



ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS – ADVOGADA - OAB/CE Nº. 34.613
ADVOCACIA: TRABALHISTA, CÍVEL, CRIMINAL E PREVIDENCIÁRIA

End. Profissional: Rua Dr. João Tomé, nº 998-A, Centro – Crateús-Ce
Cep. 63.702-885 – Celular/WhatsApp: (88) 99619 – 6396 – E-mail: deranysantos@hotmail.com

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Nome: <u>João Paulo Sousa Oliveira</u>		Nacionalidade: <u>BRASILEIRA</u>	
Estado Civil: <u>Casado</u>	Profissão: <u>Motorista</u>	Carteira de Identidade: <u>333037398</u>	
CPF nº: <u>089.870.694-10</u>	Residência: <u>Romão Pimenteira</u>		
Bairro: <u>Zona Rural</u>	Cidade: <u>Tamboril</u>	Estado/UF: <u>Ce</u>	CEP: <u>63750-000</u>

OUTORGADO: ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS, brasileira, solteira, advogada inscrita na OAB/CE sob o nº 34.613; com endereço profissional na Rua Dr. João Tomé, nº. 998-A, Centro, município de Crateús/CE, CEP nº 63.702-885; Celular/WhatsApp: (88) 99619-6396.

PODERES: Pelo presente instrumento particular de procuração, o(a) outorgante nomeia e constitui, o outorgado, seu bastante procurador, 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 SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT, 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, transigir, 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(a) outorgante, substabelecer com ou sem reservas, enfim todos os poderes necessários para o cumprimento amplo do objeto do presente mandato.

Crateús – CE., 27 de Novembro de 2014.

João Paulo Sousa Oliveira
(outorgante)



ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS – ADVOGADA - OAB/CE Nº. 34.813
 ADVOCACIA: TRABALHISTA, CÍVEL, CRIMINAL E PREVIDENCIÁRIA

End. Profissional: Rua Dr. João Tomé, nº 998-A, Centro – Crateús-Ce
 Cep. 63.702-885 – Celular/WhatsApp: (88) 99619 – 6396 – E-mail: deranysantos@hotmail.com

DECLARAÇÃO DE POBREZA

Declarante: <u>João Paulo Sousa Oliveira</u>		Nacionalidade: <u>Brasileira</u>
Residência: <u>Rovendo Pintombura</u>		Profissão: <u>Motorista</u>
CPF nº: <u>084.870.697-10</u>	RG nº: <u>333037398</u>	Estado Civil: <u>Casado</u>
Bairro: <u>Zona Rural</u>	Cidade: <u>Tamboril</u>	Estado/UF: <u>CE</u>
CEP: <u>63750-000</u>	Telefone:	

DECLARO para os devidos fins que possuo hipossuficiência financeira, não possuindo condições de arcar com custas processuais e honorários advocatícios sem prejudicar o meu sustento próprio e o de minha família, consoante o que dispõe a Lei nº 1.050/60.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

Crateús - Ce., 27 de Novembro de 2019.

João Paulo Sousa Oliveira

Declarante

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO	
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO	
NOME JOAO PAULO SOUSA OLIVEIRA	
DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF 333037398 SSDFC CE	
CPF 089.870.697-10	DATA NASCIMENTO 29/10/1980
FILIAÇÃO JOSE SECUNDINO DE OLIVEIRA IRACEMA DE SOUSA OLIVEIRA	
PERMISSÃO AB	ACC AD
Nº REGISTRO 03991743602	VALIDADE 12/03/2019
1ª HABILITAÇÃO 25/11/2006	
EXERCE ATIV REMUNERADA:	
Assinatura do Portador	
LOCAL CRATEUS, CE	DATA EMISSÃO 23/04/2014
Assinatura do Emissor	04374137145 CE140850198
DETRAN - CE (CEARA)	

[illegible]

SINISTRO 3190369659 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA JOAO PAULO SOUSA OLIVEIRA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO LIBIA

CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME

BENEFICIÁRIO JOAO PAULO SOUSA OLIVEIRA

CPF/CNPJ: 08987069710

Posição em 27-11-2019 10:01:21

O pedido de indenização está em fase final de análise na Seguradora Líder-DPVAT. Em breve, o pagamento da indenização será liberado.

Por gentileza, volte a consultar seu processo neste site dentro de 4 dias.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
25/11/2019	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE TAMBORIL
Impresso nº 2019317999



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 556 - 315 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **15/05/2019 14:29:42**
Data / Hora da Ocorrência: **11/02/2019 07:49:00**
Endereço da Ocorrência: **CIPÓ**
Complemento:
Bairro: **ZONA RURAL** Município: **TAMBORIL/CE**
Ponto de Referência: **PROX A LOCALIDADE DE PITOMBEIRA**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **JOÃO PAULO SOUSA OLIVEIRA**
Nascimento: **29/10/1980** CPF: **089.870.697-10**
RG: **333037398** Orgão Emissor: **NI** UF:
Filiação: **IRACEMA DE SOUSA OLIVEIRA**
JOSÉ SEGUNDINO DE OLIVEIRA
Endereço: **VILA PITOMBEIRA**
Bairro: **ZONA RURAL**
Município: **TAMBORIL/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 99246-8006**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: OSL5032 Uf: CE Município: TAMBORIL Chassi:
9C2KD0550DR356557 Renavam: 535049501 Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: HONDA/NXR150 BROS ES Ano
Fabricação: 2013 Ano Modelo: 2013 Combustível: GASOLINA/ALCOOL
Cor: PRETA Proprietário: ONEIDE DE SOUSA FARIAS Situação: NÃO
INFORMADO Envolvimento: ENVOLVIDO

Histórico

As informações contidas neste Boletim de Ocorrência são de inteira responsabilidade do queixoso, sendo ao mesmo informado que a comunicação de crime não ocorrido ou fato inexistente é crime punível na forma da lei (art.339 e 340 do CPB).

O declarante informa que na data acima mencionada estava conduzindo a motocicleta HONDA/NXR 150BROS ES, ANO 2013/2013, COR PRETA, PLACA OSL-5032, que está em nome de ONEIDE DE SOUSA FARIAS, e trafegava a noite pela estrada carroçal, quando derrapou e caiu no chão por cima do braço, fraturando o braço esquerdo. Narra o declarante que foi socorrido pela pessoa de nome Reginaldo, que ia passando pelo local pouco tempo depois; QUE foi levado ao Hospital São Lucas, em Crateús; Afirma que possui carteira nacional de habilitação; E nada mais disse.

TESTEMUNHA JOSE REGINALDO DA MOTA SAMPAIO (CPF: 562.024.153-04)- Morador da Rua Antonia Camelo, nº115, Centro, distrito de Sucesso, Tamboril-CE. Afirma que é amigo da vítima e que passou no local do acidente pouco tempo depois, por coincidência; QUE afirma que viu populares ao redor da vítima que estava caída no chão; QUE afirma que a vítima estava se queixando de dores no braço; Narra que levou a vítima ao Hospital São Lucas de Crateús.

TESTEMUNHA PAULO COELHO DE ARAUJO (CPF: 009.820.863-44)- Morador do Povoado Cipó, Tamboril-CE. Afirma que é amigo da vítima e que mora próximo ao local do acidente; Afirma que viu uma aglomeração de pessoas na estrada e quando se aproximou viu João Paulo caído no chão; Narra que João Paulo estava com o braço esquerdo quebrado e que foi

DELEGACIA MUNICIPAL DE TAMBORIL

Pág. 1 de 2

Consolidado em: 15/05/2019 15:00:07

Impresso em: 15/05/2019 15:00:07



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE TAMBORIL
Impresso nº 2019317999



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 556 - 315 / 2019

levado ao Hospital de Crateús pela pessoa de nome Reginaldo.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE TAMBORIL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : Camila Alves
CAMILA ALVES NASCIMENTO - MAT.: 301201-8-3

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: João Paulo Sousa

VISTO DO DELEGADO(A) : M. Lídia Bezerra Brilhante
MARIA LIDIA BEZERRA BRILHANTE - MAT.: 301254-7-9

x José Reginaldo da Mota Sampaio

x Paulo Coelho de Araújo

Impressão: 11/02/2019 08:58

Página 1

V2019001



SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO
HOSPITAL SAO LUCAS

Suia de atendimento - CONSULTORIOS

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 144150 Atendimento 0003 Nome do Paciente JOAO PAULO SOUSA OLIVEIRA

CNS 701000842953399

Guia de Autorização

Documentos(s) CPF 089.870.697-10

Estado Civil Casado(a)

Sexo Masculino

Data de Nascimento 29/10/1980

Local TAMBORIL/CE

Idade 38 Ano(s)

Pai JOSE SECUNDINO DE OLIVEIRA

Mãe IRACEMA DE SOUSA OLIVEIRA

Endereço RUA ALEXANDRE BONFIM, 100

Bairro VENANCIO

CEP 63700-000

Município CRATEUS

UF CE Telefone 88 81059580

Profissão MOTORISTA

Empresa

Cônjuge VIVIANNE FARIAS OLIVEIRA

Município CRATEUS

UF CE

Responsável VIVIANNE FARIAS OLIVEIRA

CPF do Responsável

Endereço RUA ALEXANDRE BONFIM, 100

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 11/02/2019 Hora 07:49 Convênio SUS

Profissional de Atendimento JAMIL SANCHES JORQUEIRA

Indicador de Acidente

Matrícula

CRM/UF 6945/CE

Funcionário

SILVANA VIEIRA DE OLIVEIRA MENEZES

CID

Tipo Atendimento CONSULTA ORTOPEDICA/TRAUMATO

Observação

Sala

Data/Hora Liberação 11/02/2019 08:58

Tipo de Saída Alta

Sinais Vitais

Peso (kg)

Altura (cm)

T (°C) 36

P (bpm) 85

R (mpm) 18

PA (mmHg) 160 X 99

Oximetria (%) 96

Glicemia (mg/dL)

Classificação de Risco

Classificação de Risco: VERDE Data e Hora: 11/02/2019 07:48

Responsável pela Classificação: ANA LINHARES PINTO

Relatório:

PACIENTE VÍTIMA DE QUEDA DE MOTO, REFERINDO DOR NO BRAÇO E.

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

11/02/2019 08:58:40h Responsável: JAMIL SANCHES JORQUEIRA CRM-CE 6945

PACIENTE COM TRAUMATISMO NO COTOVELO COM DOR, LIMITAÇÃO FUNCIONAL E EDEMA.

RX DO COTOVELO EM AP E P.
INTERNAMENTO

JAMIL SANCHES JORQUEIRA - CRM: 6945

Vivianne Farias Oliveira
Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: VIVIANNE FARIAS OLIVEIRA



SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO
HOSPITAL SAO LUCAS

Impressão: 27/02/2019 13:27

Página 1

Unidade de atendimento - CONSULTORIOS

DADOS DO PACIENTE

Carteirão 144150 Atendimento 0008 Nome do Paciente JOAO PAULO SOUSA OLIVEIRA
Documento(s) CPF. 089.870.697-10
Data de Nascimento 29/10/1980 Local TAMBORIL/CE
Mãe IRACEMA DE SOUSA OLIVEIRA
Bairro VENANCIO CEP 63700-000 Município CRATEUS
Cônjugue VIVIANNE FARIAS OLIVEIRA
CPF do Responsável Endereço RUA ALEXANDRE BONFIM, 100
Profissão MOTORISTA Empresa
Responsável VIVIANNE FARIAS OLIVEIRA Município CRATEUS UF CE
Telefone 88 81059580

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 27/02/2019 Hora 10:45 Convênio SUS
Profissional do Atendimento JAMIL SANCHES JORQUEIRA
Indicador de Acidente Matricula CID
CRM/UF 6945/CE Tipo Atendimento CONSULTA ORTOPEDICA/TRAUMATO
Funcionário MARIA AUXILIADORA MARTINS DE SOUZA
Observação
Sala Data/Hora Liberação 27/02/2019 13:27 Tipo de Saída Alta

Sinais Vitais	Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)	R (mpm)	PA (mmHg)	Oximetria (%)	Glicemia (mg/dL)
			36	75	18	160 X 100	98	

Classificação de Risco

Classificação de Risco: AZUL Data e Hora: 27/02/2019 10:10

Responsável pela Classificação: ANA LINHARES PINTO

Relatório:

RETORNO, TRAUMA EM BRAÇO E

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

27/02/2019 13:27:03h Responsável: JAMIL SANCHES JORQUEIRA CRM-CE 6945

revisão de fratura de cabeça de rádio

rx de cotovelo esq

retorno

Assinado digitalmente por JAMIL SANCHES JORQUEIRA
CRM 6945
HOSPITAL SAO LUCAS

JAMIL SANCHES JORQUEIRA - CRM: 6945

Assinado digitalmente por VIVIANNE FARIAS OLIVEIRA
Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: VIVIANNE FARIAS OLIVEIRA

Resumo/Sumário de alta

Paciente: JOAO PAULO SOUSA OLIVEIRA
Data de Nascimento: 29/10/1980
Idade: 38 Ano(s)
Setor: CLINICA CIRURGICA
Profissional Resp.: JAMIL SANCHES JORQUEIRA
Diagnóstico Principal:
Data: 16/02/2019

Nome da Mãe: IRACEMA DE SOUSA OLIVEIRA
Convênio: SUS
Aposento: ENFERMARIA

Prontuário: 144150
Data da Internação: 11/02/2019
Leito: 009 - 0001
CRM: 6945

Hora: 09:39

Motivo da Internação:

FRATURA DA CABEÇA DO RADIO

Conduta / Tratamento Realizado:

RESECÇÃO D CABEÇA DO RADIO

Exames Realizados:

RX COTOVELO

Plano Pós-Alta:

Tipo de Saída:

ALTA COM PREVISAO DE RETORNO PARA ACOMPANHAMENTO DO PACIENTE

Jamil S. Jorquera
CRM 6945

RESPONSÁVEL: JAMIL SANCHES JORQUEIRA - CRM-CE 6945

Antonia Derany Mourao dos Santos
Assinatura Paciente/Responsável