

PROCURAÇÃO

João Pereira Freire, brasileiro(a),
 portador(a) do CPF 010.664.013-57, RG n.
2003030008960, SSP-CE, residente e domiciliado na
R. Ulisses de Holanda, n. 1041, Bairro Aldeota
Tracema /CE, CEP 62.980-000, pelo presente instrumento
 de procuração, nomeia e constitui seus bastantes procuradores,
VIVIANE CHAVES DOS SANTOS, brasileira, advogada, inscrita na
 OAB-CE no. 9.880, **RAFAEL SOUTO ATAIDE GOMES**, brasileiro,
 advogado, inscrito na OAB-CE no. 21.725, todos com escritório
 profissional situado à Rua Vicente Linhares, 1085, salas 10, 11 e 12,
 Aldeota - Fortaleza/CE, fone: (085) 3261.9980, ea quem confere amplos
 poderes para o fôro em geral, com a cláusula ad-judicia, em qualquer
 juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as
 ações competentes e defender nas contrárias, seguindo umas e outras,
 até final decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os,
 conferindo-lhes ainda poderes especiais para confessar, desistir,
 renunciar direitos, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber e
 dar quitação, receber alvará de levantamento de depósito judicial, pedir
 desistência, propor execução, habilitar crédito, ação ordinária,
 procedimento sumaríssimo, embargos, agravos, pedir desistência de
 ação judicial, representando ainda o(s) outorgante(s), agindo em
 conjunto ou separadamente, podendo ainda substabelecer esta a
 outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, dando tudo por bom
 firme e valioso.

_____/CE, ____ de ____ de ____

X João Pereira Freire
 CPF 010.664.013-57
 X João Pereira Freire

DECLARAÇÃO DE POBREZA

Eu, João Pereira Lins,
brasileiro(a), _____, portador(a) do RG
2003030008960, inscrito(a) no CPF sob o nº
030.664.033-57, **DECLARO**, nos termos da Lei nº 7.115,
de 29 de agosto de 1983 e, para os devidos fins, de que sou
pobre na acepção jurídica do termo, não dispondo de
condições econômicas para custear as despesas judiciais,
sem sacrifício do sustento meu e de minha família.

Por ser a expressão da verdade, assumindo
inteira responsabilidade pelas declarações acima sob as
penas da lei, assino a presente declaração para que produza
seus efeitos legais.

_____/CE, ____ de _____ de 2015.

 X João Pereira Lins

BRASIL

Acesso à Informação - Barra GovBr



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 050.778.473-12

Nome da Pessoa Física: FRANCISCO MARCELO PEREIRA COSTA

Data de Nascimento: 03/05/1998

Situação Cadastral: REGULAR

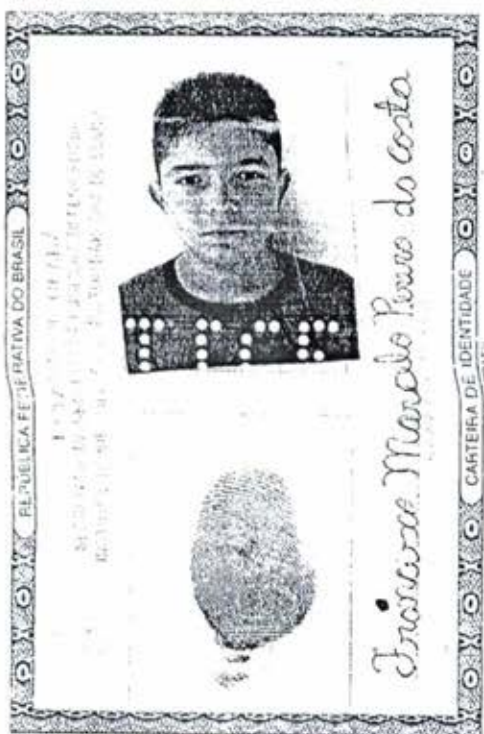
Data da Inscrição: 16/10/2008

Digito Verificador: 00

Comprovante emitido às: 15:14:47 do dia 23/11/2015 (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: 9809.8383.7964.17CE

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço www.receita.fazenda.gov.br.
(<http://www.receita.fazenda.gov.br/Aplicacoes/ATCTA/cpf/CPFautentic.asp>)



[illegible]

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES		DETRAN - CE CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO		Nº 010078640285	
PLA		CON - PESSOAS		EXERCÍCIO	
01 274104385		0000000000		2012	
MARCOS ANTONIO PEREIRA DA COSTA		2009		2009	
JAGUARIBARA/CE		2009		2009	
01657337308		9C2JC41109R057595		2009	
PLACA		PLACA		PLACA	
01657337308		9C2JC41109R057595		2009	
PLACA		PLACA		PLACA	
01657337308		9C2JC41109R057595		2009	
PLACA		PLACA		PLACA	
01657337308		9C2JC41109R057595		2009	
PLACA		PLACA		PLACA	
01657337308		9C2JC41109R057595		2009	
PLACA		PLACA		PLACA	
01657337308		9C2JC41109R057595		2009	
PLACA		PLACA		PLACA	
01657337308		9C2JC41109R057595		2009	
PLACA		PLACA		PLACA	
01657337308		9C2JC41109R057595		2009	
PLACA		PLACA		PLACA	
01657337308		9C2JC41109R057595		2009	
PLACA		PLACA		PLACA	
01657337308		9C2JC41109R057595		2009	
PLACA		PLACA		PLACA	
01657337308		9C2JC41109R057595		2009	
PLACA		PLACA		PLACA	
01657337308		9C2JC41109R057595		2009	
PLACA		PLACA		PLACA	
01657337308		9C2JC41109R057595		2009	
PLACA		PLACA		PLACA	
01657337308		9C2JC41109R057595		2009	
PLACA		PLACA		PLACA	
01657337308		9C2JC41109R057595		2009	
PLACA		PLACA		PLACA	
01657337308		9C2JC41109R057595		2009	
PLACA		PLACA		PLACA	
01657337308		9C2JC41109R057595		2009	
PLACA		PLACA		PLACA	
01657337308		9C2JC41109R057595		2009	
PLACA		PLACA		PLACA	
01657337308		9C2JC41109R057595		2009	
PLACA		PLACA		PLACA	
01657337308		9C2JC41109R057595		2009	
PLACA		PLACA		PLACA	
01657337308		9C2JC41109R057595		2009	
PLACA		PLACA		PLACA	
01657337308		9C2JC41109R057595		2009	
PLACA		PLACA		PLACA	
01657337308		9C2JC41109R057595		2009	
PLACA		PLACA		PLACA	
01657337308		9C2JC41109R057595		2009	
PLACA		PLACA		PLACA	
01657337308		9C2JC41109R057595		2009	
PLACA		PLACA			



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE JAGUARIBE(16ª REGIÃO)
UNIDADE POLICIAL DE JAGUARETAMA-CE



BOLETIM DE OCORRÊNCIAS
B.O. Nº 485-119/2014

DADOS DA OCORRÊNCIA

NATUREZA DO FATO: **ACIDENTE DE TRANSITO**
 DATA/HORA DA COMUNICAÇÃO: **08H00MIN**
 DATA/HORA DA OCORRÊNCIA: **01/01/2014**
 ENDEREÇO DA OCORRÊNCIA: **SITIO CARAUBAS**

DADOS DA VÍTIMA

NOME: **FRANCISCO MARCELO PEREIRA COSTA**
 RG: **2009010314436 SSP-CE** CPF: **050.778.473-12**
 DATA DE NASCIMENTO: **03/05/1998**
 FILIAÇÃO: **FRANCISCO PEREIRA FREIRE E MARIA VERONICA COSTA PEREIRA**
 ENDEREÇO: **R. WLISSES DE HOLANDA CAMPELO, 1041.HOLANDINO**
 TELEFONE: PONTO DE REFERÊNCIA: **próximo A CRECHE FONTE DO SABER**

DADOS DA NOTICIANTE

NOME: **FRANCISCO PEREIRA FREIRE**
 RG: **2003030008960- SSP-CE** CPF: **010.664.013-57** DATA DE NASCIMENTO: **08/06/1959**
 FILIAÇÃO: **JOSE PEREIRA DA SILVA E FRANCISCA JOSINA FREIRE**
 ENDEREÇO: **R. WLISSES DE HOLANDA CAMPELO, 1041.HOLANDINO**
 TELEFONE: PONTO DE REFERÊNCIA: **próximo A CRECHE FONTE DO SABER**

HISTÓRICO

O ora noticiante compareceu nesta delegacia para informar que: É pae do ora vítima e que em dia, hora e local supracitados, envolveu-se em acidente de trânsito do tipo queda; QUE enquanto guiava a motocicleta HONDA CG/ 125 KS, NUX 7608 JAGUARIBARA- CE, 2009/2009, PRETA, 9C2JC41109R057596, em nome de MARCOS ANTONIO PEREIRA DA COSTA, com seu filho na garupa, momento em que perdeu o controle da moto chegando a colidir contra uma barreira, pois a estrada é carroçal; QUE MARCELO foi atendido no hospital local com fraturas no joelho esquerdo; QUE até a presente data não foi feita nenhuma cirurgia no joelho de MARCELO. QUE o ora noticiante apesar de estar na moto apresentou apenas ferimentos leves não sendo nada grave. QUE podem servir de testemunhas do fato ora narrado as pessoas de nomes: MARIA CELEUMA PEREIRA DA SILVA E DAMIANA LUCIANA DOS SANTOS, ambas residentes na rua WLISSES DE HOLANDA CAMPELO.HOLANDINO.IRACEMA-CE. Nada mais disse.

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: _____

MATRÍCULA: _____

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: _____

VISTO DO DELEGADO(A): _____





ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE IRACEMA
HOSPITAL E MATERNIDADE MARIA ROQUE DE MACEDO

SAME - Serviço de Atendimento Médico e Estatístico

SINAIS VITAIS				
Hora	21:15			
P. A.				
Tempo				
Peso				
Estat.				

FICHA DE ATENDIMENTO AO PACIENTE EXTERNO DE EMERGÊNCIA

CAD:	Data: 01/01/14,	Registro:
Paciente: Sr. Marcelo Pereira da Costa		
Nome da Mãe: M ^{re} Veronica Costa Pereira		
Idade: 15a	Sexo: M	Data de Nascimento: 03/05/98
RG:		Tel. p/ Contato:
Endereço: Rua: Eliseu de B. Campelo		
Bairro:	Cidade: Iracema	Estado: CE
CEP: 62980-000		

ITEM	PROCEDIMENTO	ITEM	CID-10	TIPO DE ATENDIMENTO
01		01		Clínica Médica
02		02		Clínica Pediátrica
03		03		
04		04		
05		05		

História Clínica:

Doença de Urticária e prurido leve com febre e - PP crônico

Diagnóstico:

EXAMES SOLICITADOS

1)	2)
2)	3)

Assinatura e Carimbo do Profissional Responsável:

[Assinatura]

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIOS	OBSERVAÇÃO	ASSINATURA
01/01/14	Beliz 120-000		TA 21:15	
	- Dep 1.5 cc			

DESTINO DO PACIENTE:

() Alta (X) Transferência () Óbito

Motivo do Óbito:

Assinatura do Paciente ou Responsável:



Estado do Ceará
PREFEITURA MUNICIPAL DE IRACEMA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Hospital e Maternidade Maria Roque de Macedo

OCORRÊNCIA MÉDICA DE FREQUÊNCIA PEQUENAS CIRURGIAS

NOME DO PACIENTE: JCO Marcelo Pereira do Costa

RESIDÊNCIA: Eliseu de B. Campelo IDADE: 15 anos SEXO: M

PROFISSÃO: Estudante RESP.: _____

DESCRIÇÃO DO ATO MÉDICO: _____

Reabente sendo de modo a
ferimento facio com o qual E -
ap cirurgia

EM: 01 / 01 / 2014

ASS. DO RESPONSÁVEL



FLÁVIA RAFAELA MAGALHÃES
 Perito Cinesiológico-Funcional
 CPF: 064.223.524-41
 (84) 9972-5272 | 8822-7878
 CREFITO: 184431-F

**Laudo Funcional para fins de verificação e
 quantificação das lesões em vítimas do Seguro DPVAT**

Nome da Vítima: Francisco Manoel Pereira Costa
 CPF: 050.773.473-12
 Data do acidente: 01/01/2014

Perícia realizada por profissional devidamente capacitado e regulamentado de acordo com as Resoluções nº41 de 18 de junho de 2009 e nº 381 de 03 de novembro de 2010.

DOCUMENTO CONFIDENCIAL, DE CIRCULAÇÃO RESTRITA, REGIDA POR SIGILO

Resultado da Avaliação do Perito Examinador

1. Há lesão cuja etiologia (origem causal) seja exclusivamente decorrente de acidente pessoal com veículo automotor de via terrestre?

☒ Sim () Não () Prejudicado

Em caso de assinalar resposta como "não" ou "prejudicado" apresentar justificativas:

Paciente em alta definitiva

2. Com base no quadro clínico atual da Vítima, favor registrar:

a) Qual região corporal se encontra acometida. Caso haja mais de uma, informar:

membrão influido esquerdo

b) As alterações (disfunções) presentes no patrimônio físico da Vítima, que sejam evolutivas e temporalmente compatíveis com o quadro documentado no primeiro atendimento médico hospitalar, considerando-se as medidas terapêuticas tomadas na fase aguda do trauma.

Carte - contusão com pelvis esquerda
com tratamento e suturado

CID: C810

3. Há indicação da Vítima ainda ter que realizar algum tratamento, incluindo medidas de reabilitação e/ou exames complementares para fins de diagnóstico ou de controle terapêutico?

a) Tratamentos: ☒ Não () Sim.

Em caso afirmativo, descreva as condutas terapêuticas e/ou de reabilitação:

b) Exames Complementares: ☒ Não () Sim.

Em caso afirmativo, descreva os exames complementares prescritos e seus prazos:

4. Com base no exame cinesiológico-funcional se pode afirmar que o quadro cursa com:

a) () Disfunções apenas temporárias. Neste caso informar a data de cessação da disfunção ou um prazo médio compatível, previsto para uma reavaliação.

- a) ☒ Dano anômico e/ou funcional definitivo (sequelas). Em caso de dano anômico e/ou funcional definitivo informar as limitações físicas irreparáveis e definitivas presentes no patrimônio físico da Vitima.

*do exame, -peleito (representa di-
minuição de força e movimento
da articulação do pé direito esquerdo.*

CID: *Y85 0 T 93*

5. Segundo o previsto na Lei 11.945/09 favor promover a quantificação da(s) lesão (ões) permanente(s) que não seja(m) mais susceptível(is) a tratamento que sejam geradora(s) de dano(s) anômico(s) e/ou funcional(is) definitivo(s), especificando, segundo o Anexo da Lei 11.945/09, o(s) segmento(s) corporal(is) acometido(s) e ainda segundo o previsto no instrumento legal, firmar a sua graduação.

- a) Com base no exame clínico se pode documentar:

() Total (Dano anômico ou funcional permanente que comprometa a íntegra do patrimônio físico e/ou mental da Vitima).

☒ Parcial (Dano anômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas parte do patrimônio físico e/ou mental da Vitima).

- b) Em se tratando de enquadramento como "parcial" informar se o dano é "completo" ou "incompleto":

☒ Parcial Completo (Dano anômico e/ou funcional permanente que comprometa de forma global algum segmento corporal da Vitima).

() Parcial Incompleto (Dano anômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas em parte a um (ou mais de um) segmento corporal da Vitima).

Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009, correlacionar as graduações percentuais então compatíveis aos danos apurados, respectivamente a cada segmento corporal acometido, apurando de modo global ou setorial.

Lesão:

Marque o percentual:

1ª Lesão:

membrão inferior esquerdo
Marque o percentual: () 10% residual () 25% leve (☒ 50% médio () 75% grave

2ª Lesão:

Marque o percentual: () 10% residual () 25% leve () 50% médio () 75% grave

3ª Lesão:

Marque o percentual: () 10% residual () 25% leve () 50% médio () 75% grave

4ª Lesão:

Marque o percentual: () 10% residual () 25% leve () 50% médio () 75% grave

[Assinatura]
Dra. Flávia Rafaela Magalhães
PERITO FUNCIONAL
CREFITO: 184431
Flávia Rafaela Dantas de Sales Magalhães
Perito responsável
CREFITO: 184431-F