

PROCURAÇÃO**OUTORGANTE:**

Nome: <u>Antônio Gleidson Baia Ramos</u>		Nacionalidade: <u>BRASILEIRA</u>	
Estado Civil:	Profissão:	Carteira de Identidade: <u>2003015000066</u>	
CPF nº: <u>030583.303.08</u>	Residência: <u>R. João Ribeiro dos Santos, 224</u>		
Bairro: <u>campo novo</u>	Cidade: <u>Guixada</u>	Estado: <u>CE</u>	CEP: <u>63900000</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, 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 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 abril de 20 14

Antônio Gleidson Baia Ramos
Outorgante

DECLARAÇÃO

Eu, Antonio Eludson Baia Ramos, brasileiro, _____, portador da Carteira de Identidade/RG nº 2003015000066, SSP/CE, e inscrito no CPF/MF sob o nº 030583.303.08 residente e domiciliado na cidade de Quixadá, estado de Ceará, na Rua João Ribeiro dos Santos nº 284, Campo Novo, declaro para os devidos fins que possuo hipossuficiência financeira, não possuindo condições de arcar com as 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), 09 de abril de 20 14

Antonio Eludson Baia Ramos

Declarante

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
E DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

Antônio Gleidson Baia Ramos

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL

DATA DE EXPEDICAO 28/7/2005

NOME 2003015000066 -25V
ANTONIO GLEIDSON BAIÁ RAMOS

FILIAÇÃO FRANCISCO JOSÉ RAMOS E FRANCISCA DE FATIMA BAIÁ RAMOS

NATURALIDADE QUIXADA-CE

DATA DE NASCIMENTO 11/6/1986

CERT. NASC. 2798 L A 04 F

311 TAPUIARA QUIXADA CE

PORTALICA CE

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 116 DE 29/08/83

CÓDIGO DE CONTROLE
0C1G.54DA.3CD0.AC8D

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na internet, no endereço
www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 11:21:41 do dia 27/01/2012 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
030.583.303-08

Nome
ANTONIO GLEIDSON BAIÁ RAMOS

Nascimento
11/06/1986

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CAIXA
POUPANÇA

4392 6709 6801 2136

ANTONIO GLEIDSON B RAMOS

0752 013 00010451-6 11/17

Valid only in Brazil / Válido apenas no Brasil

VISA
ELECTRON


Nº de Inscrição:

0017424126

DADOS DO CLIENTE

Nome: MARIA LIDUINA R DA SILVA
 Endereço: RU JOAO RIBEIRO DOS SANTOS, 284, CENTRO
 Cidade: QUIXARA
 Cep: 63900-000
 Estado: CE

017 008 0053 0116 0000

ENDEREÇOS

Residência: 001 Comércio: 000 Indústrias: 000 Outros: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço: Água Medidor: A09F008700 Leitura Anterior: 354 Leitura Atual: 362 Diferença: 8 Unidade: 10

DATA

Entrada em Serviço: 10/06/2013 Última Leitura: 10/06/2013 Próxima Leitura: 11/07/2013

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO PRESTADO

Descrição	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor
Água	053	053	010	053	053
Esgoto	057	057	015	057	057
Outros	057	057	015	057	057

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

(*) DEVOLUÇÃO DE CREDITO FINANCEIRO.
 COMO CLIENTE, ENCONTRAM-SE QUITADAS AS FATURAS DE SUA TITULARIDADE, PARA ESTA UNIDADE CONSUMIDORA, VENCIDAS EM 2012, CONFORME A LEI N. 12.007/2009. ESTA DECLARAÇÃO SUBSTITUI OUTRAS QUITAÇÕES DO PERÍODO.

RESUMO DOS SERVIÇOS

Serviço	Valor (R\$)	Autômetro de Volume	Valor (R\$)	Valor (R\$)
Água	14,00	Medidor	9	10
Esgoto	6,93	JUN 12	7	10
JUROS DE 0,033% AO	0,16	JUL 12	8	10
CREDITO-PAG./LANÇAM	-21,09	AGO 12	9	10
		SET 12	10	10
		OUT 12	11	10
		NOV 12	12	10
		DEZ 12	13	10
		JAN 13	14	10
		FEB 13	15	10
		MAR 13	16	10
		ABR 13	17	10
		MAY 13	18	10

IMPOSTO DE RENDIMENTO

Item	Valor (R\$)	Subsidio	Valor (R\$)
PIS	0,00	VALOR DO SERVIÇO	23,09
COFINS	0,00	VALOR DO SUBSIDIO	23,09
		VALOR TOTAL A PAGAR	0,00
		TOTAL A PAGAR (R\$)	0,00

ONDE PAGAR SUA FATURA

Bancos: Bradesco, Itaú, BIC, Banco do Brasil, Caixa Econômica Federal, Santander, Triângulo, Outros PagFacil. A Cagece disponibiliza o serviço de débito em conta de sua fatura. Atente-se: consulte sua agência.



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

Maiores informações pelo telefone: 0800 275 0195, nas lojas de atendimento, de 8h às 17h, no site: www.cagece.com.br ou na Ouvidoria Cagece: 3101.1916, de 8h às 12h e 13h às 17h. Ouvidoria estadual: 117. Site da ARCE: www.arce.ce.gov.br

Entidades Reguladoras: Fortaleza: ACFOR - Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental; 1555-225-1555 - Demais Localidades: ARCE - Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará 0800 275 2255.


DADOS DO CLIENTE

Nome: MARIA LIDUINA R DA SILVA
 Endereço: RU JOAO RIBEIRO DOS SANTOS, 284, CENTRO
 Cidade: QUIXARA
 Cep: 63900-000
 Estado: CE

CONTA PAGA



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DO 6. DISTRITO POLICIAL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 106 - 10208 / 2013

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTES - OUTROS**
Data / Hora da Comunicação: **05/10/2013 10:25:03**
Data / Hora da Ocorrência : **13/10/2012 09:30:00**
Endereço da Ocorrência: **R CENTRAL**
CAMPO NOVO QUIXADA /CE
Ponto de Referência: **PROX. AO ESTADIO ABILHAO**



Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **ANTONIO GLEIDSON BAIA RAMOS**
Nascimento : **11/06/1986**
RG: **2003015000066** Órgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE** - CPF:
Filiação: **FRANCISCO JOSE RAMOS**
FRANCISCA DE FATIMA BAIA RAMOS
Endereço: **R JOÃO RIBEIRO DOS SANTOS 284**
CAMPO NOVO 63900000
QUIXADA CE BRASIL Telefone: **88/97457318**

Histórico

Informa a vítima que na data, local e hora supracitada, trefagava em cima da carroceria do veículo MARCA FORD/F4000, DE PLACA HUQ-7680-CE/QUIXADA, COR VERMELHA, ANO/MOD. 2011/2012, CHASSI 9C2HB0210CR408727, registrada em nome de: MARIA DE JESUS NEVES CAJAZEIRAS, quando o motorista freiou bruscamente o aludido veículo e a vítima veio a cair ao solo, fraturando a mão direita e levou uma forte pancada na cabeça, sendo socorrida para o Hospital Dr. Eudásio Barroso em Quixadá/CE. E nada mais disse.///

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 6. DISTRITO POLICIAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: _____

MATRÍCULA: 97122-1-6

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO : Antonio Gleidson Baia Ramos

VISTO DO DELEGADO(A) : _____

Antônio Paulo da Silva
Escrivão de Polícia
MAT. 97.122



Perícias Funcionais

Dr. Morrandas de M. Aires

Perito Cinesiológico-Funcional
CREFITO 171722-F

Perícia Funcional para Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT

Informações do Periciado

Nome da Vítima: **ANTONIO GLEIDSON BAIA RAMOS**
CPF: **030.583.303-08**

Essa perícia foi realizada por um profissional devidamente capacitado e regulamentado de acordo com as RESOLUÇÕES, Nº 41 de 18 de junho de 2009 e nº 381, DE 03 DE NOVEMBRO DE 2010.

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Resultado da Avaliação do Perito Examinador

I. Há lesão cuja etiologia (origem causal) seja exclusivamente decorrente de acidente pessoal com veículo automotor de via terrestre?

☒ Sim () Não () Prejudicado

Em caso de assinalar resposta como "não" ou "prejudicado" apresentar justificativas:

CID T92.2, CID Y85.0

II. Com base no quadro clínico atual da Vítima, favor registrar:

a) Qual região corporal se encontra acometida. Caso haja mais de uma, informar:

Membro Superior Direito

b) As alterações (disfunções) presentes no patrimônio físico da Vítima, que sejam evolutivas e temporalmente compatíveis com o quadro documentado no primeiro atendimento médico hospitalar, considerando-se as medidas terapêuticas tomadas na fase aguda do trauma.

Fratura em ossos do M.S. com tratamento cirúrgico

III. Há indicação da Vítima ainda ter que realizar algum tratamento, incluindo medidas de reabilitação e/ou exames complementares para fins de diagnóstico ou de controle terapêutico?

a) Tratamentos: ☒ Não () Sim.

Em caso afirmativo, descreva as condutas terapêuticas e/ou de reabilitação:

b) Exames Complementares: ☒ Não () Sim.

Em caso afirmativo, descreva os exames complementares prescritos e seus prazos:

IV. Com base no exame clínico se pode afirmar que o quadro cursa com:

a) () Disfunções apenas temporárias. Neste caso informar a data de cessação da disfunção ou um prazo médio compatível, previsto para uma reavaliação.

RUA JOÃO OTAVIANO PEQUENO, 300
CENTRO - LAGOA SECA-PB
CEP 58.117-000

FONES: (83) 3366.1264
(83) 9181.3769
(83) 9986.6164



Perícias Funcionais

fls. 15

Dr. Morrandas de M. Aires

Perito Cinesiológico-Funcional
CREFITO 171722-F

b) ☒ Dano anatômico e/ou funcional definitivo (sequelas). Em caso de dano anatômico e/ou funcional definitivo informar as limitações físicas irreparáveis e definitivas presentes no patrimônio físico da Vítima.

Paciente apresenta diminuição de range of motion e movimento de articulação do punho, dor do dor punho

V. Segundo o previsto na Lei 11.945/09 favor promover a quantificação da(s) lesão(ões) permanente(s) que não seja(m) mais susceptível(is) a tratamento que sejam geradora(s) de dano(s) anatômico(s) e/ou funcional(is) definitivo(s), especificando, segundo o Anexo da Lei 11.945/09, o(s) segmento(s) corporal(is) acometido(s) e ainda segundo o previsto no instrumento legal, firmar a sua graduação.

Com base no exame clínico se pode documentar:

() Total (Dano anatômico ou funcional permanente que comprometa a íntegra do patrimônio físico e/ou mental da Vítima).

☒ Parcial (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas parte do patrimônio físico e/ou mental da Vítima).

Em se tratando de enquadramento como "parcial" informar se o dano é "completo" ou "incompleto":

☒ Parcial Completo (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa de forma global algum segmento corporal da Vítima).

() Parcial Incompleto (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas em parte a um (ou mais de um) segmento corporal da Vítima).

Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009, correlacionar as graduações percentuais então compatíveis aos danos apurados, respectivamente a cada segmento corporal acometido, apurando de modo global ou setorial.

1ª Lesão: punho superior direito
Marque o percentual: () 10% residual () 25% leve ☒ 50% médio () 75% grave

2ª Lesão:
Marque o percentual: () 10% residual () 25% leve () 50% médio () 75% grave

3ª Lesão:
Marque o percentual: () 10% residual () 25% leve () 50% médio () 75% grave

4ª Lesão:
Marque o percentual: () 10% residual () 25% leve () 50% médio () 75% grave

Informações Complementares Apresentadas pelo Perito.

Quixadá CE em 30 de AGOSTO de 2013

Dr. Morrandas de Mendonça Aires
Perito Funcional
CREFITO 171722-F
Perito Responsável

RUA JOÃO OTAVIANO PEQUENO, 300
CENTRO - LAGOA SECA-PB
CEP 58.117-000

FONES: (83) 3366.1264
(83) 9181.3769
(83) 9986.6164

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por RAFAEL DE SOUSA REZENDE MONTI e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 02/05/2014 às 12:24, sob o número 08561425820148060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0856142-58.2014.8.06.0001 e código 12699BB.



PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXADÁ
SUS - Sistema Único de Saúde - Secretaria Municipal da Saúde

FICHA DE REFERÊNCIA

1. Preencha esta ficha em 03 (três) vias.
2. Ao terminar a consulta ou tratamento, entregar 2 (duas) vias ao usuário, orientando-o para retornar com a 1ª via à unidade de origem.

UNIDADE DE ORIGEM: _____

DISTRITO SANITÁRIO: _____ MUNICÍPIO: _____

Nome: Dr. Gleidson Dora Lima Prontuário N.º: _____

Sexo: M ☒ F ☐ Data de Nascimento: 26/01/1978 Ocupação: S. Gerais

Endereço: Campa Brisa Bairro: D. Dy Telefone: _____

Motivo do Encaminhamento: Rec. Vitima de acidente de trabalho com contusão de tornozelo da cano (F-4000) devido a queda por escada.

Resultado de Exames: Rio - X 3/5 Sint (42, 61)

Conduta Realizada: MTS + fis

Impressão Diagnóstica: Fratura de 3/5 Sint.

Assinatura do Encaminhante - N.º Registro: 4030 Função: 3/12 Data: 13/10/12 Hora: 10:50

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: Ambulatorial ☒ Hospitalar ☐ Auxílio Diagnóstico ☐

Procedimento: Curativo Profissional: _____

Unidade de Referência: I. J. F. Data: ____/____/____ Hora: ____

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA

Unidade de Referência: _____

Município: _____ Prontuário N.º: _____ Alta: ____/____/____

Resumo Clínico / Cirúrgico: _____

Resultado de Exames: _____

Diagnóstico Principal: _____ CID: _____

Secundário 1: _____ CID: _____

Secundário 2: _____ CID: _____

Proposta de conduta para seguimento: _____

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

SINDICATO DOS DESPACHANTES DO CEARA QUIXADA

Operador: crdd0162

Data: 31/10/2013 - Hora: 9:16

Data Login: 31/10/2013 09:26:16

ACESSO DIRETO

Código 601

RENAVAM > Veículos > Atendimento > Controle Atendimento > Controle Atendimento



Atendimento - Confirmação

IDENTIFICAÇÃO DO VEÍCULO

Placa: HUQ7680

UF: CE

Município: QUIXADA

Renavam: 652279384

Chassi: 9BFTNT39TDB07136

Regravado: Não

DADOS DO PROPRIETÁRIO

Proprietário: ANTONIO JOSE MORAIS TORRES

CPF/CNPJ: 601.771.527-53

DADOS DO VEÍCULO

Marca-Modelo: FORD/F4000

Ano Licenciamento: 2012.0

IPVA: Não Isento

Espécie: CARGA

Fabricação: NACIONAL

Potência: 87.0

Caba de Câmbio:

Ano Fabricação: 1996.0

Tipo: CAMINHAO

Capacidade P.: 3.0

Carroceria: CARROCERIA ABERTA

Cilindrada: 3922.0

Nº Motor: 22904393903

Cor: BRANCA

Ano Modelo: 1995.0

Categoria: ALUGUEL

Combustível: DIESEL

Categoria Tarifária: 10

Nº Eixos: 2.0

Regravado: Não

RESTRIÇÃO DE VENDA

Não há restrições a venda para este veículo

OUTRAS RESTRIÇÕES

Código	Descrição	Data Inclusão	Data Cartório
Não há outras restrições para este veículo			

OBSERVAÇÕES

Não há observações para este veículo