

PROCURAÇÃO

Outorgante(s):

Nome: FRANCISCO GOMES DA COSTA FILHO	
Nacionalidade: BRASILEIRA	Estado Civil: SOLTEIRO
RG: 2003010310008 Órgão Emissor: SSP-CE Data da Emissão:	
CPF: 014.263.293-77 Profissão: AUTÔNOMO	
Endereço: AV. PROF. JOSÉ ARTHUR DE CARVALHO, 1962 A	
Bairro: LAGOA REDONDA	Cidade/UF: FORTALEZA/CE CEP: 60.831-370

Outorgado (s):

JOSÉ ORISVALDO BRITO DA SILVA, brasileiro, advogado inscrito na OAB/CE 21.292 A e **ANA CLAUDIA MAIA DE ALENCAR**, brasileira, advogada, inscrita na OAB/CE 6994, ambos com escritório na Av. Santos Dumont, 1740, sala 905, Aldeota – Fortaleza – CE.

Poderes:

Os da cláusula ad judícia e et extra e os especiais para promover o processo do Seguro Obrigatório DPVAT, contra quem de direito, podendo para tanto, transigir, desistir, acordar, discordar, conciliar, requerer e receber alvará judicial, passar recibo, dar quitação, enfim praticar todos os atos necessários, inclusive substabelecer.

Fortaleza, 13 de JUNHO de 2019.

FRANCISCO GOMES DA COSTA FILHO

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Declarante: FRANCISCO GOMES DA COSTA FILHO		
Nacionalidade: BRASILEIRA	Estado Civil: SOLTEIRO	
RG: 2003010310008	Órgão Emissor: SSP-CE	Data da Emissão:
CPF: 014.263.293-77	Profissão: AUTÔNOMO	
Endereço: Av. Prof. José Arthur de Carvalho, 1962 A		
Bairro: LAGOA REDONDA	Cidade/UF: FORTALEZA/CE	CEP: 60.831-370

DECLARA, com a presente, sob as penas da Lei, para fins de prova junto ao Juízo competente, e a quem por competente distribuição couber o julgamento da lide, que não possui condições financeiras para arcar com o ônus processual, estando nas exatas condições da Lei n°. 1.060/50, carecendo, pois, dos auspícios da GRATUIDADE DE JUSTIÇA para promover Ação de Indenização e/ou Cobrança.

Fortaleza, 13 de JUNHO de 2019.

FRANCISCO GOMES DA COSTA FILHO

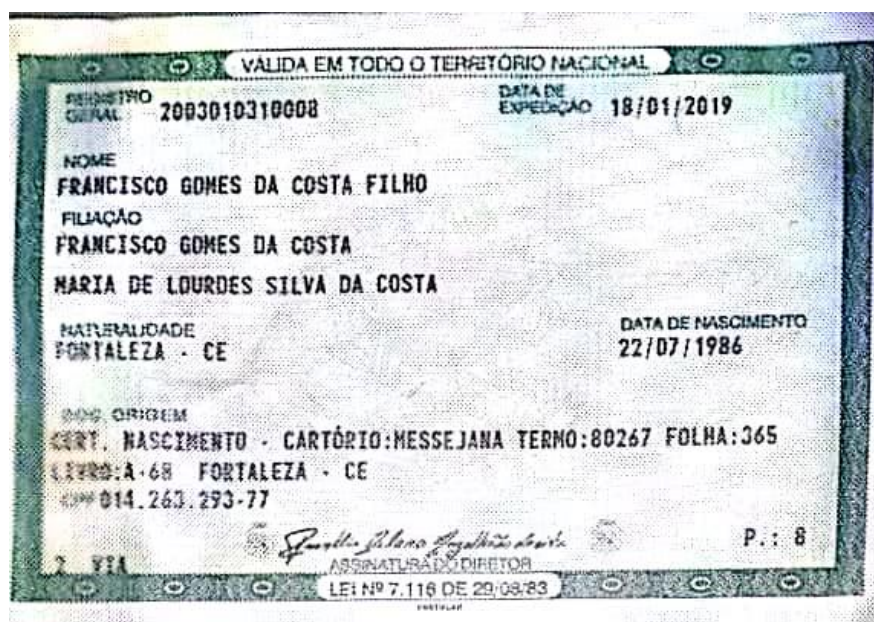
JOSÉ ORISVALDO BRITO DA SILVA,

brasileiro, advogado inscrito na OAB/CE 21.292 A, e **ANA CLAUDIA MAIA DE ALENCAR**, brasileira, advogada, inscrita na OAB/CE 6.994 ambos com escritório na Av. Santos Dumont, 1740, sala 905, Aldeota – Fortaleza – CE, declaramos para os devidos fins de direito, que não estamos cobrando honorários advocatícios antecipadamente do(a) autor(a), ressaltando os honorários de sucumbências.

Fortaleza, 13 de JUNHO de 2019.

Ciente:

FRANCISCO GOMES DA COSTA FILHO





Nº de Inscrição:

008685932

DADOS DO CLIENTE

Nome: MARIA DE LURDES SILVA DA COSTA

End. Leitura: AV PRO JOSE ARTHUR DE CARVALHO, 1962, A, LAGOA REDON

Cidade: FORTALEZA

CEP: 63109-670

End. Entrega:

Cidade:

CEP:

Local: 001

Setor: 051

Quadra: 0241

Lote: 0129

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)
ÁGUA	A18N107730	44	45	2	4

DATAS

Leitura Atual: 05/01/2019

Emissão: 05/01/2019

Lacre Água: 9999

Leitura Anterior: 05/12/2018

Próxima Leitura: 05/02/2019

Lacre Esgoto:

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 11/2018

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Exigidas	533	533	126	533	533
Analisadas	531	531	531	531	531
Em conformidade	507	525	506	492	531

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

MÉDIA DE CONSUMO (OUT/14 A SET/15): 9 m³ | META: 10 m³.

Constatamos débito de R\$ 25,10. Caso pago, desconsiderar.

DIGITE ARCE NA PLAY STORE E BAIXE O APLICATIVO DA ARCE.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

	Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME		
ÁGUA		Mês/Ano	Água (m³)	Esgoto (m³)
JUROS DE 0,033% AO DIA	24,40	dez/18	3	0
MULTA DE 2%	0,03			
	0,49			

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO

Descrição	Valor (R\$)	SUBSÍDIO	Valor (R\$)
PIS	0,23	Descrição	
COFINS	1,19	VALOR DO SERVIÇO	39,22
		VALOR DO SUBSÍDIO	14,30
		VALOR TOTAL A PAGAR	24,92

MÊS/ANO
01/2019VENCIMENTO
18/01/2019TOTAL A PAGAR (R\$)
24,92

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Declarante: FRANCISCO GOMES DA COSTA FILHO		
Nacionalidade: BRASILEIRA	Estado Civil: SOLTEIRO	
RG: 2003010310008	Órgão Emissor: SSP-CE	Data da Emissão:
CPF: 014.263.293-77	Profissão: AUTÔNOMO	
Endereço: AV. PROC. JOSÉ ARTHUR DE CARVALHO, 1962 4		
Bairro: LAGOA REDONDA	Cidade/UF: FORTALEZA/CE	CEP: 60.831-370

Declara para devidos fins de direito e a quem possa interessar que reside no endereço acima declarado, porém não possui comprovante de residência em seu nome.

Fortaleza, 13 de JUNHO de 2019

Francisco Gomes da Costa Filho

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Declarante: FRANCISCO GOMES DA COSTA FILHO		
Nacionalidade: BRASILEIRA	Estado Civil: SOLTEIRO	
RG: 2003010310008	Órgão Emissor: SSP-CE	Data da Emissão:
CPF: 014.263.293-77	Profissão: AUTÔNOMO	
Endereço: Av. Prof. José Arthur de Carvalho, 1962 A		
Bairro: LAGOA REDONDA	Cidade/UF: FORTALEZA / CE	CEP: 60.831-370

Declaro para devidos fins de direito e a quem possa interessar que assumo de forma plena, única e integral, a responsabilidade por toda documentação acostada ao processo judicial, bem como pelos fatos narrados neste.

Desta forma, isento o escritório José Brito Advogados representado através dos Advogados José Orisvaldo Brito da Silva, inscrito na OAB/CE 21.292 A e Ana Cláudia Maia Alencar, inscrita na OAB/CE 6994, com endereço na Avenida Santos Dumont, 1740, sala 905, Aldeota, Fortaleza /CE, de toda e qualquer responsabilidade jurídica (cível, criminal, tributária, previdenciária) e/ou administrativa, no que tange a autenticidade, litispendência (existência de processo com os mesmos documentos e/ou dados) e veracidade dos fatos narrados e descritos em mencionados documentos, assumindo única e exclusivamente estas responsabilidades sobre tais informações.

"As informações contidas no processo indenizatório DPVAT são de responsabilidade do beneficiário, sendo o mesmo informado que a comunicação de fato não ocorrido ou inexistente é crime punível na forma da lei – Art. 339 e 340 do CPB."

Ciente de meus direitos e obrigações, bem como da validade do mencionado documento, firmo o presente, o qual passa a valer a partir desta data.

Fortaleza, 13 de JUNHO de 2019.

FRANCISCO GOMES DA COSTA FILHO



BOLETIM DE Ocorrência Nº 301 - 3810 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **29/08/2018 13:07:58**
Data / Hora da Ocorrência: **29/07/2018 22:00:00**
Endereço da Ocorrência: **AVENIDA NELSON COELHO**
Complemento:
Bairro: **CURIO** Município: **FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência:



Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **FRANCISCO GOMES DA COSTA FILHO**
Nascimento: **22/07/1986** CPF: **014.263.293-77**
RG: **2003010310008** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **MARIA DE LOURDES SILVA COSTA**
FRANCISCO GOMES DA COSTA
Endereço: **RUA PROFESSOR JOSÉ ARTUR DE CARVALHO , 1962**
Bairro: **LAGOA REDONDA**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98759-4449**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **HWL2089** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi:
9C2MD34005R001537 Renavam: **841384797** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/XR 250 TORNADO** Ano
Fabricação: **2004** Ano Modelo: **2005** Combustível: **GASOLINA** Cor:
PRETA Proprietário: **ANDRE LUIZ SILVA COSTA** Situação: **NÃO**
INFORMADO Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

QUE, COMPARECE A ESTA ESPECIALIZADA A FIM DE REGISTRAR QUE, NA DATA CITADA, TRANSITAVA NA GARUPA DA MOTO DE PLACA HWL-2089 QUE ERA PILOTADA POR RAFAEL SILVA DA COSTA DE CNH NUMERO 04177561355 NA AV. NELSON COELHO QUE AO PASSAR POR UM QUEBRAMOLAS A VITIMA PERDEU O EQUILIBRIO E CAIU DA MOTO EM MOVIMENTO, FICANDO A VITIMA LESIONADA SENDO SOCORRIDA PARA O INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA 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: FRANCISCO GOMES DA COSTA FILHO

VISTO DO DELEGADO(A) :

JOSE RODRIGUES JUNIOR - MAT.: 126788-1-9

Registro de Atendimento Emergencial

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL						DATA/HORA: 29/07/2018 23:20:36	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE							
CNS: 702600763847947	NOME: FRANCISCO GOMES DA COSTA FILHO			Registro: 5573560			
CPF: 01426329377	RG:	D. NASC: 22/07/1986	ESTADO CIVIL:	SEXO: M	RAÇA/COR:		
NOME DA MÃE: MARIA DE LOURDES SILVA DA COSTA			NOME DO PAI: FRANCISCO GOMES DA COSTA				
TIPO DE LOGRADOURO: Avenida	ENDEREÇO DO PACIENTE: PROFESSOR JOSE ARTHUR DE CARVALHO		Nº: 1962	BAIRRO: LAGOA REDONDA			
COMPLEMENTO:	TELEFONE: 967594449	MUNICÍPIO: FORTALEZA	UF: CE	CEP: 60831370			
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL							
NOME: IZINAI MEIOS PRÓPRIOS		PARENTESCO: ESPOSA		TELEFONE: 967594449			
ACIDENTE DE TRABALHO							
TIPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:		COSIDO DO CNAER:			
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO							
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com automóvel / microônibus (acidente de carro). Ocupante de um auto traumatizado em acidente de transporte sem colisão. Inclui: capotamento, queda							
QUEIXAS: queda de moto tce moderado							
OBSERVAÇÕES: tce							
SINAIS VITAIS							
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Pública	Escala de Dor: Moderado		PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: LARANJA				
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO: CLÍNICO GERAL							
ATENDIMENTO MÉDICO							
Anamnese:							
<i>Acidente de moto, a álcool, a esquerda. Tem</i>							
Exame Físico:							
<i>um abito um pou lateral e de moto, máximo no</i>							
Conduta:							
<i>alto. Tem dor no local.</i>							
TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:							
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:							
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:							
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:					
29/07/18							

no momento, abito e respiratório.

sur. nível

si digno.

Ald: nolu

ext. nuf;

Od: Tce + Tdx + Vy



PARECER MÉDICO - ESPECIALIDADE: Neuro Data: / / às : h

TCC, ECGAS, NEURO NORMAL, TCC NORMAL, SEM DÉFICITE
NEGA CEREBRALGIA / DORSALGIA / LOMBALGIA

CONDUTA: AZEDONE

Diogo Varela Mata
Neurocirurgia
CRM 9548

ASSINATURA/CARIMBO MÉDICO:

PARECER MÉDICO - ESPECIALIDADE: Traumatologia

Data: / / às : h

De acordo com o exame
do paciente

CONDUTA: Exame

Dr. Carlos Roberto
CRM:
ASSINATURA/CARIMBO MÉDICO:

PARECER MÉDICO - ESPECIALIDADE: Neurologia

Data: / / às : h

Receita de Ac de moto. Lesão extensa por orbitária
Abundante, S/VMG, Escoriações em face FAST ⊖

CONDUTA: FAST OBS C. geral

Dr. Marcos Costa
CRM:
ASSINATURA/CARIMBO MÉDICO:

PARECER MÉDICO - ESPECIALIDADE: BMF

Data: 30/07/18 às 01:25

Por vítimas de Traumas em Face, evolui orientado, consciente e eupneico. Ao exame físico, apresenta escoriações em face, contusões ósseas mastóides e sem sinais de fraturas dentárias ou maxilares.

CONDUTA: 1) Ex. BMF. 2) Sinais no mento.

Dr. Moisés João Baptista
CRM:
ASSINATURA/CARIMBO MÉDICO:
Bucco-maxilo-facial
Residente RGF - CRO-CE 9621

Prescrição Médica

- Medic. 300
- Ph. 500 ml EV, 1ml, agora
- SFO 91. 2000 ml EV, 28 gotas/min
- Vit. B12, dig. T. Mamel 50 mg + 100 ml AR EV, 1ml, agora (2ml e até 8184)
- De anti oc: 18 ml AR EV, até 8184 W
- VAT 01 dose IM
- Profenid 100 mg + 100 ml AR EV, agora (2ml)

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Sinais Vitais/MT (h) SN
P.A:
T:
FC:
FR:

DESTINO - TRANSFERÊNCIA / ALTA

☐ Transferência ☐ Internação ☐ Alta Médica ☐ Alta à pedido ☐ Evidência

Data: / / às : h Ass./Carimbo Médico:

ÓBITO

Antes dos Primeiros Socorros: ☐ Sim ☐ Não

Data: / / às : h

Destino do corpo: ☐ PEFOCE ☐ SVO ☐ FAMÍLIA(D.O) Ass./Carimbo Médico:



INSTITUTO Dr. JOSÉ FROTA
"24 hora de proteção à vida"



Prefeitura de
Fortaleza

fls. 16

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Paciente: FRANCISCO GOMES DA COSTA FILHO		ID Paciente: 5573560
Data de Nascimento: 22/07/1986	Idade: 32 anos	Sexo: M
Médico Solicitante: GILNARD CAMINHA		Data do Exame: 30/07/2018

LAUDO

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO – URGÊNCIA

Exame realizado em tomógrafo multislice com aquisição volumétrica do crânio, sem administração de contraste iodado:

- Parênquima encefálico com valores de atenuação preservados
- Dilatação do Sistema ventricular supratentorial
- Linha média centrada.
- Cisternas preservadas
- Fossa posterior sem alterações significativas
- Não evidenciado hematoma extra-axial
- Não evidenciado traço de fratura craniana.

SILVANA PINHEIRO
CRM 3914

SINISTRO 3190048937 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA FRANCISCO GOMES DA COSTA FILHO

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO Comprev Previdência S/A-Filial Fortaleza-CE

BENEFICIÁRIO FRANCISCO GOMES DA COSTA FILHO

CPF/CNPJ: 01426329377

Posição em 23-01-2019 23:28:16

Seu pedido de indenização foi negado. Enviamos carta, para seu endereço, com mais informações sobre a conclusão da análise do seu processo.