

# PROCURAÇÃO AD JUDICIAL ET EXTRA

|                                        |                                                 |                                           |                          |
|----------------------------------------|-------------------------------------------------|-------------------------------------------|--------------------------|
| Nome<br><b>Jose Gonçalves Ferreira</b> |                                                 | Nacionalidade:<br><b>Brasileiro</b>       |                          |
| Estado Civil:<br><b>Solteiro</b>       | Profissão:<br><b>Agricultor</b>                 | Carteira de Identidade:<br><b>933.676</b> |                          |
| CPF nº:<br><b>248.996.662-68</b>       | Residência:<br><b>ST Jappa da Pedra, nº 228</b> |                                           |                          |
| Bairro:<br><b>Distrito Antônia</b>     | Cidade:<br><b>Aracati</b>                       | Estado:<br><b>CE</b>                      | CEP:<br><b>63540-000</b> |

por este instrumento nomeio e constituo meu bastante procurador o **DR. RODOLFO BENTO DA ROCHA**, brasileiro, solteiro, advogado, portador do RG nº 2024114 SSP/PI e CPF nº 013.970.053-60, devidamente inscrito na OAB/CE sob o nº 23.237 e o **DR. FABRIZIO NEGREIROS DE AZEVEDO**, brasileiro, solteiro, Bacharel em Direito, portador do RG de nº 97028055953 SSP/CE e CPF nº 010.324.993-11, ambos com escritório profissional no seguinte endereço: Av. Santos Dumont, nº 1740 sala 812 Aldeota - Fortaleza/CE - CEP 60.150-160, onde recebe intimações a quem concede poderes com cláusula **AD JUDICIA** e **EXTRA JUDICIA** para o foro em geral, conforme estabelecido no art.38 do Código de Processo Civil pátrio acompanhando-as e especialmente para onde esta se apresentar para defender os direitos do outorgante em qualquer ação em que o mesmo seja autor ou réu, ou reclamar, defender direitos, podendo interpor todos os recursos permitidos, até final sentença, fazer e assinar requerimentos, apresentar documentos e testemunhas, produzir provas e justificações, transigir, desistir, firmar compromissos, acordo, renunciar direitos, receber e dar quitação, passar recibos, representar a outorgante em instituições públicas e privadas, bem como repartições públicas, seja Federal, Estadual ou Municipal, autarquias e fundações, podendo, ainda representar a outorgante e licitações, adjudicar bens, assinar contratos, homologar acordos, e tudo o mais, inclusive substabelecer a presente procuração com ou sem reservas de poderes, dando tudo por bom, firme e valioso.

*Aracati - CE 08/08/14*  
 x **Jose Gonçalves Ferreira**

OUTORGANTE



## DECLARAÇÃO

|                                        |                                                  |                                            |                          |
|----------------------------------------|--------------------------------------------------|--------------------------------------------|--------------------------|
| Nome<br><u>Jose Goncalves Ferreira</u> |                                                  | Nacionalidade:<br><u>Brasileiro</u>        |                          |
| Estado Civil:<br><u>Solteiro</u>       | Profissão:<br><u>Agricultor</u>                  | Carteira de Identidade:<br><u>933.676.</u> |                          |
| CPF nº:<br><u>248.996.662-68</u>       | Residência:<br><u>ST. Lagoa da Pedra, nº 228</u> |                                            |                          |
| Bairro:<br><u>Distrito Anotama</u>     | Cidade:<br><u>Limoeiro</u>                       | Estado:<br><u>CE</u>                       | CEP:<br><u>63140-000</u> |

Em Conformidade com o Art. 4º da Lei 1.060 de 05/02/1950 e o Art. 5º, LXXIV da constituição Federal, DECLARO SER POBRE DA FORMA DA LEI, não podendo arcar com taxas, emolumentos, depósitos judiciais, custas, honorários advocatícios ou outras cobranças de qualquer tipo ou natureza sem prejuízo de meu sustento e de minha família.

Por ser expressão de verdade, Firmo a Presente.

Limoeiro (CE), 08 de Agosto de 2014

Jose Goncalves Ferreira

## TERMO DE RESPONSABILIDADE

|                                      |                                                 |                                     |                          |
|--------------------------------------|-------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| Nome<br><u>José Gonçalo Ferreira</u> |                                                 | Nacionalidade:<br><u>Brasileiro</u> |                          |
| Estado Civil:<br><u>solteiro</u>     | Profissão:<br><u>Agricultor</u>                 | Carteira de Identidade:             |                          |
| CPF nº:<br><u>298.996.662-62</u>     | Residência:<br><u>ST Lagoa da Pedra, nº 228</u> |                                     |                          |
| Bairro:                              | Cidade:<br><u>Aracaré</u>                       | Estado:<br><u>CE</u>                | CEP:<br><u>63140-000</u> |

declaro que resido no endereço acima citado e que os dados pessoais e demais documentos e informações fornecidos para o processo de validade na via administrativa bem como para propositura de Ação Judicial em desfavor da Seguradora Líder ou qualquer outra Seguradora que faça parte do convênio DPVAT é de minha total responsabilidade.

Aracaré (CE) 08 de Agosto de 2014

X Manoel Gonçalves Ferreira

**DETALHES DO PROCESSO**

|                  |                                |                |                              |
|------------------|--------------------------------|----------------|------------------------------|
| Número Sinistro: | <b>2014/494327</b>             | Garantia:      | <b>02 - Ipa /Invalidez</b>   |
| Categoria:       | <b>09 - Moto / Motocicleta</b> |                |                              |
| Data Sinistro:   | <b>04/03/2014</b>              | Data Recepção: | <b>19/03/2014</b>            |
| Seguradora:      | <b>MBM - Seguradora</b>        | Angariador:    | <b>Seguros CeA - Camapum</b> |
| Preparador:      | <b>Atendimento (Apolo)</b>     |                |                              |
| Analista:        | <b>Flavia Baptista</b>         |                |                              |
| Situação:        | <b>Pago</b>                    |                |                              |
| Filial:          | <b>MBM Serviços de Seguros</b> |                |                              |
| Data Rateio:     | <b>08/08/2014</b>              |                |                              |

**DATAS DE ENVIO**

|               |                   |          |            |
|---------------|-------------------|----------|------------|
| Data de Envio | <b>24/06/2014</b> | Nº Carta | <b>827</b> |
|---------------|-------------------|----------|------------|

**VÍTIMAS**

|           |                                                |        |
|-----------|------------------------------------------------|--------|
| Vítima    | <b>Jose Goncalves Ferreira</b>                 | Estado |
| Endereço: | <b>ST LAGOA DA PEDRA,228 - - ASSARE - CE -</b> |        |
| Cep:      |                                                |        |
| Telefone  |                                                |        |

**DOCUMENTOS**

|                     |                                                       |               |                   |
|---------------------|-------------------------------------------------------|---------------|-------------------|
| Descrição           | <b>- NUMERO DE CONTA DA VITIMA ( 2ª SOLICITACAO )</b> |               |                   |
| Data da Solicitação | <b>11/04/2014</b>                                     | Data Recepção | <b>24/06/2014</b> |
| Descrição           | <b>- BOLETIM DE OCORRENCIA</b>                        |               |                   |
| Data da Solicitação | <b>25/03/2014</b>                                     | Data Recepção | <b>11/04/2014</b> |

**BENEFICIÁRIOS / PAGAMENTOS**

|                   |                        |                   |                       |
|-------------------|------------------------|-------------------|-----------------------|
| Beneficiário      | <b>O MESMO</b>         |                   |                       |
| CPF/CNPJ          | <b>29899666262</b>     |                   |                       |
| Data Rateio       | <b>00/00/0000</b>      | Data Pagamento    | <b>00/00/0000</b>     |
| Agência           | <b>1020-0</b>          | Conta Corrente    | <b>22857-5</b>        |
| Banco             | <b>Banco do Brasil</b> | Tipo Conta        | <b>Conta Corrente</b> |
| Valor Indenização | <b>2.362,50</b>        | Valor Nota Fiscal | <b>0,00</b>           |
| Valor Reanalise   | <b>0,00</b>            | Valor Nota Fiscal | <b>0,00</b>           |
| Valor Reanalise 2 | <b>0,00</b>            | Valor Nota Fiscal | <b>0,00</b>           |
| Valor Reanalise 3 | <b>0,00</b>            | Valor Nota Fiscal | <b>0,00</b>           |
| Valor Pleiteado   | <b>13.500,00</b>       | Data Pagamento    | <b>08/08/2014</b>     |
| Diferença         | <b>11.137,50</b>       | Data Pagamento    | <b>00/00/0000</b>     |
|                   |                        | Data Pagamento 2  | <b>00/00/0000</b>     |
|                   |                        | Data Pagamento 3  | <b>00/00/0000</b>     |



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 417 - 356 / 2014

*Dados da Ocorrência*

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO  
Data / Hora da Comunicação: 01/04/2014 11:41:54  
Data / Hora da Ocorrência : 04/03/2014 13:00:00  
Endereço da Ocorrência: SIT LIMÃO  
NÃO INFORMADO ASSARE / CE  
Ponto de Referência:

*Dados da(s) Vítima(s)*

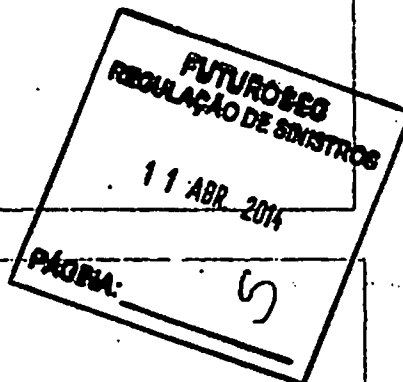
Nome: JOSÉ GONÇALVES FERREIRA  
Nascimento : 16/08/1955  
RG: 933676 Órgão Emissor: SPSP UF: CE - CPF: 24899666268  
Filiação: ABEI. JOSÉ GONÇALVES  
ANTONIA FERREIRA GONÇALVES  
Endereço: SIT LAGOA DA PEDRA

ASSARE CE BRASIL

Telefone: 88-94382835

*Dados do(s) Veículo(s)*

TIPO: MOTOCICLETA MARCA: HONDA/CG 150  
PLACA: NVB6424 MUNICÍPIO / UF: ASSARE / CE  
MODELO/FABRICAÇÃO: 2010/2010 COR: CINZA  
RENAVAM: 227918827 CHASSI: 9CZKC1550AR148125  
SITUAÇÃO: NÃO INFORMADO PROPRIETÁRIO: ANTONIO GOMES DE SOUSA ;  
ENVOLVIMENTO: NORMAL



*Histórico*

ADVERTIDO DAS PENALIDADES IMPOSTAS NO CÓDIGO PENAL BRASILEIRO, DISSE QUE: NADA DATA E HORÁRIO RETROMENCIONADO ESTAVA NA CONDIÇÃO DE PASSAGEIRO NA MOTO DE UM SENHOR CONHECIDO POR ANTENOR E QUE ESTE TRABALHA COMO MOTOTAXISTA; QUE A MOTO TEM A SEGUINTE PLACA: NVB6424; QUE O CHAMOU PARA LEVÁ-LO ATÉ O SÍTIO LIMÃO; QUE ESTAVA NA MOTO COM O SR. ANTENOR EM UMA ESTRADA CARROÇAVEL QUANDO ESTE PERDEU O CONTROLE DA MESMA, VENDO OS DOIS A CAIRIM; QUE FOI SOCORRIDO PELO SENHOR ANTENOR ATÉ O HOSPITAL MUNICIPAL; QUE NÃO SABE INFORMAR SE ELE POSSUI HABILITAÇÃO. NADA MAIS HAVENDO DBU-SE POR ENCERRADO O PRESENTE QUE SEGUIR DEVIDAMENTE ASSINADO.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE ASSARE  
RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: *Francisco Roberto Gonçalves Teles*

MATRÍCULA: 167973-1-6

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: *João Gonçalves Ferreira*

VISTO DO DELEGADO(A):

MATRÍCULA: 013324-1-4

DELEGACIA MUNICIPAL DE ASSARE

Pág. 1 de 2

Ingresso em: 01/04/2014 11:57

BOLETIM DE OCORRÊNCIA



\*1004026\*



**HOSPITAL MUNICIPAL NOSSA SENHORA DAS DORES**  
**LAUDO MÉDICO - PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS**

fls. 10

|               |                            |                           |                      |            |        |    |
|---------------|----------------------------|---------------------------|----------------------|------------|--------|----|
| Nome:         | José Gonçalves Ferreira    |                           | Data de Nascimento:  | 16.05.58   | Idade: | 58 |
| Filiação:     | Mãe:                       | Antônia Fêmeina Gonçalves |                      |            |        |    |
|               | Pai:                       | Abel José Gonçalves       |                      |            |        |    |
| Endereço:     | St. Lagoa da Pedra         |                           | Profissão:           | Agricultor |        |    |
| Estado Civil: | Sexo:                      | RG:                       | CPF:                 |            |        |    |
| Solteiro      | M                          |                           |                      |            |        |    |
| Cartão SUS:   | Médico Assistente:         |                           | Data do Atendimento: |            |        |    |
|               | Dra Eliandra               |                           | 04.03.14             |            |        |    |
| HDA:          | Tratamento ambulatorial em |                           | PA: 90x160           |            |        |    |

**Exame Físico:**

Dr: Tratamento ambulatorial em

**Procedimento Conduta:**

Diagnóstico 75uy e PA em 15/06  
Instituição

Dra Eliandra S. Aguiar  
Médica  
CREMEC - 900

Carimbo e Assinatura Médico

Carimbo do Paciente ou Responsável

**FUTUROSEG**  
**REGULAÇÃO DE SINISTROS**

20 MAR. 2014

PÁGINA:

9

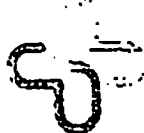
5:00 Percebi a entrada na unidade  
 consciente, orientado, duplamente, diambolando  
 relatando dor no braço. Após avaliação  
 de mob. Realizado RX, onde foi  
 diagnosticado fratura de tibia distal  
 do Rádio. Pac. P.M. encaminhado  
 para o hospital São Ramundo, após  
 imobilização.

Deana Rosilene T. Afonso  
 Enfermeira  
 COREN-CE 508.525

*[Assinatura]*

DOCUMENTAÇÃO MÉDICA HOSPITALAR

\*10046



HOSPITAL  
**São Raimundo**  
FUNDAÇÃO LEANDRO BEZERRA

RECEITUÁRIO

Nome: JOSE (CONCALVES) FERNANDA.

*Deu entrada Medica  
relato para os devidos fins  
em - presente apresentado. Apresenta  
uma dor artroalgica, manifestada de  
100 (cem e vinte) dias de após término  
de suas atividades laborais, a contar  
desta data.*

*Crato - CE*

Jean Lucena  
ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA  
CRM-CE 1501 CRMPE 21520

*61015-525*

Data: 23, 03, 2014

|                                                                                                        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>FUTUROSEG</b><br/><b>REGULAÇÃO DE SINISTROS</b></p> <p>25 MAR. 2014</p> <p>PÁGINA: <u>17</u></p> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Apresentar favor trazer este receituário - Atendemos convênios e particulares  
Av. Teodorico Teles, 99 - CEP: 63.100-160 - Crato - CE | Tel.: (88) 3523.2600

Cópia impressa em 23/03/2014 às 11:49, sob o número 01341184320158060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 01341184-43.2015.8.06.0001 e código 17980A3.

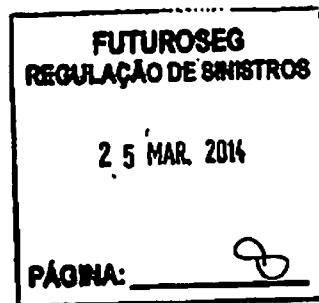


HOSPITAL  
**São Raimundo**  
FUNDAÇÃO LEANDRO BEZERRA

**RECEITUÁRIO**

Nome: Leandro Bezerra FERNANDES

113 Gra  
o Trauma King de  
uma de p. R. Q. de



Jean Lucena  
ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA  
CRUCE 1503 CRATO 1532

Data: 20.03.14

Para retornar favor trazer este receituário

Atendemos convênios e particulares

Av. Teodorico Teles, 99 - CEP: 63.100-160 - Crato - CE | Tél.: (88) 3523.2600

1532 - Crato

Oficial Prática Clínica - 1853 3573 336 - Crato - CE





**Ministério da Fazenda**  
**Secretaria da Receita Federal do Brasil**

**Comprovante de Situação Cadastral no CPF**

Nº do CPF: 248.996.662-68

Nome da Pessoa Física: JOSE GONCALVES FERREIRA

Situação Cadastral: REGULAR

Digito Verificador: 00

Comprovante emitido às: **13:08:22** do dia **24/06/2014** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **6526.85B3.D3AB.9473**

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).

Aprovado pela IN/RFB nº 1.042, de 10/06/2010.

