

# SABOYA & BRANDÃO ADVOGADOS ASSOCIADOS

## PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

<b>OUTORGANTE</b>	LUIS CARLOS MENDES DOS SANTOS		
Nacionalidade	BRASILEIRO (A)		
Natural	FORTALEZA-CE		
Estado Civil	SOLTEIRO (A)		
RG nº	2002010241091	SSP/ CE	17/06/2002
CPF nº	031.967.763-01		
Profissão	FERREIRO		
Endereço	RUA WAGNER CAVALCANTE, 72		
Complemento			
Bairro	JANGURUSSU		
CEP	60.000-000	60.030-210	
Município/UF	FORTALEZA-CE		
Telefones	(85)98638-2085 OI (85)98742-5354 (85)98535-8564 OI		

**OUTORGADOS:** **BRUNO PEREIRA BRANDÃO**, brasileiro, solteiro, advogado devidamente inscrito na OAB-CE sob o nº 22.013, **THIAGO SABOYA PIRES DE CASTRO**, brasileiro, solteiro, advogado devidamente inscrito na OAB-CE sob o nº 24.156 e **MARCELO PEREIRA BRANDÃO**, brasileiro, solteiro, advogado devidamente inscrito na OAB-CE sob o nº 26.103, todos com endereço profissional para receber intimações na Rua São Paulo – nº 32 – 2º Andar – Sala 204 – Bairro Centro – CEP: 60.030-100 – Fortaleza/CE, Tel.: (85) 9963-8013 / (85) 8636-3030 / (85) 8853-0069 / (85) 3022-0470. E-mails: [brunop.brandao@yahoo.com.br](mailto:brunop.brandao@yahoo.com.br) / [thiago\\_cs@hotmail.com](mailto:thiago_cs@hotmail.com) / [marcelobrandao@hotmail.com](mailto:marcelobrandao@hotmail.com).

**PODERES:** Os poderes para o foro em geral, com a cláusula "ad judicium" e "et extra", a fim de que, possa defender os interesses e direitos da outorgante perante Juízo, Instância ou Tribunal, repartição pública, autarquia ou entidade paraestatal, propondo ação competente em que a outorgante seja autora ou reclamante, defendendo-a quando for réu, interessada ou requerida, podendo reclamar, conciliar, desistir, transigir, recorrer, receber e dar quitação de quaisquer valores, firmar compromisso, podendo ainda substabelecer o presente com ou sem reservas de poderes, bem como destituir advogado(s), se assim lhe convier, praticando todos os atos necessários para o bom e fiel desempenho deste mandato, dando tudo por bom, firme e valioso.

Fortaleza/CE, 4 de janeiro de 2016.

  
**OUTORGANTE**

RUA SÃO PAULO - Nº 32 - 2º ANDAR - SALA 204 - BAIRRO CENTRO - CEP: 60.030-100 - FORTALEZA/CE

Tels.: (85) 3022-0470 / (85) 9963-8013 / (85) 8636-3030 / (85) 8853-0069

E-mails: [brunop.brandao@yahoo.com.br](mailto:brunop.brandao@yahoo.com.br) [thiago\\_cs@hotmail.com](mailto:thiago_cs@hotmail.com) [marcelobrandao@hotmail.com](mailto:marcelobrandao@hotmail.com)

# SABOYA & BRANDÃO ADVOGADOS ASSOCIADOS

## DECLARAÇÃO

<b>DECLARANTE</b>	<b>LUIS CARLOS MENDES DOS SANTOS</b>		
<b>Nacionalidade</b>	<b>BRASILEIRO (A)</b>		
<b>Natural</b>	<b>FORTALEZA-CE</b>		
<b>Estado Civil</b>	<b>SOLTEIRO (A)</b>		
<b>RG nº</b>	<b>2002010241091</b>	<b>SSP/CE</b>	<b>17/06/2002</b>
<b>CPF nº</b>	<b>031.967.763-01</b>		
<b>Profissão</b>	<b>FERREIRO</b>		
<b>Endereço</b>	<b>RUA VAGNER CAVALCANTE, 72</b>		
<b>Complemento</b>			
<b>Bairro</b>	<b>JANGURUSSU</b>		
<b>CEP</b>	<b>60.000-000</b>	<b>60.000.000</b>	
<b>Município/UF</b>	<b>FORTALEZA-CE</b>		
<b>Telefones</b>	<b>(85)98638-2085 OI (85)98742-5354 (85)98535-6564 OI</b>		

**DECLARO**, para os devidos fins de direito e sob as penas legais, que sou pobre na forma da lei, não possuindo condições financeiras para arcar com as custas processuais e honorários advocatícios, sem prejuízo próprio e de sua família, nos termos do Art. 5º, LXXIV, bem como de acordo com os mandamentos previstos na Lei nº 1.060/50.

Fortaleza/CE, 4 de janeiro de 2016.

  
**DECLARANTE**

RUA SÃO PAULO - Nº 32 - 2º ANDAR - SALA 204 - BAIRRO CENTRO - CEP: 60.030-100 - FORTALEZA/CE

Tels.: (85) 3022-0470 / (85) 9963-8013 / (85) 8636-3030 / (85) 8853-0069

E-mails: [brunop.brandao@yahoo.com.br](mailto:brunop.brandao@yahoo.com.br) [thiago\\_cs@hotmail.com](mailto:thiago_cs@hotmail.com) [marcelobrandao@hotmail.com](mailto:marcelobrandao@hotmail.com)

## DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

EU, LUIS CARLOS MENDES DOS SANTOS, BRASILEIRO (A), SOLTEIRO (A), FERREIRO, PORTADOR DO RG Nº 2002010241091 SSP/ CE 17/06/2002, INSCRITO NO CPF SOB Nº 031.967.763-01, RESIDENTE E DOMICILIADO(A) NA RUA VAGNER CAVALCANTE, 72, JANGURUSSU, 60.000-000, FORTALEZA-CE, Telefone(s) (85)98638-2085 OI (85)98742-5354 (85)98535-6564 OI,

DECLARO PARA TODOS OS FINS A QUE ESTA SE DESTINAR QUE FUI DEVIDAMENTE ESCLARECIDO PELO SR. NAZARENO GOMES DE SOUSA, BRASILEIRO, CASADO, AUTÔNOMO, PORTADOR DO RG Nº 8912005003649 SSPCE, INSCRITO NO CPF SOB O Nº 314.320.693-49 E PELA SRA. SORAYA CRISTINA GOMES BARBOSA, BRASILEIRA, CASADA, AUTÔNOMA, PORTADORA DO RG Nº 4.340.774-0 SSPPR, INSCRITA NO CPF SOB O Nº 590.270.379-49, TODOS COM ENDEREÇO PROFISSIONAL NA RUA SÃO PAULO - Nº 32 - 6ª ANDAR - SALA 609 - BAIRRO CENTRO - CEP: 60.030-100 - FORTALEZA/CE, ACERCA DOS DOCUMENTOS NECESSÁRIOS A SEREM APRESENTADOS PARA INGRESSAR COM A PRESENTE AÇÃO JUDICIAL DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT, ASSUMINDO, ASSIM, DE FORMA PLENA, ÚNICA E INTEGRAL A RESPONSABILIDADE POR TODA DOCUMENTAÇÃO ACOSTADA AO PRESENTE PROCESSO ADMINISTRATIVO, BEM COMO PELOS FATOS NARRADOS NESTE.

DESTA FORMA, ISENTO o escritório SABOYA & BRANDÃO - ADVOGADOS ASSOCIADOS, representado através dos advogados BRUNO PEREIRA BRANDÃO, brasileiro, solteiro, advogado devidamente inscrito na OAB-CE sob o Nº 22.013, THIAGO SABOYA PIRES DE CASTRO, brasileiro, solteiro, advogado, devidamente inscrito no OAB-CE sob o Nº 24.156, e MARCELO PEREIRA BRANDÃO, brasileiro, solteiro, advogado devidamente inscrito na OAB-CE 26.103, todos com endereço profissional a Rua São Paulo, 32 2ª Andar sala 204 Bairro Centro, CEP - 60.030-100 Fortaleza-CE, DE TODA E QUALQUER RESPONSABILIDADE JURÍDICA (CÍVEL, CRIMINAL, TRIBUTÁRIA, PREVIDENCIÁRIA) E/OU ADMINISTRATIVA, NO QUE TANGE A AUTENTICIDADE, LITISPENDÊNCIA (EXISTÊNCIA DE PROCESSO COM OS MESMOS DOCUMENTOS E/OU DADOS) E VERACIDADE DOS FATOS NARRADOS E DESCRITOS EM MENCIONADOS DOCUMENTOS, ASSUMINDO ÚNICA E EXCLUSIVAMENTE ESTAS RESPONSABILIDADES SOBRE TAIS INFORMAÇÕES.

"AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NO PROCESSO INDENIZATÓRIO DPVAT SÃO DE RESPONSABILIDADE DO BENEFICIÁRIO, SENDO O MESMO INFORMADO QUE A COMUNICAÇÃO DE FATO NÃO OCORRIDO OU INEXISTENTE É CRIME PUNÍVEL NA FORMA DA LEI ART. 339 E 340 DO CPB."

CIENTE DE MEUS DIREITOS E OBRIGAÇÕES, BEM COMO DA VALIDADE DE MENCIONADO DOCUMENTO, FIRMO O PRESENTE, O QUAL PASSA A VALER A PARTIR DESTA DATA.

FORTALEZA/CE, 4 de janeiro de 2016.

Luís Carlos Mendes dos Santos  
DECLARANTE

TESTEMUNHA


TESTEMUNHA

CPF:

CPF:

REPUBLICA FEDERAL DO BRASIL

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



DATA DE NASCIMENTO: 05/10/1987  
CERT. NASC. 90346 T A-77 F  
SOB MESSSEJANA/FORTALEZA/CE

FORTALEZA-CE

CARLOS ALBERTO OLIVEIRA DOS SANTOS  
E FRANCISCA DE SOUSA MENDES

LUIS CARLOS MENDES DOS SANTOS

17/6/2002

7002010241091

MINISTÉRIO DA FAZENDA  
Secretaria da Receita Federal

**CPF**

031.967.763-01

LUIS CARLOS MENDES DOS SANTOS

05/10/1987





Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | Nº **380250690**  
 Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 00135-040 | Jorale, RJCE  
 CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.8AK-s  
 A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002.

Esta é sua conta de **MAR/2015**

INÍCIO: 21/03/2015  
 Para entrar em contato conosco

**nº do cliente**  
**5328609** **0**

**vencimento**  
**20/04/2015**

**total a pagar (R\$)**  
**13,79**

**DADOS DO CLIENTE**  
 Rua 15 D1220 10 288200 - 2 Medidor 2003265 Poste 0000 NBRD  
 Nome FRANCISCO EDUARDO GOMES DE ANDRADE SMC 006002522579  
 Endereço Postal: RU VAGNER CAVALCANTE 00072 - JARDIMUSU - FORTALEZA CEP 00000-000  
 End. da Unidade RU VAGNER CAVALCANTE 00072 - FORTALEZA Consumidora  
 RG / CPF / CNPJ 003381266-78 CCF  
 Classe RESIDENCIAL MONOFASICO Fator de Potência 0,00

**INFORMAÇÕES SOBRE LEITURA E CONSUMO**

Leitura Atual	Leitura Anterior	Consumo Constante	Consumo kWh	Consumo Incl	Consumo Faturado
7841	7820	1	21	0	30
21/03/15	21/02/15	26	DIAS		

**DESCRIÇÃO DA CONTA**

Quantidade	Tarifa	Valor (R\$)
30	0,45998	13,79

VALOR CONSUMO DO MES

**DATA DE LEITURA**  
 Data de Sinalização/ Apresentação: 31/03/2015  
 Prov. Próxima Leitura: 20/04/2015

**ÁREA RESERVADA AO FISCO**  
 8842-9AAA-0927-2772-0A15-35F1-1873-072A

**ICMS**

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor Imposto
ISENTO		

**COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO**

Energia	0,00
Transmissão	0,10
Distribuição	3,43
Encargos Setoriais	0,49
Tributos (ICMS PIS/COFINS)	0,69
<b>Total</b>	<b>13,79</b>

**ÍNDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO**  
 Ver a legenda no verso desta conta.

**CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO<sub>2</sub> (Kg/kWh)**  
 Consegue suas unidades pelo consumo de energia elétrica através do Coelce Unidade kg(CO<sub>2</sub>) Compensado kg(CO<sub>2</sub>) Consciência Ecológica (% CO<sub>2</sub>)

**CONJUNTO MONOUBI**  
 Mês: **JAN/2015** - EU\$D 11,97

Mês	Padrão Individual		Aprovação Individual	
	Mensal	Trim. Anual	Mensal	Trim. Anual
DIC (1)	5,07	0,00	0,00	0,37
RE (Jan)	5,29	0,00	0,00	0,00
EMIC (1)	2,04		0,37	

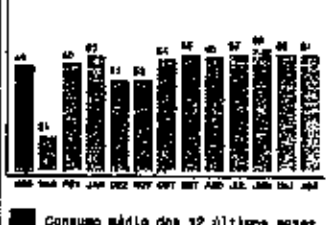
**Informações importantes e avisos de vencimento**

**Bandeira Tarifária VERDE**  
 A COELCE ADEMISSO E PARABENIZA PELA PORTUALIDADE DOS SEUS PARAHENITAS.

A ANEL APROVOU UM AUMENTO BEMO EXTRAORDINARIO DE 9,05% DAS TAXAS PAR DA COELCE, APLICADAS A PARTIR DE 02 DE MARÇO DE 2015, CONFORME RESOLUÇÃO REGULAMENTARIA Nº. 1858 DE 27 DE FEVEREIRO DE 2015.

**FATURADO TAXA MÍNIMA**  
 Conta desta Pessoa AS D, em conformidade a PIS e COFINS. (Art. 1º Res. 108/2006 - ANEL e Lei n. 10.497/02 e 10.833/03)  
 Em 2015 entrou em vigor o sistema de bandeiras tarifárias. A bandeira verde tem implicações relevantes adicionais. As bandeiras amarela e vermelha, quando acionadas, implicam tarifas de maior valor, devido ao maior custo de geração. Mais informações em www.coelce.gov.br.

**HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)**



Nº do Cliente: 5328609-0 Nº da Nota Fiscal: 380250690 Total a Pagar (R\$): 13,79  
 Data de Emissão: 20/03/2015 Referência: MAR/2015 Nº de Controle: 0006328609 00026 40182 64



**DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA**

Eu, Louis Carlos Mendes dos Santos

RG nº 300201024104, data de expedição 17/06/02 órgão SSP-CE,

CPF nº 031.967.763-01 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	Rua Wagner Cavalcante
Número	72
Apto / Complemento	
Bairro	Jangurussu
Cidade	Fortaleza
Estado	Ceará
CEP	60000-000
Telefone de contato	3483 2904
E-mail	goraya_seguros@hotmail.com

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Fortaleza-CE - 18/05/2015

Assinatura do Declarante: Louis Carlos Mendes dos Santos

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
- MINISTÉRIO DAS CIDADES -

DETRAN - CE Nº 010080044430  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD. RENAVAM ANTRC EXERCÍCIO  
CRDD 01 198634134 0000000000 2012

NOME  
JOSE IVAN OLIVEIRA DOS SANTOS  
\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*  
FORTALEZA/CE

CPF/CNPJ PLACA  
52536262391 EJO1496  
PLACA ANT/UF CHASSI  
\*\*\*\*\*/SP LAAAJKJG480083175

ESPECIE TIPO COMBUSTIVEL  
PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC. GASOLINA  
MARCA/MODELO ANO FAB. ANO MOD.  
T/TRAYX JH125 L 2008 2008  
CAP/POT/CIL. CATEGORIA COR PREDOMINANTE  
ZE/OCV/124CC PARTIC VERMELHA

COTA UNICA VENC. COTA UNICA VENC./COTAS  
I P V A  
\*\*\*\*\* \*\* \*\*/\*\*/\*\*  
FAIXA I.P.V.A. PARCELAMENTO/COTAS  
\*\*\* \*\*\*\*\* \*\* 1º \*\*\*\*\*  
2º \*\*\*\*\*  
3º \*\*\*\*\*

PRÊMIO TARIFÁRIO (RS) ICF (RS) PRÊMIO-TOTAL (RS) DATA DE PAGAMENTO  
274,06 1,06 275,27 05/09/2012

OBSERVAÇÕES  
\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*

LOCAL DATA  
FORTALEZA 03/05/2013  
LOP DE DANOS  
LOP DE DANOS

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PERSONAIS CAUSADOS POR VEICULO  
ALUMINOTCHES DE PLATA ESTRE. OUP 34.000 CARGA APRESSO  
TRANSPORTACAO QUANTO A VEICULO DPVAT

CE Nº 010080044430 BILHETE DE SEGURO DPVAT  
EXERCÍCIO 2012

CPF/CNPJ PLACA  
52536262391 EJO1496

BILHETE DE SEGURO DPVAT  
EXERCÍCIO DATA EMISSAO  
CE Nº 010080044430 2012 03/05/2013

VIA COD. RENAVAM ANTRC EXERCÍCIO  
01 198634134 0000000000 2012  
CPF/CNPJ PLACA  
52536262391 EJO1496  
RENAVAM MARCA/MODELO  
198634134 T/TRAYX JH125 L  
ANO FAB. CAT. TARIÉ. CHASSI  
2008 03 LAAAJKJG480083175

PRÊMIO TARIFÁRIO  
FNS (RS) DENATRAM (RS) CUSTO DO SEGURO (RS)  
123,33 13,28 137,03  
CUSTO DO BILHETE (RS) ICF (RS) PRÊMIO-TOTAL (RS)  
275,27 1,06 276,33  
DATA DE PAGAMENTO  
05/09/2012

Seguradora Laderana Consorcio  
do Seguro DPVAT S/A  
MOTOR 2008045339  
CNPJ: 09.248.608/0001-04

DENUTRON

CONTRON

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MARCELO PEREIRA BRANDAO e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 04.74.10. sob o número 014715688201301.



**GOVERNO DO ESTADO DO CEARA  
SECRETARIA DA SEGURANCA PUBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL  
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO**

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 727 / 2015**



**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRANSITO**  
 Data : Hora da Comunicação: **22/05/2015 16:19:14**  
 Data : Hora da Ocorrência : **13/05/2015 20:00:00**  
 Endereço da Ocorrência: **R VAL PARAISO  
SÍTIO SÃO JOÃO  
CONJUNTO PALMEIRAS FORTALEZA /CE**

Ponto de Referência:

**Dados da(s) Vítima(s)**

Nome: **LUIS CARLOS MENDES DOS SANTOS**  
 Nascimento : **05/10/1987**  
 RG: **2002010241091** Órgão Emissor: **SSPDC UF: CE - CPF: 03196776301**  
 Filiação: **CARLOS ALBERTO OLIVEIRA DOS SANTOS  
FRANCISCA DE SOUSA MENDES**  
 Endereço: **R SANTA LÚCIA 1027  
CONJUNTO PALMEIRAS  
FORTALEZA CE BRASIL** Telefone:

**Histórico**

QUE, COMPARECE A ESTA ESPECIALIZADA A FIM DE REGISTRAR QUE, NA DATA MENCIONADA, ESTAVA ANDANDO NA RUA A, VIA PREFERENCIAL E AO CHEGAR NO CRUZAMENTO COM A RUA VAL PARAISO, UM VEÍCULO GOL, PRATA, DE PLACA NÃO ANOTADA, AVAÇOU A VIA, ATROPELANDO A VITIMA E APÓS O IMPACTO, FOI JOGADO A UMA DISTÂNCIA DE UNS CINCO METROS, LESIONANDO-SE QUE, A VÍTIMA FOI SOCORRIDA POR UM PARENTE E LEVADA PARA O IJF CENTRO QUE, O MOTORISTA DO CARRO EVADIU-SE DO LOCAL; E NADA MAIS DISSE.  
 OBS: - FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO NO ART.340 DO CPB;  
 - PRAZO: SEIS MESES PARA REPRESENTAR CRIMINALMENTE;

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO  
 RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : **ROCILEIDE SOUZA DA SILVA MAIA MARTINS, MAT.: 133211-1-6**  
 RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO : **Luis Carlos Mendes dos Santos**  
 VISTO DO DELEGADO(A) : **CÉSAR WAGNER MAIA MARTINS - MAT.: 011201-1-5**

*Rocileide Souza da Silva Martins*  
 Escrivã de PC  
 133.211-1-6

**FUTURO DE  
REGULAÇÃO DE SINISTROS**

**05 AGO. 2015**

PÁGINA:

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MARCELO PEREIRA BRANDAO e Tribunal de Justiça do Ceará, protocolado em 25/06/2016 às 14:10, sob o número 01471568820168060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0147156-88.2016.8.06.0001 e código 22C6B64.





GOVERNO DO ESTADO DO CEARA  
SECRETARIA DA SEGURANCA PUBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL  
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 3709 / 2015**

**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **NAO DELITUOSA**  
Data / Hora da Comunicação: **14/10/2015 15:27:31**  
Data / Hora da Ocorrência : **13/05/2015 20:00:31**  
Endereço da Ocorrência: **R VAL PARAÍSO**

**CONJUNTO PALMEIRAS FORTALEZA /CE**

Ponto de Referência:

**Dados da(s) Vítima(s)**

Nome: **LUIS CARLOS MENDES DOS SANTOS**  
Nascimento : **05/10/1987**  
RG: **2002010241091** Órgão Emissor: **SSPDC UF: CE - CPF: 03196776301**  
Filiação: **CARLOS ALBERTO OLIVEIRA DOS SANTOS**  
**FRANCISCA DE SOUSA MENDES**  
Endereço: **R SANTA LÚCIA 1027**  
**CONJUNTO PALMEIRAS**  
**FORTALEZA CE BRASIL** Telefone:

**Histórico**

QUE, COMPARECE A ESTA ESPECIALIZADA A FIM DE RETIFICAR O BO Nº301-727/2015 REGISTRADO NA DATA DE 22/05/2015, POIS NO DIA DO ACIDENTE ENCONTRAVA-SE PILOTANDO A MOTO: TRAXX JH125 L, VERMELHA, ANO 2008, DE PLACA EJO 1496/CE, LICENCIADA EM NOME DE JOSÉ IVAN OLIVEIRA DOS SANTOS, NA AV. VAL PARAÍSO, VIA PREFERENCIAL, E AO SE APROXIMAR DO FINAL DA LINHA DAS "TOPIC 12", UM OUTRO VEÍCULO: GOL, PRATA, DE PLACA NÃO ANOTADA, AVANÇOU A VIA, OCASIONANDO A COLISÃO ENTRE OS MESMOS; QUE, APÓS O IMPACTO, FOI PROJETADO UNS CINCO METROS, LESIONANDO-SE; QUE, O MOTORISTA DO CARRO FUGIU DO LOCAL; QUE, FOI SOCORRIDO POR UM PARENTE E LEVADO PARA O UJ CENTRO; E NADA MAIS DISSE.XX.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

**ROCILEIDE SOUZA DA SILVA MAIA MARTINS - MAT.: 113211-1-6**

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO :

**LUIS CARLOS MENDES DOS SANTOS**

VISTO DO DELEGADO(A):

**CÉSAR WAGNER MAIA MARTINS - MAT.: 011201-1-5**

**Bel César Wagner Maia Martins**  
**DELEGADO DE POLICIA CIVIL**  
**Mat. 11201**

Registro de Atendimento  
Emergencial

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL						DATA/HORA:	13/05/2015 22:20:08		
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE									
CNS:	706502354131592	NOME:	LUIS CARLOS MENDES DOS SANTOS		Registro:	5371348			
CPE:	03106776201	RG:		D. NASC:	05/10/1987	ESTADO CIVIL:			
				SEXO:	M	RAÇA/COR:	Parda		
NOME DA MÃE:				FRANCISCA DE SOUSA MENDES					
NOME DO PAI:				CARLOS ALBERTO OLIVEIRA DOS SANTOS					
TIPO DE LOGRADOURO:	Rua	ENDEREÇO DO PACIENTE:	CATOLE		Nº:	1748	BAIRRO:	CONJUNTO PALMEIRAS	
COMPLEMENTO:		TELEFONE CONTATO:		MUNICÍPIO:	FORTALEZA	UF:	CE	CEP:	60870410
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL									
NOME:	CLAUDIA	PARENTESCO:	COMPANHEIRA		TELEFONE:	3632065			
ACIDENTE DE TRABALHO									
TIPO DE VÍNCULO:		CBO DO EMPREGADO:		CNPJ DO EMPREGADOR:		CÓDIGO DO CNAER:			
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO									
MOTIVO DE ATENDIMENTO:	Acidente com motociclista. Acidente de transporte sem colisão. Inclui: capotamento, queda ou projeção de uma motocicleta								
QUEIXAS:	HISTÓRIA DE TRAUMA CORTO-CONTUSO NO CRANIO SEM RELATO DE INCONSCIÊNCIA + TRAUMA FECHADO REGIÃO DE OMBRO ESQUERDO								
OBSERVAÇÕES:	TCE- EVENTO RECENTE								
SINAIS VITAIS									
LOCAL DA OCORRÊNCIA:	Área Pública	Escala de Dor:	Leve		PRIORIDADE DE ATENDIMENTO:			VERDE	
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:									

PROCOLO DO UF  
RAE RETIRADA  
PELO SISTEMA  
DATA 21/05/2015  
SERVIDOR

**SOLICITAÇÃO DE EXAME RADIOLÓGICO**

Nome: <u>Luis Carlos Mendes Santos</u>			Nº AIH/ RAE:		
Paciente Externo? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Unid. Internação:	Idade:	Sexo: <input type="checkbox"/> Masc <input type="checkbox"/> Fem		
Motivo da Solicitação: <u>Fratura de clavícula M.A.</u>					
Solicitado: Raio-X de [ ] Braço ___ AP/L [ ] Antebraço ___ AP/L [ ] Cotovelo ___ AP/L [ ] Mão ___ AP/P [ ] Punho ___ AP/P [ ] Bacia AP [ ] Coxa ___ AP/L [ ] Perna ___ AP/P [ ] Joelho ___ AP/P [ ] Pé ___ AP/L [ ] Tornozelo ___ AP/P [ ] <u>Clavícula GSP.</u> [ ] [ ] [ ]					
Assinatura e Carimbo do Solicitante:			Data: <u>21/4/15</u>	Hora: <u>8</u> minutos	
Laudo: <i>Dr. José Neias A. Ribeiro</i> Médico Residente Traumatologia e Ortopedia CRM-CE 12051					
Assinatura e Carimbo do Médico Emissor do Laudo:			Data: <u>/ /</u>	Hora: <u>h</u> minutos	
As películas radiológicas foram entregues ao paciente? <input type="checkbox"/> Sim (recomendável) <input type="checkbox"/> Não					

SC 000.102 Versão 1 - 02/10/08 - Formato AB (LPR210). 2 VIAS 1ª via retida no SÉRIADIAQ - 2ª Arquivada no Histo



**AMBULATÓRIO DE TRAUMATOLOGIA**

Reg. Geral 5377546  
 Reg. de Amb. \_\_\_\_\_  
 Reg. Radiológica \_\_\_\_\_  
 Nome Luis Carlos Mendes Santos  
 Diagnóstico Fratura de Clavícula M.A.  
 Data 14/5/15 Médico Dr. José Neias A. Ribeiro  
 Auxiliar \_\_\_\_\_  
 Redução sob Anestesia \_\_\_\_\_  
 Realizada \_\_\_\_\_ após o acidente \_\_\_\_\_

**DETALHES DO PROCESSO**

Número Sinistro: **3150/690385** Garantia: **02 - Ipa / Invalidez**  
 Categoria: **09 - Moto / Motocicleta**  
 Data Sinistro: **19/05/2015** Data Receção: **05/08/2015** Data Rateio: **19/11/2015**  
 Seguradora: **MBM - Seguradora** Angariador: **Alternativa seguros**  
 Preparador: **Juliana Prestes Jorge**  
 Análsta: **Maísa Do Prado**  
 Situação: **Externo de pag. Líder**  
 Filial: **MBM Serviços de Seguros**

**DATAS DE ENVIO**

Data de Envio **29/10/2015** Nº Carta **2061**

**VÍTIMAS**

Vítima **Luis Carlos Mendes dos Santos** Estado **CE**  
 Endereço: **rua wagner cavalcante,72 - jangurussu - fortaleza - CE**  
 Cep:  
 Telefone

**DOCUMENTOS**

Descrição **Prontuario medico da data da ocorrencia Informando que vítima sofreu acidente de trânsito**  
 Data de Solicitação **06/08/2015** Data Receção **29/10/2015**

**BENEFICIÁRIOS / PAGAMENTOS**

Beneficiário	<b>o mesmo</b>				
CPF/CNPJ	<b>031.967.763-01</b>				
Data Rateio	<b>00/00/0000</b>	Data Pagamento	<b>00/00/0000</b>		
Agência	<b>1977</b>	Conta Corrente	<b>39847-8</b>		
Banco	<b>Caixa Econômica</b>	Tipo Conta	<b>Poupança</b>		
Valor Indenização	<b>3.037,50</b>	Valor Nota Fiscal	<b>0,00</b>	Data Pagamento	<b>19/11/2015</b>
Valor Reanálise	<b>0,00</b>	Valor Nota Fiscal	<b>0,00</b>	Data Pagamento	<b>00/00/0000</b>
Valor Reanálise 2	<b>0,00</b>	Valor Nota Fiscal	<b>0,00</b>	Data Pagamento 2	<b>00/00/0000</b>
Valor Reanálise 3	<b>0,00</b>	Valor Nota Fiscal	<b>0,00</b>	Data Pagamento 3	<b>00/00/0000</b>
Valor Pleiteado	<b>13.500,00</b>				
Diferença	<b>10.462,50</b>				

**CORRETORA**

Código **1**  
 Nome **Alternativa seguros**  
 Responsável **suraya**  
 Endereço **Rua Sao Manoel, 1224A Vila Manoel Satiro**  
 Telefone **(85) 3483-2904**  
 E-mail **suraya\_seguros@hotmail.com**

**PROCURADOR**

**3.037,50**  
**04/01/2016**  
 O cliente ficou de vem ainda  
 hoje no escritorio

**04/01**