

**PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"**

Outorgante: Antonio Raimundo do Nascimento		Data Nasc:
Estado Civil: solteiro	Profissão: agricultor	Nacionalidade: Brasileira
RG: 3290306-99	CPF: 846.707.203-25	
Endereço: FZ. Arulaneiras S/Nº		
Cidade: Boa Viagem - CE	CEP: 63870-000	

**OUTORGADO:** CAROLINA FREITAS MOREIRA, brasileira, solteira, advogada, inscrito na OAB/CE de nº23.787, com escritório profissional na Rua Pedro Borges, nº 33, 5º Andar, Sala 516, Ed. Palácio Progresso, Centro, CEP: 60.055-110, Fortaleza/CE, fone: (85) 3055-9918.

**PODERES:** Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante nomeia e constitui, a outorgada, sua bastante procuradora, 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 Convênio 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), 04 de maio de 2015.



OUTORGANTE

LUIZIRENE ALVES DI SOUZA.

Este documento é uma cópia digitalizada de um documento original. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0162097-77.2015.8.06.0001 e código 19BBA47.

**DECLARAÇÃO**

Eu, Antonio Raimundo do Nascimento Santos Brasileiro (a),  
Voluntário, portador (a) de identidade nº 3290306-99 (SSP/CE), e  
 CPF nº \_\_\_\_\_, capaz, nesta oportunidade, DECLARO que resido no seguinte  
 endereço: FZ Melameiras S/Nº

\_\_\_\_\_, Cidade: Bom Jardim  
 Estado: CE, CEP \_\_\_\_\_, e forneço os meus dados pessoais,  
 documentos e demais declarações para a propositura de Ação Judicial em desfavor de qualquer seguradora  
 conveniada DPVAT-FENASEG, sendo de minha total responsabilidade a declaração de invalidez ou óbito  
 fornecida.

Fortaleza/CE, 04 de maio de 2015.



DECLARANTE

LUIZ RENE ALVES DI SOUZA

# DECLARAÇÃO

Eu, Antonio Raimundo do Nascimento Santos  
 Estado Civil: casado Profissão: agricultor  
 CPF: 016.707.203-25 Identidade: 3090306-99  
 Endereço: FZ Melancia S/Nº  
 CEP: \_\_\_\_\_ Município: Boa Viagem Estado: CE

DECLARO para os devidos fins que possuo **Hipossuficiência Financeira**, não tendo, pois, condições de arcar com custas processuais e honorários advocatícios sem prejuízo do meu próprio sustento e o de minha família, consoante o que dispõe a Lei nº 1.050/60.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente para que surta seus devidos fins e efeitos.

Fortaleza-CE, 01 de maio de 20 15.



DECLARANTE

LUIZIRENE AIVES DI SOUZA


**DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE**

Pela presente, o (a)

Sr(a) Antonio Raimundo do Nascimento Santos

Declara para os devidos fins de direito, ser responsável (civil e criminal) pelos fatos, informações e documentos apresentados e juntos ao processo judicial de cobrança de seguro DPVAT, em desfavor de qualquer seguradora do consórcio de seguro DPVAT, exonerando a Dra. **CAROLINA FREITAS MOREIRA - OAB/CE: 23.787** de qualquer responsabilidade civil e/ ou criminal.

Fortaleza, 04 de maio 2015.

X  \_\_\_\_\_

TESTEMUNHAS:

1. NOME:  
CPF:

2. NOME:  
CPF:

X LUIZIZENE AIVES DI SOUZA



## REGISTRO DE SINISTRO

Sinistro: 3140085636

Código: 6131

<b>Unidade</b> Singular DPVAT	<b>Parceiro Elionesio Maciel</b>			
<b>BO Nº</b> 167	Data BO 21/08/2014	Delegacia BOA VIAGEM		
<b>Placa</b> HXU9107	Tipo do Veículo 9 - MOTO	IML		
<b>Nome da Vítima</b> ANTONIO RAIMUNDO DO NASCIMENTO SANTOS		Natureza INVALIDEZ		
<b>Tipo Sinistrado</b> 3 - Condutor	Data Nascimento 25/03/1977	CPF	Data Ocorrência 21/08/2014	
<b>Cidade</b> BOA VIAGEM	UF CE	CEP 63870-000	Contato 88 96661-393	
<b>Nr. Beneficiários</b>	Data Óbito	Medico	Valor	
<b>Beneficiário</b>	<b>CPF</b>	<b>Banco</b>	<b>Agência</b>	<b>Conta</b>
ANTONIO RAIMUNDO DO NASCIMENTO SANTOS		237 - BRADESCO	0687-4	1006157-1
<b>HISTÓRICO</b>				
<b>Data</b>	<b>Descrição</b>			
04/11/2014 16:39	PRÉ-CADASTRO NÃO ANALISADO			
04/11/2014 16:42	PRÉ-CADASTRO COM RESTRIÇÕES: APRESENTAR COPIA DO CPF DA VÍTIMA. APRESENTAR PROCURAÇÃO ORIGINAL OU COPIA AUTENTICADA.			
27/11/2014 18:04	PRÉ CADASTRO ANALISADO E APROVADO			
03/12/2014 14:58	Processo enviado para análise da Seguradora Líder			
15/12/2014 18:17	PROCESSO COM RESTRICAO: PARECER DA SEGURADORA LIDER: APRESENTAR BAM COM A DATA DO ACIDENTE			
29/01/2015 09:30	PROCESSO REABERTO - ENVIADO PARA SEGURADORA LIDER:			
25/02/2015 15:08	PAGAMENTO PREVISTO PARA 26/02/2015 NO VALOR DE R\$ 1687.50. BANCO 237 / AGENCIA 0687 / CONTA 006157-1. BENEFICIÁRIO: ANTONIO RAIMUNDO DO NASCIMENTO			



**DADOS DA INFRAÇÃO E OU OCORRÊNCIA**

Nº 167  
 Tipo de Ocorrência: ACIDENTE DE TRANSITO Data: 21/08/2014 Hora: 07:30  
 Local: BOA VIAGEM

**DADOS DA 1ª VÍTIMA**

Nome: ANTONIO RAIMUNDO DO NASCIMENTO SANTO  
 DATA DE NASCIMENTO: 25/03/1977  
 Endereço: FZ Melancia - IPIRANGA Naturalidade: BOA VIAGEM  
 Profissão: AGRICULTOR Estado Civil: CASADO  
 Pai: RAIMUNDO GOMES DOS SANTOS Mãe: ANTONIA DO NASCIMENTO SANTO  
 RG: 3290306-98 DATA DE EXP: 18/05/19984 CPF: 846.707.203-25

**DADOS DA 2ª VÍTIMA**

Nome:  
 DATA DE NASCIMENTO:  
 Endereço: Naturalidade: BOA VIAGEM  
 Profissão: Estado Civil:  
 Pai: Mãe:  
 RG: DATA DE EXP: CPF:

**NARRAÇÃO DOS FATOS**

No dia, hora e local acima citado nos informou a vítima o Sr ANTONIO R. DO NASCIMENTO SANTO, que vinha na motocicleta HONDA/CG 150 TITAN ESD PLACA HXU 9107 - COM VERMELHA ANO 2006/2006 BOA VIAGEM-CE CHASSI - 9C2KC08206R837082 de responsabilidade do mesmo e licenciada em nome de FRANCISCA DA CRUZ ARAUJO quando na localidade acima citada ao derrapar na areia caiu, sofrendo lesão no joelho esquerdo, foi socorrido para o hospital local sofrendo também escoriações por todo corpo.

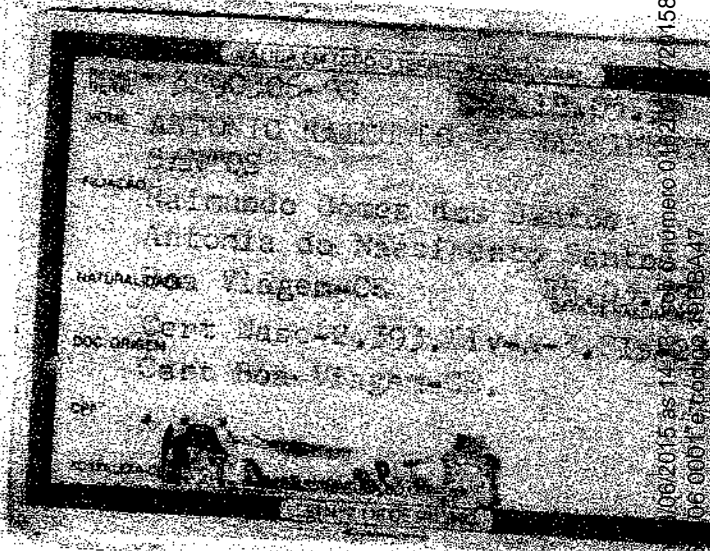
MAJ: FCO DE ASSIS MATRICULA: 098.676-1-9

ASSINATURA:

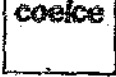
098.676-1-9  
 CMT da

Boa Viagem- CE 23 de Agosto 2014

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por CAROLINA FREITAS MENEZES e autenticado por meio de uma assinatura eletrônica. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0162097-77.2015.8.06.0001 e código 19BRA47.



Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por CAROLINA FREITAS MOREIRA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 10/06/2015 às 14:15:33, número 019.2015.00000000-00. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0162097-77.2015.00000000-00 e o código 36185A47.



**CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA**  
 Rota: 26 36041 10 036500 - 1 Data de Emissão: 08/01/2015  
 Nome: LUZIRENE ALVES DE SOUZA  
 End Postal: FZ MELANCIAS 00000  
 IPIRANGA - BOA VIAGEM - 63870000  
 Medidor: 23546074 Poste: 0000 0000  
 Classe: 04-RURAL MONOFASICO BAIXA RENDA Fator de Potência  
 RG / CPF / CNPJ: 044927783-65 CCE

CONTAS			INFORMAÇÕES DE QUALIDADE DE ENTREGUIMENTO		
Mês de Referência	Data de Apresentação	Previsão Próxima Leitura	Conjunto	Mês	ELSF 6,1?
Jan/2015	06/02/2015	06/02/2015	BOA VIAGEM	Nov 2014	0,00
Base de Cálculo (R\$)			Pagamento em D.C.R.T. 0,00 R\$		
Alíquota			Apuração Individual		
Valor do Imposto			Mês	Três	Anual
ISENTO			DIC	11,01	0,00
			PIG	7,62	0,00
			DMIC	5,99	0,00

Un. Atual	Un. Anterior	Conf.	Consumo (kWh)	Cont. Ind.	Cont. Est.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
4777	4706	1,00	71	0,00	90	0,12790	9,12
					31	0,21827	6,76

VR. CONSUMO DO MÊS PREÇO NORMAL 25,94  
 DESCONTO TARIFA SOCIAL-BAIXA RENDA -13,12  
 PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA 0,13

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO		HISTÓRICO DE CONSUMO											
Energia	8,66	72	71	78	70	69	82	66	77	73	69	64	86
Transmissão	0,18												
Distribuição	0,39												
Encargos Setoriais	0,48												
Tributos (ICMS PIS-COFINS)	8,25												
TOTAL	12,96												

**informações importantes e avisos de vencimento**  
 PREZADO(A) CLIENTE: A SUA CONTA DE LUZ, APÓS O VENCIMENTO, DEVERÁ SER PAGUA, PREFERENCIALMENTE, NAS AGÊNCIAS, CORRESPONDENTES OU CHAMAS ELETRÔNICOS DOS BANCOS SANTANDER, BRANCOBOS OU BANCO DO BRASIL.  
 NÃO FOI POSSÍVEL COLHER LEITURA POR: LEITURA BIMETRAL COME ART 86 RES 414  
 Bandeira Tarifária: VERMELHA  
 Consta desta fatura R\$ 8,25 referente a PIS e COFINS.  
 Sua Renda Per Capita esta incompatível para a Tarifa Baixa Renda. Procure o CRAS se regularize ligue para a Coelce no 080 02850196 e atualize seus dados.

Nº do Cliente: 4063948-7 Referência: Total a Pagar (R\$) Jan/2015  
 Nº da Nota Fiscal: 08/01/2015 Nº de Controle: 12,95  
 371110862 0004063948 00050 39572 00



Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por CAROLINA FREITAS MOREIRA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 03/06/2015 às 14:23, sob o número 01620977720158060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0162097-77.2015.8.06.0001 e código 19BRA47.



PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VIAGEM  
CSAM - CASA DE SAÚDE ADÍLIA MARIA  
Rua São Vicente de Paula Nº 100, Centro  
Tel: (88) 3427-1899 - (88) 3427-1136  
CNPJ: 07.806.680/0001-84

Registro de Atendimento Médico Hospitalar

paciente que ATA Raimundo do Nascimento Santos  
profissão: Carreante, RG: 329030698, residente a  
nº Carabancas, Bairro: "  
foi admitido neste hospital no dia: 21/08/14, às 08:30 h com  
diagnóstico e Pronóstico de "

Diagnóstico: 190 9M, Malária do tipo  
com febre (E), Realizado Rx, Amigda-  
lectomia e Curado.

[Large scribbled area covering the middle section of the form]

Assinado (a) pelo Médico: Dr. Creolombares  
Subscrito (a): Creolombares, recebendo alta  
hospitalar em 21/08/14 ou transferido para o  
21/08/14 a fim de dar continuidade a  
tratamento especializado, de acordo com o Livro de Registro  
21/08/14 Pag. nº 30

Boa Viagem, CE, 23 de Agosto de 2014.

Rozivalda Ferreira de Almeida  
Diretora Geral

Assinável pela CSAM  
Assinatura do Responsável



RELATÓRIO MÉDICO

NOME: Arturino Raimundo do Nascimento

LESÕES: lesão ligamentar (cruzado anterior) e de meniscos joelho esquerdo, sinovite crônica, instabilidade.

TRATAMENTO: tratamento ortopedico momento e imobilização ortopedica + APTD

SEQUELAS: Artrose joelho esquerdo, deformidade, instabilidade em "gareta" anterior, "Apel" positivo. Clavícula estalido e travamento.

BOA VIAGEM - CE 30/09/14

ASSINATURA DO PACIENTE: X

ASSINATURA DO PROFISSIONAL:

[Handwritten Signature]

Jr. José Carlos Martins  
Médico  
CREMEC 6076

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por CAROLINA FREITAS MOREIRA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 03/06/2015 às 14:23, sob o número 01620977720158060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0162097-77.2015.8.06.0001 e código 19BRA47.