



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 4109 / 2016

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
 Data / Hora da Comunicação: **20/05/2016 09:14:04**
 Data / Hora da Ocorrência: **10/04/2016 23:30:00**
 Endereço da Ocorrência: **AVENIDA VALPARAISO**
 Complemento:
 Bairro: **CONJUNTO PALMEIRAS** Município: **FORTALEZA/CE**
 Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **AURICELIO SILVA AMBROZIO**
 Nascimento: **01/12/1981** CPF: **913.176.903-97**
 RG: **2001002082496** Orgão Emissor: **SSP** UF:
 Filiação: **MARIA DA SILVA AMBROSIO**
JUCELINO AMBROSIO DA SILVA
 Endereço: **RUA 43, 357 SITIO SÃO JOÃO**
 Bairro: **JANGURUSSU** CEP:
 Município: **FORTALEZA/CE**
 País: **BRASIL** Telefone: **98763-8883**

Histórico

QUE, COMPARECE A ESTA ESPECIALIZADA A FIM DE REGISTRAR QUE, NA DATA CITADA, PILOTAVA A MOTO: HONDA CB 300R, COR VERMELHA, ANO FAB. 2010, ANO MOD.2011, PLACA NUX-4828/CE, LICENCIADA EM NOME DE AURICELIO SILVA AMBROSIO, AO REALIZAR UMA CURVA NA RUA VALPARAISO O PNEU TRASEIRO DERRAPOU EM UM TRECHO COM ARREIA, VINDO A VITIMA PERDER O CONTROLE DA MOTO E CAIR NO ASFALTO, FICANDO LESIONADA SENDO SOCORRIDA PARA O IJF-CENTRO POR MEIOS PROPRIOS. E NADA MAIS DISSE.//
 OBS:COMUNICAÇÃO FALSA É CRIME CAPITULADO NO ART.340 DO CPB.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

FRANCISCO DELÂNIO CAMPELO ALMEIDA - MAT.: 404836-1-6

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: *Auricelio Silva Ambrozio*

VISTO DO DELEGADO(A) :

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



INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

Registro de Atendimento Emergencial



Emitido em: 17/05/2016 14:34:17
Por: JACQUELINE NASCIMENTO DE SOUSA

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL						DATA/HORA:	11/04/2016 01:31:10
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE							
CNS:	705207447710672	NOME:	AURICELIO SILVA AMBROZIO		Registro:	5438128	
CPF:	91317690397	RG:	20010020824	D. NASC:	01/12/1981	ESTADO CIVIL:	
NOME DA MÃE:		MARIA DA SILVA AMBROZIO		NOME DO PAI:		JUCELINO AMBROZIO DA SILVA	
TIPO DE LOGRADOURO:	Rua	ENDEREÇO DO PACIENTE:	43	Nº:	357	BAIRRO:	JANGURUSSU
COMPLEMENTO:		TELEFONE CONTATO:		MUNICÍPIO:	FORTALEZA	UF:	CE
		CEP:	60876360				
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL							
NOME:	BRUNO		PARENTESCO:	AMIGO		TELEFONE:	999295319
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:	luxação de ombro, trauma de face, escoriações em joelho						
OBSERVAÇÕES:	trauma maior, dor moderada						
SINAIS VITAIS							
LOCAL DA OCORRÊNCIA:	Área Pública	Escala de Dor:	Moderado	PRIORIDADE DE ATENDIMENTO:			
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:	AMARELO						

SERVIÇO DE PROTOCOLO - IJF
RAE TIRADA
PELO SISTEMA E-SUS
DATA 17/05/2016
MATRÍCULA 2965719
SERVIDOR(A)



INSTITUTO Dr. JOSÉ FROTA
"24 hora de proteção à vida"



Prefeitura de
Fortaleza

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Paciente: AURICELIO SILVA AMBROZIO		ID Paciente: 5438128
Data de Nascimento: 01/12/1981	Idade: 34 anos	Sexo: M
Médico Solicitante: PATRICIA ARRAIS		Data do Exame: 11/04/2016

LAUDO

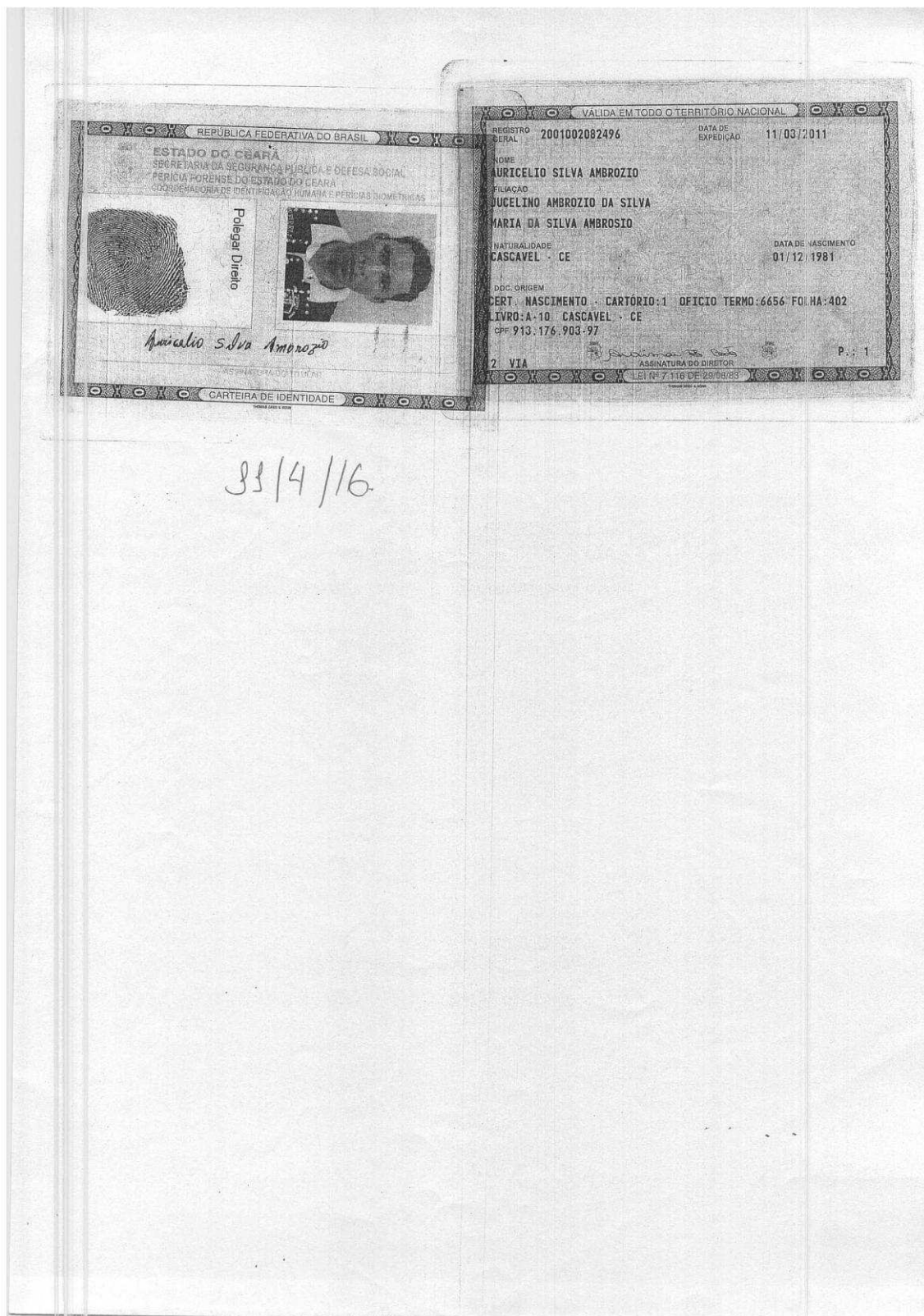
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO – URGÊNCIA

TÉCNICA: Exame realizado em tomógrafo multislice com aquisição volumétrica do crânio, sem administração de contraste iodado:

- Parênquima encefálico com valores de atenuação preservada
- Sistema ventricular anatômico.
- Linha média centrada.
- Cisternas preservadas
- Fossa posterior sem alterações significativas
- Não evidenciado hematoma extra-axial
- Não evidenciado traço de fratura craniana.

SILVANA PINHEIRO
CRM-CE 3914

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁFICO	
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
 INTERPRINT LTDA	
VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1076405496	
NOME: AURICELIO SILVA AMBROZIO	
DOC IDENTIDADE / ORG EMISSOR UF: 2001002082496 SSP CE	
CPF: 913.176.903-97 DATA NASCIMENTO: 01/12/1981	
FILIAÇÃO: JUCELINO AMBROZIO DA SILVA MARIA DA SILVA AMBROSIO	
PERMISSÃO: ☒ ACC: ☒ CAINHA: ☒ AB	
Nº REGISTRO: 05991229738 VALOR: 25/04/2018 1ª EMISSÃO: 03/02/2014	
OBSERVAÇÕES: EXERCE ATIV REMUNERADA:	
<i>Auricelio Silva Ambrozio</i> ASSINATURA DO PORTADOR	
LOCAL: FORTALEZA, CE DATA EMISSÃO: 03/02/2015	
<i>Luiz V. P. Jr.</i> ASSINATURA DO EMISSOR	
48450596115 CE146041852	
PROIBIDO PLASTIFICAR 1076405496	
DETRAN - CE/CEARAP	



Coelce
agora é **enel**

Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° **477970101**
Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60136-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

A Tarifa Social de Energia Elétrica
foi criada pela Lei nº 10.438 de
26 de abril de 2002

Esta é a segunda via de
MAI/2017
Utilize o nº abaixo sempre
que entrar em contato conosco

DADOS DO CLIENTE
Rota 12 01220 28 0141800
Nome MARIA DA SILVA AMBROZIO
Endereço Postal
Medidor 2740971
Poste 0000 L9ST

Nº DO CLIENTE
3396274 DV **0**

VENCIMENTO
25/05/2017

TOTAL A PAGAR (R\$)
69,85

END. DA UNIDADE
Consumidora RU 0043 CONJ SAO JOAO 00357 JANGURUSSU FORTALEZA
60876660

RG / CPF / CNPJ 052.342.693-37 **CGF**
Classe 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA, BAIXA RENDA Fator de Potência 0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO
Leitura Atual 9293 Leitura Anterior 9177 Constante 1 Consumo (kWh) 116 Consumo Incl. 0 Consumo Faturado 116

DESCRIÇÃO DA CONTA

	Quantidade	Tarifa	Valor (R\$)
ENERGIA			
Consumo faixa 0-30 Kwh	30	0,17432	5,22
Consumo faixa 31-100 Kwh	70	0,29885	20,91
Consumo faixa 101-220 Kwh	16	0,44829	7,19

OUTROS PAGAMENTOS

JUROS DO MES	0,35
MULTA MORATORIA	0,70
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA S. BAIXA RENDA	1,60
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL-CAP	11,00
PLANO ODONTO SYSTEM	22,88
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 2,14)	

DATAS DE LEITURA
Data de Emissão/ Apresentação 18/05/2017 Prev. Próxima Leitura 19/06/2017

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL
2E4B.9C0F.BE37.B4E9.D4DA.F2B3.41D3.0690

ICMS

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

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

ENERGIA	15,46
TRANSMISSÃO	1,55
DISTRIBUIÇÃO	10,51
ENCARGOS SETORIAIS	3,64
TRIBUTOS (ICMS, PIS/COFINS)	3,76

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 12,68
Conjunto MONDUBIM
Mês MAR/ 2017

	Padrão Individual Mensal	Trim. Mensal	Anual Mensal	Apuração Individual Trim. Mensal	Anual Mensal
DIC (h)	4,95	9,91	19,82	4,79	6,76
FIC (un)	3,17	6,35	12,70	2,00	4,00
DMIC (h)	2,77			0,29	

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)
Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.
Emitido kg (CO₂) Compensado kg (CO₂) Consciência Ecológica(%CO₂)

0 100

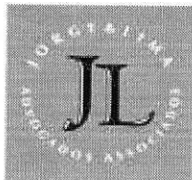
INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

autenticação mecânica cliente

Nº do Cliente: **3396274-0** Nº da Nota Fiscal: **477970101** Total a Pagar (R\$): **69,85**
Data de Emissão: **22/05/2017** Referência: **MAI/2017** Nº de Controle: **0003396274 00117 4329 2 94**

83820000000-2 69850031000-8 00033962740-9 01174329202-8



PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

OUTORGANTE:

Nome: <i>Auricelio Silva Ambrozio</i>		Nacionalidade: Brasileira
Residência: <i>Aua 0043, Cam. São João 357</i>		Profissão: <i>Autônomo</i>
CPF nº: <i>913.176.903.97</i>	RG n: <i>2001002082496</i>	Estado Civil: <i>Solteiro</i>
Bairro: <i>Parqueuruçu</i>	Cidade: <i>Fortaleza</i>	Estado: CE
CEP: <i>60876660</i>	Telefone: <i>9.8763-8883</i>	

OUTORGADOS:

LUIS JORGE DE LIMA, ANTONIO EUGÊNIO FIGUEIREDO DE ALMEIDA e PEDRO JORGE CRUZ DE LIMA, brasileiros, advogados regularmente inscritos na OAB-CE sob os nrs. 6.402, 6.809 e 30.689, todos com escritório profissional na rua Julio Abreu, 155 – Varjota, na cidade de Fortaleza-CE, onde receberá as intimações necessárias.

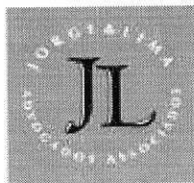
PODERES:

Pelo presente instrumento particular de procuração, o 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 quaisquer medidas judiciais para o **recebimento da indenização do seguro obrigatório DPVAT que lhe cabe**, 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 audiências** em nome do outorgante, enfim todos os poderes necessários para o cumprimento amplo do objeto do presente mandato.

Fortaleza *21* de *Setembro* de 2016

Auricelio Silva Ambrozio

Outorgante



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

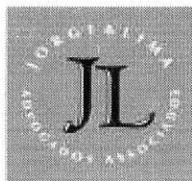
Nome: <i>Auricélio Silva Ambrozio</i>		Nacionalidade: Brasileira
Residência: <i>Rua 0043, Conj. São João, 357</i>		Profissão:
CPF nº: <i>913.176.903.97</i>	RG n: <i>2001002082496</i>	Estado Civil:
Bairro: <i>Varjota</i>	Cidade: <i>Fortaleza</i>	Estado: CE
CEP: <i>60876660</i>	Telefone:	

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 *21* de *setembro* de 2016.

x Auricélio Silva Ambrozio
DECLARANTE



DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Nome: <i>Arucelio Silva Ambrozio</i>		Nacionalidade: Brasileira
Residência: <i>Rua 0043, Conj. São João, 357</i>		Profissão:
CPF nº: <i>913.176.903-97</i>	RG n: <i>2001002082496</i>	Estado Civil:
Bairro: <i>Jangurussu</i>	Cidade: <i>Fortaleza</i>	Estado: CE
CEP: <i>60876600</i>	Telefone:	

Declaro para todos os fins a que esta se destinar que fui devidamente esclarecido pelos Drs. **LUIS JORGE DE LIMA, ANTONIO EUGÊNIO FIGUEIREDO DE ALMEIDA e PEDRO JORGE CRUZ DE LIMA**, advogados regularmente inscritos na OAB-CE sob os nrs. **6.809, 6402 e 30.689**, 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 processo judicial, bem como pelos fatos narrados neste.**

Desta forma, **ISENTO** o escritório **JORGE & LIMA ASSESSORIA E CONSULTORIA JURIDICA** e os advogados acima elencados, **ou de qualquer outro advogado indicado que venha a patrocinar o presente processo, 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.**

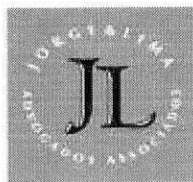
"As informações contidas no processo indenizatório DPVAT são de responsabilidade do beneficiário, sendo o mesmo informado que a comunicação de fato não ocorrido ou inexistente é crime punível na forma da lei arts. 339 e 340 do cpb."

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 *21* de *setembro* de 2016.

x Arucelio Silva Ambrozio

DECLARANTE



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (Lei Nº. 7.115/83)

Nome: <i>Auricelio Silva Ambrozio</i>		Nacionalidade: Brasileira
Residência: <i>Rua 0043, Conj. São João, 357</i>		Profissão:
CPF nº: <i>913.176.903-97</i>	RG n: <i>2001002082496</i>	Estado Civil:
Bairro: <i>Jangurussu</i>	Cidade: <i>Fortaleza</i>	Estado: CE
CEP: <i>60876660</i>	Telefone:	

DECLARO conforme artigo 1º, da Lei 7115/83, que não possuo comprovante de endereço em meu nome e resido no endereço acima mencionado.

DECLARO ainda ser conhecedor das sanções civis, administrativas e criminais a que estarei sujeito, caso o quanto aqui declarei não porte estritamente a verdade.

Fortaleza *21* de *Setembro* de 2016.

Auricelio Silva Ambrozio

DECLARANTE



(/)

Buscar no site

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

[Nova Consulta](#)

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3170284890 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA AURICELIO SILVA AMBROZIO**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO**

AQUOR CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME

BENEFICIÁRIO AURICELIO SILVA AMBROZIO**CPF/CNPJ:** 91317690397

Posição em 22-09-2017 11:18:01

A documentação abaixo encontra-se pendente, devendo ser entregue no mesmo local em que a documentação inicial foi entregue.

Descrição	Tipo	Status	Nome
 Comprovação de ato declaratório	Vítima	Não Conforme	

 **ATENÇÃO** - Clique aqui se o documento pendente for a comprovação de ato declaratório

ACESSIBILIDADE[\(/Pages/Acessibilidade.aspx\)](/Pages/Acessibilidade.aspx)[\(/Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx\)](/Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx)

A A A 

COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

Documentos Despesas Médicas (</Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx>)

Documentos Invalidez Permanente (</Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx>)

Documento Morte (</Pages/Documentacao-Morte.aspx>)

Dicas Indispensáveis (</Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx>)

PAGUE SEGURO

Como Pagar (</Pages/Pague-Seguro.aspx>)

Consulta a Pagamentos Efetuados (</Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetutados.aspx>)

Informações Gerais (</Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx>)

ACOMPANHE O PROCESSO



Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização.
(/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx)

**Tribunal de Justiça de Sergipe****CÁLCULO DE CORREÇÃO**

Utilizando INPC

Detalhamento dos Meses

Data Inicial.....: 29/12/2006
Valor Inicial.....: R\$ 13500.00
Data Final.....: 11/03/2015
Valor Corrigido.....: R\$ 21.613,26

CÁLCULO DOS JUROS

Taxa de Juros Mensal...: 0
Meses de Juros.....: 98
Valor dos Juros Mensais: R\$ 0,00
Taxa de Juros Diária...: 0,00 %
Dias de Juros.....: 12
Valor dos Juros Diários: R\$ 0,00
Valor total dos Juros: R\$ 0,00
Valor Corrigido + Juros: R\$ 21.613,26

CÁLCULO DA MULTA

Perc. de Multa: 0
Valor da Multa: R\$ 0,00

CÁLCULO DOS HONORÁRIOS

Perc. de Honorários: 0
Valor de Honorários: R\$ 0,00

TOTAL FINAL.....: R\$ 21.613,26**(VINTE E UM MIL E SEISCENTOS E TREZE REAIS E VINTE E SEIS CENTAVOS)**

- Este serviço é meramente informativo.

Imprimir

Voltar