

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

NOME: ANTONIO IDELVAR DE SOUSA JALES		Nacionalidade: Brasileiro	
Endereço: Rua 21 de Novembro		Profissão: Agricultor	
RG: 2007417603-4 SSP/CE CPF: 101.873.083-49		Estado Civil: Casado	
Bairro: Centro	Cidade: Boa Viagem	Estado: Ceará	Cep: 63.870.000

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) 3254-4340.

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, 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.

BOA VIAGEM (CE), 20 DE ABRIL DE 2015.


Outorga

DECLARAÇÃO

NOME: ANTONIO IDELVAR DE SOUSA JALES		Nacionalidade: Brasileiro	
Endereço: Rua 21 de Novembro		Profissão: Agricultor	
RG: 2007417603-4 SSP/CE CPF: 101.873.083-49		Estado Civil: Casado	
Bairro: Centro	Cidade: Boa Viagem	Estado: Ceará	Cep: 63.870.000

DECLARA com fundamento no artigo 1º da Lei nº 7.115/83, sob sua inteira e exclusiva responsabilidade, para todos os efeitos legais, as informações e declarações constantes no processo judicial e, também, ser pobre na acepção jurídica do termo (na forma da lei), enquadrando-se na concessão prevista na Lei nº 1060/50 e posteriores alterações, pois sua 'situação econômica' não lhe permite pagar as 'custas' e demais 'despesas' do processo e os honorários de advogado 'expert' sem prejuízo do sustento próprio ou da família.

Por ser expressão da verdade, firmo o presente.

BOA VIAGEM (CE), 20 DE ABRIL DE 2015.


Declarante

DECLARAÇÃO

NOME: ANTONIO IDELVAR DE SOUSA JALES		Nacionalidade: Brasileiro	
Endereço: Rua 21 de Novembro		Profissão: Agricultor	
RG: 2007417603-4 SSP/CE CPF: 101.873.083-49		Estado Civil: Casado	
Bairro: Centro	Cidade: Boa Viagem	Estado: Ceará	Cep: 63.870.000

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. Sendo de minha total responsabilidade a declaração de invalidez ou óbito fornecida.

BOA VIAGEM (CE), 20 DE ABRIL DE 2015.



Declarante

543007-0

coelce

Rua Padre Váldemiro, 150 CEP 60135-040 Fortaleza CE
 CPF 07.042.211/0001-70 CCE 06.105.948-3
 A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei nº 12.434, de 28 de abril de 2007

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA - GRUPO INTERMUNICIPAIS

Rota 15 36040 02 022002-4 Data de Emissão 21/11/2014

Nome ANTONIO IDEVAR DE SOUSA JALES

End. Postal RU 21 DE NOVEBRO 00473

Medidor 0 CENTRO - BOA VIAGEM - 63870000

Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASICO BAIXA REND Potência 0,00

RG / CPF / CNPJ 101873083-49 CGF 0,00

Nome do Responsável

DATAS

Mês	Data de Apresentação	Data de Pagamento
Nov/2014	21/11/2014	20/12/2014

INDICADOR DE GENTILIDADE

Conjunto BOA VIAGEM

Mês Set/2014

EUSD 7,57

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto	Apuração Individual							
			Padrão	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual	
ISEITO										
DIC			5,67	11,34	22,65	0,00	0,00	0,00		
FIC			3,48	6,97	13,95	0,00	0,00	0,00		
DMIC			3,29			0,00				

COMPARAÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Const. Ind.	Const. Fac.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
11839	11770	1,00	69	0,00		U. 1,10799 U. 22,4397	3,40 0,72

TELEFONES DE CONTATO

(88) 9950-0004 (88) 9950-0003
 (88) 8874-8777 (88) 9266-8392
 (88) 3427-1916

VERIFICANDO 10/12/2014

TOTAL A PAGAR (R\$) 18,66

COMPARAÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Descrição	Valor
Energia	0,13
Transmissão	0,12
Distribuição	0,40
Encargos Setoriais	0,45
Tributos (ICMS, PIS, COFINS)	1,25
TOTAL	13,77

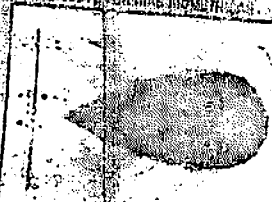
HISTÓRICO DE CONSUMO (kWh)

Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Sep	Out	Nov	Dez
79	69	91	83	77	86	76	71	78	86	84	92	62			

importante

PREZADO CLIENTE: A SUA CONTA DE LUZ, APÓS O VENCIMENTO, DEVERÁ SER PAGADA, PREFERENCIALMENTE, DAS FOLHAS, CORRESPONDENTES OU CHAMAS ELETRÔNICOS DOS BANCOS SANTANDER, BRASILEIRO OU BANCO DO BRASIL.

Esta conta refere-se a PIS e COFINS.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
ESTADO DO CEARÁ SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL POLÍCIA ESTATAL DO ESTADO DO CEARÁ COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO DOCUMENTAL E REGISTRO CIVIL		NÚMERO 2007417403-4	
 		DATA DE CAPTURA 27/02/2013	
Polícia Direto <i>Antonio Joelvar de Sousa Jales</i>		NOME ANTONIO JOELVAR DE SOUSA JALES LOCAL ANTONIO DE SOUSA JALES MARIA DOS ANJOS DA SILVA JALES	
ASSINATURA N.º 101		NATURALIDADE BOA VIAGEM - CE DATA DE NASCIMENTO 08/07/1952	
CARTÃO DE IDENTIDADE		DOC. Nº 101.873.083-49 DATA DE CASAMENTO - CARTÃO: 1 OFÍCIO TERMO: 5706 FOLHA: 109, V DATA DE 23 BOA VIAGEM - CE DATA DE 101.873.083-49	
ASSINATURA DO DETENTOR		DATA DE 23 BOA VIAGEM - CE DATA DE 101.873.083-49	

TELEFONES DE CONTATO

(88) 9950-0004 (88) 9950-0003

(88) 8874-8777 (88) 9266-8392

(88) 3427-1916



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 101.873.083-49

Nome da Pessoa Física: ANTONIO IDELVAR DE SOUSA JALES

Situação Cadastral: REGULAR

Digito Verificador: 00

Comprovante emitido às: **11:53:06**: do dia **04/02/2015** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **EA50.8DCE.3642.E445**

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.

Aprovado pela IN/RFB nº 1.042, de 10/06/2010.



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

BOLETIM DE Ocorrência Nº 428 - 136 / 2015

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Data / Hora da Comunicação: **21/01/2015 09:15:26**

Data / Hora da Ocorrência : **16/12/2014 12:00:00**

Endereço da Ocorrência: **ESTR CARROÇÁVEL DA LOCALIDADE PONTA DA SERRA**

ZONA RURAL, BOA VIAGEM /CE

Ponto de Referência:

Histórico

Compareceu a esta delegacia a pessoa abaixo qualificada para informar que no dia 16/12/2014 por volta das 12h estava dirigindo a motocicleta HONDA/NXR150 BROS FS, placa NQM-7906, cor PRETA, ano/mod. 2009, chassi 9C2KD04209R024721, licenciada em nome de Elaine Cristina Nunes de Sousa quando repentinamente surgiu um cachorro correndo, colidiu na motocicleta e o motociclista caiu; Que foi socorrido para o hospital local sofrendo trauma no MIF; Que compareceram a esta delegacia a como testemunhas do acidente Antonio Bezerra do Vale e Ivone Nunes Jales. Nada mais disse.

Noticiante(s)

Nome : **ANTÔNIO IDELVAR DE SOUSA JALES**

Endereço : **R 21 DE NOVEMBRO 473**

Bairro : **NI**

Município/UF : **BOA VIAGEM CE BRASIL**

Telefone:

DELEGACIA DESTINO: **DELEGACIA MUNICIPAL DE BOA VIAGEM**

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : _____

LARISSA CRISPIM DE LIMA - MAT.: 300059-1-0

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO : _____

VISTO DO DELEGADO(A) : _____

MANUEL INÁCIO TORRES NETO - MAT.: 198811-1-3

Testemunhas:

X Antonio Bezerra do Vale -

X Ivone Nunes Jales

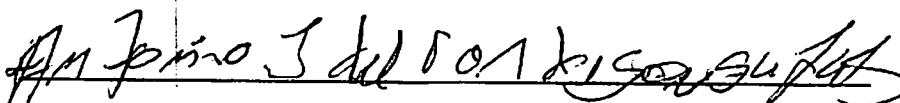
DECLARAÇÃO E AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, ANTONIO IDELVAR DE SOUSA JALES, portador da carteira de identidade nº RG: 20074117603-4 SSPDS/CE e inscrito no CPF/MF sob o nº 101.873.083-49, residente e domiciliando na RUA 21 DE NOVEMBRO - Nº 00473 - BAIRRO CENTRO, Cidade BOA VIAGEM, Estado CEARÁ, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal – IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº. 6.194 /74), uma vez que:

- (X) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência ; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícia para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícia com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor da via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do § 1º do art. 3º da lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.



Assinatura do Declarante

Conforme documento de identificação

BOA VIAGEM – CE, 16 DE DEZEMBRO DE 2014

LOCAL E DATA



PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VIAGEM
CSAM - CASA DE SAÚDE ADILA MARIA
 Rua: São Vicente da Paula, Nº. 100 Centro.
 Tel.: (88) 3427 1599 - (88) 3427 136
 CNPJ: 07.806.680/0001-84

FICHA DE SERVIÇO DE PRONTO ATENDIMENTO (SPA)

DATA DE ATENDIMENTO: 16 / 12 / 14 HORÁRIO: 13:51h SEXO: ATM () F
 NOME: WILSON SOUSA DE SOUSA JAVS. ATA DE NASC 08/07/75
 RG 2003417603-4 CPF CARTÃO DO SIS Nº
 PAI: WILSON DE SOUSA JAVS. MÃE: MAUR DE SOUSA JAVS.
 NATURALIDADE: B.V. PROCEDÊNCIA:
 ESTADO CIVIL: casado PROFISSÃO: Administrador
 ENDEREÇO: Rua 22 de Novembro Nº. 473.
 BAIRRO: São José CIDADE B.V. UF: CE
 QUEIXA PRINCIPAL:

HDA: 7 ANOS EM MIE - JOELHO C/ LESÃO
 EXAME FÍSICO: POU - BOA - ARTICULAÇÕES 2 MMS P
1.

EXAMES SOLICITADOS: RADIO P. JOELHO - DPO

MEDICAMENTOS: ATRIPTA - 1.200.000 KTM

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM: BOA - SINUS NO
SPA, APRESENTANDO COM COMEÇO NO
JOELHO E TUDO ESTÁ EM BOA COND.
POU - BOA - ARTICULAÇÕES 2 MMS P
1.

ASSINATURA DO PACIENTE / RESPONSÁVEL ASSINATURA DO MÉDICO

ESTA FICHA SÓ TERÁ VALIDADE PARA REGISTRO DE ATENDIMENTO HOSPITALAR COM CARIMBO E ASSINATURA DA DIRETORA DESTA UNIDADE DE SAÚDE.

Esta cópia confere com a original dos nossos arquivos.
 ROZIVALDA FERREIRA DE ALMEIDA
 Responsável - CSAM

ROZIVALDA FERREIRA DE ALMEIDA
 RESPONSÁVEL PELA C.S.A.M

Centro - CEP 63071-000
 Fone (88) 3427-1136
 Boa Viagem-CE

RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

ATENÇÃO: A finalidade deste relatório é agilizar a avaliação da invalidez permanente, não sendo obrigatório a sua apresentação.

NOME COMPLETO DA VÍTIMA:

RG: 2007417603-4

ORGÃO EXPEDIDOR: SSPDS-CE

NÚMERO DO SINISTRO:

CPF: 101.873.083-49

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE:

16/12/14

DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO:

16/12/14

NOME COMPLETO E CRM DO MÉDICO:

Dr. Carlos Martins Filho.

LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE:

Lesões de ligamento cruzado anterior e de menisco lateral, com ferimentos. Trauma em tornozelo ES, com ferimento.

DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS):

Tratamento ortopédico (curativo), com imobilização ortopédica + A.N.S. +

EXISTE ALGUM DEFEITO FÍSICO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? CASO POSITIVO DESCREVER:

[] SIM [X] NÃO

Ass. 7.

COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE:

[] A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO.

[X] A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (Especificar o segmento ou órgão atingido)

SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO ATINGIDO

- 1º Joelho ES (lesões ligamentar e menisco)
- 2º (com ferimento).
- 3º Tornozelo ES - (contusão com ferimento)
- 4º
- 5º

AFIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE: QUE AS RESPOSTAS ACIMA SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.

LOCAL

DATA

ASSINATURA E CARIMBO

ANEXAR CÓPIAS DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS RELATIVOS AO ACIDENTE

RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (PRÓPRIO PUNHO)

NOME COMPLETO DA VÍTIMA:

Antônio Edmar de Sousa Jales

DATA DO ACIDENTE:

16/12/14

TRATAMENTOS CIRÚRGICOS OU CONSERVADORES REALIZADOS NO PACIENTE:

*Tratamento ortopédico
instituído com imobilização
ortopédica e curativos*

PERÍODO DE PERMANÊNCIA HOSPITALAR:

01 (um) dia

APÓS A ALTA HOSPITALAR, QUAIS OS OUTROS TRATAMENTOS REALIZADOS PELO PACIENTE. EX: TROCA DE GESSO, RETIRADA DE MATERIAL DE SÍNTESE, FISIOTERAPIA, ETC.

*Tratamento de curativos
trabalho*

DATA DA ALTA DEFINITIVA:

17/03/15

BN - e

LOCAL

24.01.15

DATA

ASSINATURA E CARIMBO

Assinatura
Jose Carlos Martins Fº
Médico
CREMEC - 6076

ATESTADO DE ALTA

Atesto que o paciente,

Antônio Edvaldo Sousa Jole

Vítima de acidente de trânsito ocorrido em,

16/12/14

Sofreu as Seguintes Lesões:

lesão de ligamento cruzado anterior e de meniscos laterais, com fratura de fêmur do membro superior e fratura de fêmur do membro inferior.

Efeitou os seguintes tratamentos:

relembros ortopédicos - membros com imobilizações ortopédicas + AWT + ART

Informo que os tratamentos foram efetuados durante o período de

16/12/14 à 16/03/15

, tendo findado seu tratamento,

recebeu ALTA DEFINITIVA em

17/03/15

Seqüelas em caráter permanente resultantes do acidente:

DR crônica, edema e depressão em joelho esquerdo. flexo-extensões limitadas em joelho esquerdo, travamentos, instabilidade, claudicação.

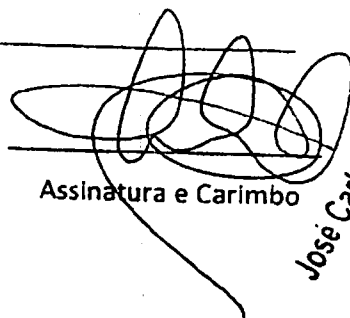
BV. ee

Local

24/01/15

Data

Assinatura e Carimbo



José Carlos Martins Fº
Médico
CREMEC - 6076

BENEFICIÁRIOS

Voltar

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

Processo

Megadata: 3150/231751
Processo: 699881
Natureza: INVALIDEZ
Data sinistro: 16/12/2014
Nome: ANTONIO IDELVAR DE SOUSA JALES
Situação: Processo liberado o pagamento

Beneficiários

Nome

ANTONIO IDELVAR DE SOUSA JALES

Históricos

Data/Hora	Situação	Observações
20/2/2015	Pré-Cadastro não analisado	
25/2/2015	Pré-Cadastro analisado e aprovado	
26/2/2015	Proc. enviado p/ digitalização e análise da Seg. Líder	
31/3/2015	Processo com restrições	
31/3/2015	Processo Pendente (restr. regularizadas)	
31/3/2015	Proc.retornou p/ Seguradora Líder (Aguardar Posição)	
20/4/2015	Processo liberado o pagamento	Data crédito: 22/04/2015 - R\$ 2362.50

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