

PROCURAÇÃO**OUTORGANTE:**

Nome: <u>FRANCISCO MAGALHÃES DE SOUZA</u>		Nacionalidade: <u>BRASILEIRA</u>
Estado Civil: <u>SOLTEIRO</u>	Profissão: <u>AGRICULTOR</u>	Carteira de Identidade: <u>2007977686-9</u>
CPF nº: <u>04809072347</u>	Residência: <u>ANTONIO PESSOA DE CARVALHO Nº 188</u>	
Bairro: <u>PATÚ</u>	Cidade: <u>SENADOR POMPEU</u>	Estado: <u>CE</u> CEP: <u>63600-000</u>

OUTORGADO:

RAFAEL DE SOUSA REZENDE MONTI, brasileiro, solteiro, advogado, devidamente inscrito na OAB/CE sob o nº 18.044, portador do RG nº 8.119.595 SSP/MG e CPF nº 948.672.326-53, com escritório profissional no seguinte endereço: 1) Rua do Rosário, nº 77, sala 604, Ed. Comandante Vital Rolim, Centro – Fortaleza – CEP 60.055-090. Fone / Fax: (85) 3231-6493

PODERES:

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante nomeia e constitui, os outorgados, suas bastantes procuradores, 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 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 pagamento e 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), 30 de DEZEMBRO de 2015.

Francisco Magalhães de Souza
Outorgante

DECLARAÇÃO

Eu, FRANCISCO MAGALHÃES DE SOUSA, brasileiro, SOLTEIRO, AGRICULTOR, portador da Carteira de Identidade/RG nº 2007877686-9 -SSP/CE, e inscrito no CPF/MF sob o nº 04809072347, residente e domiciliado na cidade de SENADOR POMPEU, estado de Ceará, na Rua ANTONIO PESSOA DE CARVALHO, nº 182, SENADOR POMPEU, 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.

Fortaleza (CE), 30 de Dezembro de 2015.

Francisco Magalhães de Sousa
Declarante

DECLARAÇÃO.

Eu, FRANCISCO MAGALHÃES DE SOUZA, brasileiro, SOLTEIRO, ABRIGADOR, RG 20078726869, CPF 04809072347, capaz, residente e domiciliado na rua ANTONIO PESSOA DE CARVALHO, cidade de SENADOR POMPEU /CE, CEP 63.600-000. 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.

Fortaleza (CE), 30 de DEZEMBRO de 2015

Francisco Magalhães de Souza

Declarante.

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2007877686 - 9 DATA DE EXPEDIÇÃO 23/05/2011

NOME FRANCISCO MAGALHÃES DE SOUZA

FILIAÇÃO ANTÔNIO ALVES DE SOUZA

FRANCISCA FRANCINETE DE MAGALHÃES

NATURALIDADE SENADOR POMPEU - CE DATA DE NASCIMENTO 17/02/1978

DOC ORIGEM CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO:1 OFÍCIO TERMO:3263 FOLHA:60

LIVRO:A4 SENADOR POMPEU - CE

RG: ANT: 329385798 P.: 102

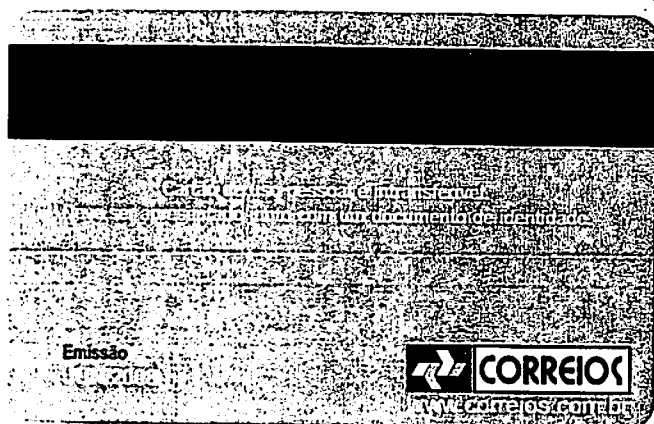
1 VTA ASSINATURA DO DIRETOR LEI Nº 7.112 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

Polegar Direito

Francisco Magalhães de Souza

CARTEIRA DE IDENTIDADE



CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de Inscrição 048.090.723-47

Nome FRANCISCO MAGALHÃES DE SOUZA

Nascimento 17/02/1978



DADOS DO CLIENTE

Nome: **RAFAEL DE SOUSA REZENDE MONTI**
 End. Leitura: **RUA ANTONIO PESSOA CARVALHO, 166, ALTOS, CENTRO**
 Cidade: **SELIMNOR, MONTI** CEP: **63600-000**
 End. Entrega:
 Cidade:
 Local: **001** Setor: **001** Quadra: **0016** Lote: **0259** Comp: **0002**
 Subsetor: **00** Subquadra: **00**

ECONOMIAS

Residencial: **001** Comercial: **000** Industrial: **000** Pública: **000**

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volumem ³	Média Semestral (m ³)
001	0117701500	120	127	7	7

DATAS

Leitura Atual: **10/09/2015** Emissão: **10/09/2015** Leitura Água: **93-11375**
 Leitura Anterior: **10/09/2015** Próxima Leitura: **10/09/2015** Leitura Esgoto:

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 09/2015

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
023	023	023	010	023	023
025	025	025	010	025	025
021	021	021	010	025	025

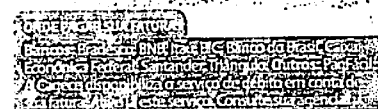
MESSAGENS/INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CARO CLIENTE, ENCONTRAM-SE QUITADAS AS FATURAS DE SUA TITULARIDADE, PARA ESTA UNIDADE/CONSUMIDORA, VENCIDAS EM 2014, CONFORME A LEI N. 12.007/2009. ESTA DECLARAÇÃO SUBSTITUI OUTRAS QUITAÇÕES DO PERÍODO. AGRADECEMOS SUA PONTUALIDADE. ÁGUA TRATADA E SAUDE.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME																																				
001	16,20	<table> <tr> <th>Mês/Ano</th><th>Água (m³)</th><th>Esgoto (m³)</th></tr> <tr><td>MAI/14</td><td>8</td><td>0</td></tr> <tr><td>SET/14</td><td>7</td><td>0</td></tr> <tr><td>OUT/14</td><td>12</td><td>0</td></tr> <tr><td>NOV/14</td><td>10</td><td>0</td></tr> <tr><td>DEZ/14</td><td>9</td><td>0</td></tr> <tr><td>JAN/15</td><td>9</td><td>0</td></tr> <tr><td>FEB/15</td><td>8</td><td>0</td></tr> <tr><td>MAR/15</td><td>8</td><td>0</td></tr> <tr><td>ABR/15</td><td>8</td><td>0</td></tr> <tr><td>MAY/15</td><td>8</td><td>0</td></tr> <tr><td>JUN/15</td><td>6</td><td>0</td></tr> </table>	Mês/Ano	Água (m ³)	Esgoto (m ³)	MAI/14	8	0	SET/14	7	0	OUT/14	12	0	NOV/14	10	0	DEZ/14	9	0	JAN/15	9	0	FEB/15	8	0	MAR/15	8	0	ABR/15	8	0	MAY/15	8	0	JUN/15	6	0
Mês/Ano	Água (m ³)	Esgoto (m ³)																																				
MAI/14	8	0																																				
SET/14	7	0																																				
OUT/14	12	0																																				
NOV/14	10	0																																				
DEZ/14	9	0																																				
JAN/15	9	0																																				
FEB/15	8	0																																				
MAR/15	8	0																																				
ABR/15	8	0																																				
MAY/15	8	0																																				
JUN/15	6	0																																				

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO		VALOR (R\$)	
Descrição	Valor (R\$)	Descrição	Valor (R\$)
PIS	0,15	VALOR DO SERVIÇO	26,70
COFINS	0,77	VALOR DO SUBSÍDIO	10,50
		VALOR TOTAL A PAGAR	16,20

MÊS/ANO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
09/2015	04/09/2015	16,20



É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme resoluções das Agências Reguladoras.

Maiores informações pelo telefone: 0800 275 0195, nas lojas de atendimento, de 8h às 17h, no site www.cagece.com.br ou na Ouvidoria Cagece: 3101.1918, de 8h às 12h e 13h às 17h. Ouvidoria estadual: 155. Site da ARCE: www.arce.ce.gov.br

Entidades Reguladoras: Fortaleza: ACFOR - Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental: 0300 235 1919 - Demais Localidades: ARCE - Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará: 0300 275 3333.

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por RAFAEL DE SOUSA REZENDE MONTI e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 22/02/2016 às 11:43, sob o número 01139603020168060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0113960-30.2016.8.06.0001 e código 1F664B6.



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

fls. 17

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 551 - 2039 / 2015

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **23/10/2015 15:01:51**
Data / Hora da Ocorrência : **20/09/2015 20:34:00**
Endereço da Ocorrência: **SIT CATOLÉ**

ZONA RURAL SENADOR POMPEU /CE

Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

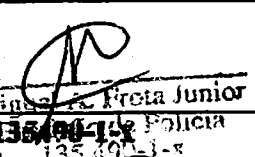
Nome: **FRANCISCO MAGALHÃES DE SOUSA**
Nascimento : **17/02/1978**
RG: **20078776869** Órgão Emissor: **SSP/DS** UF: **CE** - CPF: **04809072347**
Filiação: **ANTONIO ALVES DE SOUZA**
FRANCISCA FRANCINETE DE MAGALHÃES
Endereço: **R ANTONIO PESSOA DE CARVALHO 188**
PATÚ 63600000
SENADOR POMPEU CE BRASIL Telefone: **88999049822**

Histórico

Compareceu em cartório desta Delegacia de Polícia Civil, a pessoa acima qualificada, afirmando o seguinte: Que na data, hora e local, acima mencionados, o (a) declarante sofreu um acidente de trânsito quando trafegava conduzindo a motocicleta HONDA/POP 100, ano de fabricação/modelo 2014/2014 cor AZUL, placa PMG-4669 Senador Pompeu CE, chassi 9C2HB0210FR431065 licenciada em nome de Francisca Claudete de Oliveira; Afirma o (a) declarante perdeu o controle do referido veículo momento em que o pneu secou, vindo o mesmo cair ao solo; Que o (a) declarante informa que foi para o hospital de Senador Pompeu/CE; Que em consequência do acidente o (a) declarante afirma que sofreu o que se encontra descrito na documentação médica em anexo; Afirma ainda o (a) declarante que não foi socorrido (a) por nenhum órgão de atendimento de emergência tipo: Samu, Corpo de Bombeiros e Anjos do Asfalto; Que o (u) declarante procurou esta delegacia para lavrar o presente BO, e foi identificado que as informações prestadas neste Boletim de Ocorrência são de sua inteira responsabilidade; Que está ciente de no caso das informações inseridas neste procedimento forem falsas, responderá pelo crime de falsidade ideológica de acordo com o artigo 299 do Código Penal Brasileiro. E nada mais disse.

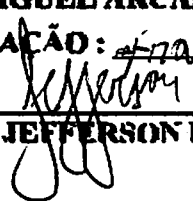
DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE SENADOR POMPEU

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

MIGUEL ARCANJO FROTA JÚNIOR - MAT.: 135400148  Polícia

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO :

VISTO DO DELEGADO(A) :

 **JEFFERSON LOPES CUSTODIO - MAT.: 404548-1-0**

FICHA DE OCORRÊNCIA

Documento de Identificação

RG: 2007877686-9

D.N. 17/02/79



MATERNIDADE E HOSPITAL
SANTA ISABEL
Rua Joaquim F. de Magalhães, 957
Fone: 86 9971 3132
SENADOR POMPEU-CEARÁ

Nome do Paciente

Francisco Magalhães de Sousa

Profissão

Agricultor

Idade

37a

Cor

Pd

Sexo

M

Estado Civil

Solteiro

Naturalidade

S. Pompeu

Nac.

B

Residência

Rua Antonio Pessoa Nº 188 - Pati

Pai

Antonio Alves de Sousa

Mãe

Francisca Francisca de Magalhães

Responsável

O Paciente chegou ao hospital

Telefone:

☐ Andando☐ Regular☐ De Automóvel☐ Passando Mal☐ Ambulância☐ Comatoso☐ Aparentemente bem☐ Com Hemorragia

Atendimento

SUS

Data

20/09/15

Hora

20:34

☐ Acidente de Trabalho

Local

Queixa principal e Resumo da Queixa Atual

paciente refere ter sido vítima de acidente
automobilístico / ocorrido em estrada
D. E. A. trouxe em tombo D. E. A.
edema
apresenta dor de cabeça.

DADOS CLÍNICOS

DIAGNÓSTICO

PRESSÃO ARTERIAL

PULSO

TEMPERATURA

PESO

120

80

36,6

36,6

estresse?

TRATAMENTO:

Rx de tombo D. E. A.
de cabeça com 20/09/15

DESTINO DADO AO PACIENTE

☒ Residência☐ Internado☐ Em Observação☐ Transferido☐ Encaminhado ao Ambulatório☐ Óbito às _____ horas após chegada A.U.E.☐ Óbito sem tratamento

Assinatura do Paciente ou Responsável

Ante Edna M. de Souza

CONFERE COM ORIGINAL
26/10/2015
RESPONSÁVEL - SAME
M.H.S.
CNPJ 07.802.697/0002-44

Medicação Administrada por:

Exames Complementares

Diagnóstico Definitivo

Ass. do Médico

Dr. Ismael José Cavalcante do Amaral
Médico CRM/GE 12445



Prefeitura Municipal de Senador Pompeu
Secretaria de Saúde e Saneamento

Senador Pompeu



REQUISIÇÃO DE EXAMES

Nome: F. Magalhães Leite Idade: _____

Endereço: _____ PSF: _____

Impressão Diagnóstica: Salvo?

<u>Ra do leucopel D AP.</u>

Data: 20,09,15

Dr. Isaac José Cavalcante do Amara:
 Médico CRM/CE 12445

Solicitante

VÍTIMA FRANCISCO MAGALHAES DE SOUSA

COBERTURA Invalidez

SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO Investprev Seguradora S/A

BENEFICIÁRIO FRANCISCO MAGALHAES DE SOUSA

CPF/CNPJ: 04809072347

Posição em 26-01-2016 09:17:47

Pagamento creditado conforme dados bancários informados na autorização de pagamento assinada pelo beneficiário.

Data do Pagamento	Valor da Indenizacao	Juros e Correção	Valor Total
12/01/2016	R\$ 337,50	R\$ 0,00	R\$ 337,50

Acessibilidade



[Tradução em Libras](#)

[Leitura de Páginas](#)

[Atalhos de teclado](#)

[Acessibilidade](#)

[Como dar entrada](#)

- [Como dar entrada - Dicas importantes](#)
- [Documentos despesas médicas](#)
- [Documentos invalidez permanente](#)
- [Documentos morte](#)
- [Onde dar entrada](#)
- [Dicas indispensáveis](#)

[Pague seguro](#)

- [Como pagar](#)
- [Consulta a pagamentos efetuados](#)
- [Informações gerais](#)

[Acompanhe o Processo](#)

- [Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização.](#)
- [Mapa do Site](#)
- [Dicionário do DPVAT](#)
- [Imprensa](#)
- [Outros serviços](#)
- [Blog Viver Seguro no Trânsito](#)



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **048.090.723-47**

Nome da Pessoa Física: **FRANCISCO MAGALHAES DE SOUZA**

Data de Nascimento: **17/02/1978**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **12/05/2008**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **11:42:49** do dia **22/02/2016** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **57C7.3C5A.7AEE.7994**

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.

Este documento não substitui o ["Comprovante de Inscrição no CPF"](#).

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)