NOME: Paulo Rodrigues dos Santos

DATA NAS: 10/01/1970

RG: 2039444-90

PAI: Luiz Rodrigues de Sousa

MÃE: Maria Rodrigues dos Santos

ENDEREÇO: Pv de Camará dos Basílio

MUNICÍPIO: Boa Viagem: GE

BAIRRO: Zona Rural

FONE:

- RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

- RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Paulo Rodrigues dos Santos

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, PAULO RODRIGUES DOS SANTOS, portador da carteira de identidade nº 2039444-90 SSP/CE e inscrito no CPF/MF sob o nº 371.133.993-04, residente e domiciliando na RUA PV CAMARA DOS BASILIOS -AGUAS BELAS -S/N BAIRRO-ZONA RURAL Cidade BOA VIAGEM, Estado CEARA, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal – IMWL para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº. 6.194 /74), uma vez que:

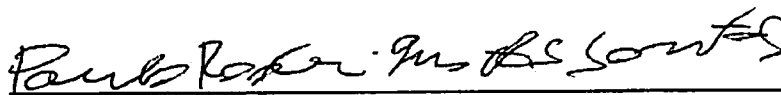
(X) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência ; ou

() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícia para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

() O estabelecimento do IML localidade no Município em que resido realiza perícia com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor da via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do § 1º do art. 3º da lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.



Assinatura do Declarante

Conforme documento de identificação

BOA VIAGEM – CE, DE 15 DE SETEMBRO DE 2014.

LOCAL E DATA



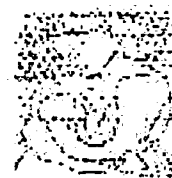
PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VIAGEM

CSAM - CASA DE SAÚDE ADÍLIA MARIA

Rua: São Vicente de Paula, Nº 100, Centro

Tel.: (88) 3427-1099 - (88) 3427-1136

CNPJ: 07.806.680/0001-84



Registro de Atendimento Médico Hospitalar

Declaro que: Paulo Rodrigues dos Santos,
profissão: Cardiologista, RG: 209944990, residente à
rua: Camélia dos Brancos nº — Bairro: —
Deu entrada neste hospital no dia: 03/06/14, às 12:40 h com
registro e Prontuário de nº —

Deu entrada no SPA Chitima
cardiológico com TNAUIMA Joelho (E).
medicado, liberado.

Acompanhado (a) pelo Médico: DR. ALANILSONE ROCHA
Submetido (a): Cardiologista, recebendo alta
hospitalar em — ou transferido para o
a fim de dar continuidade a
tratamento especializado, de acordo com o Livro de Registro
Emergência Pág. nº 93

Boa Viagem - CE, 06 de Junho de 2014.

Amanda Vieira Oliveira Sampaio

DIRETORA GERAL
AMANDA VIEIRA OLIVEIRA SAMPAIO
CPF: 010.434.083-00
FBAH - 4417
DIRETORA GERAL

Paulo Rodrigues dos Santos
Assinatura do Responsável

CNPJ: 07.806.680/0001-84
Casa de Saúde Adília Maria
Rua São Vicente de Paula, nº 100

Centro - CEP: 63970-000
Fone: (88) 3427-1136
Boa Viagem - Ce

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

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

NOME COMPLETO DA VÍTIMA: <i>Paulo Rodrigues dos Santos</i>	NÚMERO DO SINISTRO:
RG: <i>2039444-90</i>	ORGÃO EXPEDIDOR: <i>SSP-CE</i> CPF: <i>371.133.993-04</i>

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE: <i>03/06/14</i>	DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO: <i>03/06/14</i>
-----------------------------------	--

NOME COMPLETO E CRM DO MÉDICO: <i>Dr. Carlos Martins Filho</i>

LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE: <i>Fratura em tubérculo anterior do fêmur esquerdo</i>

DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS): <i>Tratamento ortopedico momento de imobilização entre 03/06/14 e 15/07/14</i>

EXISTE ALGUM DEFEITO FÍSICO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? ☐ SIM ☒ NÃO
CASO POSITIVO DESCREVER:

COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE:
☐ A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO.
☒ A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.

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

	SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO ATINGIDO
1º	<i>Joelhos Esp (fratura tubérculo anterior)</i>
2º	<i>do fêmur</i>
3º	<i>do fêmur</i>
4º	<i>Extremidades inferiores</i>
5º	

A FIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE: _____ A _____
QUE AS RESPOSTAS ACIMA SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.

<i>Dr. Carlos Martins Filho</i>	<i>15.07.14</i>	<i>Dr. Carlos Martins Filho</i>
LOCAL	DATA	ASSINATURA E CARIMBO

ANEXAR CÓPIAS DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS RELATIVOS AO ACIDENTE

RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (PRÓPRIO PUNHO)

NOME COMPLETO DA VÍTIMA:

DATA DO ACIDENTE:

TRATAMENTOS CIRÚRGICOS OU CONSERVADORES REALIZADOS NO PACIENTE:

PERÍODO DE PERMANÊNCIA HOSPITALAR:

APÓS A ALTA HOSPITALAR, QUAIS OS OUTROS TRATAMENTOS REALIZADOS PELO PACIENTE. EX: TROCA DE GESSO, RETIRADA DE MATERIAL DE SÍNTESE, FISIOTERAPIA, ETC.

DATA DA ALTA DEFINITIVA:

LOCAL

DATA

ASSINATURA DO MÉDICO

Dr. José Carlos Martins
Médico
CREMEC 6876

ATESTADO DE ALTA

Atesto que o paciente,

Paulo Rodrigues do Santos

Vítima de acidente de trânsito ocorrido em,

03.06.14

Sofreu as seguintes Lesões:

fratura distal de
ulna anterior da fíbula
perna esquerda, com lesão
da tendão patelar por

Efetuou os seguintes tratamentos:

internamento ortopédico
com imobilização
ortopédica + fisio e curativosInformo, que os tratamentos foram efetuados durante o período de
03.06.14 à 03.09.14, tendo findado seu tratamento,
recebeu ALTA DEFINITIVA em, 04.09.14.

Seqüelas em caráter permanente resultantes do acidente:

Deformidade
de perna esquerda, do
colúmbio agnido e instabil-
idade articular 'pecho esp'
limitação de retornoBV

Local

15/09/14

Data

Jr. José Carlos Martins
Médico
CREMEC/6876

Assinatura e Carimbo



HOSPITAL MUNICIPAL DE BOA VIAGEM
C.S.A.M
SECRETARIA DE SAÚDE -SUS



RECEITUÁRIO

PAULO RODRIGUES

uso anti-...

① ISUPROKENO 600 - 1000
TOMAR 01 CP 28/08
HORAS SE 807

70 10/11/14

Data

Ranieri Edilio Rolim
21/08/2014
ID MD 030111977-2
CREMEC 14.458

Assinatura e Carimbo
do Profissional

Nosso Hospital foi premiado pela Organização Mundial de Saúde,
Unicef e Ministério da Saúde



HOSPITAL MUNICIPAL DE BOA VIAGEM
C.S.A.M
SECRETARIA DE SAÚDE -SUS

RECEITUÁRIO



Paulo Rodriguez
Orel

Flunex 400 — du
Dom 1 — w 12/12/14

30 ABR 2014
Dr. Paulo Rodriguez
CRM: 1653115072

____/____/____
Data

Assinatura e Carimbo
do Profissional

Nosso Hospital foi premiado pela Organização Mundial de Saúde,
Unicef e Ministério da Saúde



RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL PORTARIA 344 - MINISTÉRIO DA SAÚDE



IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE
HOSPITAL MUNICIPAL DE BOA VIAGEM C.S.A.M. SUS - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE Endereço: Rua São Vicente de Paula nº 100 CEP: 63.870-000 Boa Viagem - CE

1ª VIA: Retenção da Farmácia ou Drograria

2ª VIA: Orientação de Repasse

Ranieri Polim
2º TENente
ID MD 0301197
CREMEC 14.458

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

Paciente: PAULO ROSENBERG

Endereço: _____

Prescrição: USO oral:

(1) TYLEX 30-2LCx
FORAM 01 CP 26106
40MS SE 507.

BOA VIAGEM 27/06/2014

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
Nome: _____	
Ident.: _____ Órg. Emissor _____	
End.: _____	
Cidade: _____ UF: _____	
Telefone (s): _____	
	ASSINATURA DO FARMACÊUTICO _____ DATA <u>1/1</u>

ENCALHE 05 | 3252.2431

BENEFICIÁRIOS

Saiba Mais

Cobertura

Onde dar entrada

Tire suas dúvidas

Projeto Corretor

Voltar

Processo

Megadata: 3140/050014
Processo: 654061
Natureza: INVALIDEZ
Data sinistro: 3/6/2014
Nome: PAULO RODRIGUES DOS SANTOS
Situação: Processo liberado o pagamento

Beneficiários

Nome

PAULO RODRIGUES DOS SANTOS

Históricos

Data/Hora	Situação	Observações
25/9/2014	Pré-Cadastro não analisado	
26/9/2014	Pré-Cadastro com restrições	
17/11/2014	Documentação complementar recebida na Unidade	
18/11/2014	Pré-Cadastro analisado e aprovado	
24/11/2014	Proc. enviado p/ digitalização e análise da Seg. Líder	
19/12/2014	Processo liberado o pagamento	* APRESENTAR DOCUMENTO COMPROBATÓRIO DOS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO: CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CÓPIA DO CARTÃO BANCÁRIO OU CÓPIA DO CABEÇALHO DO EXTRATO BANCÁRIO. Data crédito: 22/12/2014 - R\$ 1687.50

Restrições

Descrição	Situação
APRESENTAR DOCUMENTO COMPROBATÓRIO DOS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO: CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CÓPIA DO CARTÃO BANCÁRIO OU CÓPIA DO CABEÇALHO DO EXTRATO BANCÁRIO.	Resolvido

[Mais Informações](#)[Virtual Informática para Seguros](#)