

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Jose Newton Barcelos de Paiva, brasileiro solteiro
autônomo, inscrito no Rq 91.001.002.990, CPF 544.659.903-91
sem endereço eletrônico, residente na rua Alberto
de Oliveira, 567, Barra do Ceará, Fortaleza/ce
cep: 60330-530

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, 22 de 08 de 2019.

• JOSE NEWTON BARCELOS DE PAIVA
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, 22 de 08 de 2019.

JOSE NEWTON RANCIOS DE PAIVA

Assinatura do declarante

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTERIO DAS CIDADES	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO	
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO	
NOME JOSE NEWTON BARCELOS DE PAIVA	
	DOC. EMISSOR / ORG. EMISSOR UF 91001002990 SSP CE
	CPF 544.659.903-91
	DATA NASCIMENTO 02/03/1973
FUNCAO FRANCISCO CAMILO DE PAIVA MARIA ALBUQUERQUE BARCELOS DE PAIVA	
PERMISSAO ACC CATNA AD	
Nº REGISTRO 03475633922	
VALIDADE 03/11/2019	
1ª HABILITACAO 12/01/2005	
OBSERVAÇÃO SEM OBSERVAÇÃO	
ASSINATURA DO PORTADOR JOSE NEWTON BARCELOS DE PAIVA	
LOCAL FORTALEZA, CE	
DATA EMISSAO 05/11/2014	
ASSINATURA DO EMISSOR 25515102931 CE144504693	

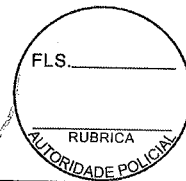
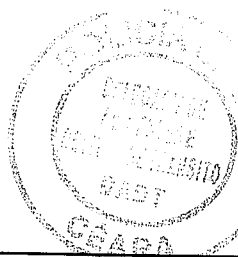


GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO



fls. 17

BOLETIM DE Ocorrência Nº 301 - 3246 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Data / Hora da Comunicação: **27/07/2018 13:04:05**

Data / Hora da Ocorrência: **02/07/2018 17:10:00**

Endereço da Ocorrência: **RUA PEREIRA FILGUEIRAS C/RUA RUI BARBOSA**

Complemento:

Bairro: **ALDEOTA**

Município: **FORTALEZA/CE**

Ponto de Referência: **ESQ TEM UMA FARMACIA**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **JOSE NEWTON BARCELOS DE PAIVA**

Nascimento: **02/03/1973** CPF: **544.659.903-91**

RG: **91001002990**

Orgão Emissor: **SSP**

UF: **CE**

Filiação: **MARIA ALBUQUERQUE BARCELOS DE PAIVA**

FRANCISCO CAMILO DE PAIVA

Endereço: **RUA ALBERTO DE OLIVEIRA, 567**

Bairro: **BARRA DO CEARA**

Município: **FORTALEZA/CE**

País: **BRASIL**

CEP: **60.330-530**

Telefone: **(85) 98759-1860**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **OIK2855** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi:

3VWDJ2166CM138542 Renavam: **476228034** Tipo do Veículo:

AUTOMOVEL Marca / Modelo: **I/VW JETTA 2.0** Ano Fabricação: **2012**

Ano Modelo: **2012** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **BRANCA**

Proprietário: **ARYSA CAVALCANTE GONCALVES** Situação: **NÃO**

INFORMADO Envolvimento: **COLISAO**

2) Placa: **OSV4745** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi:

9C2KD0540ER010706 Renavam: **589575856** Tipo do Veículo:

MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/NXR150 BROS ESD** Ano

Fabricação: **2013** Ano Modelo: **2014** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**

Cor: **PRETA** Proprietário: **JOSE NEWTON BARCELOS DE PAIVA**

Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

AFIRMA O DECLARANTE QUE NA DATA, HORA E LOCAL CITADOS; QUE, PILOTAVA A MOTOCICLETA DE SUA PROPRIEDADE DE PLACA OSV-4745-CE; QUE TRAFEGAVA PELA RUA PEREIRA FILGUEIRAS; QUE UM OUTRO VEICULO DE PLACAS OIK-2855, QUE AVANÇOU A O SEMÁFORO NO VERMELHO, VINDO A OCASIONAR A COLISÃO COM A MOTO DA VITIMA NA VIA; QUE, APÓS O IMPACTO, A VITIMA FOI AO SOLO E FICOU LESIONADA; QUE, O CAUSADOR DO ACIDENTE EVADIU-SE DO LOCAL; QUE, A VITIMA FOI SOCORRIDA POR MEIOS PRÓPRIOS, E FOI TER ATENDIMENTO NO HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE; QUE A VITIMA REGISTROU UM B.O Nº111-5230/2018 COM A NATUREZA DO FATO: DANO, PARA OUTROS FINS. E NADA MAIS DISSE.// OBS:FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO ART. 340 DO CPB. PRAZO PREVISTO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL:6 MESES.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 2. DISTRITO POLICIAL



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

fls. 18

FLS.

RUBRICA

AUTORIDADE POLICIAL

BOLETIM DE Ocorrência N° 301 - 3246 / 2018

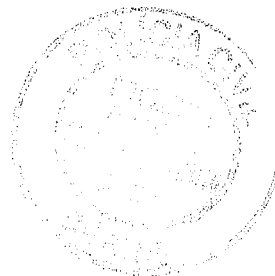
RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

CRISTIANO ALEX NOGUEIRA DA SILVA - MAT.: 300518-1-5

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: JOSE NEWTON BARCELOS DE PRIN

VISTO DO DELEGADO(A) :

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





Nº de inscrição
001670247

DADOS DO CLIENTE

Nome: JOSE NEWTON BARCELOS DE PAIVA
End. Leitura: RU ALBERTO DE OLIVEIRA, 567, BARRA DO CEARA
Cidade: FORTALEZA
End. Entrega:
Cidade:
Local: 001 Setor: 0-14 Quilômetro: 0520 Lote: 0175 CEP: 60330-530
Subsetor: 00 Subquilômetro: 00 Comp: 0000

ECONOMIAS

Residência: 001 Comercial: 000 Industrial: 000 Párea: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volumen(m³)	Média Semestral(m³)
AGUA	R07F291187	414	419	5	5

DATAS

Leitura Atual: 22/06/2018 Emissão: 22/06/2018 Lacre Água: 346079
Leitura Anterior: 24/05/2018 Próxima Leitura: 21/07/2018 Lacre Espetro:

QUALIDADE DA AGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 04/2018

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Edifícios	533	533	128	533	533
Análises	543	513	543	541	541
Em conformidade	533	533	531	512	541

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

MEDIA DE CONSUMO (OUT/14 A SET/15): 10 m³ | META: 10 m³.
Agradecemos sua pontualidade. Água tratada e saudável.
DIGITE ARCE NA PLAY STORE E BAIXE O APLICATIVO DA ARCE.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUMEN
AGUA	24,40	
ESGOTO	24,40	
		Agua (m³) Esgoto (m³)
		JUN/17 8 10
		JUL/17 6 9
		AGO/17 3 9
		SET/17 2 9
		OUT/17 2 9
		NOV/17 1 10
		DEZ/17 4 10
		JAN/18 11 10
		FEV/18 7 10
		MAR/18 4 10
		ABR/18 4 10
		MAI/18 3 10

Tributos sobre o Faturamento

Tributo	Valor (R\$)	SIMPLIFICADO	Valor (R\$)
PIS	0,46	VALOR DO SERVIÇO	75,70
COFINS	2,33	VALOR DO SUBSÍDIO	26,90
		VALOR TOTAL A PAGAR	48,80

MES/ANO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
06/2018	10/07/2018	48,80

I: 352623054195097 L: 3285 H: 12:24:55 R: 108 P: 001



É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme resoluções das Agências Reguladoras.

Mais informações pelo telefone: 0800 275 0198, nas horas de atendimento, de 8h às 17h, no site www.cagece.com.br ou na ouvidoria da Cagece: 3101.1918, de 8h às 12h e 13h às 17h. Ouvidoria estadual: 155. Site da ARCE: www.arce.ce.gov.br.
Entidades Reguladoras: Fortaleza: ACFOR – Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental; (0800 205 3818). Demais localidades: ARCE – Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará: 0800 275 2638.



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):

Jon Newton Boncelor de Paula

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

fractura de fêmur no membro inferior direito e fratura de rádio e ulna no membro superior direito.

e submeteu-se a tratamento(s):

Fracturas do cotovelo e fratura de rádio e ulna.

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

Dor e desconforto no membro inferior direito, dificuldade de locomoção, rigidez e congestão no membro inferior direito, restrição de movimento com dor.

Dor e desconforto no membro superior direito, restrição de movimento com dor e rigidez do membro superior direito.

Procedimento cirúrgico

05/11/18

Dr. Francisco Mardônio Salmito de Almeida

CREMEC 4411

Rua Guilherme Rocha, 1201 - Centro - Fortaleza - Ceará

Dr. Francisco Mardônio Salmito de Almeida
Ortopedia e Traumatologia

ANTONIO
PRUDENTE**HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE**AV AGUANAMBI, 1827 - FÁTIMA 3269-4001
60055-540 FORTALEZA - CE**RECEITUÁRIO MÉDICO**

Médico: FELIPE VERAS PEREIRA DE OLIVEIRA

Paciente: JOSE NEWTON BARCELOS DE PAIVA

Data do Atendimento: 02/07/2018

RECEITA

ATESTADO MEDICO

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O PACIENTE SUPRACITADO REFERE TER SOFRIDO ACIDENTE DE TRANSITO, APRESENTANDO TRAUMA CONTUSO EM GRADIL COSTAL ESQUERDO, JOELHO ESQUERDO E COTOVELO DIREITO.

CID 10: T009

~~Dr. Felipe Veras P. de Oliveira
Conselheiro de Classe
CRM 123456789~~

RP3000N

FELIPE VERAS PEREIRA DE OLIVEIRA

02/07/2018 21:22

192.85.4.101



ANTONIO
PRUDENTE

FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO
DADOS PESSOAIS

Atendimento
51876223



fls. 22

19/07/2018 16:23:33

ESTE PRONTUÁRIO É PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
8846413	JOSE NEWTON BARCELOS DE PAIVA	M	02/03/1973	45
RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil	
91001002990 SSP CE	54465990391		2-SOLTEIRO	
Endereço				
R ALBERTO DE OLIVEIRA, 567 - COLONIA, FORTALEZA(CE) CEP 60420190				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho			
987591860				

DADOS DO CONVENIO

Convenio			
22 HAPVIDA MATRIZ	1 PLANO EMP VIDA TOTAL ESP C/UTI ENFERMARIA - COLETIVO		
Carteira	Validade		
80916000037000033			

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor			
116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG			
Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento
02/07/2018	21:00		6 CONSULTA TRAUMATOLOGICA
Médico Atendente			Clinica
3130886 SAMANTA CHRISTINE GUEDES DE MEDEIROS			4-CIRURGICA
Médico Acompanhante		Peso (Kg)	Temperatura (°C)
CONFERE C/ PRONTUÁRIO  Assinatura			
CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO			

R4310RA - LEANDRO GOMES FORTE

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

Paciente: JOSE NEWTON BARCELOS DE PAIVA	Dt. Nasc.: 02/03/1973	Atendimento: 51876223	Prontuário: 884613
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Posto:	Leito: /	
Profissional(is): SAMANTA CHRISTINE GUEDES DE MEDEIROS CRM 16917 [1]	Nº: 24948303	02/07/2018	às 21:11

ANAMNESE

Queixa Principal	PCT VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO. ABDOMEN FLÁCIDO E INDOLOR NORMOCÁRDICO RX SEM PEUMO OU DERRAME CD.: ALTA DA CIRURGIA GERAL	11
Queixa Principal		
Diagnóstico Inicial	99 <CID10 NÃO AGRUPADOS>	11
CID10	R68 OUTR SINT E SINAIS GERAIS	11
Alergias	Não	11
Medicação Em Uso	Não	11
Antecedentes Patológicos Familiar	Não	11
EXAME FÍSICO		
Dispensar preenchimento de Sinais Vitais?	Sim	11
DIAGNÓSTICO		
CID10	R68 OUTR SINT E SINAIS GERAIS	11
CID10	R68 OUTR SINT E SINAIS GERAIS	11
CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE		

CONFÉRMICAÇÃO

19/08/2018

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por SARAH BASTOS DE ALENCAR e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, em 29/08/2019 às 16:37, sob o número 0167769272019. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0167769-27/2019 e código 5015847.

ANTONIO
PRUDENTE**HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE**AV AGUANAMBI, 1827 - FÁTIMA 3269-4001
60055-540 FORTALEZA - CE**RECEITUÁRIO MÉDICO**

Médico: FELIPE VERAS PEREIRA DE OLIVEIRA

Paciente: JOSÉ NEWTON BARCELOS DE PAIVA

Data do Atendimento: 02/07/2018

RECEITA**USO ORAL**

1. FLANCOX 500MG-----01 CX

TOMAR 1 COMPRIMIDO 12/12H POR 5 DIAS

USO LOCAL

2. ACHEFLAN SPRAY_____01 TUBO

APLICAR 3X/DIA NO LOCAL DOLOROSO

3. COMPRESSA DE GÉLO 15 MINUTOS 3-4X/DIA

Dr. Felipe Veras P. de Oliveira
Ortopedia Podiatria e Alergias do P.
CREMPC 12845 TCM 14739

RP3000N

FELIPE VERAS PEREIRA DE OLIVEIRA

02/07/2018 20:57

192.85.4.101

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

02/07/2019 20:58

Paciente: JOSE NEWTON BARCELOS DE PAIVA	Dt. Nasc.: 02/03/1973	Atendimento: 51875080	Prontuário: 884413
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Posto:	Leito: /	
Profissional(is): FELIPE VERAS PEREIRA DE OLIVEIRA CRM 12845 [1]	Nº: 24947832	02/07/2018	às 20:55

ANAMNESE

Queixa Principal

RETORNA REFERINDO DOR EM GRADIL COSTAL ESQUERDO E HIPOCONDRIO ESQUERDO
CD: ALTA DA TRAUMA. SOLICITO AVALIACAO DA CIRURGIA GERAL PARA AVALIACAO DE TRAUMA.TORACICO E ABDOMINAL DEIXO ATESTADO E RECEITA FEITA

Queixa Principal

Diagnóstico Inicial

99 <CID10 NÃO AGRUPADOS>

CID10

T009 TRAUM SUPERF MULT NE

EXAME FÍSICO

Dispensar preenchimento de Sinais Vitais?

Sim

DIAGNÓSTICO

CID10

T009 TRAUM SUPERF MULT NE

CID10

T009 TRAUM SUPERF MULT NE

CONFERE C/ PRONTUÁRIO

Assinatura
Assinatura

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por SARAH BASTOS DE ALENCAR e Tribunal de Justiça do Estado de Ceará, protocolado em 29/08/2019 às 16:37 sob o número 0167769-27.2019.8.06.0001 e código 501E847. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0167769-27.2019.8.06.0001 e código 501E847.

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

fls. 2

Página de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

02/07/2018 19:22

Paciente: JOSE NEWTON BARCELOS DE PAIVA	Dt. Nasc.: 02/03/1973	Atendimento: 51875080	Prontuário: 8846413
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Posto:	Leito: /	
Profissional(is): FILIPE SANCHO DE MÁCEDO CRM 15158 [1]	Nº: 24944789	02/07/2018	às 19:20

ANAMNESE**Queixa Principal**

PCT VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO

REFERE DOR EM REGIÃO COSELAS A ESQUERDA, JOLEHO ESQUERDO E COTOVELO DIREITO E REGIÃO CERVICAL SOLICITO RX

Queixa Principal**Diagnóstico Inicial**

99 <CID10 NÃO AGRUPADOS>

CID10

V299 MOTOCICLISTA ACID TRANS NE

Alergias

Não

Medicação Em Uso

Não

Antecedentes Patológicos Familiar

Não

EXAME FÍSICO**Dispensar preenchimento de Sinais Vitais?**

Sim

DIAGNÓSTICO**CID10**

V299 MOTOCICLISTA ACID TRANS NE

CID10

V299 MOTOCICLISTA ACID TRANS NE

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE**CONFERE C/ PRONTUÁRIO**
Assinatura

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 3180436816 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA JOSE NEWTON BARCELOS DE PAIVA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE

INDENIZAÇÃO INVESTPREV Seguradora S/A-Filial Fortaleza - CE

BENEFICIÁRIO JOSE NEWTON BARCELOS DE PAIVA

CPF/CNPJ: 54465990391

Posição em 24-10-2018 14:33:26

Desculpe, no momento, não conseguimos localizar informações com os dados que você forneceu. Clique [Aqui](#) e nos envie um e-mail para que possamos checar melhor o seu caso. Entraremos em contato com você para informar a situação do seu pedido de indenização.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
24/10/2018	R\$ 843,75	R\$ 0,00	R\$ 843,75