



ANTONIO EDNALDO ALTINO DE MELO - ADVOGADO - OAB/CE Nº. 20.795
ADVOCACIA: TRABALHISTA, CÍVEL, CRIMINAL E PREVIDENCIÁRIA

End. Profissional: Rua Doutor João Tomé, nº 979, Sala 101, Fátima I - Crateús-Ce
Cep. 63.700-000 - Tel.: (Fax): (88) 3692 - 3794 - E-mail: ednaldo.melo@ig.com.br

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Nome:	Jackson Maycon Fernandes de Sousa			Nacionalidade:	BRASILEIRA
Estado Civil:	Casado	Profissão:	Agricultor	Carteira de Identidade:	5307769/CE
CPF nº:	032.047.651-89	Residência:	Luzia Alegre, SNº		
Bairro:	Centro	Cidade:	Independência	Estado/UF:	CE
				CEP:	63-640-000

OUTORGADO: ANTONIO EDNALDO ALTINO DE MELO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE sob o nº 20.795; com endereço profissional na Rua Clóvis Beviláqua, 1000, Sala 104, São Vicente, Crateús/CE, CEP nº 63.700-000; Fone/Fax: (88) 3691.2260.

PODERES: Pelo presente instrumento particular de procuração, o(a) outorgante nomeia e constitui, o outorgado, 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 SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT, 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(a) outorgante, enfim todos os poderes necessários para o cumprimento amplo do objeto do presente mandato.

CRATEÚS - CE., 25 de Fevereiro de 2015

Jackson Maycon Fernandes de Sousa
(outorgante)

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
GOVERNO DO ESTADO DE GOIÁS SUPERINTENDÊNCIA DE POLÍCIA TÉCNICO-CIENTÍFICA INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO		REGISTRO GERAL 5307769 DATA DE EXPOSIÇÃO 24/FEV/2001	
 		NOME JACKSON MAYCON FERNANDES DE SOUSA FILIAÇÃO ANTONIO CICERO DE SOUSA ANTONIA DA CONCEIÇÃO FERNANDES	
CRATEUS-CE NATURALIDADE		29/OUT/1989 DATA DE NASCIMENTO	
DOC. ORIGEM C.NAS. 40272-FLS. 105 L. A 55 NUCLEO BANDEIRANTE DE 1º OFÍCIO EM 16/01/1991		CPF 34969322	
CARTEIRA DE IDENTIDADE		ASSINATURA DO DIRETOR LEF Nº 7-146 DE 29/08/83	



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
031.047.651-89Nome
JACKSON MAYCON FERNANDES DE SOUSANascimento
29/10/1989

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE
6D9B.3589.1C28.199BA autenticidade deste comprovante deverá
ser confirmada na Internet, no endereçowww.receita.fazenda.gov.brComprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 09:29:36 do dia 13/05/2014 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00



ANTONIO EDNALDO ALTINO DE MELO - ADVOGADO - OAB/CE Nº. 20.795
ADVOCACIA: TRABALHISTA, CÍVEL, CRIMINAL E PREVIDENCIÁRIA

End. Profissional: Rua Doutor João Tomé, nº 979, Sala 101, Fátima I - Crateús-Ce
Cep. 63.700-000 - Tel.: (Fax): (88) 3692 - 3794 - E-mail: ednaldo.melo@ig.com.br

DECLARAÇÃO

Declarante: <u>Jackson Maycon Fernandes de Sousa</u>		Nacionalidade: Brasileira
Residência: <u>Viária Alegre, S/Nº</u>		Profissão: <u>Agricultor</u>
CPF nº: <u>031.047.651-89</u>	RG nº: <u>5307769 / Ce</u>	Estado Civil: <u>casado</u>
Bairro: <u>Centro</u>	Cidade: <u>Independência</u>	Estado/UF: <u>Ce</u>
CEP: <u>63.640-000</u>	Telefone:	

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.

Crateús - Ce, 25 de Junho de 2015

Jackson Maycon Fernandes de Sousa -
(declarante)



ANTONIO EDNALDO ALTINO DE MELO - ADVOGADO - OAB/CE Nº. 20.795
ADVOCACIA: TRABALHISTA, CÍVEL, CRIMINAL E PREVIDENCIÁRIA

End. Profissional: Rua Doutor João Tomé, nº 979, Sala 101, Fátima I - Crateús-Ce
Cep. 63.700-000 - Tel.: (Fax): (88) 3692 - 3794 - E-mail: ednaldo.melo@ig.com.br

DECLARAÇÃO

Declarante: <u>Jackson Maycon Fernandes de Sousa</u>		Nacionalidade: Brasileira
Residência: <u>Viária Alegre, S/Nº</u>		Profissão: <u>Agricultor</u>
CPF nº: <u>031.047.651-89</u>	RG nº: <u>5307769/CE</u>	Estado Civil: <u>casado</u>
Bairro: <u>Centro</u>	Cidade: <u>Independência</u>	Estado/UF: <u>CE</u>
CEP: <u>63-640-000</u>	Telefone:	

DECLARO para os devidos fins que possuo hipossuficiência financeira, não possuindo condições de arcar com 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.

Crateús - CE, 25 de Fevereiro de 2015

Jackson Maycon Fernandes de Sousa
Declarante



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 445 - 5664 / 2014

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO
Data / Hora da Comunicação: 30/09/2014 17:26:07
Data / Hora da Ocorrência : 26/09/2014 18:00:00
Endereço da Ocorrência: LOC DE JABURU
ESTRADA CARROCAVEL
ZONA RURAL INDEPENDENCIA /CE
Ponto de Referência:



Dados da(s) Vítima(s)

Nome: JACKSON MAYCON FERNANDES DE SOUSA
Nascimento : 29/10/1989
RG: 5307769 Órgão Emissor: SSP UF: GO - CPF:
Filiação: ANTONIO CICERO DE SOUSA
ANTONIA DA CONCEIÇÃO FERNANDES
Endereço: R LOC DE VARZEA ALEGRE
ZOAN RURAL
INDEPENDENCIA CE BRASIL

Telefone: 9471-8398

Histórico

As informações contidas neste Boletim de Ocorrência são de inteira responsabilidade do queixoso, sendo ao mesmo informado que a comunicação de crime não ocorrido ou fato inexistente é crime punível na forma da Lei (art. 339 e 340 do CPB).

HISTÓRICO: COMPARECEU HOJE NESTA DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL O REGISTRANTE ACIMA IDENTIFICADO PARA COMUNICAR QUE FOI VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO "QUEDA" QUANDO SE CONDUZIA NA MOTOCICLETA HONDA/CG 150 FAN PSI, NA COR PRETA, PLACA-OCT3956, ANO FAB/MOD -2011/2011, REGISTRADO EM NOME DECICERA FERREIRA DE OLIVEIRA; QUE O ACIDENTE SE DEU QUANDO TRANSITAVA PELO LOCAL ACIMA IDENTIFICADO E QUE DEVIDO A VELOCIDADE EMPREENDIDA E O APARECIMENTO DE UMA VACA NA ESTRADA TENDO QUE FAZER UMA MANOBRAS PARA DESVIAR, SENDO QUE ACABOU POR PERDER O CONTORLE DA MOTOCICLETA VINDO A CAIR AO SOLO; QUE FOI SOCORRIDO POR SUA GENITORA QUE O CONDUZIU PARA O HOSPITAL MUNICIPAL DE INDEPENDENCIA TENDO RECEBIDO OS PRIMEIROS ATENDIMENTOS MEDICOS CONFORME DOCUMENTAÇÃO ANEXA. E NADA MAIS DISSE!!!

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

JOSE CARLOS AGOSTINHO DE SOUSA - MAT.: 198848-1-3

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO :

Jackson maycon Fernandes de Souza

VISTO DO DELEGADO(A) :

JOAO PEREIRA GOMES - MAT.: 198827-1-3

DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS

Pág. 1 de 1

Impressa em: 30/09/2014 05:33

GOVERNO MUNICIPAL DE
INDEPENDÊNCIA
Atitude e Trabalho

PREFEITURA MUNICIPAL DE INDEPENDÊNCIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

DATA: 26/05/16 HORÁRIO: 20:45

telefone: () _____

Boletim de Atendimento de Paciente Externo
Hospital Municipal de Independência Ce

Paciente: Jackson m. F. L. Jesus (CNS) 500763673814

Idade 28 Data de Nascimento: 25/10/88 Sexo: M Naturalidade Ceará

Profissão: Polícia Estado Civil: Solteiro Endereço: Rua Jorge de

Mãe: Antônia da Conceição Jesus

Motivo do Atendimento: Doença

() Clínico () Obstétrico () Psiquiátrico () Violência () Pediátrico () Cirúrgico () Acidente

PA: _____ T: _____ FC _____ FR _____ Glicemia: _____ Peso _____

Médico Responsável: Refno de Perinatalidade

Conduta Médica: TRANSITO, Sogrua
FRATNIA GRAVE DO TORN-
ZEPO e PO DINOLO.

(1) Prof. Luiz

(2) Dr. B. L. M.

Dr. J. P. M.

Jackson m. F. L. Jesus

Paciente ou responsável

[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 3140092591 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA JACKSON MAYCON FERNANDES DE SOUZA

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 JACKSON MAYCON FERNANDES DE SOUZA

CPF/CNPJ: 03104765189

Posição em 11-02-2015 12:44:18

Indenização creditada em 30/12/2014, no valor de R\$ 4.725,00, em banco e conta de titularidade do beneficiário, conforme autorização de pagamento assinado pelo mesmo.

Resultado da Correção pelo IGP-M (FGV)**Dados básicos da correção pelo IGP-M (FGV)****Dados informados**

Data inicial	12/2006
Data final	12/2014
Valor nominal	R\$ 4.725,00 (REAL)
Dados calculados	
Índice de correção no período	1,6098514
Valor percentual correspondente	60,9851400 %
Valor corrigido na data final	R\$ 7.606,55 (REAL)