

Fábio Monteiro
Advocacia

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

Nome: <i>Francisco Fabio de Vasconcelos</i>	Data Nasc: <i>02/06/87</i>	
Estado Civil:	Profissão:	Nacionalidade: <i>brasileiro</i>
RG: <i>2004010151684</i>	CPF: <i>044.262.733 58</i>	Telefone:
Endereço: <i>Av. Sto Vicente de Paulo 729</i>		
Cidade: <i>Canoinha</i>	CEP: <i>61652 140</i>	

OUTORGADOS: FÁBIO MONTEIRO ARRAIS MEDEIROS, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/CE de nº 23.738, com escritório profissional na Rua Visconde de Barbacena, nº 413, sala 42, Bairro: Cidade dos Funcionários, Fortaleza/CE, CEP: 60.822-488, Fone: (85) 9992-0059 / (85) 8839-8483.

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, endossar**, desistir, renunciar ao direito em que se funda a ação, receber e dar quitação a pagamentos, **receber e fazer levantamentos de alvarás**, 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 benefício da justiça gratuita, nos termos da Lei 1.060/50.

Fortaleza (CE), 25 de Abri de 20__.

Francisco Fabio Vasconcelos
OUTORGANTE

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
 Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
044.262.733-58

Nome
FRANCISCO FABIO DE VASCONCELOS

Nascimento
26/06/1987

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE
10DD0.215E.3AFB.D0F5

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço **www.receita.fazenda.gov.br**

Comprovante emitido pela
 Secretaria da Receita Federal do Brasil
 às 08:04:39 do dia 21/03/2014. (hora e data de Brasília)
 dígito verificador: 00

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

Francisco Fábio Vasconcelos

26/06/1987

CARTeira DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

30/4/2004

26004

FRANCISCO FABIO DE VASCONCELOS

FRANCISCO CLIDINOR VASCONCELOS
 E FRANCISCA RIZOMAR DA COSTA VASCONCELOS

SANTANA DO ACARU-CE

26/8/1987

CERT. Nº 9586 L A-11 F

SANTANA DO ACARU-CE

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Francisco Fabio de Vasconcelos,RG nº 2004010151684, data de expedição 30/04/04, Órgão SSP-CE,CPF nº 044 262 733-58, 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>Av. São Vicente de Paulo</u>
Número	<u>729</u>
Apto / Complemento	<u>A</u>
Bairro	<u>Anatani</u>
Cidade	<u>Conceição</u>
Estado	<u>Ceará</u>
CEP	<u>61652-140</u>
Telefone de Contato	<u>(85) 98533-7885</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Fortaleza - CE 07/11/16Assinatura do Declarante: Francisco Fabio de Vasconcelos

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Francisco Fabio de Vasconcelos, portador da carteira de identidade nº 2004010151684 e inscrito no CPF/MF sob o nº 04426273358 residente e domiciliado na Av. Sto Vicente de Paulo 729 A - Aratu Cidade Caucaia, Estado Ceará, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame 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 sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, 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 da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

X Francisco Fabio de Vasconcelos

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Fortaleza - 07/11/16
Local e data

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA DO 20. DISTRITO POLICIAL

BOLETIM DE Ocorrência Nº 120 - 1942 / 2016**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
 Data / Hora da Comunicação: **04/11/2016 10:08:50**
 Data / Hora da Ocorrência: **29/06/2016 14:30:00**
 Endereço da Ocorrência: **RODOVIA ANEL VIÁRIO**
 Complemento:
 Bairro: **PARQUE JARI** Município: **MARACANAÚ/CE**
 Ponto de Referência: **CEMITÉRIO MEMORIAL FORTALEZA**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **FRANCISCO FÁBIO DE VASCONCELOS**
 Nascimento: **26/06/1987** CPF:
 RG: **2004010151684** Órgão Emissor: **SSPDS** UF:
 Filiação: **FRANCISCA RIZOMAR DA COSTA VASCONCELOS**
FRANCISCO CLIDINOR VASCONCELOS
 Endereço: **RUA TRÊS - CASA 729, TEL: 88867912**
 Bairro: **ARATURI** CEP:
 Município: **CAUCAIA/CE**
 País: **BRASIL** Telefone: **8886-7912**

Histórico

Informa o declarante que em dia, hora e local acima citados trafegava na motocicleta HONDA CBX 250 TWISTER de cor amarelo; ano 2001/02; de placas HWD3964; Renavam n.00758944438; Chassi n. 9C2MC35002R001562, registrado junto ao Detran/Ce em nome de Francisco Jociello de Vasconcelos. Que o noticiante vinha sentido Ceasa quando um pedestre atravessou a via, que colidiu no transeunte vindo a cair, em seguida o declarante foi atropelado por um veículo pick-up, no entanto não sabe informar mais detalhes do acidente pois desmaiou e só acordou no hospital. Que o noticiante foi socorrido pelo SAMU ao Instituto José Frota/Fortaleza onde ficou internado para procedimento cirúrgico. Que no acidente o declarante sofreu trauma de face, fraturas acometendo o selo maxilar esquerdo e fratura da mandíbula esquerda, conforme laudo médico. Que o noticiante diz que o presente boletim é para fins de recebimento de DPVAT, e não tem interesse em representar criminalmente em desfavor do causador do acidente, pois não sabe quem é. E nada mais disse.
 XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 20. DISTRITO POLICIAL**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :****ESCRIVÃO AD HOC - MAT.:****RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:****VISTO DO DELEGADO(A) :****JOSÉ EVILÁSIO COSTA REBOUÇAS - MAT.: 013335-1-8**

Mat. 13335-1-8

SINISTRO 3160716871 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** FRANCISCO FABIO DE VASCONCELOS**COBERTURA** Invalidez**SEGURADORA RECEPTORA DO SINISTRO** INVESTPREV Seguradora S/A-Filial
Fortaleza - CE**BENEFICIÁRIO** FRANCISCO FABIO DE VASCONCELOS**CPF/CNPJ:** 04426273358**Posição em 15-03-2017 11:31:25**

Pagamento creditado ao beneficiário de acordo com os dados informados na
autorização de pagamento.

Data do Pagamento	Valor da Indenizacao	Juros e Correção	Valor Total
11/01/2017	R\$ 4.050,00	R\$ 0,00	R\$ 4.050,00



INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA



Registro de Atendimento Emergencial

Emitido em: 03/11/2016 14:29:32

Por: EDUARDO MOREIRA

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL				DATA/HORA: 29/06/2016 15:42:48	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE					
CNS: 700208999641522	NOME: FRANCISCO FABIO DE VASCONCELOS			Registro: 5452703	
CPF:	RG:	D. NASC: 26/06/1987	ESTADO CIVIL:	SEXO: M	RAÇA/COR: Parda
NOME DA MÃE: FRANCISCA RIZOMAR DA COSTA VASCONCELOS			NOME DO PAI: FRANCISCO CLIDINOR VASCONCELOS		
TIPO DE LOGRADOURO: Avenida	ENDEREÇO DO PACIENTE: SAO VICENTE DE PAULA		Nº: 729	BAIRRO: ARATURI (JUREMA)	
COMPLEMENTO:	TELEFONE CONTATO:	MUNICÍPIO: CAUCAIA	UF: CE	CEP: 61655000	
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL					
NOME: FRANCISCO FABIO DE VASCONCELOS		PARENTESCO:		TELEFONE: 32555000	
ACIDENTE DE TRABALHO					
TIPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:	COSIDO DO CNAER:		
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO					
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motociclista. Colisão com um carro, pick up ou camionete					
QUEIXAS: Vítima ed colisão moto x carro seguido de atropelamento por carro. Eupnéico. Equimose periorbitário E. Lesão em 2ºQE. Sonolento.					
OBSERVAÇÕES: PA: 130x70mmHg Sat: 97%					
SINAIS VITAIS					
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Publica	Escala de Dor: Forte		PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: LARANJA		
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:					
ATENDIMENTO MÉDICO					
Anamnese:					
Exame Físico:					
Conduta:					
SAÚDE DEBILITADA - 15 RAE TIRADA PELO SISTEMA E-SUS DATA 03/11/2016 MATRICULA 13826 SERVIDOR(A)					
TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:					
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:					
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:					
DATA E HORA DO ATENDIMENTO		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:			



**Prefeitura de
Fortaleza**
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

LAUDO MÉDICO

PRONTUÁRIO: 5452703

NOME: FRANCISCO FABIO DE VASCONCELOS

DATA DE NASCIMENTO: 26.06.1987

PAI: FRANCISCO CLIDINOR VASCONCELOS

MÃE: FRANCISCA RIZOMAR DA COSTA VASCONCELOS

DATA DE ATENDIMENTO: 29.06.2016

DATA SAÍDA: 01.07.2016

MOTIVO: O PACIENTE FRANCISCO FABIO DE VASCONCELOS, 29 ANOS, DEU ENTRADA NA EMERGÊNCIA DO IJF, EM 29.06.2016, COM TRAUMA DE FACE, DECORRENTE DE ACIDENTE DE MOTO.

TC DE FACE EVIDENCIOU FRATURAS ACOMETENDO O SEIO MAXILAR ESQUERDO, O ARCO ZIGOMÁTICO E PAREDE LATERAL DA ÓRBITA ESQUERDA. FRATURA DO PROCESSO CORONÓIDE DA MANDÍBULA À ESQUERDA. TC DE CRÂNIO SEM ALTERAÇÕES.

EVOLUIU ACORDADO, CONSCIENTE, GLASGOW 15. PERMANECEU INTERNADO ATÉ O DIA 01.07.2016, QUANDO FOI TRANSFERIDO PARA HOSPITAL DE APOIO E CONTINUAR TRATAMENTO.

LAUDO MÉDICO DIGITADO EM 27.10.2016 (JOÃO ANANIAS/R).

Dr. João Ananias Vasconcelos Neto
MÉDICO
CREMEC 3710

MÉDICO RESPONSÁVEL PELAS INFORMAÇÕES
CONTIDAS NO PRONTUÁRIO/RAE/NUAME-IJF

ASS: PACIENTE OU RESPONSÁVEL