

Adamásio
9604 5382

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Nome: <u>Adamásio Márcio de Lima</u>		Nacionalidade: <u>BRASILEIRA</u>	
Estado Civil: <u>Solteiro</u>	Profissão: <u>Agricultor</u>	Carteira de Identidade: <u>20040300005942</u>	
CPF nº: <u>017.994.313-80</u>	Residência: <u>Mulirão Novo, A-02, C-14</u>		
Bairro: <u>Mulirão</u>	Cidade: <u>Rumas</u>	Estado: <u>CE</u>	CEP: <u>62900-000</u>

OUTORGADO:

RAFAEL DE SOUSA REZENDE MONTI, brasileiro, solteiro, advogado, devidamente inscrito na OAB/CE sob o nº 18.044, portador do RG nº M8.119.595 SSP/MG e CPF nº 948.672.326-53, com escritório profissional no seguinte endereço: 1) Rua do Rosário, nº 77, sala 604, Ed. Comandante Vital Rolim, Centro – Fortaleza – CEP 60.055-090. Fone / Fax: (85) 3231-6493.

PODERES:

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante nomeia e constitui, os outorgados, suas bastantes procuradores, 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 FENASEG, 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 outorgante, enfim-todos os poderes necessários para o cumprimento amplo do objeto do presente mandato.

FORTALEZA (CE), 29 de Agosto de 2014.

Adamásio Márcio de Lima
Outorgante

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por RAFAEL DE SOUSA REZENDE MONTI e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 15/04/2016 às 17:07, sob o número 01284340620168060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.jfce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0128434-06.2016.8.06.0001 e código 20D695B.

DECLARAÇÃO

Eu, Adamásio Maciel de Lima, brasileiro, solteiro, agricultor, portador da Carteira de Identidade/RG nº 2004030005942-SSP/CE, e inscrito no CPF/MF sob o nº 017.994.313-20 residente e domiciliado na cidade de Rumas, estado de Ceará, na Rua Multirão Novo, Q-02, nº 14, multirão, declaro para os devidos fins que possuo hiposuficiência 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.

Fortaleza (CE), 29 de Agosto de 20 14.


Adamásio Maciel de Lima

Declarante


REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO



Polegar Direito



Adamasio Maciel de Lima

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VIA DA EMITIDA O TERMO NACIONAL

REGISTRO 2004030005942

DATA DE EMISSÃO 13/01/2010

MODE ADAMASIO MACIEL DE LIMA

FILIAÇÃO JOSE SOARES DE LIMA

RATUADA MACIEL DE LIMA

NACIONALIDADE RUSSAS - CE

DATA DE NASCIMENTO 09/01/1985

DIG. ORICEN

CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: BONHU TERMO: 1.476 FOLHA: 24 V

LIVRO: A-03 RUSSAS - CE

CPF 017.994.313-80

2 VIA

Assinatura do Titular

ASSINATURA DO TITULAR

P.: 1

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de Inscrição

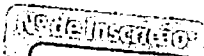
Nome

Nascimento



Emissão





0036252839

MARIA IVONETE DOS SANTOS
 RUA CJ CJ H J M SANTIAGO 11, 14, C-02. TABULEIRO DO CATÁ
 RUSSAS CEP: 62900-000

752 004 0186 0221 0000
 00 00 00

001 000 000 000
 001 000 000 000

AGUA 255 270 15 15

06/05/2014	08/05/2014	1007468
01/01/2014	05/08/2011	
017	017	017
017	017	017
017	017	017

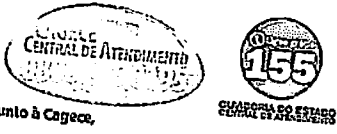
AGRADECEMOS SUA PONTUALIDADE. AGUA TRATADA E SAUDE.
 DEVIDO A FALTA DE CHUVAS FAÇA USO RACIONAL P/ ECONOMIZAR AGUA

AGUA	27,80		
ESGOTO	20,18		
		JUN 13	7
		JUL 13	11
		AUG 13	11
		SET 13	12
		OCT 13	11
		NOV 13	11
		DEZ 13	12
		JAN 14	12
		FEB 14	12
		MAR 14	11
		ABR 14	12
		MAY 14	12

PIS 1,43
 COFINS 0,28
 VALOR DO SERVIÇO 72,03
 VALOR DO SUBSÍDIO 24,05
 VALOR TOTAL A PAGAR 47,98

05/2014 02/06/2014 47,98

OPRECORRIMENTA
 O usuário deve manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme resoluções das Agências Reguladoras.



Maiores informações pelo telefone:
 nas lojas de atendimento, de 8h às 17h, no site
www.cagece.com.br ou na Ouvidoria Cagece:
 3101.1918, de 8h às 12h e 13h às 17h. Ouvidoria
 estadual: Site da ARCE: www.arce.ce.gov.br

Entidades Reguladoras: Fortaleza: ACFOR - Autarquia de
 Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de
 Saneamento Ambiental - Demais
 Localidades: ARCE - Agência Reguladora de Serviços
 Públicos Delegados do Estado do Ceará.



GOVERNO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
10ª DELEGACIA REGIONAL DE POLICIA CIVIL
UNIDADE POLICIAL DE FORTIM
(Rua Joaquim Cristóvão, nº 1024 - Centro - Fortim-Ce - CEP. 62.815-000 - Tel. 3413 1578).

*RECEBIDO
 DELEGACIA DE POLICIA CIVIL
 UNIDADE POLICIAL DE FORTIM
 28/06/2014*

BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 828/2014

DATA: 28/06/2014 - 08:15h.
NOME: ADAMASIO MACIEL DE LIMA, IDENT. Nº 2004030005942-SSP-CE, CPF 01799431380, nacionalidade: brasileiro, estado civil: solteiro-união estável, profissão: agricultor, natural de Russas-Ce, nascido(a) aos 09/01/1985, filho(a) de José Soares de Lima e de Raimunda Maciel de Lima, residência: Mutirão Novo, quadra 02, casa 14 - Zona urbana de Russas-Ce, instrução: alfabetizado.
TIPO DE OCORRÊNCIA: ACIDENTE DE TRÂNSITO NÃO FATAL.
LOCAL, DIA E HORA DA OCORRÊNCIA: Estrada carroçal da localidade Sitio Peixes, zona rural de Russas-Ce, ocorrido no dia 31/05/2014, às 20:30H.

HISTÓRICO:

A pessoa acima, advertida das penalidades legais compareceu a esta UPC, e registrou a seguinte ocorrência: Que no dia, local e horário acima descritos, DIRIGIA o veículo automotor, tipo MOTOCICLETA, MARCA HONDA/CG 125 FAN KS, COR: AZUL; ANO FAB/MOD: 2010, CHASSI: 9C2JC24110AR684168, RENAVAL: 228233968, PLACA: NUU6954CE, EM NOME DE FRANCISCO EDILBERTO ALVES LEONCIO, CPF Nº77364708391, quando , ao tentar desviar de um buraco existente na via arenosa, foi abalrosado por outra motocicleta de características desconhecidas, provocando sua queda. Que em consequência do acidente o(a) declarante afirmou ter sofrido fratura de três dedos do pé esquerdo; uma forte pancada no ouvido esquerdo; escoriações no ombro esquerdo; escoriações nos dedos da mão esquerda e da mão direito. Que foi(ram) socorrido(a)s para o Hospital da UPA de Russas-Ce, de onde foi transferido para o Municipal de Russas, e de lá para o LIF de Fortaleza, Ceará, onde foram constatadas as lesões acima descritas. Nada mais. (*)

DELEGADO: _____

QUEIXOSO (A): *Adamasio Maciel de Lima*

RESP. PELO REG: _____

[Handwritten signature]
 Escrivão de Polícia Civil
 Matrícula nº 13.100.1

(*) **Falsidade Ideológica - Art. 299** - Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante: **Pena** - reclusão, de um a cinco anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de um a três anos, e multa, se o documento é particular. **Parágrafo único** - Se o agente é funcionário público, e comete o crime prevalecendo-se do cargo, ou se a falsificação ou alteração é de assentamento de registro civil, aumenta-se a pena de sexta parte. Lei nº 2848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal Brasileiro).

Autentico, para os devidos efeitos, a presente conta reproduzida do documento que me foi apresentado no Cartório pela parte interessada, em Russas, 30/06/2014.
 Em testemunho, _____
 Luciana Silva Oliveira - Escrevente Autorizada
 VALIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE
 Selo(a): FY-763778 - CARTÓRIO HERALDO ARTHUR - OFÍCIO DE REGISTRO CIVIL





GÓVERNO MUNICIPAL
RUSSAS
Nunca sem a mão e o olhar das pessoas

Sistema Único de Saúde
SUS / CEARÁ

1. Preencher esta ficha em 02 vias.
2. Ao terminar a consulta ou entrega de exames, entregar 02 (duas) vias orientando-o para retomar à unidade de origem.

FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem: **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

Distrito Sanitário: _____

Município: **RUSSAS - CE**

Nome: **ADRIANO MACIEL DE LIMA**

Sexo: M F

Data Nascimento: ____/____/____

Ocupação: _____

Prontuário Nº _____

Endereço: _____

Fone: _____

Motivo do Encaminhamento: **POE ALUNADO VITIMA DE ACIDENTE MOTOCULISTICO (CULPA DO C/ DON, SEMA NA DE ESU)**

Resultado de Exames: **FUNDA 20 1º, 2º e 3º POSICIONAIS**

Consulta já realizada: **11/06/2016 / 10:00 D SE 2º Yº**

Impressão Diagnóstica: **FUNDA 20 1º e 2º 3º POSICIONAIS**

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro _____

Função _____

Data _____

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: Ambulatorial Hospitalar Auxílio Diagnóstico

Procedimento: _____

Profissional: **CRIOLOGISTA**

Unidade de Referência: **WCSA**

Data: ____/____/____ Hora: _____

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA(*)

Unidade de Referência: _____

Município: _____

Prontuário Nº: _____

Alta: ____/____/____

Resumo Clínico / Cirúrgico: _____

Resultado do(s) Exame(s): _____

Diagnóstico: Principal _____

CID: _____

Secundário 1 _____

CID: _____

Secundário 2 _____

CID: _____

Conduta Realizada: _____

Proposta de Conduta para Seguimento: _____

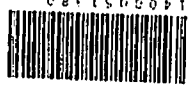
O problema justificou a referência? Sim Não O motivo da referência coincidiu com o diagnóstico? Sim

Assinatura do Consultante - Nº Registro _____

Função _____

Data _____

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por RAFAEL DE SOUSA REZENDE MONTI e Tribunal de Justiça do Ceará, protocolado em 15/04/2016 às 17:07, sob o número 0128434-06.2016.8.06.0001 e código 20D695B. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0128434-06.2016.8.06.0001 e código 20D695B.



140051380

40051380 31/05/2014 21:27:31
 Guia de Atendimento - () ATEND. () OBSERV. - NOTURNO - 24

Paciente: 02071958 - DAMASIO MACIEL DOS SANTOS
 Endereço: RUA - MUTRAO - Q2 C14 - MUTRAO - RUSSAS - CE
 Mãe: MARIA MONETE DOS SANTOS
 Convênio: SUS - SUS
 Especialidade: CLINICA MEDICA
 Prof. Atend.: ROGERIO RODRIGUES - Emergência

Outras Anotações:
 Temperatura: _____ °C
 Pressão: _____ mmHg

QUEIXA PRINCIPAL () SINDROME FERIL () SINTOMÁTICO RESPIRATÓRIO () SUSPEITA DE DENGUE

ANAMNESE E EXAME FÍSICO

DAQ VITIMA DE ACIDENTE CI MOTORICETA CI
 A ESPERADA
 PINSBOW AS

HIPÓTESE DIAGNÓSTICO

EXAMES COMPLEMENTARES
 () RAIO-X () ULTRASSOM () TC () SANGUE () URINA () ECG () OUTROS

APRAZAMENTO
 EVOLUÇÃO

CONDIÇÃO
 () ALTA POR DECISÃO MÉDICA
 () OBSERVAÇÃO (Até 24 Horas)
 () TRANSFERÊNCIA PARA: UFE
 DATA E HORA DA SAÍDA/ALTA: 31/05

Assinatura do Paciente ou Responsável
 Carimbo e Assinatura do Médico
 Atendimento registrado por: messias

VERMELHO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE - RUSSAS CE
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

1400013356 31/05/2014 19:58:52 FICHA DE ATENDIMENTO CLINICA MEDICA NOTURNO

Paciente ADMAMASIO MACIEL DE LIMA Data Nascimento 09/01/1985 Idade 29 A 4 M 22 D CINS CPF 01799431380

Tipo Doc Documento Orgao Emissor Data Emissao Sexo Estado Civil Raça/Cor Naturalidade
IDENTIDAD 2004030005942 SSP CE 13/01/2010 M SOLTEIRO(A) PARDA RUSSAS

Mãe RAIMUNDA MAÇIEL DE LIMA Pai JOSE SOARES DE LIMA

Endereço SITIO - TEREZINHA - S/N - PEIXE - RUSSAS - CE Contatos ---

Class. de Risco VERMELHO Plano Convenio SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE N da Carteira Validade Autorização Sis Prenatal

Motivo do Atendimento CONSULTA Carate do Atendimento URGÊNCIA Profissional do Atend. Procedencia Temp. Peso Fressi

Sector PRONTO ATENDIMENTO Tipo de Chegada DEMANDA ESPONTANEA Procedimento Sol. Registrado por JOSY.ES

Queixa Principal Síndrome Febril Sintomático Respiratório Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem GSC TOTAL
AO: 1234 RV: 12345 MRV: 12345

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ___:___h)
por causas de acidente motorassem (com esse acidente)

Exame Físico
Lesão causada no pé.

Hipótese Diagnóstica
Malas Anos Trauma

SADT - Exames Complementares
 RAO - X ULTRA-SON TC SANGUE URINA ECG OUTROS:

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
<i>VOU MZ</i>	<i>20:26</i>	<i>med</i> <i>EXPL</i> <i>COREN - CE 367.815</i>
<i>GULEX 502 2g p.c</i>	<i>20:26</i>	
<i>SFO 9% SUC 100</i>	<i>20:26</i>	
<i>lix pé Esq</i>		

Conduta
 Alta por Decisão Médica Ambulatório
 Alta a Pedido Observação (Até 24h)
 Alta a Revelia Internação
 Transferência para: *ITCSR* Data e Hora da Saída/Alta: *1/1*

Óbito
Antes do 1º Atendimento? Sim Não Destino: Família Autópsia Patológica *1/1*

E. L. Maciel de Lima
Assinatura do Paciente ou Responsável

[Assinatura]
Carimbo Assinatura do Médico



Documento é cópia do original, assinado digitalmente por RAFAEL DE SOUSA REZENDE MONTI e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 15/04/2016 às 17:07, sob o número 0128434-06.2016.8.06.0001 e código 20D695B. Para comentar o original, acesse o Site: http://esaj.tjce.jus.br/pas/pas.asp?num=1400013356

Atestado - Servico de Traumatologia-

Ortopedia

Atesto para fins de comprovacao junto ao trabalho, que os dados abaixo sao a verdade e servem de informacao sobre as condicoes e razoes da internacao neste Hospital em relacao ao Servico de Traumatologia-Ortopedia.

NOME:	ADAMASIO MACIEL DE LIMA		
LEITO:			
DATA DE INTERNACAO:	01 06 2014	DATA DA ALTA:	03/06/2014
BE/PRONT:	5300264	CIDADE DE ORIGEM:	RUSSAS
IDADE:	29		
DIAGNOSTICOS:	FRATURA DE FALANGES - PE ESQ (OPERADA)		
CONDUTA DECIDIDA PARA CADA LESAO:			
STAFF QUE OPEROU NA EMERGENCIA:	VAGNER		
STAFF DO LEITO:	STAFF INDEFINIDO		
RESIDENTE DO LEITO:	RESIDENTE INDEFINIDO		

3 semanas.

Ass: <i>Dr. Guilherme M. Colares</i> <i>Ortopedia/Cirurgia da Coluna</i> <i>CRM 7179 TEST 8510</i>	Retornar dia: <u>0</u> / <u>1</u> / _____ Hora: _____ para Dr. <i>Luiz Felipe</i>
Data: <u>03</u> / <u>06</u> / <u>2014</u>	Dispensa do trabalho por : <i>90 (noventa) dias</i>
<input type="button" value="Imprimir"/>	

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por RAFAEL DE SOUSA REZENDE MONTI e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 15/04/2016 às 17:07, sob o número 01284340620168060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0128434-06.2016.8.06.0001 e código 20D695B.

DETALHES DO PROCESSO

Número Sinistro: **2014/626329** Garantia: **02 - Ipa /Invalidez**
 Categoria: **09 - Moto / Motocicleta**
 Data Sinistro: **31/05/2014** Data Recepção: **30/07/2014** Data Rateio: **06/08/2014**
 Seguradora: **Gente** Angariador: **L&L SEGUROS**
 Preparador:
 Analista: **Bianca**
 Situação: **Pago**
 Filial: **Paranaseg**

DATAS DE ENVIO

VÍTIMAS

Vítima **ADAMASIO MACIEL DE LIMA** Estado
 Endereço: **RUA CJ MULTIRAO NOVO SANTIAGO Q 02 ,14 - TABULEIRO DO CATAVENTO - RUSSAS-CE -**
 Cep: **62.900-000**
 Telefone **(88) 9245-8222**
 Data Nascimento **09/01/1985**

BENEFICIÁRIOS / PAGAMENTOS

Beneficiário	O MESMO			
CPF/CNPJ	017994313-80			
Data Rateio	00/00/0000	Data Pagamento	00/00/0000	
Agência	0755	Conta Corrente	00018742-6	
Banco	Caixa Econômica	Tipo Conta	Poupança	
Valor Indenização	5.062,50	Valor Nota Fiscal	0,00	Data Pagamento 29/08/2014
Valor Pleiteado			13.500,00	
Diferença			8.437,50	

CORRETORA

Código **1**
 Nome **L&L SEGUROS**
 Responsável **JEFFERSON**
 Endereço **AV. DOM LINO, 864**
 Telefone **(88) 3411-1156**
 E-mail **jeffersonvolney@hotmail.com**

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por RAFAEL DE SOUSA REZENDE MONTI e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 15/04/2016 às 17:07, sob o número 01284340620168060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0128434-06.2016.8.06.0001 e código 20D695B.



Cálculo de Atualização Monetária

Dados básicos informados para cálculo

Descrição do cálculo	
Valor Nominal	R\$ 5.062,50
Indexador e metodologia de cálculo	IGP-M - (FGV) - Calculado pro-rata die.
Período da correção	31/05/2014 a 01/04/2016

Dados calculados

Fator de correção do período	671 dias	1,143303
Percentual correspondente	671 dias	14,330317 %
Valor corrigido para 01/04/2016	(=)	R\$ 5.787,97
Sub Total	(=)	R\$ 5.787,97
Valor total	(=)	R\$ 5.787,97

Retornar Imprimir