

PROCURAÇÃO AD JUDICIA**OUTORGANTE:**

Nome: <u>Joné Valdenir Alves Annua</u>		Nacionalidade: <u>Brasileiro</u>	
Estado Civil: <u>Solteiro</u>	Profissão: <u>Getulista</u>	Carteira de Identidade: <u>005871 MTPS</u>	
CPF nº: <u>622.026.343-04</u>	Residência: <u>R. São Raimundo, 313</u>		
Bairro: <u>v.s. das Graças</u>	Cidade: <u>Fortaleza</u>	Estado: <u>CE</u>	CEP: <u>60311-030</u>

OUTORGADO:

ANTONIO KAIRO RODRIGUES SILVA, brasileiro, solteiro, advogado, OAB/CE – 24.805, com escritório profissional na rua Barbara de Alencar, nº 1920, apto 301, bloco E, aldeota, Fortaleza - CE CEP: 60.140-000, fone: (85) 9657.0528
e-mail: KAIRO_AKRS@YAHOO.COM.BR

PODERES:

Amplos poderes para o foro em geral, bem como nas vias administrativas, em qualquer juiz, instância ou Tribunal, Superior ou não, Repartição Pública, podendo promover contra quem de direito as ações que julgarem convenientes e defendê-lo (a) nas contrárias, interpor recursos, com especiais poderes para, agindo em conjunto ou em separado, receber citações, renunciar e desistir de direitos decorrentes deste mandato e dos oriundos desta ação, desistir, transigir, interpor todos os recursos permitidos em direito, produzir e requerer provas e justificações, opor embargos, prestar compromisso de inventariante e assinar o respectivo termo, fazer declarações de lei, requerer remissão, adjudicação de bens, ordenar protestos de títulos, levantar depósitos judiciais em nome do(s) outorgantes, assinar recibos, representá-los em quaisquer repartições federais, estaduais, municipais ou autarquias, fazer tudo o que for necessário para o bom e fiel cumprimento da presente, inclusive substabelecer, com ou sem reserva de iguais poderes, o que darei tudo por firme, justo e valioso como próprio fora, dando a mesma caráter irrevogável.

Fortaleza (CE), 07 de Junho de 2018.

x


Outorgante

DECLARAÇÃO

Eu, Joné Valdenir Alves Annuda,
brasileiro(a), Solteiro, Eleitor, portador da Carteira de Identidade/RG nº 005871, e inscrito no CPF/MF sob o nº 622.026.343-07, residente e domiciliado na cidade de Fontalera, estado do Ceará, na Rua São Raimundo, nº 313, 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.

Fontalera (CE), 07 de Junho de 2.018.

x Joné Valdenir Alves Annuda

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

fls. 9

FLS. _____

RUBRICA

AUTORIDADE POLICIAL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 5745 / 2017**Dados da Ocorrência**Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**Data / Hora da Comunicação: **13/11/2017 15:09:56**Data / Hora da Ocorrência: **14/08/2017 09:00:00**Endereço da Ocorrência: **AVENIDA SILAS MUNGUBA**Complemento: **C/ RUA AMERICO VESPUCIO**Bairro: **SERRINHA**Município: **FORTALEZA/CE**

Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)Nome: **JOSE VALDENIR ALVES ARRUDA**Nascimento: **19/08/1982** CPF: **622.026.343-04**RG: **005871**Orgão Emissor: **MTPS**

UF:

Filiação: **VILMA MARIA ALVES DIAS****LOURIVAL VIEIRA ARRUDA**Endereço: **RUA SÃO RAIMUNDO, 313**Bairro: **NOSSA SENHORA DAS GRACAS**Município: **FORTALEZA/CE**

CEP:

País: **BRASIL**Telefone: **(85) 98772-0967****Dados do(s) Veículo(s)****1) Placa: HXH6353 Uf: CE Município: FORTALEZA Chassi:****9C64MW00020016865 Renavam: 779600894 Tipo do Veículo:****MOTOCICLETA Marca / Modelo: YAMAHA/XT 600 E Ano Fabricação:****2002 Ano Modelo: 2002 Combustível: GASOLINA Cor: AZUL****Proprietário: ROMEU BARBOSA DA SILVEIRA Situação: NÃO****INFORMADO Envolvimento: COLISAO****2) Placa: OII9520 Uf: CE Município: FORTALEZA Chassi:****9BGKS69V0HG161263 Renavam: 1102833794 Tipo do Veículo:****AUTOMOVEI Marca / Modelo: CHEV/PRISMA 1.4MT LT Ano Fabricação:****2016 Ano Modelo: 2017 Combustível: GASOLINA/ALCOOL Cor: PRETA****Proprietário: JOSE SANTOS ALVES Situação: NÃO INFORMADO****Envolvimento: COLISAO****Histórico**

QUE, COMPARECE A ESTA ESPECIALIZADA A FIM DE REGISTRAR QUE, NA DATA CITADA, TRANSITAVA PILOTANDO A MOTO DE PLACA HXH-6353 NA AVENIDA SILAS MUNGUBA QUANDO UM CARRO DE PLACAS OII-9520 REALIZOU UM RETORNO PROIBIDO COLIDINDO COM A VITIMA, CAINDO A VITIMA NO ASFALTO, FICANDO LESIONADA SENDO SOCORRIDA PARA O HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE POR MEIOS PRÓPRIOS. E NADA MAIS DISSE.
////////

OBS: COMUNICAÇÃO FALSA É CRIME CAPITULADO NO ART.340 DO CPB.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 25. DISTRITO POLICIAL**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :****FRANCISCO DELÂNIO CAMPELO ALMEIDA - MAT.: 404836-1-6****RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:**

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

Pág. 1 de 2

Impresso em: 13/11/2017 15:20:00

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIO KAIRO RODRIGUES SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 07/06/2018 às 15:42, sob o número 01381854620188060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0138185-46.2018.8.06.0001 e código 37CBC1E.



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 5745 / 2017

VISTO DO DELEGADO(A) :

DIANA MÁRCIA NOGUEIRA SURIMÃ - MAT.: 012875-1-6



Prefeitura de Fortaleza

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
AMC - AUTARQUIA MUNICIPAL DE TRÂNSITO E CIDADANIA
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO

Nº: BO41460

1. DADOS GERAIS

DATA: 14/08/2017 HORA DA OCORRÊNCIA: 09:51 DIA DA SEMANA: Segunda-feira

VIA 1: RUA AMÉRICO VESPÚCIO

Nº:

TIPO DE PAVIMENTO: ASFALTO
OBRAS NA PISTA: NÃO HÁ
TIPO DE PISTA: DUPLA
OBRAS DE ARTE: NÃO HÁ
FAIXA P/ SENTIDO: 1
CONDIÇÕES DA PISTA: BOA

CONDIÇÕES DA CALÇADA: BOA
ALINHAMENTO VERTICAL: PLANO
ALINHAMENTO HORIZONTAL: RETO
SEPARAÇÃO CENTRAL: NÃO HÁ
SINALIZAÇÃO HORIZONTAL: BOM ESTADO
SINALIZAÇÃO VERTICAL: BOM ESTADO

VIA 2: AV. DR. SILAS MUNGUBA

Nº:

TIPO DE PAVIMENTO: ASFALTO
OBRAS NA PISTA: SINALIZADA
TIPO DE PISTA: DUPLA
OBRAS DE ARTE: NÃO HÁ
FAIXA P/ SENTIDO: 2
CONDIÇÕES DA PISTA: BOA

CONDIÇÕES DA CALÇADA: BOA
ALINHAMENTO VERTICAL: PLANO
ALINHAMENTO HORIZONTAL: RETO
SEPARAÇÃO CENTRAL: CANTEIRO CENTRAL
SINALIZAÇÃO HORIZONTAL: BOM ESTADO
SINALIZAÇÃO VERTICAL: BOM ESTADO

2. ACIDENTE

TIPO DE ACIDENTE: COLISÃO LATERAL ELEMENTO / PROPRIEDADE ATINGIDA: NÃO INFORMADO

QUANTIDADE DE VÍTIMAS:

Condutores Ilesos:	1	Passageiros Ilesos:	0	Pedestres Ilesos:	0
Condutores Feridos:	2	Passageiros Feridos:	0	Pedestres Feridos:	0
Condutores Mortos:	0	Passageiros Mortos:	0	Pedestres Mortos:	0

QUANTIDADE DE VEÍCULOS ENVOLVIDOS:

Danificados: 3 Sem Danos: 0 Evadidos: 0

3. CONDIÇÕES DO LOCAL

TEMPO: BOM
LOCAL: COMERCIAL
ILUMINAÇÃO: LUZ DO DIA

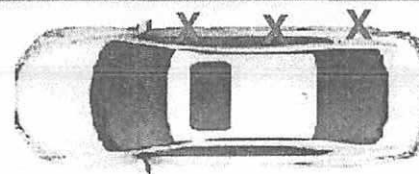
TIPO DE CRUZAMENTO: EM T
SUPERFÍCIE DA PISTA: SECA
CONTROLE DE TRÁFEGO: NÃO HÁ

LEGENDA ☐ AUTOMÓVEL ☐ ÔNIBUS OU CAMINHÃO ☐ TREM ☐ VEÍC. DE DUAS RODAS ☐ VEÍC. DE TRÊS RODAS		* LOCAL DO ACIDENTE --- ANTES DO ACIDENTE - - - DEPOIS DO ACIDENTE ~ DERRAPIAGEM CAPOTAMENTO PEDESTRE		→ MARCHA À FRENTE → MARCHA À RÉ ANIMAL OBJETO FIXO SEMÁFORO	
--	--	---	--	--	--

4. DETALHES DOS VEÍCULOS

VEÍCULO 1 PLACA: OII9520

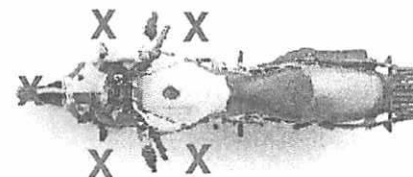
COR: PRETA MARCA/MODELO: CHEV/PRISMA 1.4MT LT
 TIPO: AUTOMOVEL ANO FABRICAÇÃO: 2016
 ESPÉCIE: PASSAGEIRO CATEGORIA: PARTICULAR



MANOBRA REALIZADA:
 CRUZANDO O FLUXO

VEÍCULO 2 PLACA: OCT2556

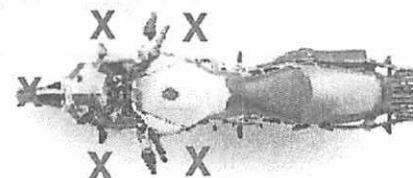
COR: PRETA MARCA/MODELO: HONDA/CG 150 FAN ESI
 TIPO: MOTOCICLETA ANO FABRICAÇÃO: 2011
 ESPÉCIE: PASSAGEIRO CATEGORIA: PARTICULAR



MANOBRA REALIZADA:
 CIRCULANDO

VEÍCULO 3 PLACA: HXH6353

COR: AZUL MARCA/MODELO: YAMAHA/XT 600 E
 TIPO: MOTOCICLETA ANO FABRICAÇÃO: 2002
 ESPÉCIE: PASSAGEIRO CATEGORIA: PARTICULAR



MANOBRA REALIZADA:
 CIRCULANDO

5. CONDUTORES DOS VEÍCULOS / PEDESTRES / PASSAGEIROS FERIDOS OU MORTOS

ENVOLVIDO 1: JOSE SANTOS ALVES - CONDUTOR

DT. NASC.: 22/06/1960 SEXO: MASCULINO CPF: 173.762.113-49
 IDENTIDADE: 2005002058067 SITUAÇÃO:

CONDUTOR DO VEÍCULO DE PLACA: OII9520

Nº REGISTRO CNH: 02360792555 PRIMEIRA CNH: 27/08/1981
 CATEGORIA CNH: B VALIDADE CNH: 19/04/2022

ENVOLVIDO 2: JOSE VALDENIR ALVES ARRUDA - CONDUTOR

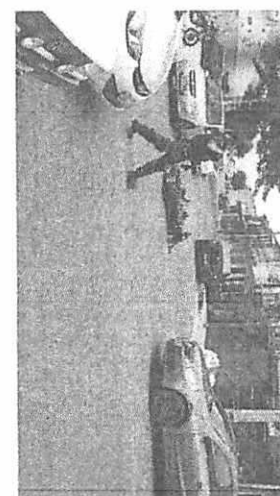
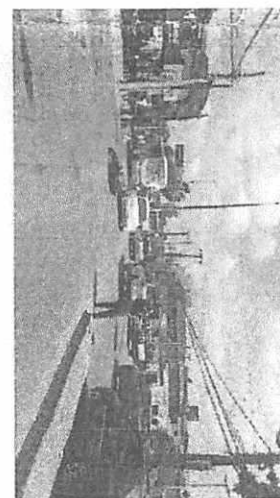
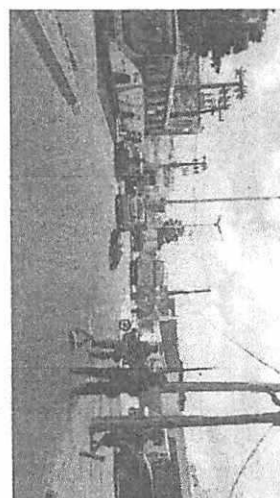
DT. NASC.: 19/08/1982 SEXO: MASCULINO CPF: 622.026.343-04
 IDENTIDADE: 005871 SITUAÇÃO:

CONDUTOR DO VEÍCULO DE PLACA: HXH6353

Nº REGISTRO CNH: 03180102322 PRIMEIRA CNH: 02/02/2004
 CATEGORIA CNH: AB VALIDADE CNH: 29/09/2021

6. ORGÃOS ACIONADOS

GMF - VTR 326 - GD A SANTOS



8. MATRÍCULA DO RESPONSÁVEL PELO ATENDIMENTO DA OCORRÊNCIA

11243

Quinta-feira 17 Agosto 2017

PÁGINA 4 DE 4

CHAVE DE AUTENTICIDADE: 5f514031c7763798b59457057e9c0782 - Para consultar a autenticidade do documento acesse: http://geofi.fortaleza.ce.gov.br/boweb_amc/chaveBOAT.xhtml

fls. 14
ENVOLVIDO 6: ANDERSON SILVA DAS NEVES - CONDUTOR
DT. NASC.: 21/08/1991 SEXO: MASCULINO CPF: 051.893.003-31
IDENTIDADE: 2003012021038 SITUAÇÃO:

CONDUTOR DO VEÍCULO DE PLACA: OCT2556

Nº REGISTRO CNH: 05218586135 PRIMEIRA CNH: 30/05/2011
CATEGORIA CNH: A VALIDADE CNH: 13/08/2020

7. FOTOS DO ACIDENTE BO41460

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos – Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Jose Valdemir Alves Arruda

CPF da Vítima

622.026.343-04

Data do Acidente

14/08/17

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

- ☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☒ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Fortaleza/CE, 11 de Janeiro de 18

Local e Data



Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

fls. 16

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

14/08/2017 20:33

Paciente: JOSE VALDENIR ALVES ARRUDA Dt. Nasc.: 19/08/1982 Atendimento: 44934558 Prontuário: 5983705
Convênio: HAPVIDA MATRIZ Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 133223/3

Profissional(is): FELIPE VERAS PEREIRA DE OLIVEIRA CRM 12845 [1] N°: 13396099 14/08/2017 às 20:31

ANAMNESE

Queixa Principal FRATURA DE ESCAFOIDE COM MINIMO DESVIO [1]
CD: GESSO. RETORNO COM DR JOAO MAMEDE

CID10 S620 FRAT DO OSSO NAVICULAR DA MAO [1]

DIAGNÓSTICO

CID10 S620 FRAT DO OSSO NAVICULAR DA MAO [1]

PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO

CONFERE O PRONTUÁRIO



FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE**14/08/2017 18:13****Paciente:** JOSE VALDENIR ALVES ARRUDA**Dt. Nasc.:** 19/08/1982**Atendimento:** 44934558**Prontuário:** 5983705**Convênio:** HAPVIDA MATRIZ**Posto:** POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI **Leito:** 133223/3**Profissional(is):** TACITO YURI MELO RAMOS DE LIMA CRM 14108 [1]**Nº:** 13392130 **14/08/2017 às 18:11****CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE****ANAMNESE****Queixa Principal**

SUSPEITA DE FX DE ESCAFOIDE

[1]**CID10**

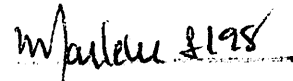
S620 FRAT DO OSSO NAVICULAR DA MAO

[1]**DIAGNÓSTICO****CID10**

S620 FRAT DO OSSO NAVICULAR DA MAO

[1]

CONTROLE DE PRONTUÁRIO



FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE**14/08/2017 17:21**

Paciente: JOSE VALDENIR ALVES ARRUDA	Dt. Nasc.: 19/08/1982	Atendimento: 44934558	Prontuário: 5983705
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Posto:	Leito: /	

Profissional(is): ANDRE DE CASTRO ALCANTARA CARVALHO CRM 11538 [1]	Nº: 13390406	14/08/2017	às 17:20
---	---------------------	-------------------	-----------------

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE**ANAMNESE**

Queixa Principal	CONTUSAO OMBRO DIR / COTV DIR E PUNHO DIR	[1]
-------------------------	---	-----

CID10	V299 MOTOCICLISTA ACID TRANS NE	[1]
--------------	---------------------------------	-----

DIAGNÓSTICO

CID10	V299 MOTOCICLISTA ACID TRANS NE	[1]
--------------	---------------------------------	-----

ASSINADO
M. Prudente
14/08/2017



**ANTONIO
PRUDENTE**

**FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO
DADOS PESSOAIS**

Atendimento
44934558

!OAP!
ins. 19

ESTE PRONTUÁRIO É PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL

23/08/2017 14:11:53

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
5983705	JOSE VALDENIR ALVES ARRUDA	M	19/08/1982	35
RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil	
54564654 SSP CE	62202634304		1-CASADO	
Endereço				
R RIO NEGRO,278 - NOSSA SENHORA DAS GRACAS, FORTALEZA(CE) CEP 60311560				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho			

DADOS DO CONVENIO

Convenio			
22 HAPVIDA MATRIZ	1 PLANO EMP VIDA TOTAL ESP C/UTI ENFERMARIA - COLETIVO		
Carteira	Validade		
20664000103001012			

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor			
116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG			
Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento
14/08/2017	17:15		6 CONSULTA TRAUMATOLOGICA
Médico Atendente			Clinica
3184358 ANDRE DE CASTRO ALCANTARA CARVALHO			6-TRAUMATOLOGICA
Médico Acompanhante		Peso (Kg)	Temperatura (°C)
CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO			

R4310RA - LEANDRO GOMES FORTE



DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM.
RAIOX REC TRAUMA - HAP FORTALEZA
NºPedido: 21219866

Data 14/08/2017
Pag 1 de 1

Paciente...: 5983705 JOSE VALDENIR ALVES ARRUDA

Nascimento.: 19/08/1982 Sexo: M RG.: 54564654 CPF.: 62202634304

Endereco...: R RIO NEGRO 278 NOSSA SENHORA DAS GRACAS FORTALEZA CE 60: Tel.:

Convenio...: HAPVIDA MATRIZ

Matricula...: 20664000103001012

Solicitante: Dr(a) ANDRE DE CASTRO ALC

Exame:

RX COTOVELO - DIREITO

!OAP!

4493455823

Queixa Principal:

PCT COM QUADRO DE SUSPEITA DE FRATURA DE ESCAFOIDE DIREITO

LAUDO :

Presença de fratura em cabeça do rádio.

Espaços articulares mantidos.

Demais aspectos preservados.

OBS.: Os resultados destes exames não devem ser considerados isoladamente como diagnóstico de qualquer situação de saúde pois, como "exames complementares" eles servem somente para auxiliar o raciocínio médico, cabendo unicamente a este concordar com os resultados, solicitar sua repetição ou prosseguir investigação clínica e com novos exames. Estamos a disposição para quaisquer esclarecimentos, realizar incidências adicionais ou fazer revisões de laudo após correlação clínico radiológica.

COSMO ALVES DE AQUINO
CRM 4252 - RN



DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM.
RAIOX REC TRAUMA - HAP FORTALEZA
NºPedido: 21219866

Data 14/08/2017
Pag 1 de 1

Paciente...: 5983705 JOSE VALDENIR ALVES ARRUDA

Nascimento.: 19/08/1982 Sexo: M RG.: 54564654 CPF.: 62202634304

Endereco...: R RIO NEGRO 278 NOSSA SENHORA DAS GRACAS FORTALEZA CE 60: Tel.:

Convenio...: HAPVIDA MATRIZ

Matricula...: 20664000103001012

Solicitante: Dr(a) ANDRE DE CASTRO ALC

Exame:

RX PUNHO: A.P - LAT - OBLIQUAS - DIREITO

!OAPJ8

4493455821

Queixa Principal:

PCT COM QUADRO DE SUSPEITA DE FRATURA DE ESCAFOIDE DIREITO

LAUDO :

Presença de fratura em osso escafoide.

Superfícies e espaços articulares íntegros.

Aumento de partes moles.

OBS.: Os resultados destes exames não devem ser considerados isoladamente como diagnóstico de qualquer situação de saúde pois, como "exames complementares" eles servem somente para auxiliar o raciocínio médico, cabendo unicamente a este concordar com os resultados, solicitar sua repetição ou prosseguir investigação clínica e com novos exames. Estamos a disposição para quaisquer esclarecimentos, realizar incidências adicionais ou fazer revisões de laudo após correlação clínico radiológica.

COSMO ALVES DE AQUINO
CRM 4252 - RN



DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM.
RAIOX REC TRAUMA - HAP FORTALEZA
NºPedido: 21219866

Data 14/08/20
Pag 1 de 1

Paciente...: 5983705 JOSE VALDENIR ALVES ARRUDA

Nascimento.: 19/08/1982 Sexo: M RG.: 54564654 CPF.: 62202634304

Endereco...: R RIO NEGRO 278 NOSSA SENHORA DAS GRACAS FORTALEZA CE 60: Tel.:

Convenio...: HAPVIDA MATRIZ

Matricula...: 20664000103001012

Solicitante: Dr(a) ANDRE DE CASTRO ALC

Exame:

RX ARTICULACAO ESCAPULO-UMERAL - DIREITO

!OÅP]9

4493455822

Queixa Principal:

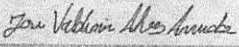
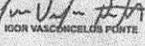
LAUDO :

Presença de fratura em clavícula, com avaliação restrita devido a sobreposição de estruturas ósseas.

Demais aspectos preservados.

OBS.: Os resultados destes exames não devem ser considerados isoladamente como diagnóstico de qualquer situação de saúde pois, como "exames complementares" eles servem somente para auxiliar o raciocínio médico, cabendo unicamente a este concordar com os resultados, solicitar sua repetição ou prosseguir investigação clínica e com novos exames. Estamos a disposição para quaisquer esclarecimentos, realizar incidências adicionais ou fazer revisões de laudo após correlação clínico radiológica.

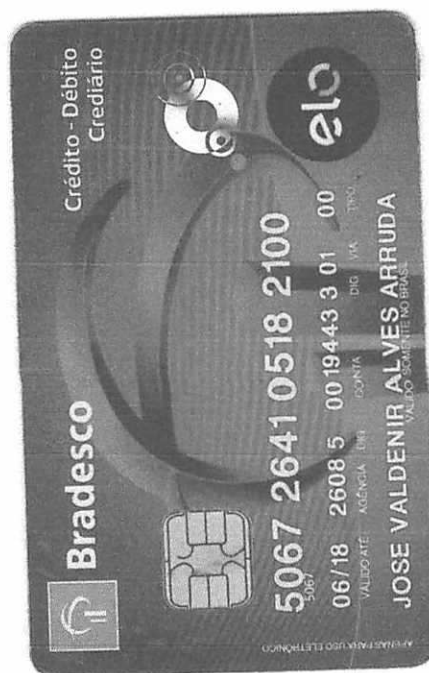
COSMO ALVES DE AQUINO
CRM 4252 - RN

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
NOME JOSE VALDENIR ALVES ARRUDA	
	DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF 005871 MTPS CE
	CPF 622.026.343-04
	DATA NASCIMENTO 19/08/1982
FILIAÇÃO LOURIVAL VIEIRA ARRUDA VILMA MARIA ALVES DIAS	
PERMISSÃO ☐ ACC ☐ CAT. HAB. ☐ AB ☐	
Nº REGISTRO 03180102322	VALIDADE 29/09/2021
1ª HABILITAÇÃO 02/02/2004	
OBSERVAÇÕES SEM OBSERVAÇÃO;	
ASSINATURA DO PORTADOR 	
LOCAL FORTALEZA, CE	DATA EMISSÃO 03/11/2016
ASSINATURA DO EMISSOR 	
41701608471 CE155666797	
DETRAN - CE (CEARA)	

VÁLIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
1404237643

PROIBIDO PLASTIFICAR
1404237643

APRIL 2017



Nº DO CLIENTE 347220-5

Para regularizar seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

COMPANHIA ENERGIAS ELÉTRICAS DE SÃO PAULO S.A.
 Rua Pádua de Almeida, 150
 CEP 05033-040 - FORTALEZA CE
 CNPJ 07.042.226/0001-70 | CGF 06.105.848-3

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 504962887

Nota 09 01140 14 138200 - 1

Nome LOURIVAL VIEIRA ARRUDA

End. Postal RU SAO RAIMUNDO 000313
 NOSSA SENHORA DAS GRACAS - FORTALEZA

Modo 12/22/16

Classe 01 - RESIDENCIAL NO FIO DA C

RG / CPF / CNPJ 155469933-91

Nome do Responsável

INDI. DE QUALIDADE DO FC - RECIMENTO 15,5

DATA DE VIGÊNCIA 15/12/2017

CGF 1163 A78N

Fator de Potência 0,00

CGF

INDI. DE QUALIDADE DO FC - RECIMENTO 15,5

DATA DE VIGÊNCIA 15/12/2017

CGF 1163 A78N

Fator de Potência 0,00

CGF

Nome do Responsável

RG / CPF / CNPJ 155469933-91

Classe 01 - RESIDENCIAL NO FIO DA C

Modo 12/22/16

End. Postal RU SAO RAIMUNDO 000313
 NOSSA SENHORA DAS GRACAS - FORTALEZA

Nome LOURIVAL VIEIRA ARRUDA

Nota 09 01140 14 138200 - 1

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 504962887

DATA DE EMISSÃO 15/12/2017

CGF 1163 A78N

Fator de Potência 0,00

CGF

INDI. DE QUALIDADE DO FC - RECIMENTO 15,5

DATA DE VIGÊNCIA 15/12/2017

CGF 1163 A78N

Fator de Potência 0,00

CGF

Nome do Responsável

RG / CPF / CNPJ 155469933-91

Classe 01 - RESIDENCIAL NO FIO DA C

Modo 12/22/16

End. Postal RU SAO RAIMUNDO 000313
 NOSSA SENHORA DAS GRACAS - FORTALEZA

Nome LOURIVAL VIEIRA ARRUDA

Nota 09 01140 14 138200 - 1

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 504962887

DATA DE EMISSÃO 15/12/2017

CGF 1163 A78N

Fator de Potência 0,00

CGF

INDI. DE QUALIDADE DO FC - RECIMENTO 15,5

DATA DE VIGÊNCIA 15/12/2017

CGF 1163 A78N

Fator de Potência 0,00

CGF

Nome do Responsável

RG / CPF / CNPJ 155469933-91

Classe 01 - RESIDENCIAL NO FIO DA C

Modo 12/22/16

End. Postal RU SAO RAIMUNDO 000313
 NOSSA SENHORA DAS GRACAS - FORTALEZA

Nome LOURIVAL VIEIRA ARRUDA

Nota 09 01140 14 138200 - 1

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 504962887

DATA DE EMISSÃO 15/12/2017

CGF 1163 A78N

Fator de Potência 0,00

CGF

INDI. DE QUALIDADE DO FC - RECIMENTO 15,5

DATA DE VIGÊNCIA 15/12/2017

CGF 1163 A78N

Fator de Potência 0,00

CGF

Nome do Responsável

RG / CPF / CNPJ 155469933-91

Classe 01 - RESIDENCIAL NO FIO DA C

Modo 12/22/16

End. Postal RU SAO RAIMUNDO 000313
 NOSSA SENHORA DAS GRACAS - FORTALEZA

Nome LOURIVAL VIEIRA ARRUDA

Nota 09 01140 14 138200 - 1

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 504962887

DATA DE EMISSÃO 15/12/2017

CGF 1163 A78N

Fator de Potência 0,00

CGF

INDI. DE QUALIDADE DO FC - RECIMENTO 15,5

DATA DE VIGÊNCIA 15/12/2017

CGF 1163 A78N

Fator de Potência 0,00

CGF

Nome do Responsável

RG / CPF / CNPJ 155469933-91

Classe 01 - RESIDENCIAL NO FIO DA C

Modo 12/22/16

End. Postal RU SAO RAIMUNDO 000313
 NOSSA SENHORA DAS GRACAS - FORTALEZA

Nome LOURIVAL VIEIRA ARRUDA

Nota 09 01140 14 138200 - 1

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 504962887

DATA DE EMISSÃO 15/12/2017

CGF 1163 A78N

Fator de Potência 0,00

CGF

INDI. DE QUALIDADE DO FC - RECIMENTO 15,5

DATA DE VIGÊNCIA 15/12/2017

CGF 1163 A78N

Fator de Potência 0,00

CGF

Nome do Responsável

RG / CPF / CNPJ 155469933-91

Classe 01 - RESIDENCIAL NO FIO DA C

Modo 12/22/16

End. Postal RU SAO RAIMUNDO 000313
 NOSSA SENHORA DAS GRACAS - FORTALEZA

Nome LOURIVAL VIEIRA ARRUDA

Nota 09 01140 14 138200 - 1

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 504962887

DATA DE EMISSÃO 15/12/2017

CGF 1163 A78N

Fator de Potência 0,00

CGF

INDI. DE QUALIDADE DO FC - RECIMENTO 15,5

DATA DE VIGÊNCIA 15/12/2017

CGF 1163 A78N

Fator de Potência 0,00

CGF

Nome do Responsável

RG / CPF / CNPJ 155469933-91

Classe 01 - RESIDENCIAL NO FIO DA C

Modo 12/22/16

End. Postal RU SAO RAIMUNDO 000313
 NOSSA SENHORA DAS GRACAS - FORTALEZA

Nome LOURIVAL VIEIRA ARRUDA

Nota 09 01140 14 138200 - 1

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 504962887

DATA DE EMISSÃO 15/12/2017

CGF 1163 A78N

Fator de Potência 0,00

CGF

INDI. DE QUALIDADE DO FC - RECIMENTO 15,5

DATA DE VIGÊNCIA 15/12/2017

CGF 1163 A78N

Fator de Potência 0,00

CGF

Nome do Responsável

RG / CPF / CNPJ 155469933-91

Classe 01 - RESIDENCIAL NO FIO DA C

Modo 12/22/16

End. Postal RU SAO RAIMUNDO 000313
 NOSSA SENHORA DAS GRACAS - FORTALEZA

Nome LOURIVAL VIEIRA ARRUDA

Nota 09 01140 14 138200 - 1

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 504962887

DATA DE EMISSÃO 15/12/2017

CGF 1163 A78N

Fator de Potência 0,00

CGF

INDI. DE QUALIDADE DO FC - RECIMENTO 15,5

DATA DE VIGÊNCIA 15/12/2017

CGF 1163 A78N

Fator de Potência 0,00

CGF

Nome do Responsável

RG / CPF / CNPJ 155469933-91

Classe 01 - RES

t h b 9 5 8 0 8 (58)
 2. 2 b h b 8 8 b (58)
 8 1 5 0 h t 8 b (58)



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° 525154661

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
MAI/2018

Utilize o n° abaixo sempre
que entrar em contato conosco

N° DO CLIENTE
347220 DV **5**

VENCIMENTO
25/05/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)
53,36

DESCRIÇÃO DA CONTA	Quantidade	Tarifa	Valor (R\$)
ENERGIA CONSUMO	68	0,71373	48,53

OUTROS PAGAMENTOS

JUROS DO MES	0,03
MULTA MORATORIA	0,94
SEGURO SUPER 3 + 1	3,86
ADICIONAL BANDEIRA AMARELA MES (R\$ 0,43)	

Rota 09 01140 14 0138200 Medidor 12227040 Poste 1169 A78N
Nome LOURIVAL VIEIRA ARRUDA
Endereço Postal

End. da Unidade Consumidora RU SAO RAIMUNDO 00313 N.S. DAS GRACAS FORTALEZA

RG / CPF / CNPJ 155.469.933-91

CGF

Classe 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 11982	11914	1	68	0	68

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/ Apresentação	Prev. Próxima Leitura
14/05/2018	14/06/2018

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

6A78.2900.00F9.E2F1.85BE.47A0.C215.3E57

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
48,53	27%	13,10

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

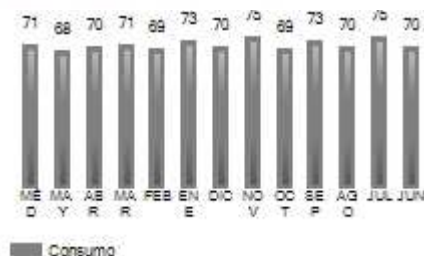
ENERGIA	18,28
TRANSMISSÃO	1,95
DISTRIBUIÇÃO	10,42
ENCARGOS SETORIAIS	2,79
TRIBUTOS (ICMS, PIS/COFINS)	15,09

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta. CM: 15,98
Conjunto PRESIDENTE KENNEDY
Mês MAR/ 2018

	Padrão Mensal	Individual Trim.	Individual Anual	Apuração Mensal	Individual Trim.	Individual Anual
DIC (h)	4,95	9,91	19,82	2,59	2,59	0,00
FIC (un)	3,05	6,10	12,20	3,00	3,00	0,00
DMIC (h)	2,77			1,55		

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO ₂)	Compensado kg (CO ₂)	Consciência Ecológica(%CO ₂)
		0 100

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO



autenticação mecânica cliente

N° do Cliente: 347220-5 N° da Nota Fiscal: 525154661 Total a Pagar (R\$): 53,36
Data de Emissão: 07/06/2018 Referência: MAI/2018 N° de Controle:

FATURA PAGA, NÃO RECEBER

DR. ADROALDO SILVEIRA ARAGÃO**CRM – 01600****RELATORIO MÉDICO**

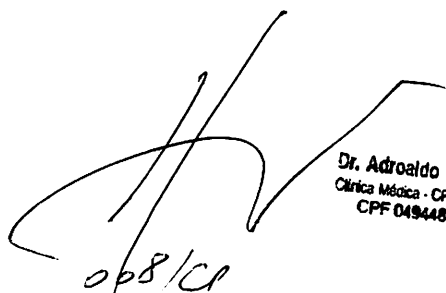
Relato para o laudo final, feito por D. P. A. S. que
 o Sr. José Valdemir Alves Arnan informa que sofreu
 acidente de trânsito, em 14.08.17, e teve fratura de
 punho D - de escápula, e trauma contuso de
 Cefalo e ombro (DD); por exame radiológico foi confirmada
 fratura de cabeça de rádio associada à fratura de escápula;
 recebeu tratamento conservador e aparelho gessado e
 imobilização e talaia plástica do ombro e punho (D); não
 recebeu tratamento fisioterápico; está de alta definitiva
 com as seguintes sequelas: C/ déficit de preensão no
 punho D, C/ déficit de resistência preensão do antebraço D;
 C/ bloqueio de flexão do punho D; C/ edema pendulo
 e bloqueio pendulo a elevação e flexão-extensão do ombro D

Comprometimento funcional: punho D 40%

Punho D 40%

Ombro D 30%

FORTALEZA/CE 28/03/2018


 Dr. Adroaldo S. Aragão
 Clínica Médica - CRM 01600-CE
 CPF 049448603-15
 08/08

Rio de Janeiro, 15 de Maio de 2018

Carta nº: 12802432

A/C: JOSE VALDENIR ALVES ARRUDA

Nº Sinistro: 3180033365
Vítima: JOSE VALDENIR ALVES ARRUDA
Data do Acidente: 14/08/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: GLEYDSON DE OLIVEIRA MENDES

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: JOSE VALDENIR ALVES ARRUDA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 237

Agência: 000002608-5

Conta: 0000019443-3

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 =	R\$	2.362,50
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

