

PROCURAÇÃO**OUTORGANTE:**

Nome: ITAMAR GOMES DE OLIVEIRA		Nacionalidade: BRASILEIRA	
Estado Civil: CASADO	Profissão: AGRICULTOR	Carteira de Identidade: 2007811424-6	
CPF nº: 627.889.223-53	Residência: PV CARAPEBA		
Bairro:	Cidade: São G. do Amaro	Estado: CE	CEP: 62.674-00

OUTORGADO:

RAFAEL DE SOUSA REZENDE MONTI, brasileiro, solteiro, advogado, devidamente inscrito na OAB/CE sob o nº 18.044, portador do RG nº 8.119.595 SSP/MG e CPF nº 948.672.326-53, com escritório profissional no seguinte endereço: 1) Rua do Rosário, nº 77, sala 604, Ed. Comandante Vital Rolim, Centro – Fortaleza – CEP 60.055-090. Fone / Fax: (85) 3231-6493/4101-2403.

PODERES:

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante nomeia e constitui, os outorgados, suas bastante procuradores, 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 a Ação Judicial competente para o **recebimento da indenização que lhe cabe, como beneficiário, em virtude de acidente de trânsito, cobertos pelo seguro DPVAT**, junto a qualquer companhia de seguro conveniada a FENASEG, participante do Convenio DPVAT, 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 audiência e perícias médicas**, em nome do outorgante, enfim todos os poderes necessários para o cumprimento amplo do objeto do presente mandato.

FORTALEZA (CE), 10 de junho de 2014.

Itamar Gomes de Oliveira
Outorgante

DECLARAÇÃO

Eu, ITAMAR GOMES DE OLIVEIRA, brasileiro O,
CASADO, AGRICULTOR, portador da Carteira de Identidade/RG nº
20078114246-SSP/CE, e inscrito no CPF/MF sob o nº 627.889.223-53, residente e
domiciliado na cidade de SÃO GONÇALO DO AMARANTE, estado de Ceará, na Rua
PV. CARADEBA, nº _____, _____,
declaro para os devidos fins que possuo hipossuficiência financeira, não possuindo condições de
arcar com 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), 10 de junho de 2014.

Itamar Gomes de Oliveira
Declarante

DECLARAÇÃO.

Eu, ITAMAR GOMES DE OLIVEIRA, brasileiro O, CASADO, AGRICUL-
TOR, RG 2007811424-6, CPF 627.889.223-53 capaz, residente e
domiciliado na rua PV. CARRAPÉBA, cidade de
SAO GONÇALO /CE, CEP 62670000. Declaro que resido no endereço
acima citado e forneço os dados pessoais, documentos e demais declarações para a propositura
de Ação Judicial em desfavor de qualquer seguradora conveniada DPVAT- FENASEG, E QUE
FUI VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO. Sendo de minha total responsabilidade a
declaração de invalidez ou óbito fornecida.

Fortaleza (CE), 10 de junho de 2014.

Itamar Gomes de Oliveira

Declarante.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO DO CEARÁ

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO DE PESSOAS E SERVIÇOS DE IDENTIDADE

Carteira Direta

Itamar Gomes de Oliveira

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

NUMERO GERAL 2007811424 - 6 DATA DE EXPENÇÃO 17/02/2011

NOME **ITAMAR GOMES DE OLIVEIRA**

PAZÇÃO **LUIZ DA COSTA OLIVEIRA**

MARTA FERREIRA GOMES DE OLIVEIRA

NATURALIDADE **SÃO GONÇALO DO AMARANTE - CE** DATA DE NASCIMENTO 22/05/1965

DIG. ORDEM CERT. CASAMENTO - CARTÓRIO: 1 OFÍCIO TERMO: 1560 FOLHA: 40

LIVRO: 9-05 SÃO GONÇALO DO AMARANTE - CE

CPF

RG: ANT: 110213

1. VTA ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Secretaria da Receita Federal

CPF

627.889.224-51

ITAMAR GOMES DE OLIVEIRA

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por RAFAEL DE SOUSA REZENDE MONTI e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 18/04/2016 às 14:29, sob o número 01288056720168060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0128805-67.2016.8.06.0001 e código 20DE77C.

COELCE		COMPANHIA ENERGETICA DO CEARA CNPJ 07.047.251/0001-70 - Inscr. Estadual 06.105.848-3 Av. Barão de Studart 2917 Fortaleza/CE - CEP 60127-900		Nota Fiscal Grupo B Série Única - 5 NÚMERO: 001.219.109	
DADOS DA ENTREGA					
ENDEREÇO: PV CARAPEBA 00000		BAIRRO: SIUPE		CEP: _____	
MUNICÍPIO: S GONCALO AMARANT				ESTADO: CE	
SEGUNDA VIA RECIBO DE CONTA EVENTUAL - RCE				CENTRO OPERATIVO	
				CAUCAIA	
Nº DO CLIENTE: 6023031		DV: 2		ROTA: 33 22026 02 049300 - 4	
MUNICÍPIO: S GONCALO AMARANT		MODO / REF.: 03/2014		VENCIMENTO: 20/03/2014	
NOME: ITAMAR GOMES DE OLIVEIRA				FATURAMENTO: 03/2014	
ENDEREÇO: PV CARAPEBA 00000				CLASSIFICAÇÃO: T:90 C:01 S:01	
CEP: _____		DOC: - 00000000000627889223-53		MOTIVO EMISSÃO: 160	
		META DE CONSUMO: 44		SEQUENCIAL: _____	
GRANDEZA				CALCULOS	
ENERGIA ATIVA - kWh		30		VALOR CONSUMO DO MES	
ENERGIA ATIVA - kWh HR		0		PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA	
DEM FAT KW FP		0		COB. SALDO FATURA ANTERIOR	
				3,29	
				0,21	
				8,81	
LEITURA ATUAL					
ENERGIA ATIVA - kWh					
ENERGIA ATIVA - kWh HR					
DEMANDA FP					
CÁLCULO					
BASE CÁLCULO		3,29		% 0 VALOR 0,00	
ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL					
2F63.E33E.F0CD.BFCC.6C73.44BC.A816.8806					
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					
Bandeira Tarifária:					
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA					
				TOTAL A PAGAR	
				10,31	

COELCE		PERÍODO / REF 03/2014		VENCIMENTO 20/03/2014	
COMPROVANTE COELCE		MUNICÍPIO S GONCALO AMARANT			
Nº DO CLIENTE 6023031-2		ROTA 33 22026 02 049300 - 4		TOTAL A PAGAR	
				10,31	
		0006023031 00002 4101 2 35			
		83800000000-9 10310031000-2 00060230310-9 00024101235-0			
					



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 548 - 717 / 2014

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTES - OUTROS**
 Data / Hora da Comunicação: **07/03/2014 10:00:40**
 Data / Hora da Ocorrência: **15/02/2014 16:00:00**
 Endereço da Ocorrência: **LOCALIDADE DE BARRAMAR**
BARRAMAR SÃO GONÇALO DO AMARANTE / CE
 Ponto de Referência:

Dados do(s) Vítima(s)

Nome: **ITAMAR GOMES DE OLIVEIRA**
 Nascimento: **22/05/1965**
 RG: **20078114226** Órgão Emissor: **SSP UF: CE - CPF:**
 Filiação: **LAUZ DA CUSTA OLIVEIRA**
MARIA KRENICE GOMES DE OLIVEIRA
 Endereço: **R POVOADO DO BARRAMAR**

SÃO GONÇALO DO AMARANTE CE BRASIL

Telefone: **92451145**

Histórico

Informa o declarante que na data e local da ocorrência, pilotava uma moto de marca/modelo **HONDA CB 125** **FAN KS**, ano/mod2011, cor preta, placa **NUS-9819CE**, chassi **9C2JC4110QR433290**, motor **252HH0151**, quando colidia com um animal (cachorro) vindo pelo lado direito, segundo o declarante teve uma **LESÃO EXTENSA EM NÓVELLO ESQUERDO, POLITRAUMATISMO + TCR**, segundo o declarante foi socorrido para **UPA de Picos** e depois transferido para o **HUP Fortaleza**. **QUE**, nada mais disse.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE SÃO GONÇALO DO AMARANTE
RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

MATRÍCULA: 133206-1-6

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: *Itamar Gomes de Oliveira*
VISTO DO DELEGADO(A):

MATRÍCULA: 404579-1-7



DELEGACIA MUNICIPAL DE SÃO GONÇALO DO AMARANTE

Pág. 1 de 1

Impressão em: 07/03/2014 10:23



**GOVERNO DE
SÃO GONÇALO
DO AMARANTE**

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO GONÇALO DO AMARANTE
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
HOSPITAL GERAL LUIZ ALCANTARA E SILVA

1. FREIER ERGÄNZENDES

2-AD TEMERACONFESSAR O TRATAMENTO, ENTREGAR
2 VAGAS AD UNIDADE, QUANDO O CASO FOR REFORMAR COM
A 1ª VAGAS UNIDADE DE ORIGEM.

RIP: 1250898.
FBI - 9010235

FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem UDA PECEM
Distrito Sanitário: _____

Prot. Spec. 140215-1062

Município

Nome: FRANCISCO GOMES DE OLIVEIRA Prontuário Nº _____
 Sexo: ☒ M ☐ F Data de Nascimento: 22/10/56 Ocupação: _____
 Endereço: _____ Bairro: _____ Tel: _____

Motivo do Encaminhamento: PRESENTE DE MORTES EM CARCERE COM PERDA DE CAPACIDADE PARA SE DEFENDER EM JUízo (Art. 70, III, do CP).

Resultado do Exame: COLESTRA, COPESTRA, CURESTRA, CURESTRA, CURESTRA, AP: MVH, S/PA.
AC: RCH, RT, BNF, S/PA. ARIANA: INDESTE. SIMON: INDESTE. C/PA. LEM: ESTIN. EN: INDESTE. ESQUERDA.
A-COLAR C/PA. FOLIO EXAMINARTE B-AP-AR. C: R. B/PA. B/PA. C/PA. D: C/PA. B/PA. C/PA.

Consulta já Realizada:

Impressão Distribuição: Dr. Daniel Paulo CLÍNICO 15.10.14 18:06
 Médico, CLÍNICO 15.10.14 18:06
 Assinatura do Médico CLÍNICO 15.10.14 18:06
 Função CLÍNICO 15.10.14 18:06
 Data 15.10.14 18:06
 Hora 15.10.14 18:06

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: Ambulatorial ☐ Hospitalar ☐ Apoio Diagnóstico ☐
 Procedimento: _____ Profissional: _____
 Unidade de Referência: _____ Data: ____/____/____ Hora: _____

FICHA DE CONTRA REFERÊNCIA (*)

Unidade de Referência: _____
Município: _____ Promotorio Nº _____ Alta: ____/____/____

Resumo Clínico/Cirúrgico

Resultado de Exames:

Diagnóstico Principal:

Secundário 1:

Secundário 2:

CID:

CID:

CID:

Enviado em 15/02/2014 21:18:40

Página 1 de 1

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL	
DATA/HORA: 15/02/2014 21:14:03	REGISTRO: 527722
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
CNS: 70023415677629	NOME: ITAMAR GOMES DE OLIVEIRA
CPF: 70023415677629	RG: 220565
O.NASC: 220565	ESTADO CIVIL: M
RAÇA/COR: Amarela	SEXO: M
NOME DA MÃE: MARIA ERENICE GOMES DE OLIVEIRA	
TIPO DE LOGRADOURO: Distrib	ENDEREÇO DO PACIENTE: BARRA MAR
Nº: SN	BAIRRO: TAIBA
UF: CE	CEP: 62670000
MUNICÍPIO: AMARANTE	
TELEFONE CONTATO:	
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL	
NOME: Francisca	PARENTESCO: esposa
TELEFONE:	
ACIDENTE DE TRABALHO	
TIPO DE VÍNCULO: CBO DO EMPREGADOR:	CNPJ DO EMPREGADOR:
CBO DO EMPREGADO:	CÓDIGO DO CNAER:
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motociclista. Acidente de transporte sem colisão. Inclui: capotamento, queda ou projeção de uma motociclista	
QUEIXAS: HISTÓRIA DE TRAUMA CONTUSO NO CRÂNIO COM RELATO DE PERDA DE CONSCIÊNCIA + TRAUMA REGIÃO DE JOELHO ESQUERDO	
OBSERVAÇÕES:	
SINAIS VITAIS	
PRESSÃO ARTERIAL	NI
FREQUÊNCIA RESPIRATORIA	NI
FREQUÊNCIA CARDÍACA	76
TEMPERATURA	37,00
GLUCOSIA	NI
SATURÇÃO DE O2	93
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Pública	PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: AMARELO
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO: CLÍNICA MÉDICA	ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO: AMARELO
ATENDIMENTO MÉDICO	
Amarelo:	12/07/2014
Exame Físico:	Polifragmentação + TCE.
Condutor:	
TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:	
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:	TC de Crânio.
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:	
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:	15/02/2014
CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:	<i>Wilder Ramos</i>

WILDER RAMOS
CRM/CE 4488

INSTITUTO DR. JOSE FROTA

GOVERNO DE
SÃO GONÇALO
DO AMARANTE

PREFEITURA MUNICIPAL DE S. GONÇALO DO AMARANTE/CE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RECEITUÁRIO

Itamar C. de Oliveira

Uso int

- Cefalexina 500mg 20 caps
1 caps 3 X ao dia = 7 dias

- Ibuprofeno 600mg 8 caps
1 caps 3/dia

- Paracetamol 8 caps
1 caps em caso de febre até 4 X/dia.

Uso ext

- Amoxicilina 10 caps
Aplicar 1 caps 3 X/dia

DATA: 17/02/14

Paulo Roberto Gonçalves
Médico
CREMPC - 10000
ASSINATURA - CARIMBO

"FUMAR FAZ MAL A SAÚDE"

RECEITUÁRIO

Itaúca R. de Oliveira

Uso ref

- Omeprazol 20mg, ————— 20 caps
 3 caps p/ manhã em jejum

- Ipsilca ————— 1cx
 3 caps 3 X dia se necessário

DATA: 20/07/14

Paulo Roberto Gonçalves
 Médico
 CRM-CE 10.000
 ASSINATURA: CARIMBO

" FUMAR FAZ MAL A SAÚDE "

BENEFICIÁRIOS

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

[Voltar](#)**Processo**

Megadata: 2014/275581
Processo: 597892
Natureza: INVALIDEZ
Data sinistro: 15/2/2014
Nome: ITAMAR GOMES DE OLIVEIRA
Situação: Processo liberado o pagamento

Beneficiários**Nome**

ITAMAR GOMES DE OLIVEIRA

Históricos

Data/Hora	Situação	Observações
7/4/2014	Pré-Cadastro não analisado	
7/4/2014	Pré-Cadastro analisado e aprovado (R)	
10/4/2014	Proc. enviado p/ digitalização e análise da Seg. Líder	
13/5/2014	Processo liberado o pagamento	Data crédito: 14/05/2014 - R\$ 8437.50

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

**Cálculo de Atualização Monetária****Dados básicos informados para cálculo****Descrição do cálculo**

Valor Nominal	R\$ 8.437,50
Indexador e metodologia de cálculo	IGP-M - (FGV) - Calculado pro-rata die.
Período da correção	15/02/2014 a 01/04/2016

Dados calculados

Fator de correção do período	776 dias	1,172210
Percentual correspondente	776 dias	17,221009 %
Valor corrigido para 01/04/2016	(=)	R\$ 9.890,52
Sub Total	(=)	R\$ 9.890,52
Valor total	(=)	R\$ 9.890,52

Retornar Imprimir



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **627.889.223-53**

Nome da Pessoa Física: **ITAMAR GOMES DE OLIVEIRA**

Data de Nascimento: **22/05/1965**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **19/12/1997**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **14:28:56** do dia **18/04/2016** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **F3B4.5427.6738.DA0E**

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço www.receita.fazenda.gov.br.

Este documento não substitui o ["Comprovante de Inscrição no CPF"](#).

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)