

PROCURAÇÃO

2.362,50

OUTORGANTE:

Nome: <i>Antonio Marcelo Rodrigues de Lima</i>		Nacionalidade: BRASILEIRA
Estado Civil: <i>Solteiro</i>	Profissão: <i>Agricultor</i>	Carteira de Identidade: <i>2002098024210</i>
CPF nº: <i>031.692.813-56</i>	Residência: <i>Av. Francisco Alves Moreira</i>	
Bairro: <i>Moreira</i>	Cidade: <i>Acapuzua</i>	Estado: CE
		CEP: <i>63.560-000</i>

OUTORGADO:

RAFAEL DE SOUSA REZENDE MONTI, brasileiro, solteiro, advogado, devidamente inscrito na OAB/CE sob o nº 18.044, portador do RG nº 8.119.595 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) 3231-6493/4101-2403.

PODERES:

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante nomeia e constitui, os outorgados, suas bastante 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), 22 de Fevereiro de 2015.

Antonio Marcelo Rodrigues de Lima
Outorgante

DECLARAÇÃO.

Eu, Antonio Marcelo Rodrigues de Lima, brasileiro, Salteiro, Agricul-
tor, RG 2002098024210, CPF 031.692.813-56, capaz, residente e
domiciliado na rua Av. Francisco Alves Moreira cidade de
Acopiara /CE, CEP 63.560-000. Declaro que resido no endereço
acima citado e forneço os dados pessoais, documentos e demais declarações para a propositura
de Ação Judicial em desfavor de qualquer seguradora conveniada DPVAT- FENASEG, E QUE
FUI VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO. Sendo de minha total responsabilidade a
declaração de invalidez ou óbito fornecida.

Fortaleza (CE), 22 de Fevereiro de 2015.

Antonio Marcelo Rodrigues de Lima

Declarante.

DECLARAÇÃO

Eu, Antonio Marcelo Rodrigues de Lima, brasileiro, Solteiro, Agricultor, portador da Carteira de Identidade/RG nº 2002098024240-SSP/CE, e inscrito no CPF/MF sob o nº 031.692.813-56, residente e domiciliado na cidade de Acopiara, estado de Ceará, na Rua Av. Francisco Alves Moura nº , Moreira, 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.

Fortaleza (CE), 22 de Fevereiro de 2015.

Antonio Marcelo Rodrigues de Lima

Declarante

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICACAO
 MINISTERO DA JUSTICA

NOME: **ANTONIO MARCELO RODRIGUES DE LIMA**
 DOC/CPF/REN/CRM/DTM/RE:
 282094024210 00000 00
 SEX: **M**
 031.462.012-85 18/05/1986
 NOME: **JOSE SOARES DE LIMA**
 MARCA DE FANTASIA: **ROCK**
 QUANTAS VEZES USADA: **2**
 DATA: **29/03/2017**
 VALIDADE: **17/05/2012**

NÚMERO DE TITULO NACIONAL: **874944337**
 DATA DE VALIDADE: **17/05/2012**

OBSERVACAO:
 ANTONIO MARCELO RODRIGUES DE LIMA
 IDENTIFICACAO

LOCAL: **PORTALEIRA, CE**
 DATA: **27/09/2012**
 NÚMERO DE TITULO NACIONAL: **874944337**
 DATA DE VALIDADE: **17/05/2012**

IDENTIFICACAO

6114992-6

fls. 16

350740887

11 12010 09 047000 - 7 Data de Emissão 16/07/2014

ERIVAN DE ARAUJO BRAGA

AV FRANCISCO ALVES MOREIRA 0764
MOREIRA - ACOPIARA - 63560000

10877898

0000 0000

01-RESIDENCIAL MONOFASICO BAIXA RENDA- 0,00

403110315-87

Período	Data de Emissão	Data de Vencimento	Companhia	Valor	Valor de Imposto	Valor de Juros	Valor de Multa	Valor de Juros	Valor de Multa	Valor de Juros	Valor de Multa
Jul/2014	16/07/2014	14/08/2014	Mal/2014								
			DICR1= 0,02 P								
115,04	27,00%	31,86	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0073.4645.A018.39E3.7FD0.65E9.FEF2.A320			0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
24162	23932	1,00	230	0,00	20	0,17506	5,25	70	0,38011	21,00	51,02
					120	0,38017	45,02	10	0,58319	5,01	85,28
16/07/14	13/05/14	33 DIAS	230								

VALOR CONSUMO DO MES 85,28
 ICMS COMPLEMENTAR BAIXA RENDA-CONV CONFAZ 079 8,04
 MULTA MORATORIA REF 06/2014 4,62
 JUROS DO MES 0,08
 ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL 11,13
 PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA 0,65

VERBA	23/07/2014	TOTAL	109,80
ENERGIA	41,18		
TRANSMISSAO	0,05		
DISTRIBUICAO	10,65		
ENCARGOS SATORIAIS	2,25		
TRIBUTOS (ICMS PIS/COFINS)	33,59		
TOTAL	93,77		

Imporcedas

Consta desta fatura R\$ 2,53 referente a PIS e COFINS.
 (Art. 9º Lei. 104-2005 - ANEEL e Lei n. 10.437/02 e 10.822-33)

A partir de 2015 visorara o sistema de Bandeiras Tarifarias. A bandeira verde nao implicara cobranca adicional. As bandeiras Amarela e Vermelha, quando acionadas, implicarao tarifas de maior valor, devido ao maior custo de geracao. No mes de Jul/2014 visoraria a bandeira VERMELHA, a qual implicaria R\$ 0,030/kWh de acrescimo ao valor da tarifa, liquido de impostos. Mais informacoes em www.aneel.gov.br

6114992-6 Jul/2014
 16/07/2014 109,80
 350740887 0006114992 00002 39022 60

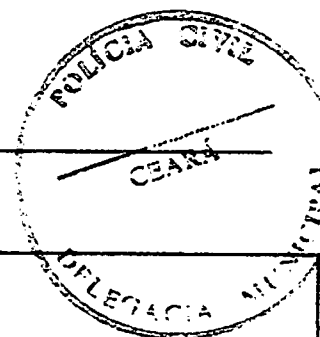
83620000201-3 09800031000-7 00061149920-3 00023902260-1





GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE ACOPIARA

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 404 - 1654 / 2014



Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
 Data / Hora da Comunicação: **16/10/2014 14:47:31**
 Data / Hora da Ocorrência : **22/07/2014 23:00:00**
 Endereço da Ocorrência: **ROD CE 060**

NAO INFORMADO ACOPIARA /CE

Ponto de Referência: **PROXIMO A CONSTRUÇÃO DA UPA**

Dados do(s) Vítima(s)

Nome: **ANTONIO MARCELO RODRIGUES DE LIMA**
 Nascimento : **18/05/1986**
 RG: **2032098824218** Órgão Emissor: **SSP UF: CE - CPF: 03169281356**
 Filiação: **JOSÉ SOARES DE LIMA**
MARIA DE FATIMA RODRIGUES DAS NEVES DE LIMA
 Endereço: **AV FRANCISCO ALVES 654 CASA**
MOREIRAS 63560009
ACOPIARA CE BRASIL Telefone: **88-99921225**

Histórico

AFIRMA SOB AS PENALIDADES DOS ART. 339, 340 E 342 DO CPB; DISSE QUE TEM HABILITAÇÃO QUANDO GUIAVA A MOTOCICLETA HONDA CG 125 FAN, ANO MOD 2010, COR VERMELHA, PLACA NVB 9685/CE, CHASSI 9C2JC4110AR70W029, RENAVAM 250598132, COM DOCUMENTAÇÃO EM NOME DE FRANCISCO VIANA SOARES, QUANDO SOFREU UM ACIDENTE DE MOTO, QUANDO NA SAÍDA DO MUQUEM, UM ANIMAL(CACHORRO) ATRAVESSOU NA FRENTE DA MOTO E COLIDINDO COM O ANIMAL; DISSE QUE CAIU E CONSEGUIU SE LEVANTAR, indo em direção a sua casa; QUE CHEGANDO EM SUA CASA, FOI COM SUA ESPOSA PARA O HOSPITAL. JULIA BARRETO; DISSE QUE SOFREU ESCORIAÇÕES E FRATURA NO DEDO MINDINHU DA MÃO DIREITA; E NADA MAIS DISSE.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE ACOPIARA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

PAULO VITORINO REZENDE - MAT.: 198457-1-0

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: *Antonio Marcelo Rodrigues de Lima*

VISTO DO DELEGADO(A):

LUIZ GONZAGA SOARES NETO - MAT.: 404554-1-8



PREFEITURA DE
ACOPIARA

PREFEITURA MUNICIPAL DE ACOPIARA
SECRETARIA DE SAÚDE DE ACOPIARA
HOSPITAL MUNICIPAL JÚLIA BARRETO

BPA

(URGÊNCIA / EMERGÊNCIA)

Nº DE REGISTRO: 127

fls. 18

Hospital Municipal
JÚLIA BARRETO

Data: <u>22/07/2014</u>	Horário: <u>23:20</u>	Idade: <u>28</u>	Sexo: <u>Masculino</u>																												
Paciente: <u>Antonio Marcelo Rodrigues de Lima</u>																															
End. do Paciente/Resp.: <u>Av. Francisco Alves Moura</u>																															
Telefone: <u>9441 3832</u>	Doc.: de identificação: <u>202098029210</u>																														
Cartão do SUS:																															
ESF de Origem: <u>Mourão</u>																															
ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM / TRIAGEM (Horário:)																															
Classificação de Risco: ☐	PA: ☐	T: ☐	PESO: ☐																												
HGT: ☐	P: ☐																														
 0 Nenhuma Dor 1 Um Pouco Dor 2 Um Pouco Mais de Dor 3 Tem Ainda Mais Dor 4 Tem Muita Dor 5 Tem Dor Máxima		Tabela 1 Escala de Dor para Recém-Nascidos-Neonatal Infant. Pain Scale (NIP) <table border="1"><thead><tr><th>Indicador</th><th>0 ponto</th><th>1 ponto</th><th>2 pontos</th></tr></thead><tbody><tr><td>Expressão facial</td><td>Relaxada</td><td>Contrada</td><td>Vigilante</td></tr><tr><td>Choro</td><td>Ausente</td><td>Rasmiungos</td><td>Vigilante</td></tr><tr><td>Respiração</td><td>Regular</td><td>Diferente da basal</td><td>Vigilante</td></tr><tr><td>Braços</td><td>Relaxados</td><td>Fletidos/Estendidos</td><td>Vigilante</td></tr><tr><td>Pernas</td><td>Relaxadas</td><td>Fletidas/Estendidas</td><td>Vigilante</td></tr><tr><td>Estado de Alerta</td><td>Dormindo e/ou Calmo</td><td>Agitado e/ou Irritado</td><td>Vigilante</td></tr></tbody></table> Presença de dor > 3 pontos ☐		Indicador	0 ponto	1 ponto	2 pontos	Expressão facial	Relaxada	Contrada	Vigilante	Choro	Ausente	Rasmiungos	Vigilante	Respiração	Regular	Diferente da basal	Vigilante	Braços	Relaxados	Fletidos/Estendidos	Vigilante	Pernas	Relaxadas	Fletidas/Estendidas	Vigilante	Estado de Alerta	Dormindo e/ou Calmo	Agitado e/ou Irritado	Vigilante
Indicador	0 ponto	1 ponto	2 pontos																												
Expressão facial	Relaxada	Contrada	Vigilante																												
Choro	Ausente	Rasmiungos	Vigilante																												
Respiração	Regular	Diferente da basal	Vigilante																												
Braços	Relaxados	Fletidos/Estendidos	Vigilante																												
Pernas	Relaxadas	Fletidas/Estendidas	Vigilante																												
Estado de Alerta	Dormindo e/ou Calmo	Agitado e/ou Irritado	Vigilante																												
Escala de Intensidade da Dor 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 sem dor média dor pior dor Pontos: ☐																															
Anotações de Enfermagem: <u>Paciente vítima de acidente de motocicleta, com edema em mãos (D).</u>																															
ATENDIMENTO MÉDICO																															
Histórico da Doença atual: <u>Paciente sofreu queda de moto com lesão em mão esquerda</u>																															
Exame Físico:																															
Exames Complementares:																															
Resultados:																															
Diagnóstico: <u>TRAUMA GM MÃO (D)</u>																															
Destino do Paciente:	Ass. e Carimbo do Médico: <u>Dr. Eduardo Barbosa</u> MÉDICO CRM 12317																														
Assinatura do Paciente ou Responsável: <u>ANTO MARCELO R. DE LIMA</u>																															

Guia de atendimento - TRAUMATOLOGIA

Prontuário: 043490 Atendimento: 0001 CNS: Guia Aut:
Paciente: ANTONIO MARCELO RODRIGUES DE LIMA Sexo: M
CPF : 03169281356 Nascimento: 18/05/1986 Local: IGUATU/CE Idade: 28 Ano(s)
Pai: JOSE SOARES DE LIMA Mãe: MARIA DE FATIMA FODRIGUES DAS NEVES
Endereço: AVENIDA FRANCISCO ALVES, 561 Telefone: 88351 312550 CEP: 63560-000
Bairro: MOREIRA Município: ACOPIARA UF: CE
Profissão: Empresa:
Convênio: SUS Matrícula:
Cônjuge: Responsável: O MESMO
Endereço: AVENIDA FRANCISCO ALVES, 561 Município: ACOPIARA UF: CE
Data Atendimento: 23/07/2014 Hora: 12:32 CID: Sala:
Médico: MARCUS HENRIQUE BEZERRA GADELHA LOPES CRM/UF: 10184.CE
Tipo Atendimento: ATENDIMENTO DE URGENCIA Funcionário: NEYARA MC REIRA DE JESUS
Indicador de Acidente: CPF do Responsável:
Observação:

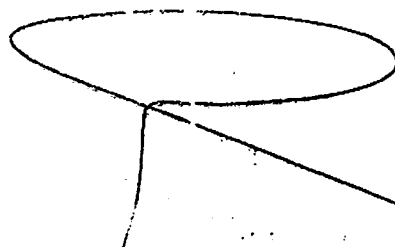
Peso: kg Altura (cm): Sinais Vitais: T (°C): P (bpm): R (mpm): PA (mmHg): X

TRAUMA EM MÃO D DA CIMA

RX- TRAUMA DE SMCO

TALA TIPO UUNA LUOB 3-5 CM +

REFRAC CL 15 DIAS



MARCUS HENRIQUE BEZERRA GADELHA LOPES - CRM: 10184

Assinatura Paciente/Responsável

Esse documento foi assinado digitalmente por RAFAEL DE SOUSA REZENDE MONTI e Tribunal de Justiça do Ceará, protocolado em 23/02/2016 às 14:31, sob o número 01144721320168060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0114472-13.2016.8.06.0001 e código 1F729E3.

ATESTADO MÉDICO

Atesto para devidos fins que o (a) Sr. (a),

ANDRÉ M. RODRIGUES DE LIMA
Compareceu neste hospital no dia de hoje das ____ h às ____ h por
motivo de doença, devendo:

() Retornar ao trabalho.

() Ser dispensado no dia de hoje.

() Permanecer afastado do trabalho (30) DIAS
dias a partir de ____.

Observações: _____

_____ CID: FRAT. DE
SPHCD

IGUATU, 23 de 07 de 2014.

ASSINATURA E CRM

▷ Hospital Regional Dr. Manoel Batista de Oliveira
Rua Edilson Melo Távora s/n
Cocobó
63500-000 Iguatu CE
Tel 55 88 3510 1250

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS - CEARÁ
FICHA DE REFERÊNCIA

GUIA DA UNIDADE QUE RECEBE A REFERÊNCIA

Unidade de Origem SMS Prontuário _____
Nome: ANTONIO MARCELO RODRIGUES DE LIMA
Sexo: M (X) FL () Data do Nascimento: 15/05/86 Ocupação: _____
Endereço: AV. FRANCISCO ALVES
Bairro: _____ Município: ACOPINHA Fone: _____

Urgência: Sim () Não () Data de Referência: 30/07/14
Impressão Diagnóstica: _____
Encaminhado para atendimento: Ambulatorial () Hospitalar () Auxílio Diagnóstico ()
Unidade de Referência: H.R.I.
Procedimento: RETORNO

Data: 30/07/14 Hora: _____
Gabriela Teixeira B. Moreira
Coordenadora de Controle
Avaliação Regulação e Auditoria

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS - CEARÁ
FICHA DE REFERÊNCIA

GUIA DO USUÁRIO
DEVOLVER ESTA FICHA À UNIDADE DE
SAÚDE QUE FEZ O SEU ENCAMINHAMENTO

Unidade de Origem SMS Prontuário _____
Nome: ANTONIO MARCELO RODRIGUES DE LIMA
Sexo: M (X) F () Data do Nascimento: 18/05/86 Ocupação: _____

Unidade de Referência: H.R.I.
Município: IGUAçu
Motivo do encaminhamento: RETORNO

Conduta já realizada: _____

Impressão Diagnóstica: _____
Gabriela Teixeira B. Moreira
Coordenadora de Controle
Avaliação Regulação e Auditoria

30/07/14
Data

RECEITUÁRIO MÉDICO

NOME DO PACIENTE

ALDOALDO MANOEL F. LIMA

RETINA E ESD

RX DE MÃO D. P. O. P. L.

19 08 19
IGUATU, de 20

ASSINATURA E CRM

▷ Hospital Regional Dr. Manoel Batista de Oliveira
Rua Edilson Melo Távora s/n
Cocobó
63500-000 Iguatu CE
Tel 55 88 3510 1250

Hospital Regional Dr. Manoel
Batista de Oliveira

ADMINISTRAÇÃO  SÃO CAMILO

www.saocamiloiguatu.org.br

RECEITUÁRIO MÉDICO

NOME DO PACIENTE

ANTONIO M. RODRIGUES DE LIMA

Rx

① MELOCOX 1546 MUO 200 / 11x

TOMA OLIOMPOLO

② TMA TPA LWA 1400 2-5000

③ OS. 08 14 - 74

IGUATU, 23 de 07 2014.

ASSINATURA E CRM

▷ Hospital Regional Dr. Manoel Batista de Oliveira
Rua Edilson Melo Távora s/n
Cocobó
63500-000 Iguatu CE
Tel 55 88 3510 1250

BENEFICIÁRIOS

Saiba Mais
Cobertura
Habilitação de Postagem
Honorários
Onde dar entrada
Formulários
Tire suas dúvidas
Projeto Corretor
Solicitar Envelopes

[Voltar](#)

Processo

Megadata: 3140/049795
Processo: 670302
Natureza: INVALIDEZ
Data sinistro: 22/7/2014
Nome: ANTONIO MARCELO RODRIGUES DE LIMA
Situação: Processo liberado o pagamento

Beneficiários

Nome

ANTONIO MARCELO RODRIGUES DE LIMA

Históricos

Data/Hora	Situação	Observações
11/11/2014	Pré-Cadastro não analisado	
11/11/2014	Pré-Cadastro analisado e aprovado	
14/11/2014	Proc. enviado p/ digitalização e análise da Seg. Líder	
8/12/2014	Processo com restrições	
8/12/2014	Processo Pendente (restr. regularizadas)	
8/12/2014	Proc.retornou p/ Seguradora Líder (Aguardar Posição)	
15/1/2015	Processo liberado o pagamento	Data crédito: 16/01/2015 - R\$ 2362.50
26/1/2015	Processo Estornou o Pagamento	
9/2/2015	Processo em fase de regularização do estorno	
12/2/2015	Processo liberado o pagamento	Data crédito: 13/02/2015 - R\$ 2362.50
23/2/2015	Processo Estornou o Pagamento	
27/3/2015	Processo em fase de regularização do estorno	
31/3/2015	Processo liberado o pagamento	Data crédito: 01/04/2015 - R\$ 2362.50

Restrições

[Mais Informações](#)[Virtual Informática para Seguros](#)



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **031.692.813-56**

Nome da Pessoa Física: **ANTONIO MARCELO RODRIGUES DE LIMA**

Data de Nascimento: **18/05/1986**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **24/11/2005**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **14:30:05**: do dia **23/02/2016** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **E772.59FB.D8C7.81D9**

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço www.receita.fazenda.gov.br.

Este documento não substitui o [“Comprovante de Inscrição no CPF”](#).

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)