

PROCURAÇÃO**OUTORGANTE:**

Nome: <u>Francisco Roberto de Almeida Mendes</u>		Nacionalidade: <u>BRASILEIRA</u>	
Estado Civil: <u>Casado</u>	Profissão: <u>Motorista</u>	Carteira de Identidade: <u>205009236580</u>	
CPF nº: <u>020.794.633.73</u>	Residência: <u>Rua Otaviano Ferreira da Luz</u>		
Bairro: <u>Tabatinga</u>	Cidade: <u>Maranguape</u>	Estado: <u>CE</u>	CEP: <u>61940-000</u>

OUTORGADO:

RAFAEL DE SOUSA REZENDE MONTI, brasileiro, solteiro, advogado, devidamente inscrito na OAB/CE sob o nº 18.044, portador do RG nº M8.119.595 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.

PODERES:

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante nomeia e constitui, os outorgados, seu bastante procurador, 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), 3 de março de 20 15.

Francisco Roberto de Almeida Mendes
Outorgante

DECLARAÇÃO

Eu, Francisco R. de Almeida Menezes, brasileiro O,
Casado, _____, portador da Carteira de Identidade/RG nº
_____, -SSP/CE, e inscrito no CPF/MF sob o nº 020.794.633.73, residente e
domiciliado na cidade de maranguape, estado de Ceará, na Rua
Raul Siqueira, nº 132, 7abantiga,
declaro para os devidos fins que possuo hipossuficiência financeira, não possuindo condições de
arcar com as 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), 3 de março, de 20 15.

Francisco R. de Almeida Menezes

Declarante

DECLARAÇÃO.

Eu, Francisco R. de Almeida Menezes, brasileiro, Casado,
 _____, RG 2005009236580, CPF 020.794.633.73, capaz, residente e
 domiciliado na rua Paul Sigulira 132, cidade de
Maranguape /CE, CEP 61940-000. 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), 3 de março de 20 15.

x Fº Roberto de Almeida Menezes

Declarante.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 15 de Novembro de 1988
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
 CATEGORIA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

FRANCISCO ROBERTO DE ALMEIDA MENDES

DOCUMENTO / CATEGORIA DE
 200500224500 507 CE

CNP
 020.794.633-73 **DATA NASCIMENTO**
 15/10/1987

FILIAÇÃO
 FRANCISCO RODRIGUES
 MENDES
 MARIA VILMA DE ALMEIDA
 MENDES

PROFISSÃO
 [] **ACC**
 [] **CELEBR**
 [] **AD**

Nº DESENHO
 04017814946 **VALIDADEZ**
 12/11/2010 **1ª EMISSÃO**
 13/01/2007

DESCRIÇÃO
 NENHUM ATIV. REMUNERADA:

Francisco Roberto de Almeida Mendes

LOCAL
 FORTALEZA, CE **DATA (MÊS)**
 26/12/2013

PROIBIDO PLASTIFICAR
883243204

11982632808
CE138703990

DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

DO CLIENTE
493920

Serviço de Atendimento ao Consumidor
materiais plásticos, óleos ou produtos químicos.
excessiva; evite também o contato direto com
lâmpadas fluorescentes, fontes de calor, umidade
o papel a luz do sol.
cuidados: não exponha o aparelho a umidade, mas é preciso tomar alguns

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA - GRUPO B - SÉRIE B-41 N°

Rota 38 26026 05 169900 - 8 Data de Emissão 25/04/2014

Nome FRANCISCA JAQUELINE DE ALMEIDA MENEZES
End. Pos. RU OTAVIO FERREIRA DA LUZ 00143
Medidor TABATINGA - MARANGUAPE - 61940000
Classe 6024450 Poste 0000 0000
RG/CPF/CNPJ 01-RESIDENCIAL MONOFASICO BAIXA RENDA Fator de Potência 0,00
Nome do Responsável 015196133-69 CCF

DATAS

Mês de Referência	Data da Apresentação	Previsão Próx. Leitura
ABR/2014	25/04/2014	26/04

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
172,00	7%	12,04

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

INDICADORES DE CONTINUIDADE

Conjunto MARANGUAPE
Mês Fev/2014 DED: 39,68

Padrão	Atual	Anterior	Apuração Individual
1000	1000	1000	0,00

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Const. Incl.	Const. Excl.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
55601	55195	1,00	406	0,00	0,00	0,14000	56,84

DESCRIÇÃO

DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)
VALOR CONSUMO DO MES	147,11
ICMS COMPLETAR BAIXA RENDA-CONV CONFAZ 079	6,82
MULTA TON 01/2014	2,68
JUROS	1,21
ILUMT BILICA MUNICIPAL	28,2

VENCIMENTO 02/06/2014 **TOTAL A PAGAR (R\$)** 185,82

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	56,84
Transmissão	12,04
Distribuição	12,04
Impostos e Contribuições	45,50
TOTAL	126,42

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

Mês	Consumo (kWh)	Valor (R\$)
336	406	56,84
337	330	46,20
338	311	43,54
339	359	50,26
340	372	52,08
341	372	52,08
342	372	52,08
343	372	52,08
344	372	52,08
345	372	52,08
346	372	52,08

importante

CONTAS EM ATRASO

REAVISO DE PAGAMENTO:
Informamos que o débito vencido não foi pago até esta data.
Conforme art. 172 da Resolução ANEEL 414/10,
podere ser suspenso o fornecimento de energia elétrica após 15 dias
da data deste comunicado. Caso o débito tenha sido pago, favor
avaliar este aviso. Após 2 ciclos completos de faturamento, sem
pagamento, será encerrada a relação contratual.

Caro Cliente, constam quitadas as faturas de consumo de energia elétrica desta unidade consumidora vencidas até 31/12/2013, conforme a Lei N. 12.007/2009. Esta declaração substitui quitacoes anteriores.



**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA METROPOLITANA DE MARANGUAPE**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 205 - 3335 / 2014

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTES - OUTROS**
Data / Hora da Comunicação: **07/07/2014 10:36:35**
Data / Hora da Ocorrência : **23/05/2014 23:00:00**
Endereço da Ocorrência: **R. ROD - CE 065**

LADEIRA GRANDE MARANGUAPE /CE
Ponto de Referência: **ALTO DA LADEIRA**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **FRANCISCO ROBERTO DE ALMEIDA MENEZES**
Nascimento : **15/10/1987**
RG: **2005009236580** Órgão Emissor: **SSP UF: CE - CPF: 02079463373**
Filiação: **FRANCISCO RODRIGUES MENEZES**
MARIA VILMA DE ALMEIDA MENEZES

Endereço: **R RAUL SIQUEIRA 132**
TABATINGA
MARANGUAPE CE BRASIL

Telefone: **33418018**

Nome: **EDEVALDO LIMA DA SILVA**
Nascimento : **03/01/1985**
RG: **2002013016102** Órgão Emissor: **SSP UF: CE - CPF:**
Filiação: **RAIMUNDO DEUZIMAR SANTOS DA SILVA**
NATALICIA LIMA DA SILVA

Endereço: **R RAUL SIQUEIRA 131**
TABATINGA
MARANGUAPE CE BRASIL

Telefone: **87124169**

Histórico

O declarante disse que na data, hora e local supracitados, pilotava a Motocicleta Honda/CG 125 FAN KS, ano 2009/2010, de cor Preta, de placa NRA-2352, de chassi-9C2JC4110AR566096, de propriedade de "Francisco Castro Filho", tendo como passageiro na garupa a pessoa de nome "EDEVALDO LIMA DA SILVA", quando numa curva, observou um outro motociclista vindo na contra-mão; QUE parou no acostamento para evitar um acidente, no entanto, o outro motoqueiro que aparentava sinais de embriaguês, veio a colidir frontalmente na motocicleta pilotada pelo declarante; QUE na queda o declarante fraturou quatro dedos da mão esquerda, fraturou o pé e alguns dedos do pé esquerdo; QUE EDEVALDO LIMA DA SILVA sofreu fratura de falanges e pé esquerdo; QUE foram socorridos por conhecidos e encaminhados para o Hospital DR. Argem G. Braga Herbater de Maranguape, porém de imediato foram transferidos para o Hospital IJT em Fortaleza onde o declarante e EDEVALDO LIMA DA SILVA foram submetidos a cirurgia; QUE posteriormente o declarante foi encaminhado para o Hospital PSA onde novamente foi submetido a cirurgia tendo amputado um dedo do pé esquerdo; QUE o declarante não sabe o nome do piloto da outra motocicleta envolvida no acidente nem a placa da referida motocicleta. E nada mais disse.//////



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA METROPOLITANA DE MARANGUAPE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 205 - 3335 / 2014

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA METROPOLITANA DE MARANGUAPE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: _____

VALEDIRA DE SOUZA MACHADO - MAT.: 097550

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: *F" Polícia de trânsito m. n. r. z. e. s.*

VISTO DO DELEGADO(A): _____

SERGIO PEREIRA DOS SANTOS - MAT.: 300000-1-3

x Edvaldo Lima da Silva

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Francisco Roberto de Almeida MenezesRG nº 200500923659 data de expedição 26/02/13 Órgão Detran/CECPF nº 020.794.633-73, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>R: Raul Siqueira</u>
Número	<u>532</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Tabatinga</u>
Cidade	<u>Maranguapé</u>
Estado	<u>CE</u>
CEP	
Telefone de Contato	<u>88303189, 86385730</u>
E-mail	<u>luciani733@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Maranguapé 16/07/14Assinatura do Declarante: Francisco Roberto de Almeida Menezes

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Francisco Roberto de Almeida Mendes portador da carteira de identidade nº 2005009236580 e inscrito no CPF/MF sob o nº 020.794.633-73, residente e domiciliado na R: Raul Diguino 332, Cidade Maranguape, Estado CE, 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:

- ☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido 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 a 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 impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

x^{to} Roberto de Almeida Mendes

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Maranguape 16/07/14

Local e data



Seguradora Líder • DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Francisco Roberto de Almeida Menezes
 PORTADOR(A) DO RG Nº 2005009236580 EXPEDIDO POR D. S. M. / CE EM 26/12/13
 CPF 020794633-73 / CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO _____
 E RENDA MENSAL DE R\$ _____ (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Francisco R. de Almeida Menezes AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.



Para evitar a reprogramação de um pagamento, lembre-se:

1) Os seguintes documentos não devem, de forma nenhuma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício;
- Conta pessoa jurídica;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL: atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta-POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidades Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$2000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (não será aceita proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);

2) O CPF do beneficiário/vítima não pode estar inválido, pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL - www.receita.fazenda.gov.br);

3) O CPF da conta informada para depósito não pode ser diferente do CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistro.

- ☐ CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)
 BANCO _____ AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE _____
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO
 BANCO 237 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL
 BANCO 001 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ
 BANCO 341 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
 BANCO 104 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL Maranguape DATA 16/07/14

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A) Roberto de Almeida Menezes



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na Lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por RAFAEL DE SOUSA REZENDE MONTI e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 30/06/2014 às 15h55m sob o número 0169890-67.2015.8.06.0001 e código 1A886FC. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0169890-67.2015.8.06.0001 e código 1A886FC.

RECEITUÁRIO

Nome: _____ BE/Prontuário: _____

Atestado

Atesto para os devidos fins que Francisco Roberto de Almeida Mendes sofreu acidente automobilístico em 24/05/14 el portaria de p.e. E. mão E. Operado do p.e. E. Transferido al o Hospital PSA para continuar tratamento.

Data: *05/06/14*

Assinatura e Carimbo do Médico

PROCURE O IJF SOMENTE NOS CASOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
Rua Barão do Rio Branco, 1816 - Centro. CEP 60.025-061. Fone: 255-5000

MA 000.803 Versão 1 - 01/SET/06 - Via Única - Formato A5 (148X210).

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 2014677096 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA FRANCISCO ROBERTO DE ALMEIDA MENEZES

COBERTURA Invalidez

SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO CONFIANÇA CIA DE SEGUROS

REGULADORA CONFIANÇA CIA DE SEGUROS-Filial Fortaleza-CE

BENEFICIÁRIO FRANCISCO ROBERTO DE ALMEIDA MENEZES

CPF/CNPJ: 02079463373

Posição em 16-09-2014 20:00:00

Pagamento liberado pela Seguradora Líder DPVAT.

Valor: R\$ 8.100,00

Data de liberação do pagamento: 17/09/2014

Fique atento: 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 da liberação.

Data do Pagamento	Valor da Indenizacao	Juros e Correção	Valor Total
17/09/2014	R\$ 8.100,00	R\$ 0,00	R\$ 8.100,00