

Fábio Monteiro
Advocacia

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

Nome: <u>Cícero Gonçalves de Sousa</u>		Data Nasc: <u>25/03/1985</u>
Estado Civil: <u>Solteiro</u>	Profissão: <u>Serviços Gerais</u>	Nacionalidade: <u>Brasileiro</u>
RG: <u>5891179</u>	CPF: <u>700.612.321-65</u>	Telefone:
Endereço: <u>Rua Deputado Otacilio Correia, 404 - Paratiba</u>		
Cidade: <u>Jariás Brito</u>	CEP: <u>63185-000</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, endossar, 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 benefício da justiça gratuita, nos termos da Lei 1.060/50.

Fortaleza (CE), 23 de Setembro de 20 15.

CÍCERO GONÇALVES DE SOUSA

OUTORGANTE

Para

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

Maranhão

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

INSCRIÇÃO 5891173

12/ABR/2010

NOME **CICERO GONCALVES DE SOUSA**

FILIAÇÃO **RAIMUNDO SIMÃO DE SOUSA**
JOANA GONCALVES DE SOUSA

FARIAS BRITO-CE

NATURALIDADE

25/MAR/1985
DATA DE NASCIMENTO

EXVO GONCALVES L. NAS. 2978 FLS. 203V L. 411 543
BARTOLOMEU-CE EM 26/07/2009

CPF 5632222

ASSINATURA (S) 41468007

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DE GOIÁS

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

CICERO GONCALVES DE SOUSA

CARTÃO DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

CPF

CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Número de Inscrição

700.612.321-65

Nome

CICERO GONCALVES DE SOUSA

Nascimento

25/03/1985

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Cícero Gonçalves de SousaRG nº 5891179, data de expedição 12/04/2010 Órgão SSP-G

CPF nº 700.612.321-65 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>Rua Deputado Otacilio Correia</u>
Número	<u>404</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Carindaba</u>
Cidade	<u>Farias Brito</u>
Estado	<u>Ceará</u>
CEP	
Telefone de contato	<u>(88) 3572-8095</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data:

Juazeiro do Norte 08/07/2014

Assinatura do Declarante: X CÍCERO GONÇALVES DE SOUSA



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 450 - 338 / 2014

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO

Data / Hora da Comunicação: 07/07/2014 08:58:53

Data / Hora da Ocorrência : 05/07/2014 18:30:00

Endereço da Ocorrência: R. PRINCIPAL

NAO INFORMADO FARIAS BRITO /CE

Ponto de Referência: PRÓXIMO AO BAR DE ZÉ FERREIRA

Dados do(s) Veículo(s)

TIPO: MOTOCICLETA MARCA: HONDA/CG 125

PLACA: OIL4093 MUNICÍPIO / UF: VARZEA ALEGRE / CE

MODELO/FABRICAÇÃO: 2012/2012 COR: VERMELHA

RENAVAM: 462910059 CILASSI: 9C2JC4110CR516715

SITUAÇÃO: NÃO INFORMADO PROPRIETÁRIO: EDIMAR PEREIRA DA SILVA

ENVOLVIMENTO: COLISAO

Histórico

Afirma o noticiante, advertido das penalidades de falso testemunho e denúncia caluniosa que na hora, dia e local seguiu para o Distrito de Cariutaba, via sítio Carnaluba, quando a motocicleta que vinha em sua frente parou para esperar um jumento passar; que quando o motociclista que vinha em sua frente seguiu, o noticiante tentou seguir em frente mas acabou batendo no animal; que ainda tentou desviar do animal mas acabou por colidir, que com a batida caiu no chão, ralou braços e pernas, quebrou o dedo polegar da mão direita e sofreu uma fratura no cotovelo esquerdo; que um amigo da família socorreu o noticiante e o levou para casa, e ao chegar em casa, procuraram um carro para que o noticiante pudesse vir para o hospital municipal; que foi atendido e recebido no hospital de Farias Brito e logo em seguida encaminhado para o Hospital São Raimundo, em Crato-CE; afirma o noticiante ainda QUE NÃO POSSUI CARTEIRA DE HABILITAÇÃO. Nada mais havendo, deu-se por encerrado o presente Boletim de Ocorrência.

Noticiante(s)

Nome : CÍCERO GONÇALVES DE SOUSA

Endereço : R PRÓXIMA AO CAMPO

Bairro : CARIUTABA

Município/UF : FARIAS BRITO CE BRASIL

Telefone: 99468895

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE FARIAS BRITO

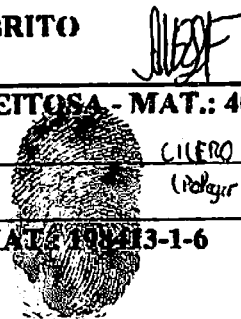
RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

AMABEL VLADIA SALES DE SOUZA FEITOSA - MAT.: 404598-1-2

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO : *

VISTO DO DELEGADO(A) :

GIULIANO VIEIRA SENA - MAT: 104413-1-6



CÍCERO GONÇALVES DE SOUSA
 (Polegar da mão esquerda)

DETALHES DO PROCESSO

Número Sinistro: **2014/911188**

Categoria: **09 - Moto / Motocicleta**

Data Sinistro: **05/07/2014** Data Recebimento: **06/10/2014**

Seguradora: **MBM - Seguros e Seguros**

Preparador: **Atendimento (Apaga)**

Analista: **Maisa Do Prado**

Situação: **Pago**

Filial: **MBM Serviços de Seguros**

DATAS DE ENVIO

Data de Envio **03/09/2014**

Data de Envio **23/10/2014**

VÍTIMAS

Vítima **CICERO GONCALVES DE SOUZA** Estado: **CE**

Endereço: **rua teleceara, 270 - Camocim - Fortaleza**

Cep: **63.185-000**

Telefone

DOCUMENTOS

Descrição **4ª Solicitação: Conta e Extrato**

Data da Solicitação **13/08/2014**

Descrição **Comprovante de residência**

Data da Solicitação **09/07/2014**

Descrição **2ª Solicitação: Prestação de contas**

Data da Solicitação **04/08/2014**

Descrição **Sem sequelas**

Data da Solicitação **06/10/2014**

BENEFICIÁRIOS / PAGAMENTOS

Beneficiário **o mesmo**

CPF/CNPJ **700.612.321-00**

Data Rateio: **00/00/0000** Data Pagamento: **00/00/0000**

Agência **4552-7** Agência: **4552-7**

Banco **Banco do Brasil** Banco: **Poupança**

Valor Indenização **3.375,00** Valor Indenizado: **3.375,00** Data Pagamento: **17/11/2014**

Valor Reanalise **0,00** Valor Reanalisado: **0,00** Data Pagamento: **00/00/0000**

Valor Reanalise 2 **0,00** Valor Reanalisado 2: **0,00** Data Pagamento 2: **00/00/0000**

Valor Reanalise 3 **0,00** Valor Reanalisado 3: **0,00** Data Pagamento 3: **00/00/0000**

Valor Pleiteado **13.500,00**

Diferença **10.125,00**

CORRETORA

Código **1**

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Cicero Gonçalves de Sousa, portador da carteira de identidade nº 5891179 e inscrito no CPF/MF sob o nº 700.612.321-65 residente e domiciliado na Rua Deputado Otacilio Correia Nº 407 Cidade Farias Brito Estado Ceará 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.

CICERO GONÇALVES DE SOUSA

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Juazeiro do Norte a 08/07/2014

Local e data



Ft. Alan Diego T. da Silva
CREFITO: 5036 - LTF
FISIOTERAPIA GERAL

DECLARACAO

DECLARO PARA OS DEVEDORES JANS DUVAL, B
PACIENTE CÍCERO GONÇALVES DE SOUZA, 23 ANOS
DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE FRATURA DO SE METACARPO
DA MÃO DIREITA ⊕ LUXAÇÃO DO COTOVELO ESQUERDO
COM TRATAMENTO MEDICAMENTOSO ⊕ IMOBILIZAÇÃO GESS
DA POR 2 MESES, DEVIDO A ACIDENTE MOTOVEICULAR
NA DATA 07/04/2014, SEGUNDO PRONTUÁRIO HOSPITAL
DO HOSPITAL SÃO RAFAEL.

DO HOSPITAL SÃO RAIMUNDO.

PACIENTE COM ALTA MÉDICA, APRESENTANDO EDEMA
ESQUADAL NO COTOVELO ESQ E MÃO DIREITA; DEFEITO
EM NOS DEDOS DA MÃO DIREITA; QUADRO ALGICO
ENTE NA REGIÃO DA MÃO ESQUERDA. DEFECT DE AUDIÇÃO.

POR SUA VERDADE GERMAMOS O PRESENTE.

Alan Diego

Dr. Alan Diego T. da Silva
FISIOTERAPEUTA
CREFITO 196451-F

2415012014

Av. Castelo Branco, 3902 - Sala B - Novo Juazeiro - Juazeiro do Norte - CE
(88) 9696-1058



HOSPITAL SAO RAIMUNDO

Fundação Leandro Bezerra de Menezes

Telefone: 88-3523-2600 Fone/Fax: 88-3523-2600

Data Emissão: 07/07/2014 10:47

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

N.Atendimento...: 256345 Convênio.: BPA SUS
 Data Atendimento: 07/07/2014 Hora:10:49 Matrícula: 160504737150008
 Médico Respons...: JEAN MITCHELSON LUCENA MONTEIR Guia.:
 Recepcionista...: JHESSYKA Tipo de Atend...: AMBULATORIAL
 Setor Atend.....: CONSULTORIO

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Paciente.: CICERO GONÇALVES DE SOUSA Pront: 10240
 Dta Nasc.: 25/03/1985 29 Anos Sexo: MASCULINO Est.Civil:AMASIADO RG: 2001097124809
 Endereço.: RUA DA TELA 404 CASA Município:FARIAS BRITO
 Cep.....: 63185000 Bairro:CARIUTABA
 Estado....: CE Resp...: O MESMO
 Fone: 8899468895

CONSULTA MÉDICA

DIAGNÓSTICO fr. 1º mte mto (2)

CONDUTA

Conservar

ENCAMINHAMENTO

[] Resid. [] Ambul. [] Itern. [] Outro
 Outro

NATUREZA DO ATENDIMENTO

[] Clínica [] Cirurg [] Obst. [] Ped. [] Oftalmo. []

REQUISIÇÃO DE PROCEDIMENTOS

☒ RAIO-X☐ ULTRASSOM☐ ENDOSCOPIA

MOTIVO DO ATENDIMENTO

fr. 1º mte mto (2)

DIAGNÓSTICO

fr. 1º mte mto (2)

PROCEDIMENTO

fr. 1º mte mto

EXAMES

fr. 1º mte mto

DATA DO ATENDIMENTO:

07/07/2014

Jean Lucena
 ORTODONTIA / ORTODONTOLÓGICA
 CRM-CE 9605 / ORL-PE 21520

Dr. (a) JEAN MITCHELSON LUCENA MONTEIRO
 CRM: 9605 CPF: 49167677304

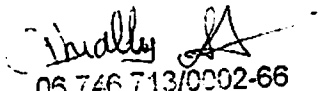
Picuro Adriano Bezerra de M.
 Paciente / Responsável



DECLARAÇÃO

Declaramos, para os devidos fins, que Sr. **CICERO GONÇALVES DE SOUSA**, nascido em 25/03/1985 portador do RG: 2001097124809 teve atendimento médico neste Hospital em 05/07/2014, para consulta médica.

Crato (CE), 07 de Agosto de 2014.


06.746.713/0002-66
Hospital São Raimundo
Fundação Leandro Bezerra de Menezes

Fundação Leandro Bezerra de Menezes/Hospital São Raimundo
Av. Teodorico Teles, 99 – Centro – Crato - Ceará
88-3523-2600 - FAX – 88 -3523-2621