

PROCURAÇÃO "AD-JUDÍCIA"

Nome José Roberto Madeira
nacionalidade Brasileiro, estado civil solteiro
profissão Agricultor, RG nº 112829986 SSP/CE
CPF nº 36313327379, residente e domiciliado(a) na
rua Inhúrim nº 512
bairro Zona Rural, na cidade de Ulipa - CE

Pelo presente instrumento de procuração, nomeia e constitui sua bastante procuradora a advogada, **Dr.ª LORENA FERNANDES DA CUNHA**, advogada regularmente inscrito na OAB/TO 4225, com escritório profissional na Rua Madalena Nunes, 16, esq. MT Quincas Bezerril, Centro, Tianguá-Ce.

A quem confere amplos poderes para o foro em geral, com a cláusula "ad-judícia", em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defende-las nas contrárias, seguindo umas e outras, até o final da decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os conferindo-lhe, ainda poderes especiais para confessar, desistir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, ação ordinária, procedimento sumário, embargos, agravos, representando ainda o outorgante, para o fim do disposto nos artigos nº. s 447 do Código do Processo Civil, agindo em conjunto ou separadamente, podendo ainda substabelecer esta em outrem, com ou sem reservas de iguais poderes dando tudo por bom, firme e valioso.

Lucena -CE, 02 de maio de 20 17

José Roberto Madeira

OUTORGANTE

DECLARAÇÃO DE POBREZA

14
A

Eu José Roberto Madeira
nacionalidade Brasileiro
profissão Agricultor, estado civil Solteiro
CPF nº 363.133.273-49, RG nº 1328299-86 SSP/CE
2170 Jardim, residente e domiciliado(a) na
na cidade de Ilhéus. CE, nº 517, bairro Zona Rural
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.

Silveira de 02 de maio de 20 17.

José Roberto Madeira

Assinatura

Declaração de Residência

(Lei nº 7.115/53)



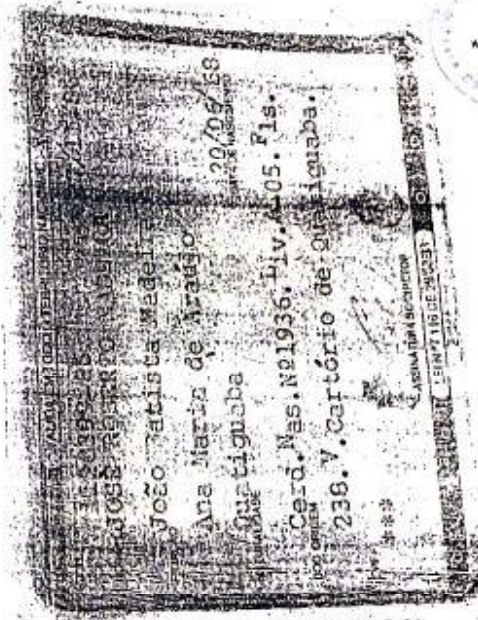
Eu, José Roberto Madeira, abaixo assinado,
brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão Agropecuária,
portador(a) do RG nº 112829986, SSP/CE e CPF nº
363133273-49, filho de pai João Batista Madeira
e mãe Ana Maria de Araújo DECLARO, para os
devidos fins, conforme artigo 1º da Lei 7.115/83, que sou residente e
domiciliado na Vila Inhacim, nº 31, bairro
Zona Rural, na cidade de Vila Rica - CE, 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.

Luciano - ce, 02/05/2017.

José Roberto Madeira



CODIGO DE CONTROLE
7222.7B5E.29F8.0F29

A autenticidade deste comprovante deverá
ser confirmada na Internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

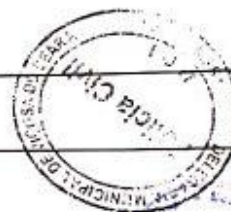
Comprovante enviado pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 15:24:27 do dia 19/10/2012 (hora e data de Brasília)
dígitos verificador: 00





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

BOLETIM DE Ocorrência Nº 570 - 387 / 2014



Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Data / Hora da Comunicação: **07/04/2014 10:18:09**

Data / Hora da Ocorrência : **25/01/2014 14:00:09**

Endereço da Ocorrência: **R. ASSEMBLEIA DE DEUS**

CENTRO TIANGUA /CE

Ponto de Referência: **HOSPITAL SÃO CAMILO**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **JOSE ROBERTO MADEIRA**

Nascimento : **20/06/1968**

RG: **1128299 86** Órgão Emissor: **SSP** UF: **CE** - CPF:

Filiação: **JOÃO BATISTA MADEIRA**

ANA MARIA DE ARAUJO

Endereço: **SIT INHARIM**

62300000

VICOSA DO CEARÁ CE BRASIL

Telefone:

Histórico

O noticiante compareceu a esta Unidade Policial para noticiar na data de 05/04/2014, por volta das 07:55h, guiava uma motocicleta de Marca/Modelo HONDA/BIZ 125 ES, cor: VERMELHA, placa NUZ2930, ano e modelo de fabricação 2010/2010, chassi 9C2JC4220AR408213, de propriedade de MARILENE VIEIRA DO NASCIMENTO, pelas proximidades do Hospital São Camilo, zona urbana de Tianguá-CE, quando, um animal cachorro entrou em sua frente e colidiu com o mesmo perdeu o controle da moto e veio a cair. QUE teve corte profundo em sua perna direita; QUE foi socorrido ao Hospital São Camilo em Tianguá-CE, onde recebeu atendimento médico especializado; QUE, até a presente data não conseguiu se recuperar plenamente das sequelas do acidente. Este B.O é para fins DPVAT. QUE nada mais disse, nem lhe foi perguntado, dando-se este termo por encerrado.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE VICOSA DO CEARÁ
RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

MATRÍCULA: 404724-1-x

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO :

VISTO DO DELEGADO(A) :

MATRÍCULA: 198400-1-8

RECEBIDO
INSPEÇÃO DE FISCAL
Mat: 404899-1-P

DELEGACIA MUNICIPAL DE VICOSA DO CEARÁ

Impresso em: 07/04/2014

[Ir para conteúdo principal](#) [Ir para menu principal](#)



Seguro DPVAT, administrado pela Seguradora Líder-DPVAT - Site Oficial -

Assista ao vídeo da Líder

- [Home](#)
- [Seguradora
Líder-DPVAT](#)
- [Pontos de
Atendimento](#)
- [SAC
0800 0221204](#)
- [Ouvidoria](#)
- [Email](#)
- [Chat](#)
- [Autoatendimento](#)
- [Facebook](#)
- [Twitter](#)
- [YouTube](#)

Início do conteúdo

Acompanhe o processo de indenização

[voltar](#)

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 até 30 dias a contar da data da entrega da documentação completa.

[nova consulta](#)

SINISTRO 2014349332 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA JOSE ROBERTO MADEIRA

14/07/2015 14:29

COBERTURA Invalidez

SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

ENDEREÇO Avenida Treze de Maio, 41 - Sala 402, Centro, Rio de Janeiro - 19. CEP: 20031-007

BENEFICIÁRIO JOSE ROBERTO MADEIRA

CPF/CNPJ: 36313327349

Posição em 14-07-2015 14:28:50

Pedido de indenização consta como negado em sistema. Para mais informações procure procure o local em que o pedido de indenização foi analisado (ver endereço acima).

Acessibilidade



Tradução em Libras

Leitura de Páginas

Atalhos de teclado

Acessibilidade

Como dar entrada

- Como dar entrada - Dicas importantes
- Documentos despesas médicas
- Documentos invalidez permanente
- Documentos morte
- Onde dar entrada
- Dicas indispensáveis

Pague seguro

- Como pagar
- Consulta a pagamentos efetuados
- Informações gerais

Acompanhe o Processo

- Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização.
- Mapa do Site
- Dicionário do DPVAT
- Denuncie
- Imprensa
- Outros serviços
- Blog

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

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

NOME COMPLETO DA VITIMA: ROGERIO MAXIMO NÚMERO DO SINISTRO: 20

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE: 25/01/14 DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO: 25/01/14

NOME COMPLETO E CRM DO MÉDICO: MARCELO PIRES LEM 10621

LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE:
LESÃO EM MEMBRO COM PERDA DE FUNÇÃO FÍSICA
Acidente mecânico.

DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS):
LESÃO MECÂNICA DA REGIÃO
MEMBRO DA REGIÃO
Acidente mecânico

EXISTE ALGUM DEFEITO FÍSICO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? ☐ SIM ☒ 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.
☒ A 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 PERDA DE SENSIBILIDADE REGIÃO AFETADA COM TORNADO DE
- 2º 30% (TRINTA)
- 3º
- 4º
- 5º

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

FIANÇA 30,04/14 DATA
 LOCAL ASSINATURA E CARIMBO

ANEXAR CÓPIAS DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS RELATIVOS AO ACIDENTE

LOCAL DATA ASSINATURA DA VITIMA

CIDADEDE BENEFICENTE SAO CAMILO - HOSPITAL E MATERNIDADE MADALENA NUNES
ANGUA - CE

Prontuário: 045300
Paciente: JOSE ROBERTO MADEIRA
RG : 112839986
Pa: JOAO BATISTA MASEIRA
Endereço: DISTRITO DE ANHARIN, SN
Bairro: INHARIN
Profissão:
Convênio: SUS
Cônjugue: N
Endereço: DISTRITO DE ANHARIN, SN
Data Atendimento: 25/01/2014 Hora: 14:07 CID:
Médico: JORGE HENRIQUE AZEVEDO PINTO
Tipo Atendimento: CONSULTA COM PROCEDIMENTO
Indicador de Acidente:
Observação:

Atendimento: 0003

ONS:

Guia Aut:

Sala: M

Data Nascimento: 20/06/1968

Idade: 45 Ano(s)

Mãe: ANA MARIA DE ARAUJO

Telefone: 88 92824882

CEP: 62308-000

Município: VICOSA DO CEARA

Empresa:

Matrícula:

Responsável: JOSE ROBERTO

Município: VICOSA DO CEARA

UF: CE

Sala:

CRM/UF: 12413/CE

Funcionário: DIOGO DE ALENCAR MUNIZ

CPF do Responsável:

Peso: kg Altura (cm): Sinais Vitais: T (°C): P (bpm): R (mpm): PA (mmHg): X
Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

Dr. J. A. Pinto
Médico

JORGE HENRIQUE AZEVEDO PINTO - CRM: 12413

Assinatura Paciente/Responsável

Paciente sofreu acidente motorístico e
sofreu lacer. cont. contusa em M.I.D.