



ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS - ADVOGADA - OAB/CE Nº. 34.613
ADVOCACIA: TRABALHISTA, CÍVEL, CRIMINAL E PREVIDENCIÁRIA

End. Profissional: Rua Dr. João Tomé, nº 979, Sala 103, Fátima I – Crateús-Ce
Cep. 63.700-000 - Tel.: (Fax): (88) 3692 – 3794 – E-mail: deranysantos@hotmail.com

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Nome: <u>Eraldo de Souza Oliveira</u>		Nacionalidade: <u>BRASILEIRA</u>	
Estado Civil: <u>Divorciado</u>	Profissão: <u>Vigilante</u>	Carteira de Identidade: <u>20073934547</u>	
CPF nº: <u>000.476.823 - 02</u>	Residência: <u>Rua Pedro Boman, 500</u>		
Bairro: <u>Penho</u>	Cidade: <u>Novo Oriente</u>	Estado/UF: <u>CE</u>	CEP: <u>63.740-000</u>

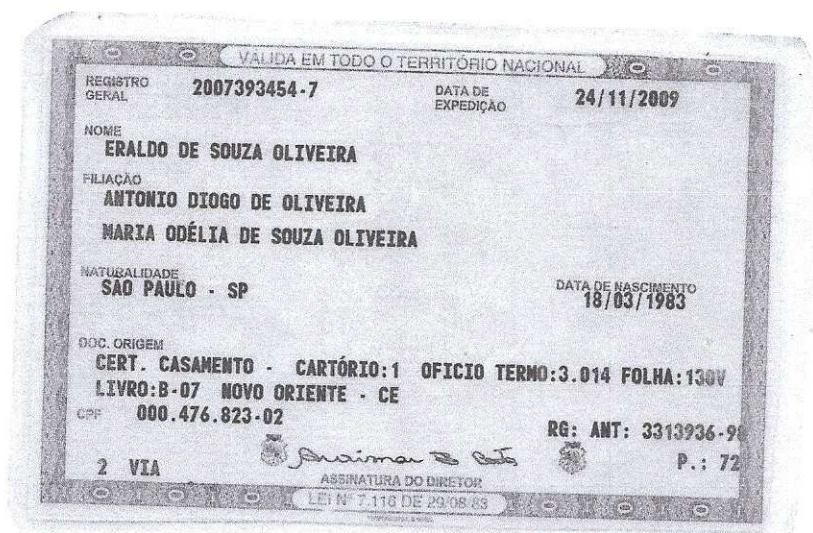
OUTORGADO: ANTONIA DERANY MOURÃO DOS SANTOS, brasileira, solteira, advogada inscrita na OAB/CE sob o nº 34.613; com endereço profissional na Rua Dr. João Tomé, nº. 979, Sala 103, Fátima I, Crateús/CE, CEP nº 63.700-000; Fone/Fax: (88) 3692.3794.

PODERES: Pelo presente instrumento particular de procuração, o(a) outorgante nomeia e constitui, o outorgado, 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 SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT, 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(a) outorgante, enfim todos os poderes necessários para o cumprimento amplo do objeto do presente mandato.

CRATEÚS – CE., 09 de Julho de 2018.

Eraldo de Souza Oliveira
 (outorgante)

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL			
MINISTÉRIO DAS CIDADES			
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO			
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO			
VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 115522290	NOME ERALDO DE SOUZA OLIVEIRA	DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF 20073934547 SSPDS CE	
		CPF 000.476.823-02	DATA NASCIMENTO 18/03/1983
		FILIAÇÃO ANTONIO DIOGO DE OLIVEIRA MARIA ODELIA DE SOUZA OLIVEIRA	
		PERMISSÃO ACC	CAT. HAB. AB
	Nº REGISTRO 06120983013	VALIDADE 12/03/2019	1ª HABILITAÇÃO 10/07/2014
PROIBIDO PLASTIFICAR 115522290	OBSERVAÇÕES SEM OBSERVAÇÃO;		
	<i>Eraldo de Souza Oliveira</i> ASSINATURA DO PORTADOR		
	LOCAL FORTALEZA, CE	DATA EMISSÃO 13/07/2015	
	<i>Igor Vasconcelos Ponte</i> IGOR VASCONCELOS PONTE ASSINATURA DO EMISSOR		
08884544935 CE148467946			
DETRAN - CE (CEARA)			





ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS - ADVOGADA - OAB/CE Nº. 34.613
ADVOCACIA: TRABALHISTA, CÍVEL, CRIMINAL E PREVIDENCIÁRIA

End. Profissional: Rua Dr. João Tomé, nº 979, Sala 103, Fátima I – Crateús-Ce
 Cep. 63.700-000 - Tel.: (Fax): (88) 3692 – 3794 – E-mail: deranysantos@hotmail.com

DECLARAÇÃO

Declarante: <u>Eraldo de Souza Oliveira</u>		Nacionalidade: Brasileira
Residência: <u>Rua Pedro Bona, 5100</u>		Profissão: <u>Vigilante</u>
CPF nº: <u>000.476.223-02</u>	RG nº: <u>20073931547</u>	Estado Civil: <u>Divorciado</u>
Bairro: <u>Centro</u>	Cidade: <u>Novo Oriente</u>	Estado/UF: <u>CE</u>
CEP: <u>63.740-000</u>	Telefone: _____	

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.

Crateús - CE, 09 de Julho de 2018.

Eraldo de Souza Oliveira
 Declarante



ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS - ADVOGADA - OAB/CE Nº. 34.613
ADVOCACIA: TRABALHISTA, CÍVEL, CRIMINAL E PREVIDENCIÁRIA

End. Profissional: Rua Dr. João Tomé, nº 979, Sala 103, Fátima I – Crateús-Ce
 Cep. 63.700-000 - Tel.: (Fax): (88) 3692 – 3794 – E-mail: deranydosantos@hotmail.com

DECLARAÇÃO

Declarante: <u>Eraldo de Souza Oliveira</u>		Nacionalidade: Brasileira
Residência: <u>Rua Pedro Bonin, 500</u>		Profissão: <u>Vigilante</u>
CPF nº: <u>000.476.223-02</u>	RG nº: <u>20073934547</u>	Estado Civil: <u>Divorciado</u>
Bairro: <u>Centro</u>	Cidade: <u>Novo Oriente</u>	Estado/UF: <u>CE</u>
CEP: <u>63.740-000</u>	Telefone: _____	

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.

Crateús - CE, 09 de Julho de 2018.

+ Eraldo de Souza Oliveira
 (declarante)

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE NOVO ORIENTE

fls. 13

**BOLETIM DE Ocorrência Nº 511 - 235 / 2018****Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **02/05/2018 16:17:38**
Data / Hora da Ocorrência: **17/09/2017 03:30:00**
Endereço da Ocorrência: **RUA DEOCLECIANO ARAGÃO**
Complemento:
Bairro: **CENTRO** Município: **NOVO ORIENTE/CE**
Ponto de Referência: **DE FRENTE A PREFEITURA**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **ERALDO DE SOUZA OLIVEIRA**
Nascimento: **18/03/1983** CPF: **000.476.823-02**
RG: **20073934547** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **MARIA ODELIA DE SOUSA OLIVEIRA**
ANTONIO DIOGO DE OLIVEIRA
Endereço: **RUA RUA PEDRO BARROS, 500**
Bairro: **CENTRO**
Município: **NOVO ORIENTE/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 9605-6436**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: PMK8378 Uf: **CE** Município: **NOVO ORIENTE** Chassi:
9C2KC1650FR012442 Renavam: **1037440720** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CG 150 TITAN ESD** Ano
Fabricação: **2014** Ano Modelo: **2015** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**
Cor: **VERMELHA** Proprietário: **RENATO FERREIRA OLIVEIRA** Situação:
NÃO INFORMADO Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

Que, no dia 17/09/2017 por volta das 03:30hs da madrugada estava transitando em sua motocicleta Honda/CG 150 TITAN ESD, placa PMK8378, cor vermelha na Rua Deocleciano Aragão, centro Rural de Novo Oriente-CE. Que, de frente de a prefeitura municipal, que por ser dia de feira e por estarem montando as barracas, uma mulher atravessou a rua com uma caixa, onde o a vítima não teve como desviar, e ao brecar a motocicleta veio a perder o controle do veículo; Que, a vítima caiu ao solo; Que, a vítima ligou para sua companheira Emanuela Rodrigues Sales(testemunha 01), pois não conseguiu levantar-se do chão por sentir fortes dores no ombro direito; QUE, minutos após sua companheira apareceu e foram para casa; Que, a vítima decidiu ir ao hospital ao amanhecer, pois as dores no ombro não passava; QUE, foi medicado e após transferido para o hospital de Crateús com suspeita de ter fraturado a clavícula; QUE, realizou exames de raio-X, sendo constatado uma fratura na clavícula. QUE, até a presente data encontra-se com sequelas do acidente.

2ª) Determinou a Autoridade Policial que no presente documento consigne que a motocicleta foi apresentada na Delegacia (ou qualquer outro órgão público) na data dos fatos para realizar perícia, a fim de comprovar que realmente houve acidente, sendo periciado o veículo na data de 10/04/2018, conforme laudo pericial nº 172451-04/2018. Ademais, não foi

DELEGACIA MUNICIPAL DE NOVO ORIENTE

Pág. 1 de 2

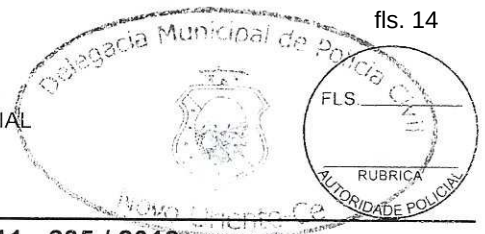
Impresso em: 03/05/2018 09:47:33

Julia F. R. Costa
Escritor AD' HOC

x Eraldo de Souza Oliveira

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE NOVO ORIENTE



fls. 14

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 511 - 235 / 2018

realizado exame complementar, ocasião, em que a SEGURADORA LÍDER dispensa laudo do IML nos casos em que não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou a região em que reside a vítima. QUE, o boletim de ocorrência foi registrado aproximadamente 06 meses após o acidente.

3ª) Dados do veículo acima descrito.

4º) Testemunhas Compromissadas:

4.1) Emanuela Rodrigues Sales CNH 1351591010

Emanuela Rodrigues Sales

4.2) Leilian Sousa Silva.: RG 2001015059498

Leilian Sousa Silva

As informações contidas neste Boletim de Ocorrência são de inteira responsabilidade do queixoso, sendo ao mesmo informado que a comunicação de crime não ocorrido ou fato inexistente é crime punível na forma da Lei (art. 339 e 340 do CPB).

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE NOVO ORIENTE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

Julia F. Costa
Escritor AD HOC

"ESCRIVAO AD HOC" - MAT.:

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Ende de Souza Oliveira

VISTO DO DELEGADO(A) :

Emerson Faria
EMERSON FARIA - MAT.: 30114019

PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVO ORIENTE
EMPREGO Nº 098.592/2006 - 76
SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL E MATERNIDADE DR. JOSE MARIA FERNANDES LEITÃO

Nova Aurora

BOLEIM DE ATENDIMENTO DIÁRIO

Nº _____ DATA: 17/09/17

Nome do Pai: Eraldo de Souza Oliveira

Nome da Mãe: Maria Odilia de Souza Oliveira

CNS: 160 9235 7160 0004 DN: 18-03-83 IDADE: 34

ESTADO CIVIL: m SEXO: m CPF: _____ CIDADE: novo Bunte

PROFISSÃO: pua-pedro barbas RG: _____

ENDEREÇO: VIA DE ACQUATE AUTOMOBILÍSTICO EL DON A MOBILIZAÇÃO

2-SINAIS E SINTOMAS:
Última de ACQUATE AUTOMOBILÍSTICO EL DON A MOBILIZAÇÃO

3-DIAGNÓSTICO:
Fatura de cluúcia

4-CONDUTA:
OCE TO PROTEVO LAMP LM
DIPICORA 2:18 AD, W

Eraldo de Souza Oliveira
ASS. DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Dra. Regina S. Rimeas
Médica
CREMEP 18.516
ASS. DO MÉDICO

1 - Preencher esta ficha em 3 vias
2 - Ao terminar a consulta ou tratamento
entregar 2 vias ao usuário orientando-o a
retornar com a 1ª via à Unidade de Origem

FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem: HOSP. DR. JOSÉ MARIA F. LENTÃO

Distrito Sanitário: _____

Município: Novo Oriente

Nome: ERILDO DE SOUZA OLIVEIRA

Prontuário: _____

Endereço: RUA PEDRO BARROS, 500

Sexo: M ☒ F ☐

Data de Nasc.: 18, 03, 1983

Ocupação: _____

Motivo do Encaminhamento?

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO C/ QUEIXA DE DOR EM REGIÃO DE CLAVÍCULA

Resultado de Exames:

DECONTINUIDADE OSSÉA A PALPAÇÃO DE CLAVÍCULA DIREITA

Conduta já Realizada

ANALGESIA

Impressão Diagnóstica

FRACTURA DE CLAVÍCULA

Dra. Patrícia A. Ximenes

MÉDICA

17, 04, 17

Função

Data

Hora

CREMEC: 28.516

AGENDAMENTO

Encaminhamento para Atendimento:

Ambulatorial ☐

Hospitalar ☒

Auxílio Diagnóstico ☐

Procedimento: ANALGESIA / CONDUTA

Profissional: TRAUMATOLOGISTA

Unidade de Referência: POLÍDIGO, HOSPITAL SÃO LUCAS

Data: 1 / 1 / 17 Hora: _____

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA (*)

Unidade de Referência: _____

Município: _____ Prontuário N.º _____

Alta: 1 / 1 / 17

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 ☐

Assinatura do Consultante - N.º Registro _____

Função _____

Data _____



SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO
HOSPITAL SAO LUCAS

Impressão: 18/09/2017 09:17

Página 17
v201700

Guia de atendimento - CONSULTORIOS

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 127363	Atendimento 0001	Nome do Paciente ERALDO DE SOUZA OLIVEIRA	CNS 160923571600004	Guia de Autorização
Documento(s) CPF: 000.476.823-02			Estado Civil Divorciado(a)	Sexo Masculino
Data de Nascimento 18/03/1983	Local SAO PAULO/SP		Idade 34 Ano(s)	
Pai ANTONIO DIEGO DE OLIVEIRA	Mãe MARIA ODELIA DE SOUZA OLIVEIRA			
Endereço RUA PEDRO BARROS, 500	Bairro CENTRO	CEP 63740-000	Município NOVO ORIENTE	UF CE
Profissão VIGILANTE	Empresa	Cônjuge		Telefone 88996994867
Responsável ERALDO DE SOUZA OLIVEIRA	CPF do Responsável	Endereço RUA PEDRO BARROS, 500	Município NOVO ORIENTE	UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 18/09/2017	Hora 09:16	Convênio SUS	Matrícula	CID
Profissional do Atendimento JAMIL SANCHES JORQUEIRA		CRM/UF 6945/CE		Tipo Atendimento CONSULTA ORTOPEDICA/TRAUMATO
Indicador de Acidente Trânsito		Funcionário ANA CINTIA CARLOS PEREIRA		
Observação Trouxe guia de referencia 18/06/2017				
Sala	Data/Hora Liberação	às	hs.	Tipo de Saída () Alta () Internação () Óbito

Sinais Vitais

Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)	R (mpm)	PA (mmHg)
			20		110x80

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

510298
Família em atendimento
com o Dr. Jorquera
p/ o Auto P.A.
feito o Check
f. g. l.

Dr. Jamil S. Jorquera
Traumato Ortopedia
CRM: 6945

JAMIL SANCHES JORQUEIRA - CRM: 6945

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: ERALDO DE SOUZA OLIVEIRA

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 19/07/2018 às 10:42, sob o número 014871087201886600001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0148710-87.2018.8.06.0001 e código 39E3305.

Hospital São Lucas ADMINISTRAÇÃO  SÃO CAMILO	RECEITUÁRIO
---	---------------------------

Nome do Paciente:

Enoch S. da Silva

Cham

Articul 100
func. e p. a

*plano
de 27/10
R. Chale*

Dr. Jamil S. Jorquera
Traumato Ortopedia

18/10/17

Rua Ubaldino Souto Maior, 1052 - São Vicente - CEP: 63.700-000 - Fone: (88) 3691.2019 / 3691.2202 - Crateús - CE



2º Via

Nº de Inscrição:

0051654423

DADOS DO CLIENTE

Nome: MARIA O DE S OLIVEIRA

End. Leitura: RU PEDRO BARROS, 500, CENTRO

Cidade: NOVO ORIENTE

CEP: 63.740-000

End. Entrega:

Cidade:

CEP:

Local: 097

Setor: 005

Quadra: 0101

Lote: 0307

Comp: 0000

Subsetor:

Subquadra:

ECONOMIAS

Residencial: 001

Comercial: 000

Industrial: 000

Pública: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volume(m³)	Média Semestral (m³)
AGUA	A12F293800	722	738	16	17

DATAS

Leitura Atual: 26/06/2018

Emissão: 04/07/2018

Lacre Água: 1509996

Leitura Anterior: 26/05/2018

Próxima Leitura: 26/07/2018

Lacre Esgoto:

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 04/2018

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Exigidas	022	022	010	022	022
Analisadas	022	022	010	022	022
Em conformidade	022	022	010	022	022

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Constatamos debito de R\$ 60,33. Caso pago, desconsiderar.

DIGITE ARCE NA PLAY STORE E BAIXE O APLICATIVO DA ARCE.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME
AGUA	49,71	Mês/Ano
MULTA DE 2%	1,18	JUN/2017
JUROS DE 0,033% AO DIA	0,40	JUL/2017
		AGO/2017
		SET/2017
		OUT/2017
		NOV/2017
		DEZ/2017
		JAN/2018
		FEV/2018
		MAR/2018
		ABR/2018
		MAI/2018

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO	Valor (R\$)	SUBSÍDIO	Valor (R\$)
Descrição	Valor (R\$)	Descrição	Valor (R\$)
PIS	0,49	VALOR DO SERVIÇO	63,50
COFINS	2,45	VALOR DO SUBSÍDIO	12,21
		VALOR TOTAL A PAGAR	51,29

MÊS/ANO

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR (R\$)

06/2018

09/07/2018

51,29

ONDE PAGAR SUA FATURA

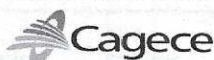
Bancos: Bradesco, BNB, Itaú, BIC, Banco do Brasil, Caixa Econômica Federal, Santander, Triângulo. Outros: Pagfácil. A Cagece disponibiliza o serviço de débito em conta de sua fatura. Ative já este serviço. Consulte sua agência.



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: 3101.1918, de 8h às 12h e 13h às 17h. Ouvidoria estadual: 155. Site da ARCE: www.arce.ce.gov.br

Entidades Reguladoras: Fortaleza: **ACFOR** - Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental: 0800 285 1919 - Demais Localidades: **ARCE** - Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará: 0800 275 3838.



Fatura Mensal

Via do agente arrecadador

DADOS DO CLIENTE

Inscrição: 0051654423 Código de Responsável:

Mês/Ano: 06/2018

Local: 097

Setor: 5

Quadra: 0101

Lote: 0307

Comp: 0000

Subsetor:

Subquadra:

Cidade: NOVO ORIENTE

Vencimento: 09/07/2018

Total (R\$): 51,29

82670000000-1 51290009800-9 05165442301-4 00068731025-0



EMISSION: ATENDIMENTO VIRTUAL 04/07/2018 11:29:56

SINISTRO 3180241318 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA ERALDO DE SOUZA OLIVEIRA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO MARIA GECINEIDE FERREIRA NOBRE
COR. SEGUROS EIRELI

BENEFICIÁRIO ERALDO DE SOUZA OLIVEIRA

CPF/CNPJ: 00047682302

Posição em 04-07-2018 11:18:49

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento na conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
26/06/2018	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50