



CAROLINA FREITAS
ADVOCÁCIA

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

Outorgante: <u>Dromo de Holanda Sousa</u>		Data Nasc:
Estado Civil: <u>solteira</u>	Profissão: <u>AUX. FISCAL</u>	Nacionalidade: <u>brasileira</u>
RG: <u>2002009126217</u>	CPF: <u>037.077.933-97</u>	
Endereço: <u>Rua Alagoinha nº 3701</u>		
Cidade: <u>Fortaleza</u>	CEP: <u>60.511-080</u>	

OUTORGADO: CAROLINA FREITAS MOREIRA, brasileira, solteira, advogada, inscrito na OAB/CE nº 23.787, com escritório profissional na Rua Pedro Borges, nº 33, sala 516, Ed. Palácio Progresso, Centro, CEP: 60.055-10, Fortaleza-CE, fone: (85) 3055 9918.

PODERES: Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante nomeia e constitui, a outorgada em sua bastante procuradora, 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, retirar documentos, assinar livros, termos, recibos, dar ou receber quitações, fazer levantamento de valores depositados, 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), 10 de julho de 20 18

Dromo de Holanda Sousa
OUTORGANTE



CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA

DECLARAÇÃO DE POBREZA

Declaro para os devidos fins que eu,
Bruno de Holanda Sousa, residente e
domiciliado na Rua: Alagoinha, nº 3701,
bairro: Pici, na cidade de Fortaleza, portador(a) do
RG nº 2002009126217, inscrito(a) no CPF nº 037.077.933-97
estou impossibilitado(a) de custear despesas judiciais sem prejuízo de meu
próprio sustento e da família não podendo arcar com custas processuais pelo que
declara ser pobre nos termos da lei nº 7.115 de 29 de agosto de 1983, pelo que
assume inteira responsabilidade, requer os benefícios da Justiça Gratuita, com
esteio na lei nº 1060/05.

Fortaleza, 10 de julho de 20 18.

Bruno de Holanda Sousa
DECLARANTE



CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Bruno de Holanda Sousa, brasi
leiro(a), casado, autônomo, portador(a) de cédula
de identidade nº. 2002009126217, inscrito(a) no CPF sob o
nº 037.077.933-97, DECLARO que tenho domicílio e sou
residente na Rua: Alagoinha, nº 3701,
Bairro -, CEP: - /CE, conforme
comprovante de endereço anexo em meu nome.

Fortaleza, 10 de julho 2018.

Bruno de Holanda Sousa

DECLARANTE

TESTEMUNHA:

1. _____

RG Nº:

CPF Nº:

2. _____

RG Nº

CPF Nº



CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Pela _____ presente, _____ o _____ (a)
Sr(a) Bruno de Holanda Sousa Declara para os
devidos fins de direito que tem total e plena consciência da propositura da AÇÃO DE COBRANÇA
DE SEGURO DPVAT em seu nome, e que a demanda judicial tramitará no Estado do Ceará, mais
precisamente na Comarca de Fortaleza, ressaltando, ainda, que até a presente data, não propôs
nenhuma ação judicial contra qualquer seguradora do consórcio de seguro DPVAT, referente aos
fatos narrados e aos documentos ora apresentados.

Outrossim, DECLARA, ainda, estar ciente de sua responsabilidade (civil e criminal)
pelos fatos, informações e documentos apresentados e anexados ao processo judicial de cobrança
de seguro DPVAT, principalmente em caso de falsa declaração com o fim de alterar a licitude
sobre fato juridicamente relevante, exonerando a Dra. CAROLINA FREITAS MOREIRA, OAB/CE
Nº 23.787, de qualquer responsabilidade civil e/ ou criminal.

Fortaleza, 10 de julho 2018

x Bruno de Holanda Sousa

DECLARANTE

TESTEMUNHAS:

1. NOME:

CPF:

ASSINATURA:

2. NOME:

CPF:

ASSINATURA:

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

CE

NOME
BRUNO DE HOLANDA SOUSA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
 2002009126217 SSP CE

CPF
 037.077.933-97

DATA NASCIMENTO
 16/07/1991

FILIAÇÃO
 FRANCISCO VALDENOR DE SOUSA
 FRANCISCA MARIA DE HOLANDA SOUSA

PERMISSÃO
 ACC CAHAB AB

Nº REGISTRO
 05318041994

VALIDADE
 30/08/2022

1ª HABILITAÇÃO
 04/10/2011

OBSERVAÇÕES
 A ;

Bruno de Holanda Sousa
 ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
 FORTALEZA, CE

DATA EMISSÃO
 01/09/2017

Idor Vasconcelos Ponte
 ASSINATURA DO EMISSOR

42720164664
 CE161171389

CEARÁ

PROIBIDO PLASTIFICAR

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1496993814

Nº DO CLIENTE
1093695-5

Para agilizar seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

A Tarifa Social da Energia Elétrica foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002

Companhia Energética do Ceará
Rua Pedro Valdeiros, 150
CEP 06030-040 | Fortaleza CE
CNPJ 0704725/0001-70 | CGC 06.105.848/3



CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº

506966428

Rota 19 01240 25 100200

Data de Emissão 28/12/2017

Nome FRANCISCA MARIA DE HOLANDA SOUSA

End. Postal RU ALAGOAS 01201

PICI FORTALEZA 60511080

Medidor 5239002

Posto 2913 D355

Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASICO

Fator de Potência 0,00

RG / CPF / CNPJ 302167883-15

CGF

Nome do Responsável

DATAS

Mês do Referência	Data da Apresentação	Previsão Próxima Lettura
Dez/2017	28/12/2017	27/01/2018

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
160,42	12,00%	19,25

Mês			Anual		
Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC	1,00	1,00	0,00	0,00	0,00
FIC	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
DMIC	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Ind.	Cons. Fat.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
34431	34216	1,00	215	0,00	-1%	0,74611	160,42
28/12/17	28/11/17		30 DIAS		215		160,42

DESCRIÇÃO

	VALOR (R\$)
VALOR CONSUMO DO MES	160,42
MULTA MORATORIA REF 09/2017	3,19
JUROS DO MES	0,33
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	12,19
DOACAO APAE - TEL 0800-095-0703 12/12	3,00
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 9,94)	

VENCIMENTO

22/01/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

179,13

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	53,31
Transmissão	5,99
Distribuição	36,67
Encargos Setoriais	12,67
Tributos (ICMS PIS/COFINS)...	51,84
TOTAL	160,42

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

205	215	206	224	216	210	191	198	233	198	213	187	180
MED	Dez	Nov	Out	Set	Ago	Jul	Jun	Ma	Abr	Mar	Fev	Jan

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Diminua suas emissões pelo consumo de energia elétrica.



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

fls. 19

RUBRICA

AUTORIDADE POLICIAL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 1169 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Data / Hora da Comunicação: **09/03/2018 14:39:16**

Data / Hora da Ocorrência: **03/02/2018 03:00:00**

Endereço da Ocorrência: **AVENIDA FERNANDES TAVORAS**

Complemento:

Bairro: **PICI**

Município: **FORTALEZA/CE**

Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **BRUNO DE HOLANDA SOUSA**

Nascimento: **16/07/1991** CPF: **037.077.933-97**

CNH: **05318041994**

Orgão Emissor: **DETRAN**

UF: **CE**

Filiação: **FRANCISCA MARIA DE HOLANDA SOUSA**

FRANCISCO VALDENOR DE SOUSA

Endereço: **RUA ALAGOAS, 3701**

Bairro: **PICI**

Município: **FORTALEZA/CE**

País: **BRASIL**

CEP: **60.511-000**

Telefone: **(85) 98522-7860**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **PNB5457** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi:

9C2KD0800FR054523 Renavam: **1061298440** Tipo do Veículo:

MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/NXR160 BROS ESD** Ano

Fabricação: **2015** Ano Modelo: **2015** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**

Cor: **BRANCA** Proprietário: **BRUNO DE HOLANDA SOUSA** Situação:

NÃO INFORMADO Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

QUE, COMPARECE A ESTA ESPECIALIZADA A FIM DE REGISTRAR QUE, NA DATA CITADA, TRANSITAVA PILOTANDO A MOTO DE PLACA PNB-5457 NA AVENIDA FERNANDES TAVORAS QUE AO DESVIAR DE UM BURACO A VITIMA FREOU A MOTO, QUE A MOTO DERRAPOU VINDO A VITIMA PERDER O CONTROLE DA MOTO, CAINDO A VITIMA NO ASFALTO, FICANDO LESIONADA SENDO ENVIADA PARA O HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA - PARANGABA POR MEIOS PRÓPRIOS. E NADA MAIS DISSE.////////// OBS: COMUNICAÇÃO FALSA É CRIME CAPITULADO NO ART.340 DO CPB.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

FRANCISCO DELÂNIO CAMPELO ALMEIDA - MAT.: 404836-16

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Bruno de Holanda Sousa

VISTO DO DELEGADO(A) :

DIANA MÁRCIA NOGUEIRA SURIMÁ - MAT.: 012875-16



REFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
 HOSPITAL DIST: TAL MARIA JOSE BARROSO DE OLIVEIRA PARANGABA

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

NOME DO PACIENTE
BRUNO DE HOLANDA SOUS.

CADUS

NOME MAE
FRANCISCA MARIA DE HOLANDA SOUSA
 ENDEREÇO
RUA ALAGOAS 3701 PICI
 CONTATO
98784 4028 (Francisco)

LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/ADMISSÃO DO PACIENTE

DADOS PESSOAIS

NASCIMENTO
16/07/1991(26 ANOS)
 SEXO
M
 RAÇA/COR
PARDO
 Nº DO PRONTUÁRIO
207954
 Nº DO BE
196693
 MUNICÍPIO
FORTALEZA
 UF
CE
 CEP
60.511-080

OCORRÊNCIA

QUEIXA
PACIENTE RELATA QUEDA DE MOTO, ALCOOLIZADO, APRESENTA ESCORIAÇÕES NO ABDOME LADO ESQUERDO E PÉ DIREITO.

SINTOMAS
NI

MOTIVO
AValiação TRAUMATOLÓGICA

PESO
NI KG
 TEMPERATURA
NI °C
 CLASSIFICAÇÃO
VR

PRESSÃO ARTERIAL
NI/NI
 ALERGIAS
DIPIRONA

SINAIS VITAIS

SAT O2
NI%

ESCALA DE DOR
99 (ADULTO)

DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO
**03/02/2018
 05:00:27**

RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO
JOSE GLEYSON PEREIRA MOURA

REA ATENDIMENTO

ÁREA DE ATENDIMENTO
TRAUMATOLOGIA

ANAMNESE

ATENDIMENTO MÉDICO

1. paciente, 26 anos masculino, no per. qual de motocicleta, referindo dor no punho E e escoriações

DIAGNÓSTICO
fratura do punho E
 SÓDIO SOLICITADO
☐ HC ☐ SU ☐ US ☐ ABDOMINAL ☐ TC CRANIO ☐ RAIO-X ☐ OUTROS

MÉDICAMENTO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

*DRx da mão E
 DRx do pé E
 3 Rx do fêmur*

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÕES

ALTA/SAÍDA
☐ DECISÃO MÉDICA ☐ A FÉDIDO ☐ EVASÃO ☐ TRANSFE
 DESTINO DO CORPO: ☐ FAMILIA ☐ IML ☐ ANAT. PATOL

PO DE ALTA/SAÍDA

ÊNCIA ☐ INTERNAÇÃO ÓBITO: ☐ ATÉ 48 HORAS ☐ APÓS 48 HORAS

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA

Impresso por JOSE GLEYSON PEREIRA MOURA em 03/02/2018 às 05:00:31
 Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo a responsabilidade.

todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 299 do Código Penal.

BRUNO DE HOLANDA SOUSA

HOSPITAL DISTRITAL N.º JOSE BARROSO DE OLIVEIRA
 ATESTO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL

Emanuelle Monteiro
 Mat. 763

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por CAROLINA FREITAS MOREIRA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 11/07/2018 às 10:01, sob o número 01463785020188060001. Para conferir o original, acesse o site http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0146378-50.2018.8.06.0001 e código 3973470.



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DR. NANA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA
PRONTUÁRIO DE FORTALEZA
Av. Odeão de Paula nº 1327 - Parangaba - CEP 04.730-260 - Fortaleza-Ce
Telefone (85) 3235-1211 - Fax: 3235/7319

REGISTRO DE EMERGÊNCIA

Prontuário N.º: 025232 85 21

Paciente: Bruxedo Holanda Souza
 Data da Operação: 05/03/18 Enfermaria: _____ Leito: _____
 Operador: Dr. Paulo César Barros Machado 1º Auxiliar: _____
 2º Auxiliar: _____ 3º Auxiliar: _____
 Instrumentador: _____ Anestesista: Dr. Thiago Victor
 Tipo de Anestesia: Bloqueio pleuro-ligamentar + sedação
 Diagnóstico Pré-operatório: Fístula - hérnia MeH e por E
 Tipo de Operação: _____
 Diagnóstico Pós-operatório: _____
 Relatório Imediata Patologista: _____
 Ex. e Radiológico no ato: _____
 Acidente durante a operação: _____
 Cirurgia: ☐ Contaminada ☐ Infectada

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de acesso - Tática e Técnica Ligaduras Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos Visceis

- 1- Aprox 10 cm de fístula e 1 cm de hérnia MeH e por E
- 2- Redução e fixação de fístula - hérnia MeH e por E com fio vicryl 4,5
- 3- Na bula
- 4- Sutura e selo fístula

ATTESTO QUE Cópia CONFERE COM ORIGINAL

Paulo César Barros Machado
Médico - Ortopedista
CRM 4977

Emanuelle Monteiro

MAR 2018

PRESCRIÇÃO MÉDICA / RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

SAME - Serviço de Arquivamento Médico e Estatístico

ATENÇÃO: Toda informação registrada deverá vir seguida, obrigatoriamente, da assinatura e carimbo do profissional responsável pela informação.

RI 06/07

NOME:	Idade:	ENF.:	LEITO:	Nº. PRONTUÁRIO:
Guine de Holanda Souza	26	B	107	107954

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA / ASSINATURA	HISTÓRICO DE APLICAÇÃO DOS MEDICAMENTOS	RESERVAÇÃO	RECEBEMOS (Assinatura)
02/12/19	Just. Just Vigilância 663 Preferido 01/01/2019 em 12/12 Diprenem Sin <i>[Assinatura]</i> <i>[Assinatura]</i>		At 08:00 pt realizou Rx de controle, segue aos cuidados da Enfermagem At 09:55 pt baixa de Alta hospitalar acompanhado por familiares	Sheyla dos Santos GORENCE 001.182.97 Sheyla da S. Lopes GORENCE 001.182.97

Atendimento: 231577

Paciente..... BRUNO DE HOLANDA SOUSA

Solicitante.... Dr.(a) JOÃO QUINTINO JÚNIOR

Data..... 10/03/2018

Exame..... 347314 LAUDO RX MÃO OU QUIRODÁCTILO (ESQUERDO)

Convênio..... CLINICA SIM FÁTIMA

RAIOS-X MÃO ESQUERDA

LAUDO:

- Fios metálicos fixando fratura no terço proximal do 3º metacarpo e ossos do carpo.
- Demais estrutura óssea e mineralização de aspecto normal.
- Espaços articulares de aspecto usual.
- Ausência de calcificações intra ou periarticulares.
- Partes moles sem alterações significativas.

Dr. CARLOS MACEDORADIOLOGIA GERAL E INTERVENÇÃO
CRM 8099 | CBR 3999**Dr. HARLEY SILVEIRA**RADIOLOGIA GERAL
ESPECIALISTA EM RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM
CRM 9557**Dr. KELNER PORTELA LUZ**RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM
MEMBRO DO COLÉGIO BRASILEIRO DE RADIOLOGIA
CRM 7386**Dr. PABLO PICASSO**RADIOLOGIA GERAL E NEURORADIOLOGIA
CRM 6806 | CBR 7548Rua Eusébio de Sousa, 3/3 - Bairro José Bonifácio
Fortaleza/CE
(85) 3032-2927
Dr(a). THIAGO MONTALVERNE ARCANJO
Médico(a) Radiologista
CRM - 12958

1/0/1 MÃO

BRUNO DE HOLANDA SOUZA
593381/0257

MEMBROS SUPERIORES

E

= 0.35
= 121
V= 240
R 30

09/03/2018

2/0/1 MÃO

BRUNO DE HOLANDA SOUZA
593381/0205/

MEMBROS SUPERIORES

= 0.35
= 128
V= 256
R 30

09/03/2018 10:00



VÍTIMA BRUNO DE HOLANDA SOUSA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO Comprev Previdência S/A-Filial Fortaleza-CE

BENEFICIÁRIO BRUNO DE HOLANDA SOUSA

CPF/CNPJ: 03707793397

Posição em 28-05-2018 07:50:33

Desculpe, no momento, não conseguimos localizar informações com os dados que você forneceu.

Clique Aqui e nos envie um e-mail para que possamos checar melhor o seu caso. Entraremos em contato com você para informar a situação do seu pedido de indenização.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
24/05/2018	R\$ 3.037,50	R\$ 0,00	R\$ 3.037,50