

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA ET EXTRA"

OUTORGANTE: VALMIR BEZERRA ARAUJO

RG: 2005015045430 SSP-CE

CPF: 966.150.873-91

Nacionalidade: BRASILEIRO

Estado Civil: CASADO

Profissão: AGRICULTOR

Residente e domiciliado: PAULO EUGENIO FACUNDO COSTA

Bairro: RECREIO

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.

12 de abril de 2013.



Valmir Bezerra Araújo

OUTORGANTE

CARTÓRIO GERALDINA 1º OFÍCIO
PRAÇA MONSENHOR JOSE CÂNDIDO
TELEFAX (0XX88) 3427-1016
BOA VIAGEM - CEARÁ
LUÍS EDUARDO GADELHA DA SILVA
ESCRIVENTE SUBSTITUTO



1º OFÍCIO CARTÓRIO GERALDINA TELEFAX (0XX88) 3427-1016	Reconheço a autenticidade e(s) firma(s) de <u>Valmir Bezerra Araújo</u> <u>Valmir Bezerra Araújo</u>
	Boa Viagem - CE 12 ABR. 2013 Em testemunho da vontade <u>João Batista da Silva</u> João Batista da Silva - Titular Luís Eduardo Gadelha da Silva - Substituto Antônio Aires da Silva - Escrevente VALIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE

DECLARAÇÃO DE POBREZA

DECLARO para os devidos fins de direito, especialmente para servir de prova em processo judicial, ser pobre na forma da lei, não dispondo de meios suficientes para custear as despesas decorrentes, pelo que firma à presente ciente das penalidades legais e para que surtam seus jurídicos e legais efeitos.

Boa Viagem - CE 12 de abril de 2013.

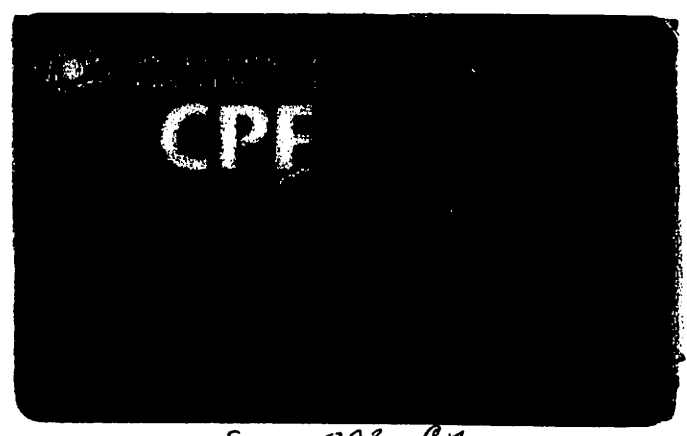
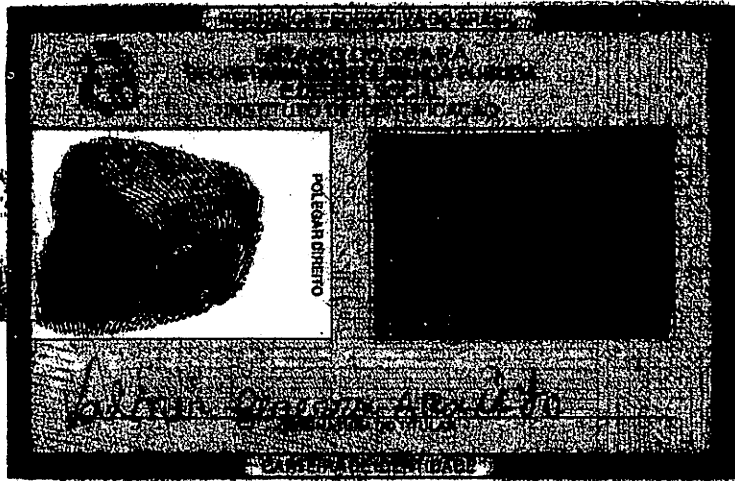
CARTÓRIO
GERALDINA

Walmir Bezerra Araújo

CARTÓRIO GERALDINA 1º OFÍCIO
PRAÇA MONSENHOR JOSE CAMILO 144
TELEFAX 360.008

Salto do
Machado
CARTÓRIO
GERALDINA
1º OFÍCIO
PRAÇA MONSENHOR JOSE CAMILO 144
TELEFAX 360.008

CARTÓRIO GERALDINA 1º OFÍCIO PRAÇA MONSENHOR JOSE CAMILO 144 TELEFAX 360.008	Reconhecido por autenticidade a(s) firma(s) de <i>Walmir Bezerra Araújo</i>
	Boa Viagem 12 ABR. 2013 CE
Em testemunho da verdade	<i>Walmir Bezerra Araújo</i>
JOAQUIM BEZERRA COLARES - Tabelião Luis Ricardo Galvão da Silva - Substituto Antonia Aires de Souza - Escrivão	
VALIDO SOMENTE COM SELLO DE AUTENTICIDADE	



966.150.893-97

FICHA DE SERVIÇO DE PRONTO ATENDIMENTO (SPA)

DATA DE ATENDIMENTO: 11 / 10 / 12 HORÁRIO: 8:00h

NOME: Valmir Bezerra Araújo IDADE: 00/03/76 SEXO: MASC

RG: _____ CPF: _____

PAI: Automist Araújo Sobrinho MÃE: Maria Lucreia Bezerra

NATURALIDADE: BV PROCEDÊNCIA: SUS

ESTADO CIVIL: Casado PROFISSÃO: Agricultor

ENDEREÇO: Paulo Eugênio Freire Nº _____

BAIRRO: Deceio CIDADE: VN UF: CE

QUEIXA PRINCIPAL: Transito contra MIE q/dn + cunha
+ lúpulo de munt / quidato de munt

HDA: Tornoplo Engob

EXAME FÍSICO: C Vol 77, 11 e 14

EXAMES SOLICITADOS: (2) Rx Tornoplo ES9 / 11 e 14

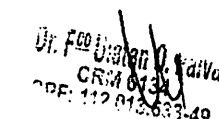
MEDICAMENTOS: _____

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM: _____

PESO: _____ TEMPERATURA: _____ PA: _____

Valmir Bezerra Araújo

ASSINATURA DO PACIENTE / RESPONSÁVEL


Dr. Fco. Wagner de Sá
CRM 0733
CPF: 112.010.033-49

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO



HOSPITAL MUNICIPAL DE BOA VIAGEM
C.S.A.M
SECRETARIA DE SAÚDE - SUS



RECEITUÁRIO

Valmir Bezerra Araujo

Paciente sofreu trauma em tornozelo ES, com rompimento de ligamento colateral medial (ligamento deltoide) tornozelo ES. Em tratamento ortopédico e imobilização gessada.

Data *23/09/2012*

Assinatura e Carimbo do Profissional
Dr. José Carlos Martins
CRM 33.8076
ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA

Nosso Hospital foi premiado pela Organização Mundial de Saúde, Unicef e Ministério da Saúde

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

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

NOME COMPLETO DA VÍTIMA: Valmir Bezerra Araújo NÚMERO DO SINISTRO: _____

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE: 11/10/12 DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO: 11/10/12

NOME COMPLETO E CRM DO MÉDICO: Dr. Carlos Martins Filho

LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE: Lesão de ligamento colateral medial (ligamento deltoide) tornozelo ESQ.

DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATA): Tratamento ortopedico imediato com imobilização gessada + BINS

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) 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 tornozelo ESQ (de bota e de apoio)
2º _____
3º _____
4º _____
5º _____

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

Dr. José Carlos Martins
Traumatologia - Ortopedia
CRM 6076

Bom Lugar - CE 26/11/12

LOCAL

DATA

ASSINATURA E CARIMBO

ANEXAR CÓPIAS DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS RELATIVOS AO ACIDENTE

Bom Lugar - CE 26/11/12 Valmir Bezerra Araújo

LOCAL

DATA

ASSINATURA DA VÍTIMA

RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (PRÓPRIO PUNHO)

NOME COMPLETO DA VÍTIMA:

Valmir Bezerra Araújo

DATA DO ACIDENTE:

11/10/12

DATA DA INTERNAÇÃO:

Ø

TRATAMENTOS CIRÚRGICOS OU CONSERVADORES REALIZADOS NO PACIENTE:

Tratamento ortopédico interna-
to com imobilização gesso + AOS

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...

Tratamento ortopédico interna-
to com imobilização gesso + AOS

DATA DA ALTA DEFINITIVA:

29/11/12

Boa Viagem

LOCAL

26/11/12

DATA

Dr. José Carlos Martins
CRM 1076
ORTOPÉDIA - TRAUMATOLOGIA

ASSINATURA E CARIMBO MÉDICO

ATESTADO DE ALTA

Atesto que o paciente,

Valmir Bezerra Araújo

Vítima de acidente de trânsito ocorrido em 11/10/12, no qual sofreu as seguintes lesões:

lesão de ligamento colateral medial
homolateral esquerdo (ligamento deltoide)
homolateral Esq.

Efetua os seguintes tratamentos:

tratamento ortopédico incremental
com imobilizações gessada (D.V.) e A.B.

Informo que os tratamentos foram efetuados durante o período de 11/10/12 a 21/10/12, tendo findado seu tratamento, recebeu ALTA DEFINITIVA em 22/10/12.

Seqüelas em caráter permanente resultantes do acidente:

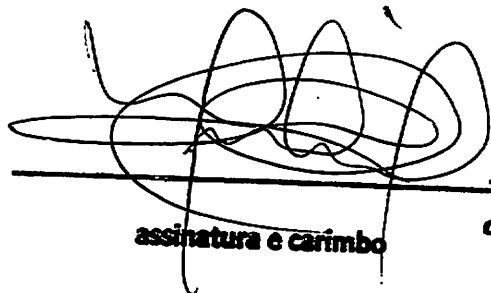
Do crônica, instabilidade lateral
homolateral esquerda, crepitações
e estalido e artrose homolateral Esq.

Boa Viagem

Local

26/11/12

Data



assinatura e carimbo

Dr. José Carlos Martins
Traumatologia - Ortopedia
CRM/MEC 6076

Paciente:

Valmir Bezerra Araújo



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:	2208/2012	Data Registro:	18/10/12	Hora:	08:30h
Nome:	VALMIR BEZERRA ARAÚJO				
Filiação:	Antônio Araújo Sobrinho e Maria Lúcia Bezerra				
RG:	2005015045430 SSP/CE	CPF:	966.150.873-91		
Endereço:	Rua Paulo Eugênio Facundo, 420, Alto do Recreio, Boa Viagem/CE				
Natureza da ocorrência:	ACIDENTE DE TRÂNSITO				
Local da Ocorrência:	BOA VIAGEM/CE				

HISTÓRICO:

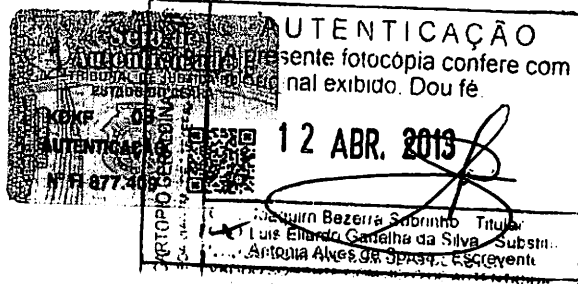
Depois de advertido (a) que omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante, constitui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

Compareceu a esta Delegacia a pessoa acima qualificada para informar que no dia 11/10/2012, por volta das 05:00h, pilotava a motocicleta HONDA CG 125 TITAN, cor verde, ano/modelo 1998/99, placa HVU-8420, chassi 9C2JC250XWR046525, licenciada em nome do declarante; QUE na localidade Cachoeira dos Andrés, perdeu o controle numa estrada com buracos e pedras, vindo a cair; QUE foi socorrido ao hospital local com trauma no tornozelo esquerdo. Nada mais disse.

Noticiante: Valmir Bezerra Araújo

Responsável pelo registro:

Julio Damasceno Sousa do Nascimento
 Escrivão de Polícia Civil
 Matrícula: 192353-1-3



Nº DO CLIENTE

2880558-5

coelce

Rua Padre Valdemar, 150 - CEP 00135-040 - Fortaleza - CE
 CNPJ 07.047.251-0001-70 - CGF 00.105.848-3
 A Tarifa Social de Energia Elétrica é concedida por
 Lei n.º 10.430, de 26 de abril de 2002.

fls. 26

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

Rota 03 36040 06 021200 - 4

Data de Emissão 11/09/2012

Nome ISABEL BEZERRA ARAUJO

End. Postal RU PAULO EUGENIO FACUNDO COSTA 09999 | REIO -
BOA VIAGEM CEP 63870-000

Medidor 2539469

Poste 0000

Classificação RESIDENCIAL MONOFASICO BAIXA RENDA

Fator de Potência 0,00

RG/CPF/CNPJ 701932403-78

CGF

Nome do Responsável

DATAS

Atividade Referência
 Set/2012

Data da Apresentação
 11/09/2012

INDICADORES DE CONTINUIDADE

Conjunto

Mês

ICMS

Base de Cálculo (R\$) Aliquota Valor do Imposto
 ISENT0

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
FIC	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
DMIC	0,00			0,00		

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

330A.FB41.69AB.780C.E315.F396.1AFF.84EB

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Ind.	Cons. Fas.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
83	0	1	83			11,00/19	3,90
04/09/12	06/08/12		29 Dias		83		11,02
							15,72

DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)
R. CONSUMO DO MES PRECO NOR	30,84
JESCONTO TARIFA SOCIAL BAIXA	-15,12
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	5,44
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA	0,79
TAXA DE RELIGACAO	5,31

VENCIMENTO 18/09/2012

TOTAL A PAGAR (R\$)

27,26

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	9,22
Transmissão	0,50
Distribuição	0,50
Encargos Satoriais	0,98
Tributos (ICMS PIS/COFINS)	1,61
Total	16,51

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

04	03	02	01	31	30	29	28	27	26	25	24
Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago

importante

COELCE AGRADECE E PARABENIZA PELA PONTUALIDADE NOS SEUS PAGAMENTOS.

Situação: Processo Liberado o Pagamento

Nome	Tipo de Processo	Código Interno	Sinistro	Indenização
VALMIR BEZERRA ARAUJO	INVA LIDEZ	35302	2012603949	Pagamento previsto para 10/01/2013 no valor de R\$ 1.181,25. Banco 001 / Agencia 0898 / Conta 010152-4. Beneficiário: VALMIR BEZERRA ARAUJO