



Processo: 4830 - Natureza: INVALIDEZ - Sinistro: 3140083832 - Nome: JOSE ARILZO SOARES

17/09/2014 11:26	PRÉ-CADASTRO NÃO ANALISADO	Dante Norões Albuquerque
17/09/2014 11:29	PRÉ CADASTRO COM RESTRIÇÕES: APRESENTAR COMPROVANTE DE PAGAMENTO BANCÁRIO.	Dante Norões Albuquerque
22/11/2014 17:15	PRÉ CADASTRO ANALISADO E APROVADO	Poliana Wendt
03/12/2014 10:35	Processo enviado para análise da Seguradora Lider	Evilyn Adrie Americo dos Santos
23/12/2014 12:09	PAGAMENTO PREVISTO PARA 26/12/2014 NO VALOR DE R\$ 3037,50. BANCO 104 / AGENCIA 3466 / CONTA 006450-0. BENEFICIÁRIO: JOSE ARILZO SOARES	Giovana Rotav

Imprimir Andamentos



ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA DA CIDADANIA
DELEGACIA GERAL
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA DO INTERIOR-DPI
3ºRPC / DELEGACIA REGIONAL DE ITAPIPOCA
DELEGACIA DE PARAIPABA-CE
RUA BASILICE BRAGA, 278, CENTRO. FONE: (85) 3363-1110

BOLETIM DE OCORRÊNCIA - B. O. N° 374/2012.

data Reg: 22-03-2012

Horário: 14h18min

NOME: JOSÉ ARILZO SOARES.

MÃE: MARIA MANOEL SOARES.

End: PLANALTO ALDEOTA, CARNAUBA, PARACURU-CE.

RG: 24.581.822-4 SSP- SP

CPF: N/P

Natureza da Ocorrência: ACIDENTE DE TRÂNSITO.

Local da Ocorrência: CE-162, APÓS A CURVA DO SETOR C-1, NESTE MUNICÍPIO.

HISTÓRICO

O noticiante acima qualificado compareceu a esta DP informando que dia 18 do corrente mês e ano, por volta de 18:30 hora, andava na garupa da moto tipo Honda CBX 200, de cor preta, de placa HWP 9481/CE, chassi 9C2MC2700YR009285, RENAVAL 732425271, em nome de ANTONIO GADELHA TIRAÚNA, guiada por RAIMUNDO FILHO BARBOSA FREITAS, quando após a entrada do Setor C-1, na CE-162, o piloto perdeu o controle da moto e sobrou na curva citada; Que o noticiante sofreu apenas pequenas lesões, sem gravidade; Que não deseja representar criminalmente pelo ocorrido; E nada mais disse, dando o presente BO por encerrado.

Destino: (x) Delegado

(x) Cartório

(x) Investigação

() Arquivo

Resp. pelo Registro: *[Assinatura]*

Resp. pela Informação: *X José Arilzo Soares*

INSTITUTO DR. JOSE FROTA

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL				DATA/HORA: 18/03/2012 21:49 hs	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE					
CNS: 708601836490198	NOME: JOSE ARILZO SOARES			Registro: 5278427	
CPF:	RG:	D. NASC: 16/08/1966	ESTADO CIVIL:	SEXO: M	RAÇA/COR: PARDAS
NOME DA MÃE: MARIA MANOEL SOARES			NOME DO PAI:		
TIPO DE LOGRADOURO:	ENDEREÇO DO PACIENTE: PLANALTO ALDEOTA		Nº: 480	BAIRRO: CARNAUBA	
COMPLEMENTO:	TELEFONE CONTATO:	MUNICÍPIO: PARACURU	UF: CE	CEP: 62600000	
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL					
NOME:		PARENTESCO:		TELEFONE:	
ACIDENTE DE TRABALHO					
TIPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:	CÓDIGO DO CNAER:		
ACIDENTE E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO					
MOTIVO DE ATENDIMENTO: acidente de motocicleta					
QUEIXAS: trauma no joelho esquerdo + forte pancada na cabeça					
OBSERVAÇÕES:					
SINAIS VITAIS					
PRESSÃO ARTERIAL	0		MMHG		
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	0		MRM		
FREQUÊNCIA CARDÍACA	0		BCM		
TEMPERATURA	36,00		°C		
GLICÊMIA	0		MG/DL		
SATURAÇÃO DE O2	0		O2		
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Pública	Escala de Dor: Forte		PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: LARANJA		
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO: CLÍNICA MÉDICA					
ATENDIMENTO MÉDICO					

COPIA PRO - IJE
 COPIA CENTRAL
 ATUALIZADA

26/06/2014

[Assinatura]

Emitted em: 26/06/2014 11:02:47

Página 1 de 1

OK

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

Nome do Paciente JOSE ARILTO SOARES	Nº Sinistro
---	-------------

DECLARAÇÕES MÉDICAS

Data do Acidente 18/03/2012	Data do Início do Tratamento Médico 18/03/2012
Nome Completo do Médico e CRM: Guilherme Duarte de Azevedo Jr Médico CRM: 120970-0/SP - OAB: 0010	
Lesões Resultantes do Acidente/Tratamento Realizado: trauma em joelho esquerdo + fratura parietal no osso.	
Quadro Atual ansiedade + fisioterapia	
Existe Alguma Deficiência ou Doença Pré-existente? () SIM (☒) NÃO, se SIM, descrever:	

A Invalidez Constatada é () Temporária ou (☒) Permanente?

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (Especificar Órgão, Membro ou Sentido atingido)

Segmento Anatômico ou Órgão Atingido	Grau de Invalidez (%)
1º Incapacidade funcional do	60%
2º joelho + limitação de movimento	
3º ansiedade	
4º fratura, fratura	20%
5º	

INFORMAÇÕES SOBRE O TRATAMENTO E AVALIAÇÃO MÉDICA

Relacionamento com o Paciente Devido ao Tratamento e Acompanhamento () ou para Avaliação Médica Após
 Término do Tratamento (). Especifique a Data do Tratamento **18/03/2012** do **11/2014**
 Local e Data da Avaliação: **Fortaleza - CE** / /

ANEXAR DOCUMENTAÇÃO MÉDICO-HOSPITALAR

Guilherme Duarte de Azevedo Jr
CRM: 120970-0/SP - OAB: 0010 / / 20

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
092.406.698-92

Nome
JOSE ARILZO SOARES

Nascimento
16/08/1966

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



CÓDIGO DE CONTROLE
4A78.FED6.75FA.1AD0

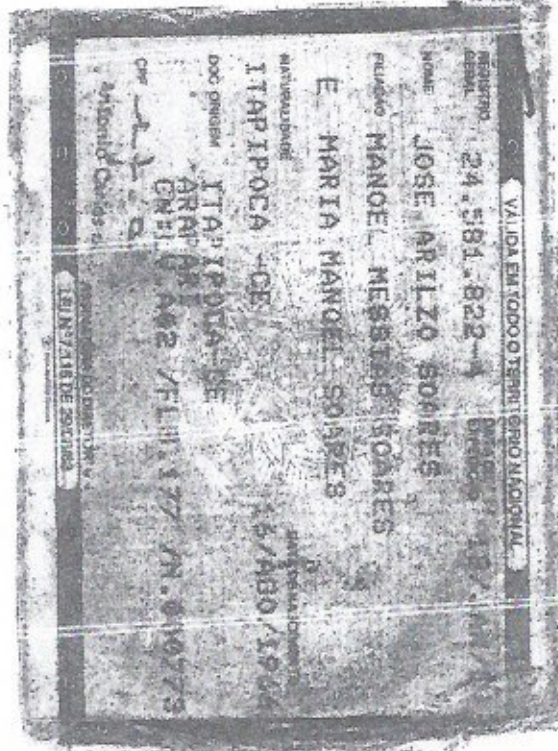
A autenticidade deste comprovante deverá
ser confirmada na internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela

Secretaria da Receita Federal do Brasil

às 09:08:20 do dia 08/08/2012 (hora e data de Emissão)
dígito verificador: 00



1265510-4

Para a melhor sua atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

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 | N°

Rota 35 34042 01 033400 - 3 Data de Emissão 21/07/2014
 Nome ZILDA CAETANO DA SILVEIRA
 End. Postal PV PLANALTO ALDEOTA 04600
 CARNAUBA - PARAQURU - 62510000
 Medidor 6183351 Poste 0000 0000
 Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASICO BAIXA RENDADOR de Potência 0,00
 RG/CPF/CNPJ 963551403-44 CGF
 Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência Jul/2014
 Data da Apresentação 21/07/2014
 Próxima Leitura 20/08/2014

INDICADORES DE CONTINUIDADE

Conjunta PARAIPABA
 Mês Mai/2014
 Mês Mai/2014
 RUSD 5,63

ICMS

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

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

0507,320A,40HF,8361,6D62,ED09,77F7,83EE

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (KWh)	Consum. Ind.	Consum. Fat.	Tarifa (R\$/KWh)	Valor (R\$)
17095	17015	1,00	30	0,00	30	0,21726	6,52
21/07/14	28/06/14		31 DIAS		88		14,66

DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)
VR. CONSUMO DO MES PRECO NORMAL	28,96
DESCONTO TARIFA SOCIAL-BAIXA RENDA	-14,30
MULTA MORATORIA REF 04/2014	0,19
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA	0,32

VENCIMENTO

01/09/2014

TOTAL A PAGAR (R\$)

15,17

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	9,78
Transmissão	0,20
Distribuição	0,25
Encargos Sototais	0,75
Tributos (ICMS PIS/COFINS)	0,53
TOTAL	14,30

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

Jul	Ag	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun
21	80	61	65	65	49	71	79	63	68	66	51

importante CONTAS EM ATRASO

AVISO DE DÉBITO VENCIDO:

Informamos existir débitos vencidos sem acréscimos legais até esta data, no valor de R\$ 70,45. Seu fornecimento de energia poderá ser suspenso em até 90 dias contados a partir da fatura vencida e não paga.

DÉBITOS ANTERIORES

Mes/Ano	Valor R\$
02/2012	13,67
01/2014	12,70
02/2014	11,63
04/2014	19,90
05/2014	12,55

Consta desta fatura R\$ 0,63 referente a PIS e COFINS.
 Unif. 9 Res. 100/2005 - ANEEL e Lei n. 10.637/02 e 10.639/03

A partir de 2015 vigorará o sistema de Bandeiras Tarifárias. A bandeira verde não implicará cobrança adicional. As bandeiras Amarela e Vermelha, quando acionadas, implicarão tarifas de maior valor, devido ao maior custo de geração. No mês de Jul/2014 vigorará a bandeira VERMELHA, a qual implicará R\$ 0,836/kWh de acréscimo ao valor da tarifa, líquido de impostos. Mais informações em www.aneel.gov.br

Nº do Cliente: 1265510-4
 Data de Emissão: 21/07/2014
 Nº da Nota Fiscal: 351234680

Referência: Jul/2014
 Total A Pagar (R\$): 15,17
 Nº de Controle: 0001265510 00479 39162 05

83640000000-3 15170031000-7 00012655100-1 04793916205-4





PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

OUTORGANTE:

Nome: <u>Jose Aníbal Soares</u>		Nacionalidade: Brasileira
Residência: <u>Rua do Planalto Alameda</u>		Profissão:
CPF nº: <u>092.406.698-92</u>	RG n: <u>24.581.222-4</u>	Estado Civil:
Bairro: <u>Laranjeira</u>	Cidade: <u>Fortaleza</u>	Estado: CE
CEP: <u>62680-000</u>	Telefone: <u>8649.0625</u>	

OUTORGADOS:

ANTONIO EUGÊNIO FIGUEIREDO DE ALMEIDA, LUIS JORGE DE LIMA, PEDRO JORGE CRUZ DE LIMA, RODOLFO DIOGO DE SAMPAIO FILHO E FILIPE BEZERRA CATUNDA CAMPELO, brasileiros, advogados regularmente inscritos na OAB-CE sob os nrs. 6.809, 6402, 30.689, 23.814 e 27.565 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-CE, 17 de maio de 2015.

Jose Aníbal Soares
Outorgante

Escritório: Rua Julio Abreu, 155 - Bairro Varjota
Fortaleza-Ceará
Telefone: (85) 3467.6616



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Nome: <u>Jose Aníbal Soares</u>		Nacionalidade: Brasileira
Residência: <u>Rua Ronaldo Almeida</u>		Profissão:
CPF nº: <u>092.406.698-92</u>	RG n: <u>24.581.822-4</u>	Estado Civil:
Bairro: <u>Larnaua</u>	Cidade: <u>Paracuru</u>	Estado: CE
CEP: <u>62.680.000</u>	Telefone: <u>8649.0625</u>	

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-CE, 17 de Março de 2015.

Jose Aníbal Soares
DECLARANTE



DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Nome: <u>Jose Ambrósio Soares</u>		Nacionalidade: Brasileira
Residência: <u>Rua do Donato Aldeida</u>		Profissão:
CPF nº: <u>092.406.698-92</u>	RG n: <u>24.581.122-4</u>	Estado Civil:
Bairro: <u>Lamaúbo</u>	Cidade: <u>Paracuru</u>	Estado: CE
CEP: <u>62680 000</u>	Telefone: <u>8649.0625</u>	

Declaro para todos os fins a que esta se destinar que fui devidamente esclarecido pelos Drs. **ANTONIO EUGÊNIO FIGUEIREDO DE ALMEIDA, LUIS JORGE DE LIMA 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**, através dos advogados **ANTONIO EUGÊNIO FIGUEIREDO DE ALMEIDA, LUIS JORGE DE LIMA e PEDRO JORGE CRUZ DE LIMA**, advogados regularmente inscritos na OAB-CE sob os nrs. 6.809, 6402 e 30.689, todos com escritório profissional na rua Julio Abreu, 155 - Varjota, na cidade de Fortaleza-CE, 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-CE, 17, de março, de 2015.

Jose Ambrósio Soares

DECLARANTE

Escritório: Rua Julio Abreu, 155 - Bairro Varjota
Fortaleza-Ceará
Telefone: (85) 3467.6616



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (Lei N°. 7.115/83)

Nome: <u>José Augusto Soares</u>		Nacionalidade: Brasileira
Residência: <u>Residência Ronaldo Almeida</u>		Profissão:
CPF n°: <u>092.406.698-92</u>	RG n°: <u>24.581.122-4</u>	Estado Civil:
Bairro: <u>Paranápolis</u>	Cidade: <u>Paracuru</u>	Estado: CE
CEP: <u>62880.000</u>	Telefone: <u>8649.0625</u>	

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-CE, 17 de março de 20 19.

José Augusto Soares
DECLARANTE