

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

Outorgante: <u>JOSE ARIMATEIA DE FREITAS</u>		Data Nasc: <u>25/09/1953</u>
Estado Civil: <u>solteiro</u>	Profissão: <u>Agricultor</u>	Nacionalidade: <u>Brasileira</u>
RG: <u>2003014036580</u>	CPF: <u>113.929.913-15</u>	<u>Fortaleza/CE</u>
Endereço: <u>Povoado de GARÇUEN, nº 05</u>		
Cidade: <u>Fortaleza/CE</u>	CEP: <u>62.590-000</u>	

OUTORGADO: CAROLINA FREITAS MOREIRA, brasileira, solteira, advogada, inscrito na OAB/CE nº 23.787, com escritório profissional na Rua Pedro Borges, nº 33, Sala 516, Ed. Palácio Progresso, Centro, CEP: 60.055-110, Fortaleza/CE, fone: (85) 3055-9918.

PODERES: Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante nomeia e constitui, a outorgada sua bastante procuradora, 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), 16 de junho de 20 19.

JOSE ARIMATEIA DE FREITAS
OUTORGANTE

DECLARAÇÃO

Eu, JOSE ARIMATEIA DE FREITAS, Brasileiro (SSP/CE) nº 2003014036580, portador (a) de Identidade nº 2003014036580, CPF nº 113.929.913-15, capaz, nesta oportunidade, DECLARO que resido no seguinte endereço: POVONDO DE GARÇENAS, Nº 05, Cidade: STAREMA, Estado: CERRA, CEP 02.590-000, e forneço os meus 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.

Fortaleza/CE, 26 de junho de 19.

JOSE ARIMATEIA DE FREITAS
DECLARANTE

DECLARAÇÃO

Eu, Jose Arimateia de Freitas
 Estado Civil: Solteiro Profissão: Agricultor
 CPF: 113.929.913-15 Identidade: 2003014036580
 Endereço: Rovardo de GARCIA, Nº 05
 CEP: 62.590-000 Município: ITAREMA Estado: CEARA

DECLARO para os devidos fins que possuo **Hipossuficiência Financeira**, não tendo, pois, condições de arcar com custas processuais e honorários advocatícios sem prejuízo do meu próprio sustento e o de minha família, consoante o que dispõe a Lei nº 1.050/60.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente para que surta seus devidos fins e efeitos.

Fortaleza-CE, 16 de junho de 2019.

Jose Arimateia de Freitas
 DECLARANTE

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Pela Sr(a) José Arimateia de Freitas presente, ^o (a)

Declara para os devidos fins de direito, ser responsável (civil e criminal) pelos fatos, informações e documentos apresentados e juntos ao processo judicial de cobrança de seguro DPVAT, em desfavor de qualquer seguradora do consórcio de seguro DPVAT, exonerando a Dra. CAROLINA FREITAS MOREIRA – OAB/CE: 23.787 de qualquer responsabilidade civil e/ ou criminal.

Fortaleza, 16 de junho 20 19

X José Arimateia de Freitas



BOLETIM DE Ocorrência Nº 468 - 684 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTES - OUTROS**
Data / Hora da Comunicação: **28/06/2018 10:45:11**
Data / Hora da Ocorrência: **25/02/2018 21:00:00**
Endereço da Ocorrência: **LARGO LOC. AROEIRA**
Complemento:
Bairro: **ZONA RURAL** Município: **ITAREMA/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **JOSE ARIMATEA DE FREITAS**
Nascimento: **05/09/1953** CPF: **113.929.913-15**
RG: **2003014036580** Orgão Emissor: **SSP** UF:
Filiação: **MARIA CEZINO DE FREITAS**
RAIMUNDO ARTILINO DE REITAS
Endereço: **RUA LOC. DE GARGOÊ**
Bairro: **LOC. DE GARGOÊ**
Município: **ITAREMA/CE** CEP: **62.590-000**
País: **BRASIL** Telefone:

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **HWS0546** Uf: **CE** Município: **ITAREMA** Chassi:
9BD17140332197404 Renavam: **787098922** Tipo do Veículo:
AUTOMOVEL Marca / Modelo: **FIAT/PALIO EX** Ano Fabricação: **2002**
Ano Modelo: **2003** Combustível: **GASOLINA** Cor: **CINZA** Proprietário:
JOSE ARIMATEIA DE FREITAS Situação: **NÃO INFORMADO**
Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

Advertido sobre as penalidades de prestar falsas declarações, após o noticiante informou que na data/hora supracitada encontrava-se como passageiro do automóvel FIAT/PALIO EX, ANO 2002-2003, PLACA HWS0546/CE; Que tinha como condutor a pessoa de JOSÉ MARCIEL DO NASCIMENTO (CNH nº 06688744940 - categoria AB) onde trafegavam na Rodovia da localidade de Aroeira - zona rural - Itarema/CE, quando ao desviar de alguns animais (gado), o condutor perdeu o controle do automóvel vindo a bater numa cerca de arame; Que em decorrência ao acidente o declarante sofreu lesão no ombro esquerdo; Que o condutor sofreu escoriações pelo corpo; Que o declarante não foi socorrido por nenhum órgão público (SAMU, CORPO DE BOMBEIROS OU ANJOS DO ASFALTO, POR NÃO EXISTIR REFERIDOS ÓRGÃOS NESTA URBE); Que foi socorrido por populares (não identificados) em veículo particular e levado ao Hospital local, sendo posteriormente transferido para o Hospital Santa Casa de Misericórdia na Cidade de Sobral/CE. Nada mais disse.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE ITAREMA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

FRANCISLÂNDIO ALMEIDA RODRIGUES - MAT.: 30117018



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



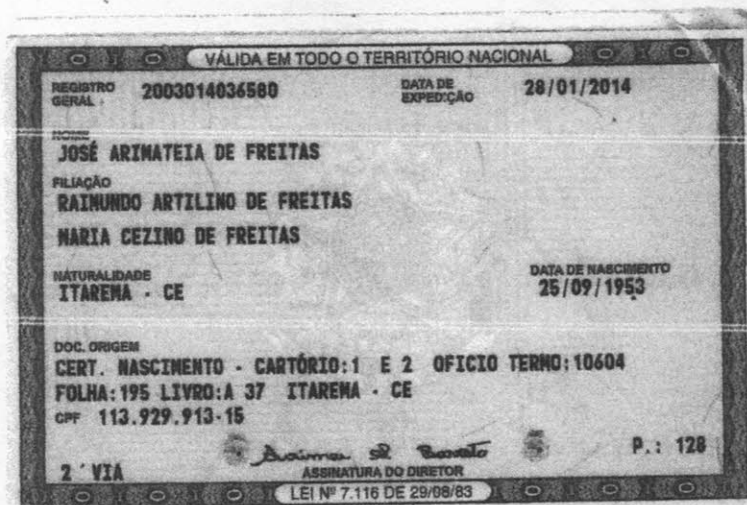
BOLETIM DE Ocorrência Nº 468 - 684 / 2018

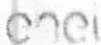
RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

[Handwritten signature]

VISTO DO DELEGADO(A) :

GUSTAVO MONTENEGRO FERNANDES ARAUJO - MAT.: 30080912



 COMPANHIA ENERGETICA DO CEARA CNPJ 07.047.251/0001-70 - C.G.F. 06.105.848-3		Nota Fiscal Grupo B Série Única - 1	
		NÚMERO	
		531.275.539	
DADOS DA ENTREGA			
ENDEREÇO:	PV GARGUER 00005		CEP: 62590000
BAIRRO:	LAGOA SECA		ESTADO: CE
MUNICÍPIO:	ITAREMA		
RECIBO DE SEGUNDA VIA DE CONTA - SVI		CENTRO OPERATIVO	
		ITAPIOCA	
Nº DO CLIENTE: 2721773	DV: 6	ROTA: 20 35060 07 067500 - 1	VENCIMENTO: 05/07/2018
MUNICÍPIO: ITAREMA		PERÍODO / REF.: 06/2018	FATURAMENTO: 29/06/2018
NOME: MARIA ERIDAN DE FREITAS TEIXEIRA			CLASSIFICAÇÃO: T:90 C:01 S:01
ENDEREÇO: PV GARGUER 00005			CEP: 62590000
	DOC.: C.P.F. - 00000000000750248023-49		SEQUENCIAL:
GRANDEZA		CÁLCULOS	
	FAT	LIDA	VALOR CONSUMO DO MES 40,52
ENERGIA ATIVA - kWh	52	52	JUROS DO MES 0,01
ENERGIA ATIVA - kWh HP	0		MULTA MORATORIA 0,82
DEM FAT KW HP	0,00	0,00	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 3,47)
FATOR DE POTÊNCIA	0,0000 %		
CONS. INCLUIDO	0		
ENERGIA ATIVA - kWh Inter	0		
ENERGIA ATIVA - kWh HR	0		
LEITURAS			
	ATUAL	ANT	
ENERGIA ATIVA - kWh	8880	8828	
ENERGIA ATIVA - kWh HP	0	0	
DEMANDA FF			
ENERGIA ATIVA - kWh Inter	0	0	
ENERGIA ATIVA - kWh HR	0	0	
ICMS			
BASE CÁLCULO	40,52	% 27,00	VALOR 10,94
ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL			
1537.C0CF.6A0E.A6E7.DEF2.D9BA.2360.2CDB			
INFORMAÇÕES			
CONFORME LEGISLAÇÃO VIGENTE A CONTA PAGA APÓS A DATA DO VENCIMENTO SOFRERÁ MULTA E PODERÁ PROVOCAR A SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO			
PAGUE SUA CONTA SOMENTE EM BANCOS E AGÊNCIAS AUTORIZADAS			
A COBRANÇA DE EVENTUAL MULTA POR ATRASO DE PAGAMENTO SERÁ FEITA EM CONTA POSTERIOR			
CAIXA ECONÔMICA FEDERAL QUINA: sorteios de segunda-feira a sábado. 207-786325568-7 26/Jul/2018 HORA DE 15:27 LOT. 05.18116-5 LOCALIDADE: ITAREMA AG. VINCULADA: 1955 COMPROVANTE DE PAGAMENTO COMPANHIA ENERGETICA DO CEARA VALOR DO PAGAMENTO: 41,35 830500000008 413500310006 000272177300 017643872820 207-786325568-7 19 VIA			



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Hospital Municipal Natércia Rios
Tel: (88) 3667 1132



fls. 23

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

Classificação do risco: ☐

EMSI: _____ ACS: _____ DN: ____/____/____
ESF de origem: Itangá ACS: Itangá DN: 25/02/18
Raça: Branco () Parda (X) Preta () Amarela () Indígena ()
Nome: Jose Carmateia de Freitas Idade: 64 a
Filiação: Raimundo Arturino de Freitas e Maria Lezina de Freitas
Endereço: Itangá Bairro: Itangá Naturalidade: _____
RG: 2003044056580 Data Expedição: 28/04/14 CNS: _____
Registro nascimento: _____ Livro: _____ Folhas: _____ Telefone: _____
Horário de chegada: 21:00 Data: 25/02/18 Recepcionista: Dona

ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM:

SSVV: PA 120 X 80 mmHg. Temp. _____ Pulso 99 FR _____ Peso: _____ SpO2 98 %
Ass. Aux./Tec. de Enfermagem/carimbo: _____ Glicemia: _____ Horário: _____

Procurou o PSF de sua área?

☐ SIM () Encaminhado () Não tinha ficha () Não tinha médico () Posto estava fechado () Não resolveu o problema
() Outros _____
☐ NÃO porque () Não é eficiente () É longe de casa () Não tinha atendimento () Outros _____

Queixa principal: _____

HDA: _____

Diagnóstico de enfermagem: _____

Conduta de enfermagem: _____

Encaminhamento: _____

Assinatura Enfermeira/COREN: _____

ATENDIMENTO MÉDICO:

HDA: dor e edema no ombro (E) aps acidente automobilístico Nega
perda de consciência

CONDUTA INDICADA: _____

MEDICAÇÃO: Dexamet 100mg Et Soluto Rdo-T

EXAMES SOLICITADOS: _____

MEDICAÇÃO ADMINISTRADA: _____

HORÁRIO DA ADMINISTRAÇÃO: _____

Hs Ass. T.Enf. _____



CARTÓRIO LAURA

OFÍCIO DE NOTAS E REGISTROS DE ITAREMA-CE
presente cópia confere com o original, que
foi apresentado nestas notas, DOU FÉ

Itarema-CE 18/06/18

Laura Eduardo de Cássia Costa - Titular
Mary Cláudia Costa Roque - Substituta

Hr: _____

Igor Pinheiro Coutinho
Médico
CRM 15.949

Hr: _____

Dr. Manuel Mecias de Andrade

Especialista em Clínica Médica - Cirúrgica
CRM 4304

Atestado
Atesto perante
os fins para parte
promissória de parte
fornecimento de acidente
de Automóvel com
traumatismo nos ombros
e/ou braço e dor. fratura
seguida e/ou fratura
do movimento do ombro
e dor local.

[Assinatura]

160918
Dr. Manuel Mecias de Andrade
CRM: 4304
CPF: 024.508.933-04

ALMOFALA - ITAREMA - CEARÁ

**TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA ACOLOHIMENTO
COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO - EMERGÊNCIA ADULTA**

Informações do Paciente:

Nº ACOLOHIMENTO: 14492 | 26/02/2018

Ficha de Atendimento

ATEND.: 5117573 DT. ATEND.: 26/02/2018 - 13:24
MATRI.: 930236 NASCIMENTO.: 25/09/1953
NOME.: JOSE ARIMATEIA DE FREITAS
MAE.: MARIA CEZINDO DE FREITAS
CPF.: 11392991315 DNS: SUSFACIL:
ENDER.: GARGUI
BAIRRO: GARGUI - ITAREMA

-CE- CEP: 6250000

Descrição da História Prévia do Atendimento:

PACIENTE, VITIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO, EVOLUI COM DOR NO OMBRO ESQUERDO

Sinais Vitais do Paciente:

Pressão Arterial: /, Nº Pulso: , Nº Freq. Resp: , DX: , Temperatura:

Eu, Maria Miria de Freitas, (Grau de Parentesco) _____, RG Nº _____

1º) Recebi informações enquanto a classificação de risco, segundo Protocolo Humaniza SUS, e o tempo máximo de espera para o atendimento; considerando que a classificação de risco (Emergência) merece atendimento imediato, classificação amarela (urgência) com orientação de tempo de espera até 50 minutos, classificação verde (não - urgente) com orientação de espera até 120 minutos, e classificação azul (atendimento ambulatorial) com orientação de espera de até 240 minutos.

2º) Estou ciente que caso venha a ter alguma complicação durante o atendimento, agravar o meu quadro de saúde, deverá ser feita uma reclassificação pelo Enfermeiro de Atendimento com Classificação de Risco.

3º) Li, concordo com as informações registradas na ficha de primeiro atendimento, as quais informo ao profissional de saúde o qual realizou meu acolhimento onde afirmo a veracidade das informações.

[Assinatura]

Sobral/CE,

de

de

Maria Miria de Freitas
Assinatura do Paciente ou Responsável

Santa Casa de M. de Sobral
SAME
CONFERE COM O ORIGINAL
[Assinatura]
Maria Cleide da Silva
COORDENADORA

TIPO DE TRAUMA

fls. 27

☐ TCE ☐ ABDOMINAL ☐ TORÁCICO ☐ ORTOPÉDICO
☐ ESPANCAMENTO ☐ VIOLENCIA FÍSICA
☐ PAI ☐ MÃE ☐ OUTROS ☐ PAI ☐ PADASTRO ☐ DESCONHECIDA

HORA DO ATENDIMENTO MÉDICO

HDA DO MÉDICO

1/ Ex Ex colo amplexo de
 cunha
 1/ 30 dias
 para Dr. Marcos

CONDUTA

DIAGNÓSTICO

1/ 30 dias
 para Dr. Marcos

Ass Médico CRM

MOTIVO DO ATENDIMENTO

☐ CLÍNICO ☐ CARDIOLÓGICO ☐ NEUROLÓGICO ☐ OFTALMOLOGICO
☐ CIRÚRGICO ☐ TRAUMAT. ORTOPÉDICO ☐ OTORRINO ☐ ODONTOLÓGICO
☐ TENTATIVA DE SUICÍDIO ☐ OUTROS

DESTINO DO ATENDIMENTO: ☐ CONSULTA

☐ COM MEDICAÇÃO

☐ SEM MEDICAÇÃO

☐ ALTA COMPLEXIDADE

☐ INTERNAÇÃO

☐ CLÍNICO

☐ CIRURGICO

OBSERVAÇÃO: DESTINO

☐ INTERNADO: ☐ CLÍNICO ☐ CIRÚRGICO
☐ ALTA
☐ TRANSFERÊNCIA ☐ HOSPITAL DE ORIGEM ☐ OUTROS

ALTA DO PACIENTE

Data

Hora:

Santa Casa de M. de Sobral
 CONFERE COM O ORIGINAL
 Maria Cleide da Silva
 COORDENADORA

SINISTRO 3180389488 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA JOSE ARIMATEIA DE FREITAS

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO Comprev Previdência S/A-Filial Fortaleza-CE

BENEFICIÁRIO JOSE ARIMATEIA DE FREITAS

CPF/CNPJ: 11392991315

Posição em 11-10-2018 17:25:43

Seu pedido de indenização está em fase final de análise na Seguradora Líder DPVAT. Em breve, o pagamento da indenização será liberado. Volte a consultar seu processo neste site dentro de 4 dias.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
15/10/2018	R\$ 843,75	R\$ 0,00	R\$ 843,75