



PROCURAÇÃO "AD JUDICIA ET EXTRA"

OUTORGANTE:

Nome EDUARDO AMARO MORAIS			Nacionalidade Brasileiro (a)
CNH / Órgão Emissor 04035401385		CPF 022.112.323-70	Estado Civil Solteiro
Endereço Rua Vereador Jose Vieira de Lima	Número 69	Complemento Apartamento	Profissão Mecânico
Bairro Alto do Motor	Cidade Boa Viagem	Estado Ceará	CEP 63.870-000

OUTORGADO(S): VINÍCIUS PINHEIRO MELO, brasileiro, advogado, inscrito na OAB/CE 24.353, portador do CPF sob o nº. 016.548.523-63, sócio administrador na sociedade **PINHEIRO MELO - SOCIEDADE INDIVIDUAL DE ADVOCACIA**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº. 26.942.992/0001-60, inscrito na OAB/CE 1453, com escritório na Rua Praça Mons. José Cândido, nº. 103, Loja 01, bairro Centro, cidade de Boa Viagem, estado do Ceará, CEP 63870-000, tel.: (88) 3427-2867.

Através do presente instrumento particular de mandato, a(s) parte(s) OUTORGANTE(s) nomeia(m) e constitui (em) como seu(s) procurador (es) o(s) OUTORGADO(s), conferindo-lhe(s) amplos poderes, inerentes ao bom e fiel cumprimento deste mandato, bem como para o foro em geral, conforme estabelecido no artigo 38 do Código de Processo Civil e art. 5º, §2º do Estatuto da OAB, com cláusula "Ad Judicia Et Extra", para praticar todos atos perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, e órgãos da administração pública direta e indireta, praticar quaisquer atos perante particulares ou empresas privadas, principalmente perante qualquer companhia de seguro conveniada ao FENASEG, participante do convênio DPVAT, recorrer a quaisquer instâncias e tribunais, podendo atuar em conjunto ou separadamente, e os especiais para transigir, fazer acordo, firmar compromisso, substabelecer, renunciar, desistir, reconhecer a procedência do pedido, receber intimações, assinar livros, termos, recibos, receber e dar quitação, firmar autorizações de pagamento ou crédito de indenização de sinistro, prestar declarações, declarar e requerer os benefícios da JUSTIÇA GRATUITA, anuir e receber alvarás judiciais de levantamento, podendo receber os valores neles expressos provenientes de depósitos feitos pela(s) SEGURADORA(S) pertencentes ao CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT e SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DPVAT S/A junto à instituição financeira responsável pela guarda destes valores, podendo ainda receber e endossar cheque em nome do outorgante relativo a pagamento dos valores pleiteados junto as Seguradoras do Consórcio DPVAT, dando tudo por bom e valioso, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-lo(a) nas contrárias, seguindo uma e outras, até decisão final.

Boa Viagem - CE, 21 de dezembro de 2018.

OUTORGANTE

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA**DECLARANTE:**

Nome EDUARDO AMARO MORAIS			Nacionalidade Brasileiro (a)
CNH / Órgão Emissor 04035401385		CPF 022.112.323-70	Estado Civil Solteiro
Endereço Rua Vereador Jose Vieira de Lima	Número 69	Complemento Apartamento	Profissão Mecânico
Bairro Alto do Motor	Cidade Boa Viagem	Estado Ceará	CEP 63.870-000

DECLARO que, em função de minha condição financeira, não tenho condições de arcar com o pagamento das custas processuais, sob pena de implicar em prejuízo próprio e de minha família, nos termos do art. 5º, LXXIV, da Constituição da República e da Lei nº 1.060/50, com fundamento na Lei 7.115/83.

Boa Viagem - CE, 21 de dezembro de 2018.


Declarante

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
 CARTILHA NACIONAL DE IDENTIDADE

INTERNAUT LIG

VÁLIDA EM TODOS
 O TERRITÓRIOS NACIONAIS

581880640

581880640

PRIMEIRO PLASTIFICADA

581880640

DETRAN-CE (CEARA)



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° 555657056

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135 040 | Fortaleza CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

A Tarifa Social de Energia Elétrica
foi criada pela Lei nº 10.438 de
26 de abril de 2002

Esta é a segunda via de
DEZ/2018

Utilize o n° abaixo sempre
que entrar em contato conosco

N° DO CLIENTE
7386759 DV **4**

VENCIMENTO
25/01/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)
55,07

DADOS DO CLIENTE

Rota 19 036040 01 0481000 Medidor 10851049 Poste 0000 0
Nome EDUARDO AMARO MORAIS
Endereço Postal

End. da Unidade Consumidora RU VER JOSÉ VIEIRA DE LIMA 00069 ALTO DO MOTOR BOA VIAGEM 63870000

RG / CPF / CNPJ 022.112.323-70 CGF
Classe B1 - 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA

Fator de Potência 0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual Leitura Anterior Constante Consumo (kWh) Consumo Incl. Consumo Faturado
FP 22439 22367 1 72 0 72

DESCRIÇÃO DA CONTA Quantidade Tarifa Valor (R\$)

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/ Apresentação 27/12/2018
Prev. Próxima Leitura 28/01/2019

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

3FB4.247F.961E.CD70.DD60.78BA.CAA5.14C5

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
49,45	27%	13,35

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

OUTROS PAGAMENTOS

JUROS DO MES 0,35
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL-INT 5,27

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO₂) Compensado kg (CO₂) Consciência Ecológica(%CO₂)

0 100

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

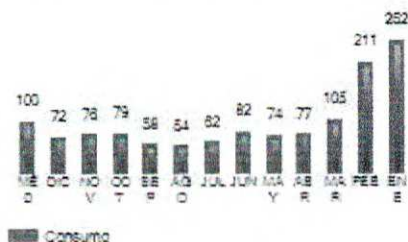
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 18,91

Conjunto BOA VIAGEM

Mês OUT/ 2018

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC (h)	5,19	10,38	20,77	2,98	0,00	0,00
FIC (un)	3,30	6,60	13,20	1,00	0,00	0,00
DMIC (h)	2,94			0,00		

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



autenticação mecânica cliente

N° do Cliente: 7386759-4 N° da Nota Fiscal: 555657056 Total a Pagar (R\$): 55,07
Data de Emissão: 09/01/2019 Referência: DEZ/2018 N° de Controle: 0007386759 00034 4335 2 28

83800000000-9 55070031000-0 00073867590-3 00344335244-0



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA SOB AS PENAS DA LEI**DECLARANTE:**

Nome EDUARDO AMARO MORAIS			Nacionalidade Brasileiro (a)
CNH / Órgão Emissor 04035401385		CPF 022.112.323-70	Estado Civil Solteiro
Endereço Rua Vereador Jose Vieira de lima	Número 69	Complemento Apartamento	Profissão Mecânico
Bairro Alto do Motor	Cidade Boa Viagem	Estado Ceará	CEP 63.870-000

DECLARO para os devidos fins de comprovação de residência, sob as penas da Lei (art. 2º da Lei 7.115/83) que sou residente e domiciliado (a) no endereço acima informado.

Declara ainda, estar ciente de que a falsidade da presente declaração pode implicar na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal, conforme transcrição abaixo:

"Art. 299 – Omitir, em documento público ou particular, declaração que nele deveria 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 o fato juridicamente relevante.

Pena: reclusão de 1 (um) a 5 (cinco) anos e multa, se o documento é público e reclusão de 1 (um) a 3 (três) anos, se o documento é particular."

Boa Viagem - CE, 21 de dezembro de 2018.


DECLARANTE



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 428 - 906 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **22/05/2018 14:54:09**
Data / Hora da Ocorrência: **02/05/2018 15:30:00**
Endereço da Ocorrência: **BR 020**
Complemento:
Bairro: **ANAFUÊ** Município: **BOA VIAGEM/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **EDUARDO AMARO MORAIS**
Nascimento: **18/10/1984** CPF: **022.112.323-70**
RG: **2000097068897** Orgão Emissor: **SSPDC** UF: **CE**
Filiação: **FRANCISCA AMARO MORAIS**
GERALDO MORAIS BATISTA
Endereço: **RUA VERADOR JOSE VIEIRA DE LIMA, 39**
Bairro: **ALTO DO MOTOR**
Município: **BOA VIAGEM/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 3427-1482**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **FVB0600** Uf: **CE** Município: **BOA VIAGEM** Chassi:
9C2PC42109R500631 Renavam: **147509351** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CB600F HORNET** Ano
Fabricação: **2009** Ano Modelo: **2009** Combustível: **GASOLINA** Cor:
VERDE Proprietário: **THIAGO AMARO MORAIS** Situação: **NÃO**
INFORMADO Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

Compareceu a esta delegacia a pessoa acima qualificada para noticiar que na data e hora acima citados sofreu acidente de trânsito no endereço acima citado; Que conduzia a motocicleta de marca HONDA/CB600F HORNET, ANO/MOD.2009/2009, COR VERDE, PLACA FVB0600/CE, LICENCIADA EM NOME DE THIAGO AMARO MORAIS, quando na BR-020 ao passar por buracos da rodovia, perdeu o controle da motocicleta e veio a cair; Que veio mesmo lesionado a Casa de Saúde Adília Maria em Boa Viagem-CE apresentando uma pancada no ombro esquerdo e escoriações pelo corpo; Que não ficou internado em decorrência do acidente; QUE ao chegar no hospital fez exames, foi medicado e liberado; Que tem como testemunhas do acidente ocorrido as pessoas de nomes THIAGO AMARO MORAIS, RG.:2007234612-9-SSP-CE e EMIDIO GUERREIRO DE MORAES, RG.:2002021023317-SPPDC-CE; QUE, apresentou nesta Delegacia os seguintes documentos: cópia da ficha de atendimento urgência/emergência da Casa de Saúde Adília Maria, cópias da sua CNH, cópia do seu comprovante de endereço, cópia do CRLV do veículo de placa FVB0600/CE, cópia da Carteira de Identidade e do Cartão CPF de THIAGO AMARO MORAIS, bem como, seu comprovante de endereço, cópia da Carteira Nacional de Habilitação de EMIDIO GUERREIRO DE MORAES, bem como, seu comprovante de endereço, E NADA MAIS DISSE.

[Assinatura manuscrita]

DELEGACIA MUNICIPAL DE BOA VIAGEM

Pág. 1 de 2

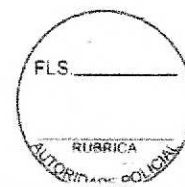
Impresso em 22/05/2018 15:06:59

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE BOA VIAGEM

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 428 - 906 / 2018****DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE BOA VIAGEM****RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :****LUCAS DE ALMEIDA MOREIRA TAVARES - MAT.: 301145-1-5****RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:***Eduardo Amoroso Moraes***VISTO DO DELEGADO(A) :****RODRIGO ARAUJO PEREIRA - MAT.: 3011813-8***X Thiago Amoroso Moraes**X Lucas Almeida Moreira Tavares*

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por VINICIUS PINHEIRO MELO e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 17/01/2019 às 12:45, sob o número 0103511-10. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0103511-08.2019.8.06.0001 e código 42B8965.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 013790023743
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: COD RENAVAM: ANTE: E ABREJO:
FABR 01 147509351 0000000000 2017

NOME
THIAGO AMARO MORAIS

BOA VIAGEM/CE

PLACA: AN/UF: CHASSI:
02211233341 FVB0600

***** 9C2PC42109R500631

PAR/MOTOCICLO/NAO APLIC. GASOLINA
MARCA/MODELO: ANO FAB: ANO MOD:
HONDA/CB600F HORNET 2009 2009
CAP/PT/CL: CATEGORIA: COD. PREDOMINANTE:
2P/0CV/595CC PARTIC VERDE

COTA UNICA: (ENC. COTA UNICA) (ENC. COTA UNICA)
1. *****
2. *****
3. *****

PREMIO TARIFARIO (R\$): IOF (R\$): PREMIO TOTAL (R\$): DATA DE PAGAMENTO:
180.65 0.70 185.50 13/12/2017

OBSERVAÇÕES

LOCAL: DATA:
BOA VIAGEM 16/03/2018

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NA OBRIGATORIO DE SEGURO DPVAT

CE Nº 013790023743 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2017

02211233341 FVB0600
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 821 1204

013790023743 08781616406

DATA EMISSÃO
2017 16/03/2018

OPF/CHPU: PLACA:
01 02211233341 FVB0600

147509351 HONDA/CB600F HORNET
2009 09 9C2PC42109R500631

PREMIO TARIFARIO

FUS (R\$): DPVAT (R\$): CUSTO DO SEGURO (R\$):
81.23 9.03 90.26

CUSTO DO BILHETE (R\$): IOF (R\$): TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$):
4.15 0.70 185.50

PAGAMENTO: DATA DE QUITAÇÃO:
☒ COTA UNICA ☐ PARCELADO 13/12/2017

PROPRIETARIO
LOTE/DOC: 772251787 LACRE: DPVAT
MOTOR: PC4ZE9500631

OUT-2017

DETRAN

CONTRAN

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Eu, THIAGO AMARO MORAIS, Portador (a) do RG sob o nº. 2007234612- 9, expedido em 29/11/2009, expedido pelo órgão SSP/CE e CPF sob o nº. 022.112.333 41, residente e domiciliado (a) na Rua Vereador Jose Vieira de Lima, bairro "Alto do Motor, cidade de Boa Viagem, estado do Ceará, CEP 63.870-000, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é de minha propriedade, cujo condutor do veículo era **EDUARDO AMARO MORAIS**.

Veículo: MOTOCICLETA

Modelo: HONDA / CB 600 F HORNET

Ano/Modelo: 2009/2009

Placa: FVB 0600

Chassi: 9C2PC42109R500631

Data do Acidente: 02/05/2018



Thiago Amaro Moraes

Assinatura do Proprietário

Boa Viagem, 17 de maio de 2018.



CARTÓRIO 02 TELEFAX: (085) 3272-1272	Reconheço <u>por autenticidade</u> a(s) firma(s) de <u>Thiago Amaro Moraes</u>
	Boa Viagem, <u>17</u> MAIO 2018 CE
	Em testemunho <u>da verdade</u> <u>Antônia Alves de Sousa</u>
	() Joaquim Bezerra Sobrinho - Tabelião () Luis Eliardo Gattalini da Silva - Substituto () Antônia Alves de Sousa - Escrevente VÁLIDO SOMENTE COM SELLO DE AUTENTICIDADE



PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VIAGEM

CSAM - CASA DE SAÚDE ADÍLIA MARIA

Rua: São Vicente de Paula, Nº. 100, Centro

Tel.: (88) 3427 1699 - (88) 3427 1136

CNPJ: 07.806.680/0001-84

FICHA DE ATENDIMENTO URGÊNCIA/EMERGÊNCIA



UNIDADE DE ATENDIMENTO 24H

DATA: 02/05/19 HORÁRIO: 16:04 ATENDIMENTO Nº _____

DADOS DO PACIENTE

NOME: EDUARDO AMARO MORAIS SUS: _____SEXO: F () M (X) DATA DE NASCIMENTO: _____ IDADE: 32 ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

NOME DA MÃE: _____

NATURALIDADE: BU PROFISSÃO: MURICANO RG: _____ENDEREÇO: VEREADOR JOSE DE LIMA BAIRRO: ALTO DO MOIOLCIDADE: BU ESTADO: CE TELEFONE: () _____

ACIDENTE DE TRABALHO: SIM () NÃO (X)

PA: _____ X _____ mmHg SPO₂: _____ % FC: _____ bpm FR: _____ lpm T: _____ °C PESO: _____ Kg

QUEIXAS: _____

EMERGÊNCIA (VERMELHA) 0 MIN	URGÊNCIA MAIOR (AMARELO) 60 MIN	URGÊNCIA RELATIVA (VERDE) 120 MIN	NÃO URGENTE (AZUL) 240 MIN
☐ Politraumatismo/TCE; ☐ Queimaduras grandes; ☐ Coma ou alteração de consciência; ☐ Lesão da Coluna vertebral; ☐ Desconforto Respiratório grave; ☐ Dor no peito+classe+alta de ar; ☐ Vômito+perda de consciência ou dor torax por mais 10min; ☐ Perfuração no peito, abdômen ou cabeça; ☐ Crise convulsiva; ☐ Intoxicação exógena ou tentativas de suicídio; ☐ Anafilaxia ou reações alérgicas + falta de ar; ☐ Hiper ou Hipoglicemia (diagnosticadas) ☐ Parada cardiorrespiratória; ☐ Alterações SSVV + sintomas (diagnosticadas); ☐ Hemorragia não controladas; ☐ Fraturas; ferimentos graves;	☐ Cefaleia súbita ou rapidamente progressiva; ☐ Alterações agudas de comportamento, agitação e confusão mental; desmaios; ☐ História de convulsão; ☐ Dor torácica intensa; ☐ Crise asmática ou desconforto respiratório; ☐ Diabético + sudorese, alteração do estado mental, visão turva, febre, vômito, taquipnéia, taquicardia; ☐ Alterações de sinais vitais em pacientes sintomáticos; ☐ História recente de melena ou hematêmese ou enterorragia; ☐ Epistaxe; ☐ Dor forte de qualquer natureza; ☐ Sangramento vaginal com dor abdominal; ☐ Náuseas, vômitos e diarreia persistente + sinais de desidratação grave; ☐ Febre alta (39-40°); ☐ Luxações, entorse + dor intensa; ☐ Acidente por animais peçonhentos; ☐ Acidente por animais peçonhentos; ☐ Broncoespasmo.	☐ Idade superior a 60 anos; ☐ Pacientes escalfados; ☐ Deficientes físicos ou impossibilitados de deambulação; ☐ Asma fora de crise; ☐ Enxaqueca; ☐ Dor ouvido moderada a grave; ☐ Dor abdominal sem alterações sinais vitais; ☐ Sangramento vaginal sem dor abdominal; ☐ Vômitos e diarreia sem sinais de desidratação; ☐ Abscessos; ☐ Distúrbios neurovegetativos; ☐ Lombalgia Intensa; ☐ Intercorrências ortopédicas; ☐ Gastroenterite;	☐ Queixas sem alterações agudas; ☐ Procedimentos como: curativos, trocas ou requisições de receitas médicas, avaliação de resultados de exames, solicitação de atestados médicos; ☐ Demais situações não enquadradas anteriormente; ☐ Uso de benzilpenicilina; SEMPRE ORIENTAR A PROCURAR UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE / MARCAR CONSULTA COM MÉDICO DE ASSISTÊNCIA.

Edmar Amaro

ASSINATURA DO PACIENTE / RESPONSÁVEL

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por VINICIUS PINHEIRO MELO e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 17/01/2019 às 12:45, sob o número 010351108201908060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0103511-08.2019.8.06.0001 e código 42B8966.

**PAULA DUAMA DE MESQUITA LEITE**

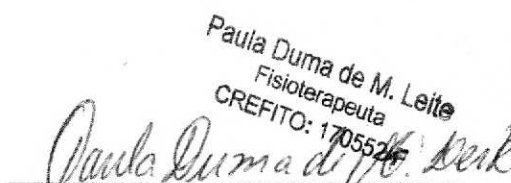
FISIOTERAPEUTA

CREFITO: 170552-F

CONTATO: (85)98844-5655

DECLARAÇÃO

A vítima EDUARDO AMARO MORAIS, sofreu um acidente automobilístico na data do dia 02 de maio de 2018, no qual teve trauma no ombro esquerdo, ficando com mobilidade reduzida, perdendo 80% do movimento do ombro esquerdo. O mesmo está de alta definitiva.

FORTALEZA 06, AGOSTO, 2018
ASSINATURA DO PACIENTE
ASSINATURA E CARIMBOPaula Duma de M. Leite
Fisioterapeuta
CREFITO: 170552-F



Clínica

Dr. Gutenberg M. Mendes Filho

CRM 6087

Clínico Geral - Ginecologista - Obstetra - Cirurgião geral

Membro do Colégio Brasileiro de Cirurgiões

LAUDO MÉDICO**Nome: EDUARDO AMARO MORAIS****Cpf: 022.112.323-70****Idade: 33 anos****Data do Acidente : 02/05/2018**

**PRELIMINARMENTE, SEGUNDO DEPOIMENTO PESSOAL DA PACIENTE,
ANALISE DA PROVA DOCUMENTAL APRESENTADA E EXAMES CLINICOS
REALIZADOS, O PACIENTE APRESENTA QUADRO DE LESÃO DECORRENTE
DE ACIDENTE VEICULO AUTOMOTOR DE VIA TERRESTRE.**

Feito as considerações iniciais, passamos a analisar o quadro clinico do paciente.

I. Com base no quadro clinico atual do paciente, favor registrar :

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

Resposta : TRAUMA EM OMBRO ESQUERDO

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 – as medidas terapêuticas tomadas na fase aguda do trauma.

Resposta : PACIENTE APRESENTA LESÃO DECORRENTE DE ACIDENTE DE TRÂNSITO, OCORRIDO NO DIA 02/05/2018, NO QUAL TEVE TRAUMA NO OMBRO ESQUERDO.



Clínica

Dr. Gulemberg H. Faria Filho

CRM 6087

Clínico Geral - Ginecologista - Obstetra - Cirurgião geral

Membro do Colégio Brasileiro de Cirurgiões

C) Diagnóstico do paciente ?**Resposta : O PACIENTE TEVE TRAUMA EM OMBRO ESQUERDO.****II. Com base no exame clínico se pode afirmar que o quadro cursa com :**

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

b) (X) 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 vítima.

Resposta: O PACIENTE TEM BASTANTE DIFICULDADE DE SE MOVIMENTAR, SEMPRE INCHA O OMBRO ESQUERDO, E O MESMO ESTA DE ALTA DEFINITIVA.

III. Segundo o previsto na Lei 11.945/09 favor promover a qualificação da (s) lesão (ões) permanentes (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.

Com base no exame médico se pode documentar :

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

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



Clínica

Dr. Gutemberg M. Farias Filho

CRM 6087

Clínico Geral - Ginecologista - Obstetra - Cirurgião geral

Membro do Colégio Brasileiro de Cirurgiões

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).

(X) 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, S 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.

1º Lesão : Trauma em Ombro Esquerdo.

Marque o percentual : () 10 % Residual () 25% Leve (X) 50 % Médio
() 75 % Grave

2º Lesão : _____

Marque o percentual : () 10 % Residual () 25% Leve () 50 % Médio
() 75 % Grave

3º Lesão : _____

Dr. Gutemberg M. Farias Filho
CRM 6087

BOA VIAGEM, 25 DE Outubro DE 2018

Dr. Gutemberg Mendes Farias Filho

CRM 6087

Rua Alfredo Terceiro, 554 - Centro - Boa Viagem
Fone: (88) 3427-7287 - Cep: 63.870-000 - Ceará
E-mail: clinicadrgutemberg@hotmail.com

SINISTRO 3180536060 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** EDUARDO AMARO MORAIS**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO**

MARIA GECINEIDE FERREIRA NOBRE COR. SEGUROS EIRELI

BENEFICIÁRIO EDUARDO AMARO MORAIS**CPF/CNPJ:** 02211232370**Posição em 09-01-2019 09:15:35**

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento. O valor abaixo será creditado na conta que você indicou no formulário de autorização de pagamento. O prazo para o banco confirmar o pagamento é de até 5 dias úteis. Caso não identifique o valor em sua conta após esse período, volte a consultar o processo aqui no site.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
21/12/2018	R\$ 843,75	R\$ 0,00	R\$ 843,75

NOME: _____

DATA: ____/____/____

HORA: _____

ANAMNESE E EXAME FÍSICO:

horda de mto

PRESCRIÇÃO:

Rx de embau

*DR. SÁBIO PINHEIRO
CROM 45530*

*DIAMANTAZINA 750 mg
COLPHER 100 mg*

EVOLUÇÃO MÉDICA:

*DR. SÁBIO PINHEIRO
CROM 45530*

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

DIREÇÃO GERAL

ASSINATURA/CARIMBO MÉDICO

PARA FINS DE DPVAT ESSA FICHA DE ATENDIMENTO SÓ TERÁ LEGITIMIDADE COM ASSINATURA DA DIREÇÃO GERAL.

Cálculo de Atualização Monetária

Dados básicos informados para cálculo

Descrição do cálculo	Atualização do Pagamento Administrativo no DPVAT - Beneficiário (a): EDUARDO AMARO MORAIS - Sinistro: 3180536060
Valor Nominal	R\$ 843,75
Indexador e metodologia de cálculo	IGP-M - (FGV) - Calculado pro-rata die.
Período da correção	2/5/2018 a 21/12/2018

Dados calculados

Fator de correção do período	233 dias	1,057473
Percentual correspondente	233 dias	5,747297 %
Valor corrigido para 21/12/2018	(=)	R\$ 892,24
Sub Total	(=)	R\$ 892,24
Valor total	(=)	R\$ 892,24

Memória analítica do cálculo

Valor inicial	843,75
Data inicial	2/5/2018
Data final	21/12/2018
Periodicidade	Mensal
Metodologia de cálculo	Calculado pro-rata die.

Termo inicial	Termo final	Variação do período	Valor
2/5/2018	1/6/2018	1,3352 (%)	855,02
1/6/2018	1/7/2018	1,8700 (%)	871,00
1/7/2018	1/8/2018	0,5100 (%)	875,45
1/8/2018	1/9/2018	0,7000 (%)	881,57
1/9/2018	1/10/2018	1,5200 (%)	894,97
1/10/2018	1/11/2018	0,8900 (%)	902,94
1/11/2018	1/12/2018	-0,4900 (%)	898,52
1/12/2018	21/12/2018	-0,6981 (%)	892,24

Acréscimos de juro, multa e honorários

Sub Total	(=)	R\$ 892,24
Valor total	(=)	R\$ 892,24

Retornar Imprimir



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO CEARÁ

Comarca de Fortaleza

30ª Vara Cível (SEJUD V)

Rua Desembargador Floriano Benevides Magalhaes nº 220, Água Fria - CEP 60811-690, Fone: (85) 3492 8472, Fortaleza-CE - E-mail: for30cv@tjce.jus.br

DECISÃO INTERLOCUTÓRIA

Processo nº: **0103511-08.2019.8.06.0001**
 Classe – Assunto: **Procedimento Comum - Seguro**
 Requerente: **Eduardo Amaro Moraes**
 Requerido: **Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT**

R.H.

Verifica-se dos autos que o documento pessoal da parte autora, constante de fls. 10, está ilegível.

Dessa forma, intime-se a parte promovente, por seu advogado, para, no prazo de 15 (quinze dias), juntar aos autos o referido documento de forma legível, sob pena de indeferimento da petição inicial, nos termos dos arts. 320 e 321, parágrafo único, e 330, IV, do CPC.

Fortaleza/CE, 18 de janeiro de 2019.

Jose Maria dos Santos Sales

Juiz

Assinado por Certificação Digital¹

¹ De acordo com o Art. 1º da lei **11.419/2006**: "O uso de meio eletrônico na tramitação de processos judiciais, comunicação de atos e transmissão de peças processuais será admitido nos termos desta Lei.

• ~ 2º Para o disposto nesta Lei, considera-se:

III - assinatura eletrônica as seguintes formas de identificação inequívoca do signatário:

a) assinatura digital baseada em certificado digital emitido por Autoridade Certificadora credenciada, na forma de lei específica; Art. 11. Os documentos produzidos eletronicamente e juntados aos processos eletrônicos com garantia da origem e de seu signatário, na forma estabelecida nesta Lei, serão considerados originais para todos os efeitos legais.

Para aferir a autenticidade do documento e das respectivas assinaturas digitais acessar o site <http://esaj.tjce.jus.br>. Em seguida selecionar a opção **CONFERÊNCIA DE DOCUMENTO DIGITAL** e depois **Conferência de Documento Digital do 1º grau**.

Abrir a tela, colocar o nº do processo e o código do documento.



EXCELENTÍSSIMO(A) SENHOR(A) DOUTOR(A) JUIZ(A) DE DIREITO DA 30ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE FORTALEZA – CEARÁ.

Processo sob nº: **0103511-08.2019.8.06.0001**

Requerente: **Eduardo Amaro Moraes**

Requerido: **Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT**

EDUARDO AMARO MORAIS, já devidamente qualificado(a) nos autos acima, epígrafados, na Ação de Cobrança movida em face de **Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT s**, vem, respeitosamente, a presença de Vossa Excelência, por intermédio do seu advogado, em atenção ao r. despacho deste juízo que determinou seguinte diligência:

R.H.
Verifica-se dos autos que o documento pessoal da parte autora, constante de fls. 10, está ilegível.
Dessa forma, intime-se a parte promovente, por seu advogado, para, no prazo de 15 (quinze dias), juntar aos autos o referido **documento de forma legível**, sob pena de indeferimento da petição inicial, nos termos dos arts. 320 e 321, parágrafo único, e 330, IV, do CPC.

Segue em anexo, a documentação (**C.N.H. – Carteira Nacional de Habilitação**) legível, conforme Decisão Proferida em **fls. 25**.

Neste sentido, a parte autora vem informar que acompanha anexo o atendimento da(s) mesma(s), pelo que requer seja considerado por este juízo atendida a determinação supra dando-se natural seguimento do feito.

Termos em que,
Pede e espera o **DEFERIMENTO**.

Fortaleza - CE, 11 de Fevereiro de 2019.

Vinícius Pinheiro Melo
Advogado – OAB/CE 24.353

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTERIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO	
NOME EDUARDO AMARO MORAIS	
	DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF 2000097068897 SSP CE
	CPF 022.112.323-70
	DATA NASCIMENTO 18/10/1984
	FILIAÇÃO GERALDO MORAIS BATISTA FRANCISCA AMARO MORAIS
Nº REGISTRO 04035401385	VALIDADE 16/03/2017
1ª HABILITAÇÃO 20/01/2007	PERMISSÃO ACC CATAR
OBSERVAÇÕES SEM OBSERVAÇÃO;	
<i>Eduardo Amaro Moraes</i> ASSINATURA DO PORTADOR	
LOCAL FORTALEZA, CE	DATA EMISSÃO 21/03/2012
 ASSINATURA DO EMISSOR	83765662687 CE129745910
DETRAN-CE (CEARA)	

VÁLIDA EM TODOS
O TERRITÓRIO NACIONAL
581880640

PROIBIDO PLASTIFICAR
581880640