

DADOS CLIENTE
TELÉFONE

fls. 8

ESTADO CIVIL
PROFISSÃO

Interpretor:

idart & Lima
Advogados Associados

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

Nome:	Cleilson Bruno Ribeiro Amorim		Data Nasc:	21/07/1989	
Estado Civil:	Solteiro	Profissão:	Promotor Vendas	Nacionalidade:	Brasileira
RG:	04935834224	CPF:	039 820183 82	Telefone:	86749808
Endereço:	Rua Maria Julia nº 229 Bom Jardim.				
Cidade:	Fortaleza.			CEP:	

OUTORGADOS: RAFAEL ESTEVES STUDART, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/CE de nº 22.655, DIEGO LIMA DE FARIAS, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/CE de nº 22.985 e FÁBIO MONTEIRO ARRAIS MEDEIROS, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/CE de nº 23.738, todos com escritório profissional na Rua Paula Rodrigues, nº 260, sala 13 – Bairro de Fátima, Fortaleza/CE, cep: 60.411-270, fone: (85) 3032-8932.

PODERES: Concede amplos poderes com os da cláusula "AD JUDICIA" para o foro em geral, para ajuizamento de medida judicial aplicável para cobrar a diferença do Seguro DPVAT, acompanhando-a em todos os seus termos até o final, agravar ou apelar de qualquer despacho ou sentença, fazer e assinar requerimentos e os documentos necessários, produzir provas e justificações, transigir, acordar, desistir, renunciar ao direito em que se funda a ação, receber e dar quitação, finalmente tudo mais fazer, para o completo desempenho deste mandato, inclusive substabelecer, com ou sem reserva de iguais poderes.

DECLARAÇÃO: O (a) outorgante declara que não tem condições de arcar com as custas processuais sem prejuízo do sustento próprio e da família, necessitando, portanto, dos benefícios da justiça gratuita, nos termos da Lei 1.060/50.

Fortaleza (CE), 08 de julho de 2014.

CLEILSON BRUNO RIBEIRO AMORIM
OUTORGANTE

DECLARAÇÃO

Eu, Cleilson Bruno Ribeiro Amorim, Brasileiro (a),
Solteiro, portador (a) de Identidade nº 049358834224 (SSP/CE), e
CPF nº 03982018382, capaz, nesta oportunidade, DECLARO que resido no seguinte
endereço: Rua Maria Julia n 229
Bom Jardim, Cidade: Fortaleza
Estado: Ceará, 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, 08 de Julho de 20 14.

CLEILSON BRUNO RIBEIRO AMORIM
DECLARANTE

Obs.: Em breve você estará recebendo o seu Cartão magnético de Poupança.

0800 726 0101 0800-726 2492 0800-725 7474

Reclamações, sugestões e elogios.	Atendimento a pessoas com deficiência auditiva ou de fala.	Ouvidoria
--------------------------------------	--	-----------

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS PESSOAS DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO FUNDAÇÃO NACIONAL DE REABILITACAO			
NOME CLEILSON BRUNO RIBEIRO AMORIM			
		DOCUMENTO / CRO-EMISSOR UF 2006010296476 SSP CE	
		CPF 039.820.183-82	DATA NASCIMENTO 21/07/1989
FILIAÇÃO CLAUDIO LEANDRO AMORIM			
ANA CLAUDIA RIBEIRO AMORIM			
PESSOAS ☐		ACC ☐	CATHA ☐
Nº REGISTRO 04935834224		VALIDADE 19/07/2018	1ª HABITAÇÃO 05/05/2010
OBSERVAÇÕES EXERCE ATIV REMUNERADA;			
CLEILSON BRUNO RIBEIRO AMORIM			
LOCAL FORTALEZA, CE		DATA EMISSÃO 26/08/2013	
MOON VASCOELOS MONTE		18704914201	
ASSINATURA DO EMISSOR		CE136808425	



**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DO 32. DISTRITO POLICIAL**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 132 - 3805 / 2014

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **26/05/2014 10:56:38**
Data / Hora da Ocorrência : **29/04/2014 07:00:00**
Endereço da Ocorrência: **R RODOVIA CE 020**

NI FORTALEZA /CE

Ponto de Referência: **VIADUTO DA RODOVIA BR 116**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **CLEISON BRUNO RIBEIRO AMORIM**
Nascimento : **21/07/1989**
RG: **2006010296476** Órgão Emissor: **SSP UF: CE - CPF:**
Filiação: **CLAUDIO LEANDRO AMORIM**
ANA CLAUDIA RIBEIRO AMORIM
Endereço: **R MARIA JULIA 229**
BOM JARDIM
FORTALEZA CE BRASIL Telefone:

Histórico

Depois de advertido (a) que omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversas de que devia ser escrita com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante, constitui crime.

AFIRMA O DECLARANTE QUE NA DATA E LOCAL ACIMA CITADO VINHA TRAFEGANDO NA MOTOCICLETA HONDA XR-250 TORNADO - PLACA HWP-0212-CE, COR AZUL, ANO 2001/2002, LICENCIADO EM NOME DE JOSE RUI BARROS DA SILVA, OCASIÃO EM QUE PERDEU O CONTROLE DA MOTO, APÓS UM VEÍCULO DE PLACAS NÃO ANOTADAS COLIDIR NA MOTO EM QUE GUIAVA E AO CAIR SOFREU LESÃO NO PÉ ESQUERDO; QUE FOI SOCORRIDA PARA O HOSPITAL UPA DO CONJUNTO CEARÁ. NADA MAIS DISSE.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 32. DISTRITO POLICIAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

ANTÔNIO ERIVANDO RIBEIRO GUEDES - MAT. 15533714

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO : CLEISON BRUNO RIBEIRO AMORIM

VISTO DO DELEGADO(A) :

RUDSON DE OLIVEIRA ROCHA - MAT.: 167746-1-8

SINISTRO 2014419625 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA CLEILSON BRUNO RIBEIRO AMORIM****COBERTURA Invalidez****SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO ARUANA SEGUROS S/A****REGULADORA ALAVES Serviços Técnicos Ltda-Filial Fortaleza-CE****BENEFICIÁRIO CLEILSON BRUNO RIBEIRO AMORIM****CPF/CNPJ: 03982018382****Posição em 08-07-2014 10:23:06**

Indenização creditada em 27/06/2014, no valor de R\$ 1.687,50, em banco e conta de titularidade do beneficiário, conforme autorização de pagamento assinado pelo mesmo.

Data do Pagamento	Valor da Indenizacao	Juros e Correção	Valor Total
27/06/2014	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Cleison Bruno Ribeiro Amorim,RG nº 2006030296476 data de expedição 1/1/, Órgão _____,CPF nº 039.820.18382, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Ru= MARIA JULIA</u>
Número	<u>00229</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Bom Jardim</u>
Cidade	<u>Fortaleza</u>
Estado	<u>Ceara</u>
CEP	
Telefone de Contato	<u>(85) 86799594-32457445</u>
E-mail	<u>OPCAODPVAT@Gmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: _____

Assinatura do Declarante: X CLEISON BRUNO RIBEIRO AMORIM

INSTITUTO DE SAÚDE E GESTÃO HOSPITALAR - ISGH
UPA - UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE

UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde

Fortaleza, 13 de MAIO de 2014.

DECLARAÇÃO

Venho, por meio deste, informar que a paciente **CLEISON BRUNO RIBEIRO AMORIM**, RG Nº 2006010296476 – SSP CE, compareceu a Unidade de Pronto Atendimento 24h do Conjunto Ceará no dia **29 de abril de 2014** para atendimento médico nesta unidade. Paciente foi atendido pelo médico Dr. Ebersson de Alcantara Cruz. Paciente referiu queda de moto, evoluindo com edema e lesão inflamatória em pé esquerdo. Foi realizada analgesia intramuscular. Paciente recebeu alta hospitalar.

Atenciosamente,

ISGH-Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar
Patricia Maria Miranda Gadelha
Coordenadora Médica-CRM/CE:12301
UPA-Conjunto Ceará

Patricia M. M. Gadelha
PATRICIA MARIA MIRANDA GADELHA
Coordenadora Médica
UPA- Conjunto Ceará

Rua 860, S/N, Conjunto Ceará- CEP 60.000-000- Fortaleza-CE- Telefone (85) 3294-9447

Unidade mantida com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais.

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por DIEGO LIMA DE FARIAS e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 23/07/2014 às 15:23, sob o número 08755788320148060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0875578-03.2014.8.06.0001 e código 1395B5B.

A

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A.

DECLARAÇÃO

Eu, Cleison Bruno Ribeiro Amorim importador da carteira de
identidade nº 2006010296476 e inscrito no CPF sob o nº 03982018382

Residente e domiciliado na Ru = MARIA JULIA 00229 Bom Jardim

Cidade: Fortaleza, Estado Ceará, declaro, sob as penas da lei, que estou
impossibilitado de apresentar; PRONTUÁRIO COMPLETO INCLUÍDO PROCEDIMENTO
CIRÚRGICO, realizado no Hospital _____ Data de Entrada: / /

Data de Saída: / / .

Localizado em; Fortaleza - Ceará

O hospital se nega a disponibilizar a Xerox do PRONTUÁRIO COMPLETO ONDE INFORMA
TODOS OS PROCEDIMENTOS CIRURGICO REALIZADOS.

Por esse motivo venho através desta comunicar e solicitar e requerer indenização do Seguro
Dpvat (Lei nº 6.194/74)

Com o objetivo de permitir o andamento do meu pedido de indenização do Seguro Dpvat, para
a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via
terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha
documentação enviada.

Concordando desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT
para a correta avaliação da existência e aferição do grau, ou lesões para os fins do art. 3º da Lei
nº 6.194/74.

CLEISON BRUNO RIBEIRO AMORIM

Assinatura do Declarante

Local e Data