

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Robson Corderio dos Santos, brasileiro, solteiro, autônomo
sem endereço eletrônico, inscrito no Rg 2008747069
CPF. 043.203.413-76 residente Rua José Mariano, 465
Jurema - Caucaia - Cep 61654-125

OUTORGADO: Nomeia e constitui como bastante procurador para defender seus direitos fundamentais e interesses jurídicos, Dr. **FRANCISCO WAGNER BARBOSA DE ALENCAR FILHO**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/CE sob o nº 29.811 e a Dra. **SARAH BASTOS DE ALENCAR**, brasileira, solteira, advogada, inscrita na OAB/CE 33.781, ambos com escritório profissional na Avenida Desembargador Moreira, nº 2120, sala 1304, Bairro Aldeota, na Cidade de Fortaleza, no Estado Ceará, recebendo a comunicação de quaisquer atos processuais neste endereço.

PODERES: Por este instrumento particular de mandato, o OUTORGANTE confere aos OUTORGADOS plenos poderes para o foro em geral, com a cláusula *ad judicium et extra*, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defende-lo nas contrárias, seguindo uma e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando, conferindo-lhe, ainda, os poderes especiais para *receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, receber, dar quitação, firmar compromisso e assinar declaração de hipossuficiência econômica*, conforme estabelecido no Art. 105 do Código de Processo Civil (Lei 13.105/2015), agindo em conjunto ou separadamente, podendo ainda substabelecer esta a outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, enfim, praticar todos os atos processuais que ache oportuno e conveniente para o fiel cumprimento deste mandato, dando tudo por bom, verdadeiro, firme e valioso.

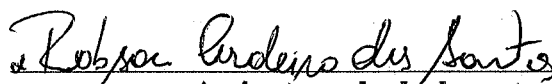
Fortaleza, 01 de 08 de 2019.

Robson Corderio dos Santos
OUTORGANTE

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Declaro, também, para os devidos fins, ser pobre, na forma e sob as penas da Lei nº 7.115/83, não podendo, assim, arcar com as despesas advindas desse processo sem que haja prejuízo do sustento meu e de minha família.

Fortaleza - CE, 01 de 08 de 2019.


Assinatura do declarante

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
ROBSON CORDEIRO DOS SANTOS

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
20087470769 SSPDS CE

CPF
043.203.413-76

DATA NASCIMENTO
26/05/1990

FILIAÇÃO
IMACULADA CORDEIRO DOS SANTOS

PERMISSÃO
ACC
CAT. HAB
AB

Nº REGISTRO
06142970258

VALIDADE
29/01/2019

1ª HABILITAÇÃO
07/08/2014

OBSERVAÇÕES
EXERCE ATIV REMUNERADA;

Robson Cordeiro dos Santos
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
FORTALEZA, CE

DATA EMISSÃO
15/09/2015

Igor Vasconcelos Ponte
ASSINATURA DO EMISSOR

71664094686
CE149655150

PROIBIDO PLASTIFICAR
1158309332

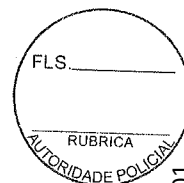
VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1158309332

INTERPRINT LTDA



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DO 18. DISTRITO POLICIAL

fls. 16



Impresso nº 2018130876

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 118 - 3653 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **04/10/2018 15:41:18**
Data / Hora da Ocorrência: **21/07/2018 09:36:00**
Endereço da Ocorrência: **AVENIDA SÃO VICENTE DE PAULA**
Complemento: **APROX. AO NUMERAL 145**
Bairro: **ARATURI** Município: **CAUCAIA/CE**
Ponto de Referência: **POSTO DE GASOLINA IPIRANGA**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **ROBSON CORDEIRO DOS SANTOS**
Nascimento: **26/05/1990** CPF: _____
RG: 463642247 Orgão Emissor: **SSP** UF: _____
Filiação: **IMACULADA CORDEIRO DOS SANTOS**
NC
Endereço: **RUA PONTE NOVA, 104 ALTOS**
Bairro: **JUREMA**
Município: **CAUCAIA/CE** CEP: _____
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 8699-8066**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: HYO5752 Uf: CE Município: CAUCAIA Chassi: 9C2JC30707R110762 Renavam: 913609056 Tipo do Veículo: MOTOCICLETA Marca / Modelo: HONDA/CG 125 FAN Ano Fabricação: 2007 Ano Modelo: 2007 Combustível: GASOLINA Cor: PRETA Proprietário: ROBSON CORDEIRO DOS SANTOS Situação: NÃO INFORMADO Envolvimento: ENVOLVIDO

Histórico

Informa o declarante que no dia, horário e local supramencionados estava trafegando em seu veículo de placa HYO 5752, que neste momento outro veículo que segundo o declarante seria uma motocicleta não sabe informar modelo nem placa, ultrapassou o mesmo e veio a frear bruscamente seu veículo, que em virtude de tal ação o declarante desequilibrou tombando no meio da via, que em seguida foi amparado por uma viatura da polícia militar; QUE só recebeu atendimento médico no dia seguinte 22/07/2018, pois o declarante achou que nada de grave tinha acontecido, mas no dia seguinte o mesmo alega ter tido um inchaço muito grande no tornozelo direito, fato esse que o fez procurar um atendimento médico no Hospital Doutor Abelardo Gadelha da Rocha, que segundo o mesmo o médico teria dito que seu tornozelo havia sido fraturado; QUE o declarante fez a indicação de duas testemunhas de nomes RENATA GONÇALVES SOUSA E MARIA SALETE ANDRADE MACIEL, e as mesmas se propuseram a cooperar no que for preciso, pois segundo o declarante ambas presenciaram os fatos. QUE NADA MAIS DISSE...////

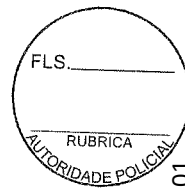


GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA DO 18. DISTRITO POLICIAL

fls. 17



Impresso nº 2018130876

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 118 - 3653 / 2018

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 23. DISTRITO POLICIAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

VICTOR CASTELO BRANCO DE OLIVEIRA COSTA - MAT.: 30118693

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Rafaela Caroline dos Santos

VISTO DO DELEGADO(A) :

JOSE JESUITA BARBOSA FILHO - MAT.: 133545-1-X

FRANCISCO MARDÔNIO SALMITO DE ALMEIDA

ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CREMEC - 4411 - CPF: 122.369.423-20

RELATÓRIO MÉDICO

Relato, para os devidos fins, junto ao DPVAT, que o Sr.(a):

Robson Condeias dos Santos

vítima de acidente de trânsito, em 21/07/2018, sofreu:

*Proxus do tornozelo direito
CID- S82.5*

e submeteu-se a tratamento(s): *Furoclonaz Bisco
Furo Trauma, medicação.*

encontra-se de alta clínica, e apresenta invalidez permanente com grau de incapacidade funcional irreversível de:

*Diminuição de amplitude, edema crônico
limitado movimento ao flexão
do tornozelo. Alonga da articulação
nancas claudicante. de qualificação
de deambulação. Nos articular
movimento, com com o joelho
comprometido funcional.
perda de do deduto
do meio articular*

26,19 %

Dr. Francisco Mardônio Salmito de Almeida

Rua Guilherme Rocha, 1201 - Centro - Fortaleza - Ceará.

01 - Trauma



GOVERNO MUNICIPAL DE CAUCAIA
SECRETARIA DE GESTÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE
COORDENAÇÃO DE REDE HOSPITALAR

SINAIS VITAIS			
Horário:			
PA:			
Temper:			
Peso:			
Estat.:			

FICHA DE ATENDIMENTO EXTERNO DE EMERGÊNCIA

Data: 22/07/18	Horário: 7:55	Paciente chegou:	☐ Andando ☐ Ambulância	☐ Automóvel ☐ Outros
Paciente: ROBSON CONDOMINHO DOS SANTOS				
Nome da Mãe: IMACULADA C. DOS SANTOS				
Idade: 28	Sexo: M	Data de Nascimento: 26/05/90	Identidade: 20087470769	Telefone p/ contato: 9869
Endereço (Rua, nº): R. PONTE NOVA VZ 104				
Bairro: JUAZEIRO	Cidade: CAUCAIA	Estado: CE	Nome do Funcionário S. 1501	

PROCEDIMENTOS	OUTROS	TIPOS DE ATENDIMENTO
		Clinica Médica
		Clinica Pediátrica
		Clinica Cirúrgica
		Clinica Obstétrica
		Traumato / Ortopedia

História Clínica:

• CONTATADO EM QTEM
• SEM E SINTOMAS
• EX AMBULANCIA EX MAL MEDICO EL DESNO;
• FALTA DE

#PRIME + RET 10D

Diagnóstico: FX TVE (D) 0301060190

EXAMES SOLICITADOS

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____

Assinatura e Carimbo do Profissional Responsável:

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIOS	OBSERVAÇÃO
	1) CECOPROFES 100MG IM	08:20	

Dr. Leandro Rêgo
20 JUL. 2018

MEMEC: 12124

☒ Alta	DESTINO DO PACIENTE		DATA SAÍDA
☐ Transferência	☐ Óbito		
Motivo do Óbito:			

Assinatura do Paciente ou Responsável: Robson Condino dos Santos

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por SARAH BASTOS DE ALENCAR e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, em 14/08/2018 às 15:01. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/flastdigital/paginar/ConferenciaDocumento.do, informe o processo 0162726-12.2018.0000000-1 e código 4EE8818.

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 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3180523483 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA ROBSON CORDEIRO DOS SANTOS

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO INVESTPREV Seguradora S/A-Filial Fortaleza - CE

BENEFICIÁRIO ROBSON CORDEIRO DOS SANTOS

CPF/CNPJ: 04320341376

Posição em 07-06-2019 00:01:02

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi negado, pois não recebemos a documentação complementar que foi solicitada em nossa última correspondência.