

PROCURAÇÃO
"AD JUDICIA ET EXTRA"

OUTORGANTE: RAIMUNDO ALVES DA COSTA

RG: 601.977 SSP-CE

CPF: 117.012.503-49

Nacionalidade: BRASILEIRO

Estado Civil: CASADO

Profissão: AGRICULTOR

Residente e domiciliado: LOCALIDADE:FZ BRASILEIRA

BAIRRO:ZONA RURAL

Cidade: BOA VIAGEM Estado: CÉARA CEP:63870-000

OUTORGADO: Dr. Lucivaldo Maia Rocha, Dra. Ana Maria Albuquerque Machado e Dr. Renato Moreira de Abrantes, brasileiros, solteiros, advogados, OAB-CE nº 9785, nº 10.338 e nº 27.159 com escritório na cidade de Boa Viagem- CE, na Rua: Alfredo Terceiro apto 04 altos centro, Boa Viagem- CE, CEP 63870-000.

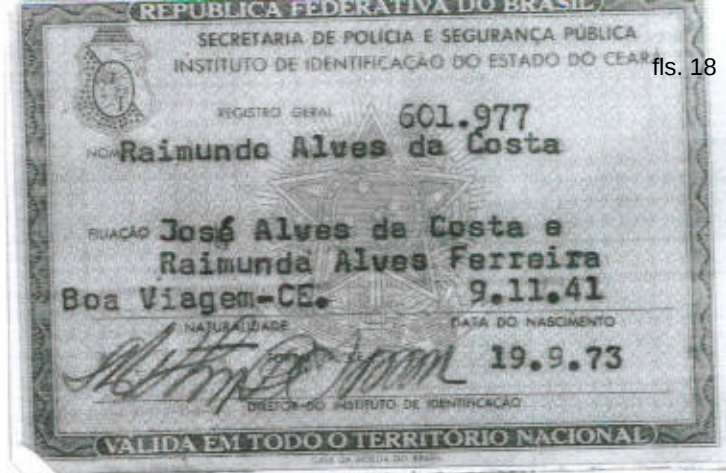
Pelo presente instrumento particular de **PROCURAÇÃO**, o **outorgante** nomeia e constitui seu bastante procurador o **outorgado**, para o fim especial de agir judicialmente em ação de seu interesse, a fim de defender seus direitos perante qualquer Juízo, instância ou Tribunal, repartição pública, autarquia ou entidade paraestatal, propondo ou respondendo ação judicial em que o **outorgante** figure em qualquer dos pólos, podendo responder, reclamar, conciliar, desistir, transigir, fazer acordo, recorrer, receber e dar quitação, confessar, requerer inventário ou arrolamento, firmar compromissos, prestar declarações, receber citação, bem como substabelecer a presente, com ou sem reservas de poderes, se assim convier, praticando todos os atos necessários ao satisfatório desempenho deste mandato dando tudo por firme e valioso.

18 de abril de 2013.

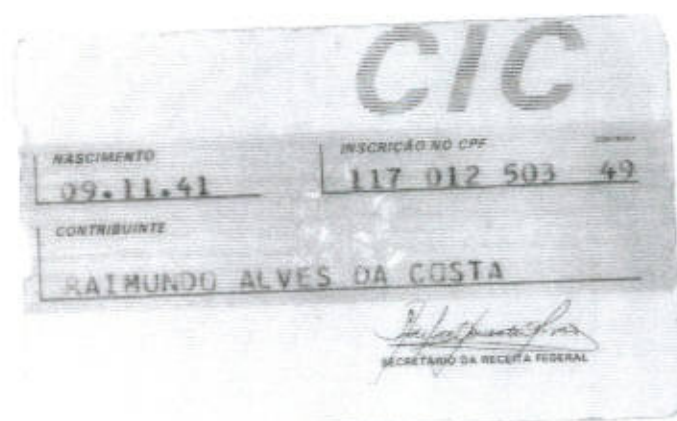


Raimundo Alves da Costa

OUTORGANTE



fls. 18





PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VIAGEM
HOSPITAL MUNICIPAL DE BOA VIAGEM
C. S. A. M.

Rua: São Vicente de Paula, Nº 100, Centro
 Tel.: (88) 3427.1699 - (88) 3427.1136
 CNPJ: 07.806.680/0001-84



FICHA DE SERVIÇO DE PRONTO ATENDIMENTO (SPA)

DATA DE ATENDIMENTO: 29/08/2012 HORÁRIO: 13:40h

NOME: Reinundo Alves da Costa IDADE: _____ SEXO: _____

RG: 601.977 CPF: _____

PAI: João Alves da Costa MÃE: Reinunda Alves Ferreira

NATURALIDADE: B.V. PROCEDÊNCIA: _____

ESTADO CIVIL: _____ PROFISSÃO: aprendiz

ENDEREÇO: 72 Brasília Nº 56

BAIRRO: Zona Rural CIDADE: B.V. UF: CE

QUEIXA PRINCIPAL: _____

HDA: trauma joelho - Epp

EXAME FÍSICO: Rx joelho e APT

EXAMES SOLICITADOS: Exame físico e Rx

MEDICAMENTOS: Altana 75mg

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM: _____

PESO: _____ TEMPERATURA: _____ PA: _____

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

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

fls. 20

NOME COMPLETO DA VÍTIMA:

Raimundo Alves de Costa

NÚMERO DO SINISTRO:

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE:

29/08/12

DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO:

29/08/12

NOME COMPLETO E CRM DO MÉDICO:

Dr. Carlos Martins Filho

LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE:

lesão de ligamento cruzado anterior,
lesão de ligamento colateral medial e lesão de
menisco medial joelho

DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATA):

tratamento ortopédico com
artroscopia de joelho com
remoção de corpo livre + MNS + ABT - joelho

EXISTE ALGUM DEFEITO FÍSICO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? () SIM (X) NÃO

CASO POSITIVO DESCREVER:

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 AFETADO

1º
2º
3º
4º
5º

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

Dr. José Carlos Martins
Traumatologia - Ortopedia
CREMEC 6079

E QUE AS

ASSINATURA E CARIMBO

ANEXAR CÓPIAS DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS RELATIVOS AO ACIDENTE

Boa Viagem em 01/10/12

DATA

ASSINATURA DA VÍTIMA

LOCAL

RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (PRÓPRIO PUNHO)

NOME COMPLETO DA VÍTIMA:

Ramundo Alvar Le Corte

DATA DO ACIDENTE:

29 / 08 / 12

DATA DA INTERNAÇÃO:

Ø

TRATAMENTOS CIRURGICOS OU CONSERVADORES REALIZADOS NO PACIENTE:

Tratamento ortopédico (verrueto)
com imobilização gessada + APTS
+ APT. (tubo fixado)

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...

troca de aparelho imobilizador
+ APTS + APT.

DATA DA ALTA DEFINITIVA:

30/09/12

Barbiger

LOCAL

01/10/12

DATA

Dr. José Carlos Martins
Traumatologia - Ortopedia
CREMEC 8076

ASSINATURA E CARIMBO MÉDICO

ATESTADO DE ALTA

Atesto que o paciente, Raimundo Alves Le Corte

Vítima de acidente de trânsito ocorrido em 29/08/12, no qual sofreu as seguintes lesões:

lesões de ligamento cruzado anterior e
lesões de ligamento colateral medial e
lesões de menisco medial joelho esquerdo.

Efeitou os seguintes tratamentos:

tratamentos ortopedicos, neurológicos e
fisioterapia geral e ginástica no tubo
com AINS + ABT.

Informo que os tratamentos foram efetuados durante o período de 29/08/12 a 29/09/12, tendo
findado seu tratamento, recebeu ALTA DEFINITIVA em 30/09/12

Seqüelas em caráter permanente resultantes do acidente:

Do crônica, instabilidade de articular
antero lateral, "caveta" anterior, esta-
bilidade, crepitações, limitações de movimento
de flexão e extensão joelho esquerdo.
Edema e dor no joelho esquerdo
com limitações funcionais articular.

Raimundo Alves Le Corte
Local

Dr. José Carlos Martins
Ortopedia
Data 01/10/12

[Assinatura]
Assinatura e carimbo

Paciente: Raimundo Alves Le Corte



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA - B.O.

Nº da ocorrência:	1952/2012	Data Registro:	11/09/12	Hora:	08:30h
Nome:	RAIMUNDO ALVES DA COSTA				
Filiação:	José Alves da Costa e Raimunda Alves Ferreira				
RG:	601.9777 SSP/CE	CPF:	117.012.503-49		
Endereço:	Localidade Brasileira (Guia), zona rural de Boa Viagem/CE				
Natureza da ocorrência:	ACIDENTE DE TRÂNSITO				
Local da ocorrência:	BOA VIAGEM/CE				

HISTÓRICO:

Depois de advertido (a) que omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante, constitui crime.

Compareceu a esta Delegacia a pessoa acima qualificada para informar que no dia 09/08/2012, por volta das 12:30h, pilotava a motocicleta HONDA CG125 FAN ES, cor vermelha, ano/modelo 2010/11, PLACA NUS-7997, chassi 9C2JC4120BR504923, licenciada em nome do declarante; QUE na BR-020, próximo a localidade Rosilho, o declarante colidiu com um jumento, momento em que caiu; QUE foi socorrido ao hospital local desacordado com uma lesão no joelho esquerdo. Nada mais disse.

Noticiante:

Raimundo Alves da Costa

Responsável pelo registro:

Julio Darlene Sousa do Nascimento
 Escrivão de Polícia Civil
 Matrícula 130253-1-3

coelce**COMPANHIA ENERGETICA DO CEARA**

CNPJ 07.047.251/0001-70 - C.G.F. 61058483

AV. BARÃO DE STUDART 2917

Nota Fiscal Grupo 15.24
Série Única - 1

Nº MERO

295.021.673

DADOS DE ENTREGAENDEREÇO: FZ BRASILEIRA 00000
BAIRRO: GUIA
MUNICÍPIO: BOA VIAGEMCEP:
ESTADO:**RECIBO DE SEGUNDA VIA DE CONTA - SVI****CENTRO OPERATIVO
CANINDE**Nº DO CLIENTE: 1312200 DV: 2 ROTA: 32 36043 07 009000-1
MUNICÍPIO: BOA VIAGEM PERÍODO/REF.: 03/2013
NOME: RAIMUNDO ALVES DA COSTA
ENDEREÇO: FZ BRASILEIRA 00000
BAIRRO: GUIA
VENCIMENTO: 16/04/2013
FATURAMENTO: 20/03/2013
CLASSIFICAÇÃO: T:93 C:04 S:01
CEP:
DOC.: OUTROS-00000000000000601977-**GRANDEZAS****CÁLCULOS (R\$)**

	FAT	LIDA	Item	Valor
ENERGIA ATIVA - kWh	130	130	VALOR CONSUMO DO MES	24,65
ENERGIA ATIVA - kWh HR	0		ICMS	0,00
DEM FAT kW FP	0,00	0,00		
FATOR DE POTÊNCIA	0,00			
CONS. INCLUIDO	0			

LEITURAS

	ATUAL	ANT
ENERGIA ATIVA - kWh	21.530	21.400
ENERGIA ATIVA - kWh HR	0	0
DEMANDA FP		

ICMS

BASE CÁLCULO	24,65	%	0,00	VALOR	0,00
--------------	-------	---	------	-------	------

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

6CD5.B7CC.8286.4D93.BE25.CE22.6E4D.88AC

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

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

TOTAL A PAGAR (R\$) 24,65

coelceSEM
VALOR COMO RECIBO
Nº DO CLIENTE: 1312200

PERÍODO/REF 03/2013

ROTA 32 36043 07 009000-1

MUNICÍPIO

VENCIMENTO 16/04/2013

TOTAL A PAGAR 24,65

SEGUNDA VIA-SVI(43)

FATURA PAGA, NÃO RECEBER

MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 9067664249
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 01 COTA RENAVAM 264266153 R.N.T.R.C. 0000000000 EXERCÍCIO 2011

NOME
RAIMUNDO ALVES DA COSTA

BOA VIAGEM - CE

CPF / CNPJ 11701250349 PLACA NUS7997

PLACA ANT. / UF *****/CE CHASSI 9C2JC4120BR504923

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC. COMBUSTÍVEL GASOLINA

MARCA / MODELO HONDA/CG 125 FAN ES ANO FAB 2010 ANO MOD 2011

CAP. POT. / CIL 2P/ CV/124CC CATEGORIA PARTIC COB. PREDOMINANTE VERMELHA

I P V A	COTA ÚNICA *****	VENÇ. COTA ÚNICA **/**/**	VENÇ. / COTAS *****
	FAIXA LEVA *****	PARCELAMENTO / COTAS *****	2 *****
			3 *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO *****

RES. DOM. MOTOCEDRO COMERCIAL DE MOT

BOA VIAGEM DATA 31/08/2011

JOÃO DE AGUIAR RUFO
SUPERINTENDENTE-DETRAN - CE

CE Nº 9067664249 BILHETE DE SEGURO DPVAT

EXERCÍCIO 2011
CPF / CNPJ 11701250349 PLACA NUS7997

BILHETE DE SEGURO DPVAT

CÉ Nº 9067664249 EXERCÍCIO 2011 DATA EMISSÃO 31/08/2011

VIA 01 COTA RENAVAM 264266153 PLACA NUS7997

MARCA / MODELO HONDA/CG 125 FAN ES

ANO FAB 2010 CAT. TARIF 9 Nº CHASSI 9C2JC4120BR504923

PRÊMIO TARIFÁRIO

RNS (R\$) 123,33 DENATRAM (R\$) 13,70 CUSTO DO SEGURO 137,03

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4,15 IOF (R\$) 1,06 TOTAL A SER PAGADO 279,27

PAGAMENTO ☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO

Seguradora Líder dos Consórcios
do Seguro DPVAT S/A

CNPJ: 09.248.608/0001-04

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANA MARIA ALBUQUERQUE MACHADO e Tribunal de Justiça do Estado de Ceará protocolado em 14/09/2013 às 08:59, sob o número 019375408201380. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0193754-08.2013.8.06.0001 e código F07151.

Informamos abaixo a movimentação do processos durante o dia 07/Dec/2012, ficamos a disposição para qualquer esclarecimento.

Situação: Processo Liberado o Pagamento

Nome	Tipo de Processo	Código Interno	Sinistro	Indenização
RAIMUNDO ALVES DA COSTA	IN VALIDEZ	35116	2012597498	Pagamento previsto para 10/12/2012 no valor de R\$ 2531.25. Banco 237 / Agência 0687 / Conta 003510-4. Beneficiário: RAIMUNDO ALVES DA COSTA

Entre em nosso site www.excelldpvt.com.br e acesse DPVAT ON LINE, faça sua consulta individual, citando o código do processo e a data de nascimento da vítima e acompanhe o seu processo em tempo REAL!!!