

PROCURAÇÃO

Francisco Húlio Amorim Guimarães, brasileiro(a),
portador(a) do CPF 864.107.093-15 RG n.
92015120858 SSP-CE, residente e domiciliado na
Rua: Honorário Diógenes, n. 230, Bairro Centro,
Fortaleza /CE, CEP 62990-000, pelo presente instrumento
de procuração, nomeia e constitui seus bastantes procuradores,
VIVIANE CHAVES DOS SANTOS, brasileira, advogada, inscrita na
OAB-CE no. 9.880, **RAFAEL SOUTO ATAIDE GOMES**, brasileiro,
advogado, inscrito na OAB-CE no. 21.725, todos com escritório
profissional situado à Rua Vicente Linhares, 1085, salas 10, 11 e 12,
Aldeota - Fortaleza/CE, fone: (085) 3261.9980, e a quem confere
amplios poderes para o fôro em geral, com a cláusula ad-judicia, em
qualquer juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de
direito as ações competentes e defender nas contrárias, seguindo umas
e outras, até final decisão, usando dos recursos legais e
acompanhando-os, conferindo-lhes ainda poderes especiais para
confessar, desistir, renunciar direitos, transigir, firmar compromissos ou
acordos, receber e dar quitação, receber alvará de levantamento de
depósito judicial, pedir desistência, propor execução, habilitar crédito,
ação ordinária, procedimento sumaríssimo, embargos, agravos, pedir
desistência de ação judicial, representando ainda o(s) outorgante(s),
agindo em conjunto ou separadamente, podendo ainda substabelecer
esta a outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, dando tudo por
bom firme e valioso.

Fortaleza / CE, 27 de Agosto de 2015.

*Francisco Húlio Amorim Guimarães
CPF 864.107.093-15

DECLARAÇÃO DE POBREZA

Eu, FROSCO HELIO ALGEMORTES,
brasileiro(a), _____, _____, portador(a) do RG
92015120858, inscrito(a) no CPF sob o nº
864.107.093-15 **DECLARO**, nos termos da Lei nº 7.115,
de 29 de agosto de 1983 e, para os devidos fins, de que sou
pobre na acepção jurídica do termo, não dispondo de
condições econômicas para custear as despesas judiciais,
sem sacrifício do sustento meu e de minha família.

Por ser a expressão da verdade, assumindo
inteira responsabilidade pelas declarações acima sob as
penas da lei, assino a presente declaração para que produza
seus efeitos legais.

FORTALEZA /CE, 27 de AGOSTO de 2015.

• X FROSCO HELIO ALGEMORTES

Nº DO CLIENTE
4123238-0

coelce

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA | GRUPO B | SÉRIE B-4 | N°

Rota 01 17050 11 197000 - 9 Data de Emissão 02/07/2014

Nome MARIA FELIZARDA DE SOUZA

End. Postal RU HONOR DIOGENES 00230

POTIRETAMA - POTIRETAMA - 62990000

Medidor 10337852

Posto 0000 0000

Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASICO BAIXA RENDA or de Potência 0,00

RG / CPF / CNPJ 556142483-15

CGF

Nome do Responsável

DATAS

Data da Apresentação 02/07/2014
Data de Vencimento 09/07/2014

INDICADORES DE CONTINUIDADE

Conjuncto BARRA DO FIQUEDEO
Mês 02/2014
Mês 01/2014
ELSD 16,58

ICMS

Base de Cálculo (R\$) Alíquota Valor do Imposto
76,52 27,00% 20,66

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

P364.1667AB24.2457.6E0B.8C4F.73F8.42B0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Período	Consumo (KWh)	Consumo Incl.	Consumo Excl.	Tarifa (R\$ / KWh)	Valor (R\$)
14455	14312	1,00	153	0,00	7,15
					20,40
					23,55

PERÍODO	VALOR (R\$)
02/07/14	50,11
02/06/14	7,14
02/05/14	0,58

VENCIMENTO 09/07/2014

57,83

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

Energia	50,11
Transmissão	7,14
Distribuição	0,00
Encargos Setoriais	0,00
Tributos (ICMS, PIS, COFINS)	22,34
TOTAL	57,83

Mês	Consumo (KWh)	Valor (R\$)
158	153	157
153	153	153
157	137	158
153	164	170
158	164	164
164	164	153
164	171	171
153	163	163

PERÍODO: Jan, Fev, Mar, Abr, Mai, Jun, Jul, Ago, Set, Out, Nov, Dez

importante

COELCE NOTIFICA E FORTALECE A PONTUALIDADE NAS CÉLULAS PAGAMENTOS

Consta desta fatura R\$ 1,60 referente a PIS e COFINS.

Caro Cliente, constam quitadas as faturas de consumo de energia elétrica desta unidade consumidora vencidas até 31/12/2013, conforme a Lei N. 12.007/2009. Esta declaração substitui quitações anteriores.

CARELSON PAV

Nº DO CLIENTE
4123238-0

coelce

Rua Celso Valente, 130 - CEP 60125-000 - Fortaleza - CE
CNPJ 07.017.251/0001-70 - CEP 06.105-445
A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002.

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA | GRUPO B | SÉRIE B-4 | IN

Rota 01 17050 11 197000 - 9 Data de Emissão 02/07/2014

Nome MARIA FELIZARDA DE SOUZA

End. Postal RU HONOR DIOGENES 00230
POTIRETAMA - POTIRETAMA - 62990000

Medidor 10337852 Poste 0000 0000

Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASICO BAIXA RENDA de Potência 0,00

RG / CPF / CNPJ 556142483-15 CGF

Nome do Responsável

DATAS

Data de Apresentação 02/07/2014

INDICADORES DE CONTINUIDADE

Conjunto BARRA DO FIGUEIRO
Mês Mai/2014 EUSD 16,59

ICMS

Base de Cálculo (R\$) 76,52 Aliquota 27,00% Valor do Imposto 20,66

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

F364.16E7.AB24.2497.6E6B.8C4F.73F0.42BD

Padrão	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC	5,91	11,82	23,64	0,00	0,00	0,00
FIC	3,55	7,10	14,20	0,00	0,00	0,00
DMIC	2,46			0,00		

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. Excl.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
14465	14312	1,00	153	0,00	30	0,17500	5,25
					70	0,30011	21,00
					53	0,45017	23,86
02/07/14	02/06/14		98 DIAS		153		50,11

VALOR CONSUMO DO MÊS 50,11
ICMS COMPLEMENTAR BAIXA RENDA-CONV CONFAZ 079 7,14
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA 0,58

VENCIMENTO 09/07/2014

57,83

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia 35,49
Transmissão 0,00
Distribuição 0,00
Encargos Setoriais 0,00
Tributos (ICMS PIS/COFINS) 22,34
TOTAL 57,83

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimas 12 meses)

158	153	157	153	137	158	164	170	164	164	153	163
MED	Jul	Jun	Mai	Abr	Mar	Fev	Jan	Dez	Nov	Out	Set

importante

COELCE AGRADECE E PARABENIZA PELA PONTUALIDADE NOS SEUS PAGAMENTOS.

Consta desta fatura R\$ 1,68 referente a PIS e COFINS.
RUA: 9 RUA: 100 2005 - HUEL - Tel: 011 10.637 00 - 10.633 00

Caro Cliente, constam quitadas as faturas de consumo de energia elétrica desta unidade consumidora vencidas até 31/12/2013, conforme a Lei N. 12.007/2009. Esta declaração substitui quitacoes anteriores.

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por RAFAEL SOUTO ATAIDE GOMES e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 11/09/2015 às 21:32, sob o número 01906642120158060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0190664-21.2015.8.06.0001 e código 1BF5715.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº **9136208375**

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: 01 471105139 RENTR: 0000000000 EXERCÍCIO: 2012

FRANCISCO EDSON SOUSA ALMEIDA

POTIREDAMA/CE

03206543380 0125255

902KCL670CR534052

ESPECIE TIPO: 0125255

MARKA/MODELO: HONDA/CG 150 FAN ESI

CAP/ROT/OIL: 2P/OCV/149CC

CATEGORIA: PARTIC

VEIC COTA UNICA: 14

FAIXA LPIVA: 2

PARCELAMENTO/COTAS: 3

PREMIO TARIFARIO (R\$): 00/00/0000

AL.FID. ADMIN DE CONS. NACIONAL HCN

POTIREDAMA/CE

26/06/2012

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS-PESSOAS CAUSADOS POR VEICULO
VEICULOS AUTOMOTORES DE VANTAGEM PRESTADA OU POR SUA CARGA A PESSOAS
TRANSPORTE AUTOS OU AUTO-SEGURO DPVAT

CE Nº 9136208375 **BILHETE DE SEGURO DPVAT**

02206543380 2012 0125255

BILHETE DE SEGURO DPVAT

CE Nº 9136208375 **2012** **26.06.2012**

VIA: 01 03206543330 0125255

RENAM: 471105139 HONDA/CG 150 FAN ESI

ANO/FAB: 2012 09

CHASSI: 902KCL670CR534052

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$): 00/00/0000

CUSTO DO BILHETE (R\$): 00/00/0000

PAGAMENTO: 00/00/0000

Seguradora de Danos-Pessoas Consórcios

LOTE/DOC: 86303/28

Seguro DPVAT-S/A

MOTOR: KCI0534052

CNPJ: 09.248.608/0001-04



ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
DPI / DRJ/UNIDADE POLICIAL DE POTIRETAMA-CE.

BOLETIM DE OCORRÊNCIA - BO Nº 081/2014- UPP

DATA DO FATO: 07/06/2014

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: Acidente de trânsito do tipo queda

LOCAL: CE 470/Sítio Caatingueirinha/Potiretama-CE

NOME DO COMUNICANTE: FRANCISCO HELIO AMORIM GUIMARÃES

ENDEREÇO RESIDENCIAL: Trav. Honor Diógenes

DATA DE NASC. 12/11/1972

PAI: Francisco Batista Neto

MÃE: Cuzia Maria de Amorim

Naturalidade: Potiretama-CE

PROFISSÃO: Agricultor

DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA: RG 92015120858/SSP-CE - CPF 864107093-1

HISTÓRICO DA OCORRÊNCIA:

A pessoa acima qualificada sob pena de responder as sanções dos artigos 340 e 341 do CPB disse: QUE no dia 07 de junho de 2014, por volta de 05h00 da manhã, conduzia a moto CE 470 a MOTO HONDA CG 150 FAN ESI, ano/mod. 2012/2012, cor vermelha, OIQ5255-CE, chassi de nº 9C2KC1670CR534052, com DUT em nome de Francisco Edson Sousa Almeida, quando na localidade de Sítio Caatingueirinha/Potiretama-CE sofreu um mal súbito, perdeu o controle da moto e caiu. O resultado desse acidente foi que sofreu lesões corporais no corpo e fraturou o dedo da mão esquerda, sendo socorrido pelo hospital de Potiretama-CE. Para constar veio registrar a presente ocorrência.

Potiretama-CE, 15 de julho de 2014

FRANCISCO HELIO AMORIM GUIMARÃES

Assinatura do comunicante

F

Responsável pelo registro

Ivana Valdeberton Pereira
ESCRIVÃO - AD - HOC
MAY. 034200 - 79

PREFEITURA MUNICIPAL DE
ALTO SANTO

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE PACIENTE

ADMINISTRANDO COM AMOR

Data: 07/10/2016

1. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
Nome: <u>Francisco Hélio Amorim Guimarães</u>			
Est. Civil: <u>Solteiro</u>	Sexo: <u>Masculino</u>	Data do Nasc. <u>12/11/1972</u>	Idade: <u>43</u>
Naturalidade: <u>Potiretama - PE</u>		Prof.: <u>Agricultor</u>	
Procedência: <u>-----</u>			
Residência: <u>Potiretama</u>			
Filhos: <u>Francisco Neto e Suzie Maria de Amorim</u>			
Cônjuge: <u>-----</u>			
2. QUEIXA PRINCIPAL: <u>vitima de acidente de trânsito e</u>			
3. HISTÓRIA ATUAL: <u>serviçoso de</u>			
4. PESO: <u>-----</u> KG 5. PA: <u>-----</u> CM 6. TEMPERATURA: <u>-----</u>			
7. EXAME FÍSICO: <u>cond: SAT - 100% e 100%</u>			

Secretaria Municipal de Saúde de Alto Santo
Rua Joaquim Cabó, 187 - CEP 62.970-000 - Fone: (88) 34291412
CNPJ: 07.891.866/0001-26 - Insc. Estadual 06.920.179-0



FLÁVIA RAFAELA DANTAS DE SALES MAGALHÃES

Perito Cinesiológico-Funcional

CPF: 064.223.524-41

(84) 9972-5272 | 8822-7878

CREFITO: 184431-F

**Laudo Funcional para fins de verificação e
quantificação das lesões em vítimas do Seguro DPVAT**

Nome da Vítima: Francisco Helio Amario Quimaraes

CPF: 864.107.093-15

Data do acidente: 02/07/2014

Perícia realizada por profissional devidamente capacitado e regulamentado de acordo com as Resoluções nº41 de 18 de junho de 2009 e nº 381 de 03 de novembro de 2010.

DOCUMENTO CONFIDENCIAL, DE CIRCULAÇÃO RESTRITA, REGIDA POR SIGILO

Resultado da Avaliação do Perito Examinador

1. Há lesão cuja etiologia (origem causal) seja exclusivamente decorrente de acidente pessoal com veículo automotor de via terrestre?

☒ Sim ☐ Não ☐ Prejudicado

Em caso de assinalar resposta como "não" ou "prejudicado" apresentar justificativas:

Paciente em alta definitiva

2. Com base no quadro clínico atual da Vítima, favor registrar:

a) Qual região corporal se encontra acometida. Caso haja mais de uma, informar:

Face + membro superior esquerdo +
membro superior direito

b) As alterações (disfunções) presentes no patrimônio físico da Vítima, que sejam evolutivas e temporalmente compatíveis com o quadro documentado no primeiro atendimento médico hospitalar, considerando-se as medidas terapêuticas tomadas na fase aguda do trauma.

fratura do 5º metacarpo da mão d -
queda com tratamento gesso + anti-
coagulante e controle e pe. plástica com
tratamento cirúrgico + fratura de nível
CID: tipos de lesões com tratamento cirúrgico

3. Há indicação da Vítima ainda ter que realizar algum tratamento, incluindo medidas de reabilitação e/ou exames complementares para fins de diagnóstico ou de controle terapêutico?

a) Tratamentos: ☒ Não ☐ Sim.

Em caso afirmativo, descreva as condutas terapêuticas e/ou de reabilitação:

b) Exames Complementares: ☒ Não ☐ Sim.

Em caso afirmativo, descreva os exames complementares prescritos e seus prazos:

4. Com base no exame cinesiológico-funcional se pode afirmar que o quadro cursa com:

a) ☐ Disfunções apenas temporárias. Neste caso informar a data de cessação da disfunção ou um prazo médio compatível, previsto para uma reavaliação.

- a) ☒ Dano anatômico e/ou funcional definitivo (sequelas). Em caso de dano anatômico e/ou funcional definitivo informar as limitações físicas irreparáveis e definitivas presentes no patrimônio físico da Vitima.

*No exame, o paciente apresenta diminuição de força e movimento da articulação dos dedos, punho e cotovelo esquerdo com atropia muscular e uma CID: *Tr. hipertrofia do cotovelo esquerdo*
Diminuição de força e movimento da articulação do tornozelo direito com equívoco.*

5. Segundo o previsto na Lei 11.945/09 favor promover a quantificação da(s) lesão (ões) permanente(s) que não seja(m) mais susceptível(is) a tratamento que sejam geradora(s) de dano(s) anatômico(s) e/ou funcional(is) definitivo(s), especificando, segundo o Anexo da Lei 11.945/09, o(s) segmento(s) corporal(is) acometido(s) e ainda segundo o previsto no instrumento legal, firmar a sua graduação.

- a) Com base no exame clínico se pode documentar:

() Total (Dano anatômico ou funcional permanente que comprometa a íntegra do patrimônio físico e/ou mental da Vitima).

☒ Parcial (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas parte do patrimônio físico e/ou mental da Vitima).

- b) Em se tratando de enquadramento como "parcial" informar se o dano é "completo" ou "incompleto":

☒ Parcial Completo (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa de forma global algum segmento corporal da Vitima).

() Parcial Incompleto (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas em parte a um (ou mais de um) segmento corporal da Vitima).

Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009, correlacionar as graduações percentuais então compatíveis aos danos apurados, respectivamente a cada segmento corporal acometido, apurando de modo global ou setorial.

Lesão:

Marque o percentual:

1ª Lesão:

Marque o percentual: () 10% residual () 25% leve ☒ 50% médio () 75% grave

2ª Lesão:

Marque o percentual: () 10% residual () 25% leve ☒ 50% médio () 75% grave

3ª Lesão:

Marque o percentual: () 10% residual () 25% leve ☒ 50% médio () 75% grave

4ª Lesão:

Marque o percentual: () 10% residual () 25% leve () 50% médio () 75% grave

Todas as informações foram oriundas de documentação hospitalar apresentada e/ou relatadas pelo paciente

Dra. Flávia Rafaela Magalhães
PERITO FUNCIONAL
CREFITO: 184431-F

Flávia Rafaela Dantas de Sales Magalhães
Perito responsável
CREFITO: 184431-F

29.01.15

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por RAFAEL SOUTO ATAIDE GOMES e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 11/09/2015 às 21:32, sob o número 01906642120158060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0190664-21-2015.8.06.0001 e código 1BF5715.

BENEFICIÁRIOS

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

[Voltar](#)**Processo**

Megadata: 3140/026799
Processo: 635209
Natureza: INVALIDEZ
Data sinistro: 7/6/2014
Nome: FRANCISCO HELIO AMORIM GUIMARAES
Situação: Processo com restrições

Beneficiários

Nome

FRANCISCO HELIO AMORIM GUIMARAES

Históricos

Data/Hora	Situação	Observações
6/8/2014	Pré-Cadastro não analisado	
7/8/2014	Pré-Cadastro analisado e aprovado	
11/8/2014	Proc. enviado p/ digitalização e análise da Seg. Líder	
25/8/2014	Processo Negado	
28/8/2014	Processo Negado	Sequela não indenizável
7/11/2014	Documentação complementar recebida na Unidade	
10/11/2014	Proc.Reaberto (analisado e aprovado)	
17/11/2014	Processo Reaberto - enviado para Seg. Líder (Aguardar Posição)	
26/11/2014	Processo liberado o pagamento	Data crédito: 27/11/2014 - R\$ 11475.00
23/2/2015	Documentação complementar recebida na Unidade	
2/3/2015	Proc.Reaberto (analisado e aprovado)	
5/3/2015	Processo Reaberto - enviado para Seg. Líder (Aguardar Posição)	
8/5/2015	Processo com restrições	Após reanálise do processo, não foi verificado novas sequelas ou agravamento das lesões. Neste caso, se mantém o pagamento anterior, sem novos ajustes na indenização.
8/5/2015	Processo com restrições	Para solicitar reanálise é necessário apresentar documentação médica atualizada, após a negativa, informando o agravamento das sequelas existentes ou o surgimento de novas sequelas. A documentação apresentada já foi alvo de análise da seguradora Líder.

Restrições

Descrição

PROCESSO COM PENDÊNCIA

Situação

Pendente

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