

valor de **R\$ 7.087,50 (sete mil e oitenta e sete e cinquenta)** conforme enquadramento na tabela do demonstrativo do débito, com correção monetária e juros de 1% (um por cento) ao mês desde a citação e correção monetária a contar da data do evento danoso.

k) Custas e despesas processuais se houverem a serem pagas pela parte ré;

l) Que a Ré seja condenada ao pagamento de honorários advocatícios no percentual de 20% (vinte por cento) sobre o valor atualizado da causa.

Dá-se à causa o valor de **R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais)**.

Nestes Termos,

Pede Deferimento.

Fortaleza, 20 de abril de 2017.

FÁBIO MONTEIRO ARRAIS MEDEIROS
OAB/CE nº 23.73

Fábio Monteiro
Advocacia

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

Nome: <u>Jose Roberto Barros Ferreira</u>		Data Nasc: <u>24-10-96</u>
Estado Civil: <u>Solteiro</u>	Profissão: <u>Agricultor</u>	Nacionalidade: <u>Brasileiro</u>
RG: <u>2008475238-0</u>	CPI: <u>071.490.563-18</u>	Telefone:
Endereço: <u>R. ST Barreira Areias Nº 39 Dist Santa Fé</u>		CEP:
Cidade: <u>Crato - ce</u>		

OUTORGADOS: FÁBIO MONTEIRO ARRAIS MEDEIROS, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/CE de nº 23.738, com escritório profissional na Rua Visconde de Barbacena, nº 413, sala 42, Bairro: Cidade dos Funcionários, Fortaleza/CE, CEP: 60.822-488, Fone: (85) 9992-0059 / (85) 8839-8483.

PODERES: Concede amplos poderes com os da cláusula "AD JUDICIA" para o foro em geral, para ajuizamento de medida judicial aplicável para cobrar a diferença do Seguro DPVAT, acompanhando-a em todos os seus termos até o final, agravar ou apelar de qualquer despacho ou sentença, fazer e assinar requerimentos e os documentos necessários, produzir provas e justificações, transigir, acordar, desistir, renunciar ao direito em que se funda a ação, receber e dar quitação, finalmente tudo mais fazer, para o completo desempenho deste mandato, inclusive substabelecer, com ou sem reserva de iguais poderes.

DECLARAÇÃO: O (a) outorgante declara que não tem condições de arcar com as custas processuais sem prejuízo do sustento próprio e da família, necessitando, portanto, dos benefícios da justiça gratuita, nos termos da Lei 1.060/50.

Fortaleza (CE), 25 de Fevereiro de 20 15

Jose Roberto Barros Ferreira
OUTORGANTE

Fortaleza / Ceará
Rua Visconde de Barbacena, 413, Sl. 42
CEP: 60.822-488 Cidade dos Funcionários
fabio.mum@hotmail.com
(85) 9992-0059 / 8839-8483

Maranhão

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
 Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
071.490.563-18

Nome
JOSE ROBERTO BARROS FERREIRA

Nascimento
24/01/1996

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2008475238 - 0 DATA DE EXPEDIÇÃO 16/04/2013

ACÓRE
JOSE ROBERTO BARROS FERREIRA
JOSE FERREIRA LIMA FILHO
DAMIANA MARIA BARROS FERREIRA

NATURALIDADE CRATO - CE DATA DE NASCIMENTO 24/10/1996

DOC. ORIGEM
 CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO:4 OFÍCIO TERMO:49.380 FOLHA:262
 LIVRO:A-42 CRATO - CE

ASSINATURA DO DETENTOR
 P: 56

LEI Nº 7.115 DE 29/09/63

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE CEARÁ
 SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
 DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

Polgar Direto

JOSE ROBERTO BARROS FERREIRA

CARTEIRA DE IDENTIDADE

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Jose Roberto Barros FerreiraRG nº 2008475238-0, data de expedição 16/04/13, Órgão SSP/CE,CPF nº 071.490.563-18, 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)	ST Barneima Aneias
Número	39
Apto / Complemento	
Bairro	Dist Santa Fé
Cidade	Crato
Estado	ceara
CEP	
Telefone de contato	9720 -2574/9992-6243
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Juazeiro Norte 25.02.16Assinatura do Declarante Jose Roberto da ROS FERREIRA



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE CRATO

fls. 12

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 446 - 1393 / 2015

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO

Data / Hora da Comunicação: 20/02/2015 10:09:12

Data / Hora da Ocorrência: 26/12/2014 18:09:12

Endereço da Ocorrência: SIT SÍTIO PALMEIRINHA

SÍTIO PALMEIRINHA CRATO /CE

Ponto de Referência: SÍTIO BARREIRA

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: JOSE ROBERTO BARROS FERREIRA

Nascimento: 24/10/1996

R.G: 20054752380 Órgão Emissor: SSPDS UF: CE - CPF:

Filiação: JOSE FERREIRA LIMA FILHO

DAMIANA MARIA BARROS FERREIRA

Endereço: R SÍTIO PALMEIRINHA 24

SÍTIO PALMEIRINHA

CRATO CE BRASIL

Telefone:

Histórico

Advertida das sanções previstas nos Artigos 339 e 340 do C.P.B., Denúnciação Caluniosa e Falsa Comunicação de Crime, afirma ter sido vítima de acidente no trânsito, dia, hora, local supracitados, quando estava sendo transportado na MOTOCICLETA HONDA/CG 150 FAN EST, ANO FAB/MOD 2013, COR VERMELHA, PLACA GSV3281/CE, RENAVAN 00527405175, licenciada em nome de ADAILTON CAVALCANTE DOS SANTOS e pilotada por ele, o qual perdeu o controle da direção no momento em que foi desviar de um cachorro, tendo ambos caído; Que a declarante foi socorrida e levada para o Hospital São Raimundo, onde foi constatado fratura em SEU BRAÇO ESQUERDO; Que o piloto teve apenas escoriações leves.

Que o condutor da moto é habilitado.

Registra o fato por fins de seguro.

Nada mais havendo acrescentar o presente

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE CRATO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: *[Assinatura]*

JOSE DJALMA GONÇALVES JUNIOR - MAT.: 300395-1-3

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: *Jose Roberto Barros El Rm Ra*

VISTO DO DELEGADO(A):

DIAGO GALINDO DE GOES - MAT.: 300027-1-7

DELEGACIA REGIONAL DE CRATO

Pág. 1 de 1

Impresso em 20/02/2015 10:20

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por FABIO MONTEIRO ARAIS MEDEIROS e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 20/04/2017 às 09:16, sob o número 01267570420178060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.jce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0126757-04.2017.8.06.0001 e código 2AAC624.



Home

Pré
Cadast

Data de Envio: 26/01/2016

IV - Cópia

4377

VÍTIMAS

Vítima: **Jose Roberto Barros Ferreira**

Endereço: **Sítio Barreira Areias, 39 - Distrito Santa Fe - Crato-CE -**

Cep:

Telefone:

DOCUMENTOS

Descrição	EXTRATO BANCARIO (2º solicitação)		
Data da Solicitação	12/03/2015	Data Recepção	14/04/2015
Descrição	COMPROVANTE DE RESIDENCIA (2º solicitação)		
Data da Solicitação	12/03/2015	Data Recepção	14/04/2015
Descrição	BOLETIM DE OCORRENCIA		
Data da Solicitação	03/03/2015	Data Recepção	12/03/2015
Descrição	DOCUMENTO DE IDENTIFICACAO DA VITIMA		
Data da Solicitação	03/03/2015	Data Recepção	12/03/2015
Descrição	4. Declaração de Ausencia do IML em original (4º solicitação)		
Data da Solicitação	03/12/2015	Data Recepção	28/01/2016
Descrição	1. Adendo ao boletim de ocorrencia, informar a data correta do Acide encaminhado, pois boletim consta (26/12/2014) (3º solicitação)		
Data da Solicitação	15/04/2015	Data Recepção	03/12/2015
Descrição	2. Autorização de pagamento em original (4º solicitação)		
Data da Solicitação	03/12/2015	Data Recepção	28/01/2016
Descrição	3. Declaração de Residencia em nome da vítima em original (4º solicit		
Data da Solicitação	03/12/2015	Data Recepção	28/01/2016

BENEFICIÁRIOS / PAGAMENTOS

Beneficiário	O mesmo		
CPF/CNPJ	071.490.563-18		
Data Rateio	00/00/0000	Data Pagamento	00
Agência	0454-5	Conta Corrente	29
Banco	Bradesco	Tipo Conta	Po
Valor Indenização	2.362,50	Valor Nota Fiscal	0,00 Da
Valor Reanalise	0,00	Valor Nota Fiscal	0,00 Da
Valor Reanalise 2	0,00	Valor Nota Fiscal	0,00 Da
Valor Reanalise 3	0,00	Valor Nota Fiscal	0,00 Da
Valor Pleiteado	13.500,00		
Diferença	11.137,50		

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Jose Roberto Barros Ferreira, portador da carteira de identidade nº 2008475238-0 e inscrito no CPF/MF sob o nº 071.490.563-18, residente e domiciliado na ST Barreira Aneiros, 39 Dist Santa Fé Cidade Cruzeiro Estado Ceara, 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.

Jose Roberto Barros Ferreira

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Juazeiro do Norte 25.02.15

Local e data

HOSPITAL SÃO RAIMUNDO

FUNDAÇÃO LEANDRO BEZERRA DE MENEZES
 Telefone: 88-3523-2600 Fax: 88-3523-2621
 FICHA DE INTERNAÇÃO

fls. 15

INTERNAÇÃO NUMERO: 282456

IMPRESSO: 26/12/2014 09:47

Paciente: JOSE ROBERTO BARROS FERREIRA
 Respons.: JOSE ROBERTO BARROS FERREIRA

Sexo.: M
 Idade.: 18

--DADOS DO PRONTUARIO--

Endereço: SÍTIO PALMEIRINHA DOS CORREIA S/N C
 Cep.: 63132070 Cidade: CRATO
 Telefone: 8896161568 Profissão: AGRICULTOR
 Filiação: DAMIANA MARIA BARROS FERREIRA
 JOSE FERREIRA LIMA FILHO

Prontuário: 89564
 Bairro: SANTA FE

CPF.: N. RG: 20084752380 Nasc: 24/10/1996
 Natural.: CRATO UF.: CE Orgao: SSP-CE Cor.: PARDO
 Profissão: AGRICULTOR Est. Civil: SOLTEIRO Operador/Cadastro: DUCARMO

--DADOS DE ATENDIMENTO--

Médico.: MARCEL DE ALENCAR PITA Atendente.: LEYLIANE
 Clínica.: INTERN. CIRURGICA Data/Hora.: 26/12/2014 10:49
 Setor.: POSTO MASCULINO Convênio.: SUS INTE
 Acomod.: AM04 Tipo Acom.: ENFERMARIA TRAUMATO Carater.: 01 -ELETIVA
 Leito.: AM4.02 Matrícula.: 160705908810006
 Venc.:

---RESUMO DE TRATAMENTO---

MOTIVO DO ATENDIMENTO:

AAA de MOS

HDA:

---ANTECEDENTES PESSOAIS---

ASC () DM () AVC () ALERGIA A DROGAS ()

INTERNAÇÕES PREVIAS:

EXAME FÍSICO:

SINAIS VITAIS:

PA = PP = FR = TA =

ACV:

AR:

ABDOMEN:

NEUROLÓGICO:

ECG: AO = RV = RM =

PUPILAS:

---DIAGNOSTICO---

CONDUTA: *Intoxicação + Int. de intoxicação*

DIAGNOSTICO DEFINITIVO: *Ex de intoxicação de raio*

TRANSF. P/ LEITO ENF/APTO

TRANSF. P/ MEDICO:

CONDIÇÕES DE ALTA:

ALTA EM: *27 12 14*

Jose Roberto
 PACIENTE / RESPONSÁVEL

MEDICO(a): 010671 MARCEL DE ALENCAR PITA

Frente 89.564

 HOSPITAL São Raimundo FUNDAÇÃO LEANDRO BEZERRA		Exames Radiológicos					
Nome do Paciente					Enf.	Leito	
<i>Dom Roberto Barros Ferreira</i>					04	02	
Idade	SUS	Convênio	Particular	Hospital	Ambulatório	Externo	
38	☒	☐	☐	☒	☐	☐	
Endereço				Cidade			
Impressão Diagnóstica							
Dados Clínicos							
Médico Solicitante:				Data Solicitação:			
<i>Dr. Marcel Alencar Pita</i>				<i>26/12/14</i>			
Exame Solicitado:							
<i>Rx Radio</i>							
RESULTADO / LAUDO							
<i>Fratura</i>							
<i>Dr. Marcilio Nogueira da Cruz</i> RADIOLOGISTA CREMEC 3897 Médico Responsável pelo Laudo							
Data: <i>26/12/14</i>							

Av. Teodorico Teles, 99 - Crato - CE - Fone: (88) 3523.2600

201 - Exames Radiológicos

OFFSET FRANKY CUFAR - (P) 3523 3329 - CRATO-CE

[illegible]

FICHA DE EVOLUÇÃO ENFERMAGEM

Paciente: JOSE ROBERTO BARROS FERREIRA

Prontuario: 89564

Leito: AM5.01

Num. Atendimento: 281924

Enfermeiro(a): NILZENI

Data evol: 20/12/2014 Hora: 10:00

Convenio: SUS INTERNADOS

Evolução:

PACIENTE EVOLUI CONSCIENTE E ORIENTADO. EUPNEICO, AFEBRIL, NORMOTENSO, NORMOCARDICO. SEM QUEIMAS NO MOMENTO. SEGUE AGUARDANDO AVALIAÇÃO DO TRAUMATOLOGISTA

(Dr. MARCEL).

PM 110/80.

1-57 C.

TARDE: 20/12/2014.

PACIENTE EVOLUI CONSCIENTE E ORIENTADO. EUPNEICO, AFEBRIL, NORMOTENSO, NORMOCARDICO. SEM QUEIMAS NO MOMENTO. SEGUE AGUARDANDO AVALIAÇÃO DO TRAUMATOLOGISTA

(Dr. MARCEL).

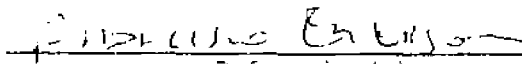
AS 14:00H. PACIENTE FOI AVALIADO PELO TRAUMATOLOGISTA. O MESMO ESTÁ DE ALTA PARA AMANHÃ E RETORNARÁ 6ª FEIRA PARA CIRURGIA COM Dr. MARCEL NILZENI. COREN=641/872.

Noite:

PACIENTE EVOLUI CONSCIENTE E ORIENTADO. EUPNEICO, AFEBRIL, NORMOTENSO, NORMOCARDICO. SEM QUEIMAS NO MOMENTO. SEGUE AGUARDANDO AVALIAÇÃO DO TRAUMATOLOGISTA

(Dr. MARCEL).

AS 14:00H. PACIENTE FOI AVALIADO PELO TRAUMATOLOGISTA. O MESMO ESTÁ DE ALTA PARA AMANHÃ E RETORNARÁ 6ª FEIRA PARA CIRURGIA. emerson.911652.



Enfermeiro(a)

Fco. Emerson Pereira de França

Tec. de Enfermagem

COREN 911652

HOSPITAL SAO RAIMUNDO

Endereço: Rua da Saúde, 100 - Fátima - Fortaleza - CE
 Telefone: (85) 3033-1000 Fax: (85) 3033-1001

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

Data de Atendimento: 19/12/17

Nº de Atendimento: 281910
 Data de Nascimento: 14/12/72 - Hora: 13:15
 Nome do Paciente: MARCELO DE ALENCAR PITA
 Sexo: MASCULINO
 Tipo de Atendimento: AMBULATORIAL

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome do Paciente: JOSE ROBERTO BARROS FERREIRA
 Nº de Atendimento: 09864
 Data de Nascimento: 14/12/72 - Hora: 13:15
 Sexo: MASCULINO - Estado Civil: SOLTEIRO
 Nome da Mãe: FÁBIO FERREIRA DOS SANTOS
 Endereço: RUA DA SAÚDE, 100 - FÁTIMA - FORTALEZA - CE
 Nome do Paciente: JOSE ROBERTO BARROS FERREIRA

CONSULTA MÉDICA

DIAGNOSTICO

Portador de tuberculose e Cordão?

CONDUTA

Correlato

NATUREZA DO ATENDIMENTO

☐ Ambulatorial ☐ Internar ☐ Cirurgia ☐ Out-patient ☐ Consultoria

REQUISISIÇÃO DE PROCEDIMENTOS

☒ RAYO-X ☐ ULTRASSOM ☐ ENDOSCOPIA

*Identificação do paciente, referindo-se à
 de cordão e
 portador de cordão e*

Rx + foto ginecologia ordo-polinar, + ultrassom

Rx

Dr. MARCELO DE ALENCAR PITA
 CRM: 113671 - RPP: 000000000

Assinatura Responsável