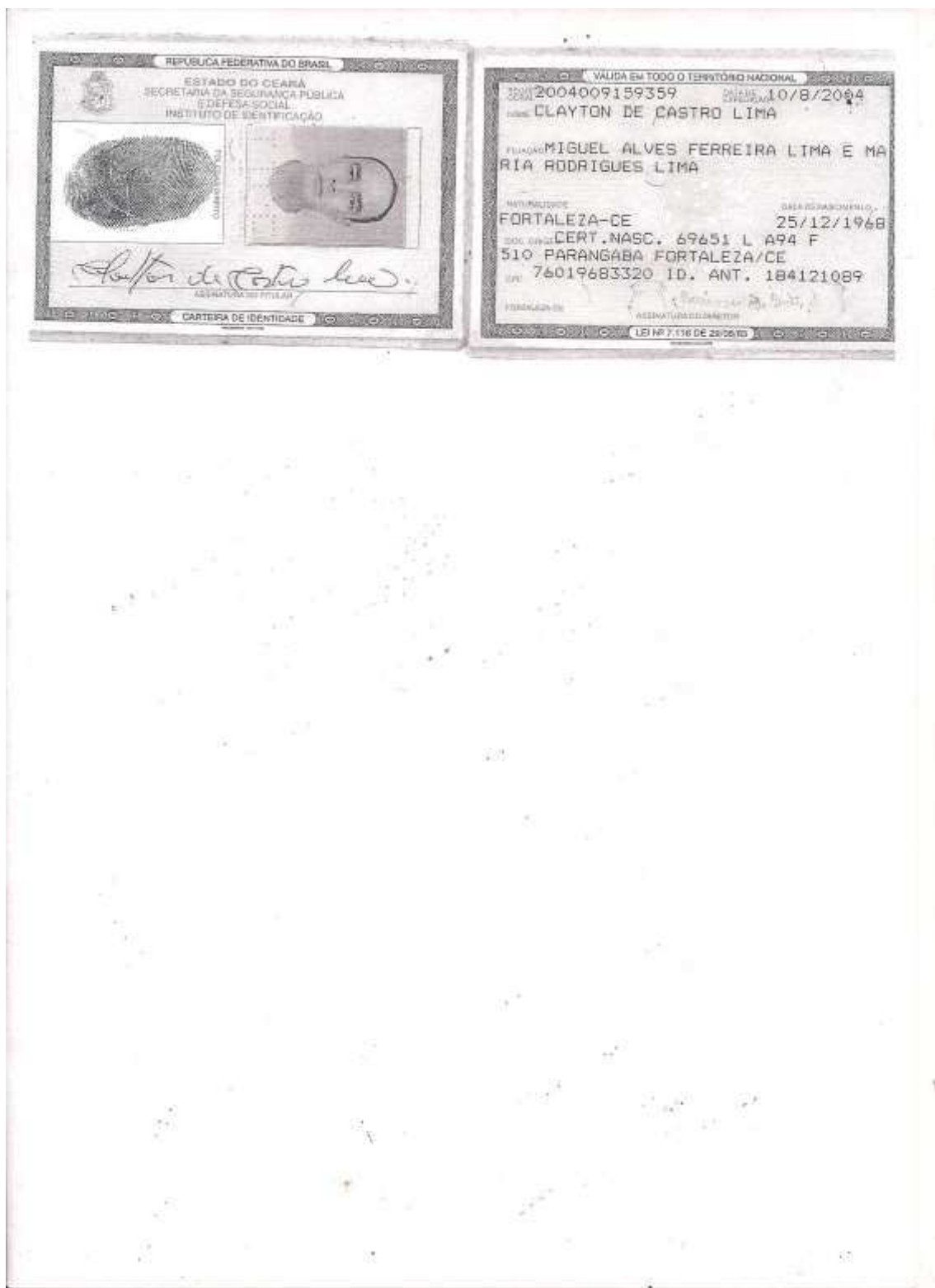


PROCURAÇÃO

Por este instrumento particular de procuração, **Clayton de Castro Lima**, brasileiro, solteiro, cabeleireiro, CI nº 2004009159359 SSPDS-CE, CPF nº 760.196.833-20, com endereço na Rua Padre José Maria Moura, nº 39, Arianopolis, Jurema, Caucaia-CE, CEP 61.656-160, **OUTORGANTE**, nomeia e constitui seu bastante procurador o Dr. **Henrique Peixoto Fontenelle**, brasileiro, casado, advogado, inscrito sob o número 9.493 na OAB/CE, com escritório nesta Capital, **OUTORGADO**, outorgando-lhe todos os poderes contidos nas cláusulas "ad judicium" e extrajudiciais, para que proceda todos os atos necessários à defesa dos seus direitos e interesses, em qualquer foro ou instância, ou onde se fizer necessário, **receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, firmar compromissos ou acordos, receber valores, receber e dar quitação, receber e dar quitação, receber alvarás, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica**, em conformidade com a norma do art. 105 da Lei 13.105/2015.

Fortaleza-CE, 02 de maio de 2018.


Clayton de Castro Lima





GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 1241 / 2017

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **03/03/2017 08:41:31**
Data / Hora da Ocorrência: **08/01/2017 19:35:00**
Endereço da Ocorrência: **AVENIDA MISTER HULL**
Complemento:
Bairro: **ANTONIO BEZERRA** Município: **FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência: **VIZINHO AO POSTO DE COMBUSTIVEL**



Dados da(s) Vitima(s)

Nome: **CLAYTON DE CASTRO LIMA**
Nascimento: **25/12/1968** CPF: **760.196.833-20**
CNH: **03806472851** Orgão Emissor: **DETRAN** UF: **CE**
Filiação: **MARIA RODRIGUES LIMA**
MIGUEL ALVES FERREIRA LIMA
Endereço: **RUA PADRE JOSE MARIA MOURA , 39** CEP: **61.656-160**
Bairro: **ARIANOPOLES**
Município: **CAUCAIA/CE**
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 3213-6316**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **OSD7750** Uf: **CE** Município: **CAUCAIA** Chassi:
8A1BB8215EL285738 Renavam: **1018708232** Tipo do Veículo:
AUTOMOVEL Marca / Modelo: **I/RENAULT CLIO EXP1016VH** Ano
Fabricação: **2014** Ano Modelo: **2014** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**
Cor: **VERMELHA** Proprietário: **CLAYTON DE CASTRO LIMA** Situação:
NÃO INFORMADO Envolvimento: **ABALROAMENTO**

Histórico

AFIRMA O DECLARANTE QUE NA DATA, HORA E LOCAL CITADOS; QUE, DIRIGIA O VEICULO DE SUA PROPRIEDADE DE PLACAS OSD-7750-CE; QUE TRAFEGAVA PELA AV. MISTER HULL, QUANDO A DIREÇÃO DO VEICULO TRAVOU E OS FREIOS NÃO FUNCIONARAM E O ACELERADOR FICOU OSCILANDO VINDO A SE CHOCAR COM UM POSTE NA VIA; QUE, COM O IMPACTO, A VITIMA FICOU LESIONADA; QUE, A VITIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU SENDO LEVADO PARA ATENDIMENTO NO IJF/CENTRO; QUE FOI REGISTRADO UM B.O. Nº 123-271/2017, PARA OUTROS FINS. NADA MAIS DISSE.//
OBS:FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO ART. 340 DO CPB.
PRAZO PREVISTO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL:6 MESES.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

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

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: *Rf. 1/5 de Outubro*

VISTO DO DELEGADO(A) :

MARIA CÂNDIDA BRUM - MAT.: 126913-1-9

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

Pág. 1 de 2

Impresso em: 03/03/2017 08:52:15



DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento ao Sr. **Clayton de Castro Lima**, no dia **08/01/2017**, às **19h35min**, na **Avenida Mister Hull**, no **Bairro Antonio Bezerra**, vítima de acidente de trânsito. Removido ao **Instituto Doutor José Frota**.

Documento requerido por meio do Processo nº **P537762/2017**.

Fortaleza, 10 de fevereiro de 2017.

Atenciosamente,


Esther Cunha

Coord.SAME do SAMU 192 Regional Fortaleza


Rita Lima

Ouvidora do SAMU 192 Regional Fortaleza



INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

**Registro de Atendimento
Emergencial**



Enviado em: 16/01/2017 9:23:32

Por: JOSE URBANO DA MOTA COELHO

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL				DATA/HORA: 09/01/2017 20:35:01	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE					
CNS: 75010695294816	NOME: CLAYTON DE CASTRO LIMA		Registro: 8488307		
CPF:	RG:	D. NASC: 25/12/1986	ESTADO CIVIL:	SEXO: M	RACIA/COR: Pardo
NOME DA MÃE: MARIA RODRIGUES LIMA		NOME DO PAI: MIGUEL ALVES FERREIRA LIMA			
TIPO DE LOGRADOURO: Rua	ENDEREÇO DO PACIENTE: PADRE JOSE MARIA MOURA		Nº: 39	Bairro: ARRAPOLEGAS (JURUPU)	
COMPLEMENTO:	TELEFONE CONTATO: 32139480	MUNICÍPIO: CAUCAIA	UF: CE	CEP: 81656163	
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL					
NOME: FRANCISCO RAFAEL SAMU USS EY MOTORISTA MEINESES		PARENTESCO: SOBRINHO	TELEFONE: 32139480		
ACIDENTE DE TRABALHO					
TIPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:	CÓDIGO DO CNAE:		
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO					
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com sucumbência / microclima (acidente de carro). Ocupante de um automóvel (carro) traumatizado em colisão com um objeto fixo ao paredão.					
QUEIXAS: COLISÃO CARRO X PÓRTEO. REFERE DOR EM OMBRO ESQUERDO E ABDOMINAL. PALIDEZ. SAT. 93% EM AR AMBIENTE.					
OBSERVAÇÕES: TRAUMA TORACABDOMINAL. DOR MODERADA.					
SINAIS VITAIS					
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Pública	Estado de Dor: Moderado	PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: AMARELO			
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO: CLÍNICO GERAL					
ATENDIMENTO MÉDICO					
Atendidos:					
Exame Físico:					
Contato:					
TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:					
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:					
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:					
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:			



Rio de Janeiro, 01 de Dezembro de 2017

Carta nº: 12040253

A/C: CLAYTON DE CASTRO LIMA

Nº Sinistro: 3170486770
Vítima: CLAYTON DE CASTRO LIMA
Data do Acidente: 08/01/2017
Cobertura: INVALIDEZ

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: CLAYTON DE CASTRO LIMA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000926

Conta: 000000016889-7

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros 25%

Gratuação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =

R\$ 1.687,50

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT