



DANIEL FARIAS PORTO
ADVOGADOS ASSOCIADOS

PROCURAÇÃO
"AD JUDICIA ET EXTRA"

OUTORGANTE: Rafael da Silva Sousa

RG: 20071355264 SSP ce

CPF: 04763162354

Nacionalidade: Brasileira

Estado Civil: Solteiro

Profissão: Autônomo

Residente e domiciliado: Rua Jose Gomes nº 416 - Mongibev

Cidade: Pacatuba Estado: ce CEP: 61800000

Tel: _____

OUTORGADO: DR. DANIEL FARIAS PORTO, brasileiro, casado, advogado, OAB-CE nº 20334, e Dra. ALESSANDRA ERIKA MAIA BARROS, solteira, advogada, OAB - CE nº 21113, com escritório na cidade de Fortaleza-Ce, Rua Pereira Filgueiras, 181, Centro, CEP 60160-150 Fone: (85)30478110.

Pelo presente instrumento particular de **PROCURAÇÃO**, o outorgante nomeia e constitui seu bastante procurador o outorgado, para o fim especial de agir judicialmente em ação de seu interesse, a fim de defender seus direitos perante qualquer Juízo, instância ou Tribunal, repartição pública, autarquia ou entidade paraestatal, propondo ou respondendo ação judicial de DPVAT, em que o outorgado figure em qualquer dos pólos, podendo responder, receber e levantar alvará judicial, guia de retirada, reclamar, conciliar, desistir, transigir, fazer acordo, recorrer, receber quitação, confessar, requerer inventário ou arrolamento, firmar compromissos, prestar declarações, receber citação, bem como substabelecer a presente, com ou sem reservas de poderes, se assim convier, praticando todos os atos necessários ao satisfatório desempenho deste mandato dando tudo por firme e valioso.

Fortaleza, 06 de fevereiro de 2018

x Rafael da Silva Sousa
OUTORGANTE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO WILTON BARBOSA DE SOUSA

Potetez Direito

Rafael da Silva Sousa

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VAL DA EM TDO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO CIVIL 2007135526 - 4 DATA DE EMISSÃO 06/06/2008

IDENTIFICADO: RAFAEL DA SILVA SOUSA

FRANCISCO LOPES DE SOUSA
MARIA SALETE GALDINO DA SILVA

NATURALIDADE: PORTALEZA - CE DATA DE NASCIMENTO: 04/11/1990

DECLARAÇÃO: CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: NONGUBA TERMO: 2017 FOLHA: 16 LIVRO: 11 ESTATUA - CE

Francisco Lopes de Sousa

ASSINATURA DO OFICIAL

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas
Número de Inscrição

037.631.623-57

Nome

RAFAEL DA SILVA SOUSA

Nascimento

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Pela _____ presente, _____ o _____ (a)
Sra(a) Rafael da Silva Sousa
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 o **Dr. DANIEL FARIAS PORTO - OAB/CE 20.334** de qualquer responsabilidade civil e/ ou criminal.

Fortaleza-Ce 06 de Fevereiro 2018.

Rafael da Silva Sousa

DECLARANTE

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

NOME: Rapael da Silva SousaCPF: 04763162357ESTADO CIVIL: solteiroPROFISSÃO: autônomo

Declaro para os devidos fins que sua atual condição econômica não permite demandar em juízo sem prejuízo do seu sustento próprio e da sua família, pelo que pede os benefícios da justiça gratuita previstos na **Carta Constitucional de 1988**, e mais precisamente, com fulcro no artigo 191, caput da **Lei 1.060/50** (estabelece normas para a concessão da assistência judiciária aos necessitados), consorciado com o artigo 1º da **Lei 7.115** de 29 de agosto de 1983, indicando para o patrocínio de minha causa o advogado em **PROCURAÇÃO**.

Fortaleza - Ce 10 de Setembro de 2018Rapael da Silva Sousa

DECLARANTE

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Rafael da Silva Sousa,
portador (a) do RG nº 20071355264, inscrito(a) no CPF sob o nº
04763162357, DECLARO para os devidos fins de comprovação de
residência, sob as penas da Lei (art. 2º da Lei 7.115/83), que sou residente e
domiciliado

Rua por Comes nº 416
BAIRRO Manguba, CEP 61800000, na cidade
de Recatuba -, Estado-CE.

Declaro ainda, estar ciente de que declaração falsa pode implicar na sanção penal
prevista no art. 299 do Código Penal, *in verbis*:

fontoura, 16 de fevereiro de 2018.

x Rafael da Silva Sousa
DECLARANTE



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DO 24. DISTRITO POLICIAL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 124 - 1425 / 2015

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO
Data / Hora da Comunicação: 12/08/2015 09:11:33
Data / Hora da Ocorrência : 09/06/2015 08:00:00
Endereço da Ocorrência: AV XV

JERREISSATI III PACATUBA /CE

Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: RAFAEL DA SILVA SOUSA
Nascimento : 04/11/1990
RG: 20071355264 Órgão Emissor: SSP UF: CE - CPF: 04763162357
Filiação: FRANCISCO LOPES DE SOUSA
MARIA SALETE GALDINO DA SILVA
Endereço: R JOSE GOMES DE OLIVEIRA 428
MONGUBA
PACATUBA CE BRASIL Telefone:

Histórico

O DECLARANTE COMPARECEU A ESTA DELEGACIA DE POLÍCIA, SUBMETENDO-SE AS PENAS DO ART. 299, QUE PREVÊ QUE OMITIR, EM DOCUMENTO PÚBLICO OU PARTICULAR, DECLARAÇÃO QUE DELE DEVIA CONSTAR, OU NELE INSERIR OU FAZER INSERIR DECLARAÇÃO FALSA OU DIVERSA DA QUE DEVIA SER ESCRITA, COM O FIM DE PREJUDICAR DIREITO, CRIAR OBRIGAÇÃO OU ALTERAR A VERDADE SOBRE FATO JURIDICAMENTE RELEVANTE, CONSTITUI CRIME PUNÍVEL COM PENA PRIVATIVA DE LIBERDADE. Diante disto declara que, na data e hora mencionados estava na garupa da motocicleta Modelo: HONDA/NXR150 BROS FSD, Número Chassi: 9C2KD0540DR144198, Placa: ORU4414, Cor: PRETA, Proprietária: MARIA VERONICA NERES DA SILVA; QUE declara que foi surpreendido por um trator que realizou uma manobra inadequada, tentou desviar do mesmo, mas acabou colidindo no trator, vindo a cair ao solo; QUE declara que não foi socorrido por SAMU, Ambulância, Corpo de Bombeiros, ou qualquer órgão semelhante e que não foi acionado perito da Polícia Rodoviária; QUE declara que foi socorrido pelo Sr. Jonathan de Melo Silva, CPF 057.999.223-36, residente na Av. XV, casa 6, Jerreissati II, Pacatuba/CE e pelo Sr. Breno Moreira de Lima, CPF 617.587.023-97, residente na Rua Pedro de Sá Roriz, casa 1468, Monguba, Pacatuba/CE para o Hospital Municipal de Pacatuba; QUE declara que sofreu fratura em tíbia lado direito. QUE NADA MAIS DISSE. /////

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 24. DISTRITO POLICIAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

JOSE GLEIDSON PEREIRA RAMOS - MAT.: 300051-1-2

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO : *Rafael da Silva Sousa*

VISTO DO DELEGADO(A) :

GEORGE MARQUES MALAQUIAS - MAT.: 133831-1-1



PREFEITURA MUNICIPAL DE PACATUBA
SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO
HOSPITAL MUNICIPAL DE PACATUBA

Rua Major Cícero Franklin Nº 34 - Centro - Pacatuba

Serviço de Pronto Atendimento - SPA

Ficha Nº

20

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Responsável:

[Signature]

Nome: *Rafael da Silva Sousa*

Responsável:

Endereço:

R. José Gomes de Oliveira
Nº 15 Manguba

Documento:

Sexo: () Masculino () Feminino

Data de nascimento:

4/11/90

Idade: *24a*

Data atendimento: *17/6/15*

Hora da chegada:

8:45

Tel. Contato:

989681542

Motivo Consulta:

SINAIS VITAIS

Temperatura:

PA:

120 x 80

mmHg

DX: mg/dl

Peso:

Anamnese:

DA(Doença Atual):

EF(Exame Físico):

HD(Hipótese Diagnóstica):

Pac com fratura de fêmur direito
com fratura fechada, com hematoma
na região da coxa, com dor
com fratura infectada e com
doença infecciosa de urgência
traumatológica, na Abemp

Conduta Médica:

1-

2-

3-

4-

5-

6-

Tratamento

Apracamento:

[Signature]

SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO
FICHA DE REFERÊNCIA

1. Preencher esta ficha em 3 vias.
2. Ao terminar a consulta ou tratamento, entregar 2 vias ao usuário, orientando-o para retornar com a 1ª via a unidade de origem.

Unidade de Origem: _____

Distrito Sanitário: _____ Município: _____

Nome: _____ Prontuário Nº: _____

Sexo: M ☐ F ☐ Data de nascimento: ____/____/____ Ocupação: _____

Endereço: _____ Bairro: _____ Tel: _____

RG: _____ CPF: _____

Filiação
Pai: _____

Mãe: _____

Motivo do Encaminhamento: _____

Resultado de Exames: _____

Conduta já realizada: _____

Impressão Diagnóstica: _____

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

Função

Data

Hora

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: Ambulatorial ☐ Hospitalar ☐ Auxílio Diagnóstico ☐

Procedimento: _____ Profissional: _____

Unidade de Referência: _____ Data: ____/____/____ Hora: _____

FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA(*)

Unidade de Referência: _____

Município: _____ Prontuário Nº: _____ Alta: ____/____/____

Resumo Clínico/Cirúrgico: _____

Resultado de Exames: _____

Diagnóstico Principal: _____ CID: _____

Secundário 1: _____ CID: _____

Secundário 2: _____ CID: _____

Proposta de Conduta para Seguimento: _____

O problema justificou a referência? Sim ☐ Não ☐ O motivo da referência coincide com o diagnóstico? Sim ☐ Não ☐



FILIADA A FEDERAÇÃO DAS MISERICÓRDIAS E ENTIDADES FILANTRÓPICAS DO CEARÁ

João
Rafael da Silva

Ru.

① 3i-professores
1 comp. v. de
12/12 horas.

SART: da
Vol. 1
23/06/2015
7 horas

09/06/2015
[Signature]
José Facundo Neto
Traumato - Ortopedista
CRM 4384

Rua João conrado, 363 - Pajuçara - Maracanaú/Ceará - Fones: (85) 3215.3133 / 3215.3134
TELE PARTO em todo Maracanaú 0800.2822800
CNPJ: 06.578.611/0001-06 CNSS: 23002.005898/85-51



PREFEITURA MUNICIPAL DE PACATUBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO

HOSPITAL MUNICIPAL DE PACATUBA

Rua Major Cícero Franklin Nº 34 - Centro - Pacatuba

Serviço de Pronto Atendimento - SPA

Ficha Nº 23

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Responsável: Felipe Araújo

Nome: RAFAEL DA SILVA SOUSA.

Responsável:

Endereço: RUA: JOSE GOMES DE OLIVEIRA 428
MONGUBA

Documento:

Sexo: (X) Masculino () Feminino Data de nascimento: 4/11/90

Idade: 24a

Data atendimento: 9/6/2015

Hora da chegada: 8:28:HS

Tel. Contato:

85 56 79 37

Motivo Consulta:

SINAIS VITAIS

Temperatura:

PA: 140 x 80 mmHg

DX: mg/dl

Peso:

P = 90bpm
Satur O2 = 98% um

Anamnese:

DA(Doença Atual):

EF(Exame Físico):

HD(Hipótese Diagnóstica):

pac. vítima de acidente com
motocicleta com lesão
traumática em pelvis e
+ lesão contusiva da coxa
lesão irregular

Conduta Médica:

1-

2-

3-

4-

5-

6-

1- Rx Torção D
2- leve, o abrimp
3- Dipirona 2ml
4- AN - 18ml
09.00

Aprazamento:

Dr. Gustavo A. Carvalho
MÉDICO

[illegible]

SINISTRO 3150880719 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA RAFAEL DA SILVA SOUSA
COBERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO COMPREV
SEGURADORA S/A
BENEFICIÁRIO RAFAEL DA SILVA SOUSA
CPF/CNPJ: 04763162357

Posição em 16-02-2018 10:06:58
Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento na conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
18/11/2015	R\$ 4.725,00	R\$ 0,00	R\$ 4.725,00