



PROCURAÇÃO AD JUDICIA

Pelo presente instrumento particular de mandato por mim abaixo assinado:

OUTORGANTE: Benedito Saura Neres, nacionalidade Brasileiro,
estado civil solteiro, profissão Agricultor, RG nº 200002800915 / SSP / CEPF nº
924.381.483.49, residente e domiciliado(a) na rua do povoado csa, nº 50, bairro
Zona Rural, na cidade de Lucora, e-mail: _____, constituo e nomeo a
bastante procuradora:

OUTORGADA: Dr.ª LORENA FERNANDES DA CUNHA, advogada regularmente inscrito na OAB/CE 23.467-A, com
escritório profissional na Rua Madalena Nunes, 16, esq. MT Quincas Bezerril, Centro, Tianguá - CE, e-mail:
lorenacunha.adv@gmail.com.

OBJETO: representar o Outorgante, promovendo a defesa dos seus direitos e interesses, podendo, para tanto,
propor quaisquer ações, medidas incidentais, acompanhar os processos administrativos e/ou judiciais em qualquer
Juízo, Instância, Tribunal, ou Repartição Pública.

PODERES: Por este instrumento particular de procuração, constituo meus bastantes procuradores os outorgados,
concedendo-lhe os poderes inerentes da cláusula ad juditia et extra, para o foro em geral, especialmente para
propor AÇÃO DE COBRANÇA DE DIFERENÇA DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DE VEÍCULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE - DPVAT em face de SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
DPVAT, podendo, portanto, promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, assinar termo, oferecer
defesa, direta ou indireta, interpor recursos, ajuizar ações e conduzir os respectivos processos, solicitar,
providenciar e ter acesso a documentos de qualquer natureza, sendo o presente instrumento de mandato oneroso e
contratual podendo substabelecer este a outrem, com ou sem reserva de poderes, dando tudo por bom e valioso, a
fim de praticar todos os demais atos necessários ao fiel desempenho deste mandato.

PODERES ESPECÍFICOS: A presente procuração outorga aos Advogados acima descritos, os poderes especiais
para receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito
sobre que se funda a ação, firmar compromissos ou acordos, receber valores, dar e receber quitação,
receber e dar quitação, levantar ou receber RPV e ALVARÁS, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de
hipossuficiência econômica, em conformidade com a norma do art. 105 da Lei 13.105/2015.

Lucora - CE, 20 de Novembro de 20 17

Benedito Saura Neres
OUTORGANTE

lorenacunha.adv@gmail.com

Rua Madalena Nunes, 016, esq. Mt. Quincas Bezzeril. Centro.
88' 3671 2583 88'99622.9474. CEP 62.320-000. Tianguá - Ce.

DECLARAÇÃO DE POBREZA

Eu Benedito Sausa Neres
 nacionalidade Brasileiro, estado civil Solteiro,
 profissão Agricultor, RG nº 20000-28009151 SSP/ce,
 CPF nº 934.381.483-19, residente e domiciliado(a) na
povoado croa, nº SN, bairro Zona Rural,
 na cidade de Lucora, venho por meio desta, Declarar, nos
 termos da Lei nº 7.115, de 29 de agosto de 1983 e, para todos os fins de direito, que
 não possuo condições financeiras de arcar com o pagar com o pagamento de custas
 processuais, honorários advocatícios e demais cominações legais sem prejuízo próprio
 e familiar, vindo requerer perante este Nobre Juízo, os benefícios da Justiça Gratuita
 sob as penas da Lei.

Declaro ainda, que tenho conhecimento das sanções penais que estarei sujeito caso
 inverídica a declaração prestada, sobretudo a disciplina no art. 299 do Código Penal.

Por ser verdade, firmo o presente.

Lucora - de, 20 de novembro de 2017

Benedito Sausa Neres

Assinatura

Declaração de Residência

(Lei nº 7.115/53)

Eu, Benedito Sousa Neres, abaixo assinado, brasileiro(a), estado civil Solteiro, profissão Apicultor portador(a) do RG nº 2000028009151 SSP/ee e CPF nº 924.381.483-49, filho de pai Francisco Neres de Brito e mãe Maria Antonia de Sousa DECLARO, para os devidos fins, conforme artigo 1º da Lei 7.115/83, que sou residente e domiciliado na povoado Croa, nº 51 bairro Zona Rural, na cidade de Lucena - PE, ponto de referência (próximo à) _____.

DECLARO ainda ser conhecedor das sanções civis, administrativas e criminais a que estarei sujeito, caso o quanto aqui declarei não porte estritamente a verdade.

Por ser a expressão da verdade, firmo a presente declaração para que surta seus efeitos legais.

Lucena, em 20/11/2017

Benedito Sousa Neres



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

BENEDITO SOUSA NEVES

VÁLIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
1276761458



DOC. IDENTIFIC. / ORGANIZ. DE 200028009151 SEPOC CN

CIV 924.381.483-49 DATA NASCIMENTO 21/10/1981

FUNÇÃO FRANCISCO NEVES DE SAITO MARIA ANTONIA DE SOUSA

PRENSÃO ACC - CATEG. 2,3

Nº RENOV. 03816885446 VALIDADE 10/11/2020 DATA EXPIR. 24/06/2013

SEM OBSERVAÇÃO:

Benedito Sousa Neves

PROTEÇÃO PLASTIFICAR
1276761458

LOCAL TIANGUA, CN DATA EMISSÃO 03/03/2016

Benedito Sousa Neves
ASSINATURA DO DETRANISTA

31445610361
CN150602057

DETRAN - CE (CEARA)

3421707-0

Companhia Energética de Ceará
Rua Pedro Veloso, 182
CEP 00189-040 | Fortaleza - CE
CNPJ 02042311/0001-70 | CPF 08.108.948-3

Nota 27 31143 11 105100 - 0 Data de Emissão 09/06/2017
Nome MARIA RIBEIRO DE ARAUJO
End. Postal PV CROA 00000
CROA - VICOSA CEARA - 62300000
Medidor 2751696 Poste 0000 0000
Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASICO BAIXA RENDA Erro de Potência 0,00
RG / CPF / CNPJ 003261933-24 CPF



Mês de Referência	Data de Apresentação	Previsão Próxima Letura	Consumo	Mês	Apuração Individual
Jun/2017	09/06/2017	11/07/2017	VICOSA DO CEARA	06/2017	EJED 2,54
Base de Cálculo (R\$)			Parcela Individual (R\$)		Apuração Individual
ISENTO			Mensal	Trim. Anual	Mensal
			10,70	2,16	42,97
			0,00	0,00	0,00
			7,55	1,15	38,03
			0,00	0,00	0,00
			5,78		0,00

Let. Atual	Let. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Const. Incl.	Const. Ret.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
5253	5211	1,00	42	0,00		0,12209	5,14
						0,31219	13,24
09-05-17	10-05-17		38				4,68

VR. CONSUMO DO MES RESIDENCIAL NORMAL 21,84
 DESCONTO TARIFA SOCIAL - BAIXA RENDA -12,64
 MULTA HORATORIA REF 03/2017 0,17
 PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA 0,89
 SALDO PARA PAGAMENTO FUTURO -24,68
 COB. SALDO FATURA ANTERIOR 14,42

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
Consumo	21,84
Desconto Tarifa Social	-12,64
Multa Horatória	0,17
PIS-COFINS	0,89
Saldo para Pagamento Futuro	-24,68
COB. Saldo Fatura Anterior	14,42
TOTAL	0,00

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica	Compensação (kg CO ₂)	Constante Ecológica (CCO)
Emitido (kg CO ₂)	18,15	0,00
Compensado (kg CO ₂)	0,00	0,00
Resíduo (kg CO ₂)	18,15	0,00

INFORMACOES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

Consta desta fatura R\$ 1,53 referente a PIS e COFINS. As quotas: PIS: 1,26 e COFINS: 0,27.

Caro Cliente, constam quitadas as faturas de consumo de energia elétrica desta unidade consumidora vencidas até 31/12/2016, conforme a Lei N. 12.007/2009. Esta declaração substitui quitacoes anteriores.

Nº do Cliente: 3421707-0 Referência: Jun/2017
 Data de Emissão: 09/06/2017 Total a Pagar (R\$): 0,00
 Nº da Nota Fiscal: 480582073 Nº de Controle: 00034;1707 00116 39262 07

PARA CONFERENCIA: Esta fatura por ter valor inferior ao mínimo para cobrança, não necessita pagamento. Assim, este valor será acrescido na próxima fatura mensal sem qualquer incidência de multas ou encargos.



SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE VICOSA DO CEARA



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 570 - 1246 / 2017

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTES - OUTROS**
Data / Hora da Comunicação: **31/07/2017 14:27:43**
Data / Hora da Ocorrência: **12/06/2017 21:00:00**
Endereço da Ocorrência: **SITIO GENERAL**
Complemento: **LADEIRA**
Bairro: **ZONA RURAL** Município: **VICOSA DO CEARA/CE**
Ponto de Referência:



Noticiante(s)

Nome: **BENEDITO SOUSA NERES**
Nascimento: **21/10/1981** CPF:
RG: **2000028009151** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
Filiação: **MARIA ANTONIA DE SOUSA**
FRANCISCO NERES DE BRITO
Endereço: **SITIO SITIO BATELHA** CEP: **62.300-000**
Bairro: **ZONA RURAL**
Município: **VICOSA DO CEARA/CE** Telefone:
País: **BRASIL**

Histórico

O NOTICIANTE AFIRMA QUE NO LOCAL E DATA SUPRAMENCIONADOS, CONDUIZIR O VEÍCULO GM/CHEVROLET D20 CUSTOM, ANO E MODELO 1989/1989, COR MARROM, PLACA KBD 7959, CHASSI 9BG244RNKCC023131, DE PROPRIEDADE DE AURICELTA COSTA ALVES, ENVOLVEU-SE EM ACIDENTE DE TRANSITO, APÓS O VEÍCULO DESLIGA-SE E VOLTAR PARA TRÁS DESCENDO DESGOVERNADO A LADEIRA, CHEGANDO O VEÍCULO A CAIR NO ABISMO E FICANDO O NOTICIANTE COM LESÕES CORPORAIS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE DE TRANSITO, CONFORME OS DOCUMENTOS EM ANEXO. ESTE B.O. É PARA FINS DE DPVAT.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE VICOSA DO CEARA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :


SERGIO HENRIQUE OLIVEIRA FERREIRA - MAT.: 300265-1-9

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:


Benedito Sousa Neres

VISTO DO DELEGADO(A) :


GREGÓRIO JOSE DE OLIVEIRA NETO - MAT.: 198805-1-6



Seguradora
LÍDER
Associação Líder do Seguro DPVAT

(/)

Buscar no site

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

13

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3170472125 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA BENEDITO SOUSA NERES

COBERTURA Invalidez

SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

BENEFICIÁRIO BENEDITO SOUSA NERES

CPF/CNPJ: 92438148349

Posição em 13-09-2017 07:34:54

Pagamento liberado pela Seguradora Líder DPVAT.

Valor: R\$ 3.375,00

O prazo para recebimento da indenização no banco depende do tempo necessário ao processamento bancário, que é de até 5 dias úteis contados a partir da data de liberação.

Data do Pagamento	Valor da Indenizacao	Juros e Correção	Valor Total
14/09/2017	R\$ 3.375,00	R\$ 0,00	R\$ 3.375,00

ACESSIBILIDADE



(/Pages/Acessibilidade.aspx)



(/Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx)

A A A O

COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

Documentos Despesas Médicas (/Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx)

Documentos Invalidez Permanente (/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx)

Documento Morte (/Pages/Documentacao-Morte.aspx)

Dicas Indispensáveis (/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)

PAGUE SEGURO

Como Pagar (/Pages/Pague-Seguro.aspx)

Consulta a Pagamentos Efetuados (/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetutados.aspx)

REGISTRO DE ATENDIMENTO

91900

14

Nome: Thomaz de Sousa Neto
Sexo: M () F () DN: 21/10/1993 Idade: 33 Raça/Cor: _____
Nome do Pai: João de Deus Nome da Mãe: Antônia de Jesus
Estado Civil: solteiro Profissão: _____
Município de Origem: () Viçosa do Ceará () Outro Município: _____
Endereço: rua do trabalho Telefone () _____
Cartão do SUS: 307 2008 5215633 RG: 2000028009751
Data do Atendimento: 12/06/2012 Hora: 11:00 Recepção: _____

SINAIS VITAIS

Peso: _____ g Temperatura: _____ °C Pressão Arterial: _____ x _____ mmHg
FR: _____ irprm FC: _____ bpm DX: _____ mg/dL
Classificação da dor: () Sem Dor () Leve () Moderada () Intensa () Insuportável

ACOLHIMENTO

Deseja Atendimento Ambulatorial: () Sim () Não
Queixa Principal: _____
Há quanto tempo: _____
Procurou Atendimento na Atenção Básica: () Sim () Não Qual o PSF: _____
Justificativa: _____

TIPO DE ACIDENTE:

(X) Acidente de Trânsito Data: / / Hora: : Alcoolizado: () Sim () Não () Ignorado
() Moto - Usando Capacete? _____ (X) Automóvel - Usando cinto de Segurança? _____
() Atropelamento Local: _____
() Acidente por arma branca () acidente por arma de fogo () acidente de trabalho () Afogamento
() Choque elétrico () Queda. De onde? _____
() Ingestão Acidental: () Corpo Estranho () Produtos químicos farmacêuticos
() Queimaduras: () 1º grau () 2º grau () 3º grau Por: () Água () Óleo () Álcool () Elétrico
() Mordedura de Animais: () Domésticos () Selvagem
() Outros: _____

Medicações e tempo de uso: _____

Anamnese e Exames Físicos Inicial: _____

Classificação de Risco:

Data: / /

Assinatura do Profissional: _____

ATENDIMENTO MÉDICO

AVALIAÇÃO CLÍNICA:

Referido acidente em veículo
auto motor em sua residência

15

EXAME FÍSICO:

HIPÓTESE (S) DIAGNÓSTICA (S):

Fratura costal esquerda
em cavo costal

PROCEDIMENTO E CONDUTA:

DS - Ortopedia e APRAZAMENTO

- 1 -
- 2 -
- 3 -
- 4 -
- 5 -
- 6 -

Sintomas
 2 - Letoprefere Sony de cap de 21:40
 3 - Curator
 4 - Suprefere boony de cap V9 21:40
 5 - Sinais vitais

MÉDICO
Assinatura e Carimbo

Dr. João Paulo S. da Silva
MÉDICO
CREMEC: 17375

OBSERVAÇÃO DE ENFERMAGEM:

12/06/17 às 21:45
Paciente em tratamento neste unidade hospitalar
relatando acidente de carro. Paciente apresenta
dor na região da cabeça e algumas lesões superficiais, relatando
que não sente dor no local onde ocorreu o acidente.
Sem alterações vitais.

3306/054 às 8:50
Receber Vitor

Dr. Jorge F. da Silva
Auxiliar de Enfermagem
COREN 603338/E

DESTINO:

Alta () Observação

() TRANSFERÊNCIA PARA:

X Benedito Sousa Neves

Assinatura do Usuário ou Responsável



FICHA DE REFERÊNCIA



SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE SUS / CEARÁ

Unidade de Origem: General Tibúrcio Município: 16

Distrito Sanitário: _____

Nome: Benedito Sousa Neves Prontuário Nº: _____

Sexo: M F Data de Nascimento: 21/10/81 Ocupação: 2/Agente

Endereço: St. Betula Município: Vicosina Fone: _____

Inclusão do encaminhamento: Dr. a Dalton
Residência permanente Tabul

Resultado do(s) Exame(s): HFE que apresenta hematoma de crânio e acom-
panha do lado direito há 18 dias para referir com
a cabeça inclinada para o lado direito e para
a esquerda a língua do lado direito.

Conduta Realizada: Encaminhamento para Hospital Vagos

Impressão Diagnóstica: Possível Hematoma Cerebral - Paralisia Facial 22

Dr. J. M. L. Heliana 29/01/12 9:00 AM

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro _____ Função _____ Data _____

AGENDAMENTO

Encaminhamento para Atendimento: Ambulatorial Hospitalar Auxílio Diagnóstico

Procedimento: _____ Profissional: _____

Unidade de Referência: _____

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro _____ Função _____ Data _____

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA (*)

Unidade de Referência: _____

Município: _____ Prontuário Nº: _____ Data da Alta: _____

Resumo Clínico / Cirúrgico:

Resultado do(s) Exame(s):

Diagnóstico: Principal _____ CID: _____
Secundário 1 _____ CID: _____
Secundário 2 _____ CID: _____

Proposta de Consulta para seguimento:

O problema justificou a referência? Sim Não O motivo da referência coincide com o diagnóstico? Sim Não



SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE



RECEITUÁRIO MÉDICO AMBULATORIO

Deu de 3.0/11
- Trauma na 3ª d.
- Dolo compressão torácica + cervical
Solicitado.

T. C. Crânio -

11.07.17

Dr. REGIS A. M. FERREIRA
CLÍNICA DE FISIOTERAPIA E ULTRASSONOGRAFIA
C.R.E.M.F. 13.517

AO RETORNAR, FAVOR TRAZER ESTA RECEITA

Global Gráfica (88) 3613.1377

RESUMO DO ATO CIRÚRGICO - (OCORRÊNCIAS PRINCIPAIS)

Resistas

- Anestesia com *propofol*
 - Anestesia com *propofol*
 - Sutura com fio *2/0*
 em *coano labial*
 com *propofol*
 Dr. *Jonatas P. da Silva*

Agentes Anestésicos	20
Líquidos	20
CÓDIGO	260
<input type="radio"/> Respiração <input type="radio"/> Pulso <input type="checkbox"/> Operação <input type="checkbox"/> X Anestesia <input type="checkbox"/> P. Arterial	240
	220
	200
	180
	160
	140
	120
	100
	80
	60
	40
	20

RELACIONAR AS CAUSAS QUE JUSTIFICAREM A LONGA DURAÇÃO DA OPERAÇÃO DE ANESTESIA E UM MAIOR CONSUMO DE MATERIAL E RECALIBRAMENTO



Ass. e carimbo do Anestesiista - CRM

Data Cirurgião	1º Auxiliar
Ass. e carimbo do Cirurgião	Ass. e carimbo
2º Auxiliar	3º Auxiliar
Ass. e carimbo	Ass. e carimbo