



DANIEL FARIAS PORTO ADVOCACIA

PROCURAÇÃO **"AD JUDICIA"**

OUTORGANTE: Don Gláson Venas da CostaRG: 200209088064 SSP CPF: 066.899.663-26Nacionalidade: BrasileiroEstado Civil: SolteiroProfissão: AutônomoResidente e domiciliado: Rua: nova 0004 Riacho do MeioCidade: Itapicuma Estado: Ce CEP: 62590-000

OUTORGADO: Dr. Daniel Farias Porto, brasileiro, casado, advogado, OAB-CE nº 20334, com escritório na cidade de Fortaleza-Ce, na Rua Bolivar Pinto Bandeira nº 237, Bairro Luciano Cavalcante, Fortaleza-Ce, CEP 60811-310.

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 específica para **DPVAT**, 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.

Fortaleza, 06 de 11 de 2012

Don Gláson Venas da Costa
OUTORGANTE

DECLARAÇÃONOME: Dion Gleuson Veras da CostaCPF: 006899663226ESTADO CIVIL: SolteiroPROFISSÃO: autônomo

Declaro de acordo com o art. 1º da lei 7115/83 c/c art.14, § 1º da lei 5584/70, não ter condições financeira de arcar com custas judiciais e honorários advocatícios, sem prejuízo do sustento próprio e da minha família, sendo beneficiário da **GRATUIDADE DE JUSTIÇA**, indicando para o patrocínio de minha causa o advogado em **PROCURAÇÃO**.

CPF

ESTADO CIVIL

PROFISSÃO Fortaleza/Ce, 06 de novembro de 2012.

Declaro de acordo com o art. 1º da lei 7115/83 c/c art.14, § 1º da lei 5584/70, não ter condições financeira de arcar com custas judiciais e honorários advocatícios, sem prejuízo do sustento próprio e da minha família, sendo beneficiário da **GRATUIDADE DE JUSTIÇA**, indicando para o patrocínio de minha causa o advogado em **PROCURAÇÃO**.

Dion Gleuson Veras da Costa

Fortaleza/Ce, ____ de ____ de ____

e ____

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO CATEGORIA NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
NOME: DION GLEISON VERRAS DA COSTA	
	DOCUMENTOS / OUTROS DADOS 2002085088064 SSP CE
	CPF: 006.899.663-26 DATA NASCIMENTO: 08/03/1985
	RESIDÊNCIA: GERALDO JOSÉ DA COSTA MARTA JUCINEIDE VERRAS DOS SANTOS
SEXO: ☒ MASCULINO ☐ FEMININO ☐ OUTRO	
Nº REGISTRO: 03101271649	VALIDEZ: 15/05/2014 1ª REGISTRAÇÃO: 03/02/2004
OBSERVAÇÕES: SEM OBSERVAÇÃO	
Assinatura do Portador: <i>[Assinatura]</i> ASSINATURA DO PORTADOR	
LOCAL: FORTALEZA, CE	DATA EMISSÃO: 28/05/2009
Assinatura: <i>[Assinatura]</i> 04834095148 ASSINATURA DO EMISSOR CH110331548	
DETRAN/CE (CETRAR)	

VÁLIDA EM TODOS
 OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
 117896561

PRECISO PLASTIFICAR
 117896561

Nº DO CLIENTE
4168356-0

Para agitar seu atendimento, utilize o nº como
senha ou entrar em contato conosco

coelce

Rua Padre Valdeirino, 150 - CEP 60135-040 - Fortaleza - CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 - CCF 06.105.849-3
A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela
Lei nº 10.418, de 26 de abril de 2002

fls. 14

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

Rota 14 35060 14 147000 - 7 Data de Emissão 19/08/2011
Nome CAMILA DO CARMO DA SILVA
End. Postal RU NOVA 00004
RIACHO - ITAREMA - 62590000
Medidor 23015827 Poste 0000 0000
Classe RESIDENCIAL MONOFASICO BAIXA RENDA Fator de Potência 0,00
RG / CPF / CNPJ 036497313-71 CGF
Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência	Data da Apresentação	Previsão Próx. Leitura
Ago/2011	19/08/2011	20/09/2011

INDICADORES DE CONTINUIDADE

Conjunto ACAB977
Mês Jun 2011 CH 6,95

ICMS

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

Padrão Individual			Apuração Individual		
Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC 6,00	12,06	24,12	0,00	0,00	0,00
FIC 3,67	7,35	14,70	0,00	0,00	0,00
DMIC 0,24			0,00		

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

8608.ECFC.9IFF.FRDA.25E1.1908.6541.1032

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Const. Incl.	Const. Fat.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
3690	3611	1,0	69	0,0	30 39	0,14156 0,24270	4,26 9,47
19/08/11	19/07/11		31 DIAS		69		13,71

DESCRIÇÃO

VALOR CONSUMO DO MES	13,71
MULTA MORATORIA REF 07/2011	0,29
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	7,42
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA	0,74

VENCIMENTO

01/09/2011

TOTAL A PAGAR (R\$)

22,16

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	9,04
Transmissão	4,44
Distribuição	3,80
Encargos Setoriais	3,80
Tributos (ICMS PIS-COFINS)...	1,46
TOTAL	14,45

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

Mês	Consumo (kWh)	Valor (R\$)
77		
69		
73		
58		
66		
81		
69		
90		
95		
0		
0		
0		
0		

importante CONTAS EM ATRASO

REAVISO DE VENCIMENTO:

Informamos existir débito vencido sem acréscimos legais até esta data, no valor de R\$ 58,17. Conforme art. 172 da Res. Anel 414/10, poderá ser suspenso o fornecimento de energia elétrica após decorridos 15 dias do aviso desta comunicação. Caso o débito tenha sido pago, favor desconsiderar este aviso. Após 2 ciclos completos de faturamento, sem fornecimento, será encerrada a relação contratual.

DEBITOS ANTERIORES

Mes/Ano	Valor R\$
06/2011	21,77
06/2011	11,85
07/2011	24,55

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Dion Gleison Vento da Costa,
 portador(a) da Identidade nº 2002009288064 e inscrita no C.P.F sob o nº
066899663-26. Declaro para devidos fins que resido no endereço (Rua)
NOVA 00004
 _____, (Complemento) _____ (Bairro) Riacho Branco,
 (Cidade) Itanambá (Estado) CE, CEP 62690000.
 Declaro que as informações acima descritas são verdadeiras.

06 / 11 / 12
DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Dion Gleison Vento da Costa
 Assinatura

Eu, _____
 portador(a) da Identidade nº _____ e inscrita no C.P.F sob o nº _____
 Declaro para devidos fins que resido no endereço (Rua) _____
 _____, (Complemento) _____ (Bairro) _____
 (Cidade) _____ (Estado) _____, CEP _____
 Declaro que as informações acima descritas são verdadeiras.

Width1Wi
dth3Widt
h993Widt
h3Width8
643



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

Width1Width3Width993Width3Width8643

BOLETIM DE OCORRÊNCIAS – B.O.

> DADOS DA OCORRÊNCIA

NATUREZA DO FATO: LESAO ACIDENTAL NO TRANSITO (EXCETO LESAO CORPORAL CULPOSA)

Nº B.O.: 468-00681/2011 CIOPS: -

DATA/HORA DA COMUNICAÇÃO: 11/10/2011 16:11

DATA/HORA DA OCORRÊNCIA: 09/10/2011 16:30

**ENDEREÇO DA OCORRÊNCIA: LGO LOCALIDADE DE LAGAMAR
LAGAMAR ITAREMA/CE**

PONTO DE REFERÊNCIA:

MATERIAL(IS) ROUBADO(S)/APREENDIDO(S):

HISTÓRICO: Declara que, no dia 09/10/2011, por volta das 16:30 horas, conduzia a motocicleta HONDA CG 125 FAN KS, cor vermelha, ano fab/mod 2010, placa NUP 9336, chassi 9C2JC4110AR711823, em nome de JOÃO ERISNALDO DA COSTA, sentido Lagamar/Centro desta urbe, quando ao passar por um monte de areia na beira da estrada, o pneu do veículo derrapou, ocasião em que perdeu o controle da moto, o que ocasionou em sua queda. Que em decorrência do acidente, o declarante torceu o joelho esquerdo, e que será necessário passar por uma intervenção cirúrgica. Nada mais disse. xxxxxxxxxxxxxxxxx

> DADOS DA VÍTIMA

NOME: DION GLEISON VERAS DA COSTA

RG: 2002009088064 ORG?O EMISSOR: SSP UF: CE

CPF: 00689966326

DATA DE NASCIMENTO: 08/03/1985

FILIAÇÃO: GERALDO JOSE DA COSTA

MARIA JUCISEIDE VERAS DOS SANTOS

ENDEREÇO: AV JOAO BATISTA RIOS 818

CENTRO 62.590-000

ITAREMA/CE

TELEFONE: 88 99422948

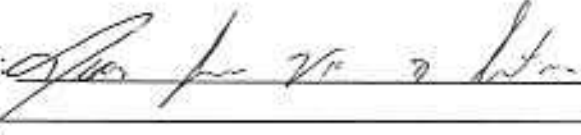
> DADOS DO NOTICIANTE

NOME: VÍTIMA

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE ITAREMA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: 

MATRÍCULA: 198256---1-2

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: 

VISTO DO DELEGADO(A):

GOVERNO MUNICIPAL DE



Cuidando Bem de Você

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Hospital Municipal Natércia Rios

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

Classificação do risco: ☐

PSF de origem: 5101 ACS: Valéria
Nome: Dion Gibson Viana da Costa Cidade: Itarema DN 08/03/85 Sexo: (X) M () F
Filiação: Elmano Gody da Costa / Maria Juaneide Viana dos Santos
Endereço: Av. João B. Rios Bairro: Itarema - U
Horário de chegada: 16:45m Data: 09/10/11

ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM:

Sinais Vitais: PA _____ Temp _____ Pulso _____ FR _____ Peso: _____ GC _____
Ass. Aux./Tec. de Enfermagem/carimbo: _____ 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 () acha que não resolve () É longe de casa () Não tinha atendimento
() Outros _____

QUEIXA PRINCIPAL: _____

HDA: _____

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM: _____

CONDUÇÃO DE ENFERMAGEM: _____

ENCAMINHAMENTO: _____

ASS. ENFERMEIRA/COREN: _____

ATENDIMENTO MÉDICO:

HDA: _____

EXAME FÍSICO: _____

DIAGNÓSTICO: _____

CONDUÇÃO: _____

Francisco T. de Almeida
CPF: 12.189.444-91 / 12.189.444-91
Ass. Médico (C.R.C.)

LAURA
REGISTROS DE ITAREMA
Ass. Enfermeira (C.R.N.)

ATENDIMENTO AMBULATORIAL:

MEDICAÇÃO ADMINISTRADA: _____

HORÁRIO DA ADMINISTRAÇÃO: _____

ASS. AUX./TE. ENFERM. COREN: _____



PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAREMA
SECRETARIA DE SAÚDE - SUS
FICHA DE REFERÊNCIA

UNIDADE DE ORIGEM: _____

DISTRITO SANITÁRIO: _____

MUNICÍPIO: _____

Nome: Dion Cleison Viana do Lago Prontuário Nº _____

Sexo: M ☒ F ☐ Data de Nascimento: 26/01/1971 Ocupação: _____

Endereço: _____ Bairro: _____ Tel: _____

Motivo do Encaminhamento:

Paciente vítima de acidente de
modo C/ trauma no joelho E

Resultado de Exames:

Rotura de ligamento?
patela deslocado??

Conduta já Realizada:

Parar e conduta transtorno físico

Impressão Diagnóstica:

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro _____

médico
Função

09/10/11
Data

Hora

AGENDAMENTO

ENCAMINHAMENTO PARA ATENDIMENTO:

AMBULATORIAL ☐

HOSPITALAR ☐

AUXÍLIO DIAGNÓSTICO ☐

Procedimento: _____

Profissional: _____

Unidade de referência: _____

Data: ____/____/____

Hora: _____

FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA (-*)

Unidade de Referência: _____

Município: _____

Prontuário Nº _____

Alta: ____/____/____

Resumo Clínico / Cirúrgico

Resultado de Exames:

Assinatura do Encaminhante:

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

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

Nome completo da vítima: DION OLSON DE MOURA COSTA Número do sinistro: _____

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

Data do acidente: 09/10/2011 Data do início do tratamento médico: 09/10/2011

Nome completo e CRM do médico: Fco. Mardonio Salmato

Fco. Mardonio Salmato
Ortopedia / Traumatologia
CRM: 4411

Lesões resultantes do acidente:

Lesão completa da joelho (88 H23.8)
Lesão de LCA e LCA e LCA LCM. CID-S80.1 S83.7

Dados resumidos dos tratamentos realizados (datas):

Tratamento continuado, imobilização e fisioterapia

Existe algum defeito físico ou doença pré-existente? ☐ Sim ☒ Não

Com relação a invalidez pode-se concluir que:

☐ a invalidez é temporária portanto passível de recuperação significativa ou de cura.

☒ a invalidez é permanente, ou seja, não há possibilidade de recuperação significativa ou de cura.

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o seguimento ou órgão atingido)

SEGMENTO ANATOMICO OU ÓRGÃO AFETADO

- 1º Instabilidade articular
- 2º Recrúsculo, estirado, mancha
- 2º claudicante, Ecema após deambulação
- 4º Dores, na articulação. Menor
- 5º inibição prejudicada funcionalmente

Afirmo que assisti e/ou avaliei a vítima no período de 09/10/2011 a 17/02/2012 e que as respostas acima, são completas e verdadeiras.

Fco. Mardonio Salmato

LOCAL

17/02/2012

DATA

Fco. Mardonio Salmato Almeida
Ortopedia / Traumatologia
CRM - 4411

ASSINATURA E CARIMBO

ANEXAR CÓPIAS DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS RELATIVOS AO ACIDENTE

LOCAL

DATA

ASSINATURA DA VITIMA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DETRAN - CE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 8914652694

VIA MONI 01 COD. RENAVAM 257423109 RNTRO 00000000000 EXERCÍCIO 2010

NOME
JOAO ERISNALDO DA COSTA

***** ITAREMA - CE

CPF/CNPJ
01938262328PLACA
NUP9336PLACA ANT./UF
*****/CE

CHASSI

9C2JC4110AR711823

ESPECIE TIPO

PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC

COMBUSTIVEL

GASOLINA

MARCA/MODELO

HONDA/CG 125 FAN KS

ANO FAB

2010

ANO MOD

2010

CAP/POV/CE

2P/ CV/124CC

CATEGORIA

PARTIC

COR PREDOMINANTE

VERMELHA

COTA UNICA

VENIC. COTA UNICA

//**

VENIC/COTAS

1º *****

I
P
V
A

FAIXA LPVA

**

PARCELAMENTO/COTAS

//**

2º *****

3º *****

PRÊMIO TAFÁRIO (R\$)

IDF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

AL.FID. ADM DE CONS. NAC. HONDA-ETDA

LOCAL

ITAREMA

DATA

09/11/2010

 SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO
 SEM MOTORES DE TERRESTRE OU POR SUA CARCA APESAR
 TRANSPORTADOS OU NAO SEGURO DPVAT

CE Nº 8914652694

BILHETE DE SEGURO

NOME/ENDEREÇO

JOAO ERISNALDO DA COSTA

***** ITAREMA

CPF/CNPJ

01938262328

PLACA

NUP9336

BILHETE DE SEGURO DPVAT

CE Nº 8914652694

EXERCÍCIO

2010

DATA EMISSÃO

09/11/10

NOME/ENDEREÇO

JOAO ERISNALDO DA COSTA

***** ITAREMA

VIA

CPF/CNPJ

01 01938262328

PLACA

NUP9336

COD. RENAVAM

257423109

MARCA/MODELO

HONDA/CG 125 FAN KS

ANO FAB

2010

OF. DAP

09

CHASSI

9C2JC4110AR711823

PRÊMIO TAFÁRIO (R\$)

IDF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

Seguradora Líder dos Consórcios
do Seguro DPVAT S/A

LOTE/

09/11/2010

CNPJ: 09.248.608/0001-04

MOTOR: JC41E1A711823


CARTÓRIO LAURA
 OFÍCIO DE NOTAS E REGISTROS DE ITAPETININGA - SP
 A presente cópia confere com o original, que
 me foi apresentado nestas notas. DOU PE.

11 OUT. 2011

 Laura Eduardo de Cassia Costa - Titular
 e Laura C. Nogueira - Substituta