



VINÍCIUS MELO
ADVOCACIA

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA ET EXTRA"

OUTORGANTE:

Nome: <u>Elisberto Garcia Lucindo</u>		
Nacionalidade: <u>brasileiro</u>	Estado Civil: <u>SOLTEIRO</u>	Profissão: <u>AGRICULTOR</u>
Identidade/Orgão Expedidor: <u>2008465849-0</u>		CPF: <u>889.018.073-00</u>
Endereço/ Av., Rua/ N°: <u>Faz. Lagoas dos Regerios</u>		
Bairro: <u>CENTRO / Zona Rural</u>	Complemento: <u>DT- Guia</u>	
CEP: <u>63870-000</u>	Cidade: <u>Boa Viagem</u>	Estado: <u>Ceará</u>

OUTORGADO(S): VINÍCIUS PINHEIRO MELO, brasileiro, advogado, inscrito na OAB/CE 24.353, portador do CPF 016.548.623-63, com escritório na Pça. Mons. José Candido, 103, Centro, Boa Viagem – CE, CEP 63870-000;

Através do presente instrumento particular de mandato, a(s) parte(s) OUTORGANTE(s) nomeia(m) e constitui(em) como seu(s) procurador(es) o(s) OUTORGADO(s), conferindo-lhe(s) amplos poderes, inerentes ao bom e fiel cumprimento deste mandato, bem como para o foro em geral, conforme estabelecido no artigo 38 do Código de Processo Civil e art. 5º, §2º do Estatuto da OAB, com cláusula "Ad Judicia Et Extra", para praticar todos atos perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, e órgãos da administração pública direta e indireta, praticar quaisquer atos perante particulares ou empresas privadas, **principalmente perante qualquer companhia de seguro conveniada ao FENASEG, participante do convênio DPVAT**, recorrer a quaisquer instâncias e tribunais, podendo atuar em conjunto ou separadamente, e os especiais para transigir, fazer acordo, firmar compromisso, substabelecer, renunciar, desistir, reconhecer a procedência do pedido, receber intimações, assinar livros, termos, recibos, receber e dar quitação, firmar autorizações de pagamento ou crédito de indenização de sinistro, prestar declarações, **declarar e requerer os benefícios da JUSTIÇA GRATUITA**, anuir e receber alvarás judiciais de levantamento, podendo receber os valores neles expressos provenientes de depósitos feitos pela(s) SEGURADORA(S) pertencentes ao CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT e SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DPVAT S/A junto à instituição financeira responsável pela guarda destes valores, podendo ainda receber e endossar cheque em nome do outorgante relativo a pagamento dos valores pleiteados junto as Seguradoras do Consórcio DPVAT, dando tudo por bom e valioso, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-lo(a) nas contrárias, seguindo uma e outras, até decisão final.

BOA VIAGEM - CE, 05 de JUNHO de 2017.

Elisberto Garcia Lucindo
OUTORGANTE

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA**DECLARANTE:**

Nome: <u>Eliberto Garcia Facundo</u>		
Nacionalidade: <u>brasileiro</u>	Estado Civil: <u>casado</u>	Profissão: <u>agricultor</u>
Identidade/Orgão Expeditor: <u>2008465849-0</u>		CPF: <u>889.018.073-00</u>
Endereço/ Av., Rua/ Nº: <u>Faz Lagoa dos Rogerios</u>		
Bairro: <u>Zona Rural</u>	Complemento: <u>BT- Guio</u>	
CEP: <u>63840-000</u>	Cidade: <u>Boca Viciosa</u>	Estado: <u>ceara</u>

DECLARO que, em função de minha condição financeira, não tenho condições de arcar com o pagamento das custas processuais, sob pena de implicar em prejuízo próprio e de minha família, nos termos do art. 5º, LXXIV, da Constituição da República e da Lei nº 1.060/50, com fundamento na Lei 7.115/83.

Boca Viciosa - CE, 05 de junho de 2017.

Eliberto Garcia Facundo
Declarante

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ

COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO HUMANA E PERÍCIAS BIOMÉTRICAS

ASSINATURA DO TITULAR

Eliberto Garcia Jacu de

Polegar Direito

BIOMETRIA

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2008465849 - 0 DATA DE EXPEDIÇÃO 04/04/2013

NOME ELIBERTO GARCIA FACUNDO

FILIAÇÃO JOAQUIM FACUNDO DE ALMEIDA MIRIAN DE LOURDES GARCIA ALMEIDA

NATURALIDADE BOA VIAGEM - CE DATA DE NASCIMENTO 16/03/1980

DOC. ORIGEM CERT. CASAMENTO - CARTÓRIO: 1 OFÍCIO TERMO: 5.926 FOLHA: 039 LIVRO: B-12 BOA VIAGEM - CE

CPF

1 VIA

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

P.: 103

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome ELIBERTO GARCIA FACUNDO

Nº de inscrição 889018073-00

Data de Nascimento 16/03/80

Barcode

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA SOB AS PENAS DA LEI

DECLARANTE:

Nome: <u>Eliberto Garcia Jacundo</u>		
Nacionalidade: <u>brasileiro</u>	Estado Civil: <u>Casado</u>	Profissão: <u>agricultor</u>
Identidade/Orgão Expeditor: <u>2008465849-6</u>		CPF: <u>889.058.073-00</u>
Endereço/ Av., Rua/ Nº: <u>Faz. Lage dos Regerios</u>		
Bairro: <u>Zona Rural</u>	Complemento:	
CEP: <u>63840-000</u>	Cidade: <u>Boa Viagem</u>	Estado: <u>Ceará</u>

DECLARO para os devidos fins de comprovação de residência, sob as penas da Lei (art. 2º da Lei 7.115/83) que sou residente e domiciliado(a) no endereço acima informado.

Declara ainda, estar ciente de que a falsidade da presente declaração pode implicar na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal, conforme transcrição abaixo:

"Art. 299 – Omitir, em documento público ou particular, declaração que nele deveria 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 o fato juridicamente relevante.

Pena: reclusão de 1 (um) a 5 (cinco) anos e multa, se o documento é público e reclusão de 1 (um) a 3 (três) anos, se o documento é particular."

BOA VIAGEM - CE, 05 de JUNHO de 2017.

Eliberto Garcia Jacundo
DECLARANTE



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DO 32. DISTRITO POLICIAL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 132 - 11373 / 2014

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
 Data / Hora da Comunicação: **23/12/2014 15:58:28**
 Data / Hora da Ocorrência : **28/11/2014 08:10:00**
 Endereço da Ocorrência: **LAGOS DOS ROGERIOS**

NI BOA VIAGEM /CE

Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **ELIBERTO GARCIA FACUNDO**
 Nascimento : **16/03/1980**
 CI: **20084658490** Órgão Emissor: **SSP UF: CE - CPF:**
 Filiação: **JOAQUIM FACUNDO DE ALMEIDA**
MIRIAN DE LOURDES GARCIA ALMEIDA
 Endereço: **R FZ LAGES DOS ROGERIOS**
GUIA
BOA VIAGEM CE BRASIL Telefone:

Histórico

Informa o declarante, que na data, hora, e local da ocorrência, vinha conduzindo a motocicleta **HONDA/NXR 150 BRON** ES, de cor **VERMELHA**, ano **2012 /modelo 2013**, placa **ORP-8949**, licenciada em nome de **ELIBERTO GARCIA FACUNDO**, quando ao passar numa ponte de archosa da via, a moto derrapou, perdeu o controle e seguida veio a cair, o declarante encaminhado para o hospital e apresentou trauma no pe D. Nada mais disse.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 32. DISTRITO POLICIAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

ANTÔNIO ERIVANDO RIBEIRO GUEDES - MAT.: 15533718

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO : Eliberto Garcia Facundo

VISTO DO DELEGADO(A) :

EVNA AMÉRICA DE AQUINO LEITÃO PAIXÃO - MAT.: 198340-1-8

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 011356701714
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 01 COD RENAVAM 495818666 RNTRO 0000000000 EXERCÍCIO 2014

NOME
ELIBERTO GARCIA FACUNDO

BOA VIAGEM/CE

CPE/CNPJ 88901807300 PLACA ORP8949

PLACA ANT/UF *****/CE CHASSI 9C2KD0550DR200233

ESPECIE TIPO FLS/MOTOCICLO/NAO APLIC. COMBUSTIVEL GASOL/ALCO

MARCA/MODELO HONDA/NXR150 BROS ES ANO FAB 2012 ANO MOD 2013

CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE VERMELHA

I P V A	FAIXA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC./COTAS
	***** **	**/**/**	1ª *****
	FAIXA PVA	PARCELAMENTO/COTAS	2ª *****
	***	***** **	3ª *****

PREMIO TARIFARIO (R\$) 00/00/0000

OBSERVAÇÕES

BOA VIAGEM
17/11/2014

CE Nº 011356701714 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2014

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

2014 17/11/2014

VIA 01 CPF/CNPJ 88901807300 PLACA ORP8949

RENAVAM 495818666 MARCA/MODELO HONDA/NXR150 BROS ES

ANO FAB 2012 CAT TARI 09 CHASSI 9C2KD0550DR200233

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) DENATRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) OF (R\$) TOTAL DO PRÊMIO (R\$)

PAGAMENTO ☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 00/00/0000

DESPACHANTE
LOTE/D SEGURADORA LIDER DPVAT
MOTOR: KDO5E82-083
CNPJ 08.948.608/0001-04
www.seguradoralider.com.br

ABR-2014



PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VIAGEM
CSAM - CASA DE SAÚDE ADÍLIA MARIA

Rua: São Vicente de Paula, Nº. 100, Centro.
Tel.: (88) 3427 1699 - (88) 3427 1136
CNPJ: 07.806.680/0001-84



FICHA DE SERVIÇO DE PRONTO ATENDIMENTO (SPA)

DATA DE ATENDIMENTO: 28 / 11 / 2014 HORÁRIO: 9:30 SEXO: (M) F
NOME: Eliberto Garcia Facundo DATA DE NASC: 16 / 03 / 80
RG: 2008455849-0 CPF: _____ CARTÃO DO SUS Nº: _____
PAI: Joaquim Facundo de Almeida MÃE: Murion de Lourdes Garcia Almeida
NATURALIDADE: BV - CE PROCEDÊNCIA: SUS
ESTADO CIVIL: Casado PROFISSÃO: Agricultor
ENDEREÇO: Largo dos Regais Nº: _____
BAIRRO: Zona Rural CIDADE: BV UF: CE
QUEIXA PRINCIPAL: Dores no pé (D)

HDA: _____
EXAME FÍSICO: _____
EXAMES SOLICITADOS: _____

INDICAMENTOS: D - Dipirona 0,5mg IM. Andrade 9/25/14
ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM: Paciente com dor no pé direito
relatado e liberado Cláudio

PESO: _____ TEMPERATURA: _____ PA: _____
Eliberto Garcia Facundo

ASSINATURA DO PACIENTE / RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

ESTA FICHA SÓ TERÁ VALIDADE PARA REGISTRO DE ATENDIMENTO HOSPITALAR COM CARIMBO E ASSINATURA DA DIRETORA DESTA UNIDADE DE SAÚDE.

ROZIVALDA FERREIRA DE ALMEIDA
RESPONSÁVEL PELA C.S.A.M



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



RECEITUÁRIO

17/ Etileno G - Frasco

Box p 15

28 / 11 / 14

Data

Bruno I. de Andrade
Médico

CREMEC 14.136

Assinatura e Carimbo
do Profissional

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



(/)

Buscar no site

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

Nova Consulta

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 3150117738 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** ELIBERTO GARCIA FACUNDO**COBERTURA** Invalidez**SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO** INVESTPREV Seguradora S/A-Filial Florianopolis-SC**BENEFICIÁRIO** ELIBERTO GARCIA FACUNDO**CPF/CNPJ:** 88901807300**Posição em 09-05-2017 15:22:46**

Pagamento creditado ao beneficiário de acordo com os dados informados na autorização de pagamento.

Data do Pagamento	Valor da Indenizacao	Juros e Correção	Valor Total
09/03/2015	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50

ACESSIBILIDADE



(/Pages/Acessibilidade.aspx)



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

A A A

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)

Informações Gerais (/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx)