

PROCURAÇÃO**OUTORGANTE:**

|                                      |                                                   |                                                |                           |
|--------------------------------------|---------------------------------------------------|------------------------------------------------|---------------------------|
| Nome:<br><i>Bruno Moura de Sousa</i> |                                                   | Nacionalidade:<br><i>brasileiro</i>            |                           |
| Estado Civil:<br><i>solteiro</i>     | Profissão:<br><i>agricultor</i>                   | Carteira de Identidade:<br><i>2008280721-8</i> |                           |
| CPF nº:<br><i>069.163.033-01</i>     | Residência:<br><i>rua: Antonio mario da silva</i> |                                                |                           |
| Bairro:<br><i>cohab</i>              | Cidade:<br><i>Pentecoste</i>                      | Estado:<br><i>ce</i>                           | CEP:<br><i>62.640-000</i> |

**OUTORGADO:**

**RAFAEL DE SOUSA REZENDE MONTI**, brasileiro, solteiro, advogado, devidamente inscrito na OAB/CE sob o nº 18.044, portador do RG nº 8.119.595 SSP/MG e CPF nº 948.672.326-53, com escritório profissional no seguinte endereço: 1) Rua do Rosário, nº 77, sala 604, Ed. Comandante Vital Rolim, Centro – Fortaleza – CEP 60.055-090. Fone / Fax: (85) 3231-6493/4101-2403.

**PODERES:**

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante nomeia e constitui, os outorgados, suas bastante procuradores, 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 e retirar documentos, assinar livros, termos, recibos, dar ou receber quitações, 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), 11 de maio de 2015

*x Bruno Moura de Sousa*  
Outorgante

## DECLARAÇÃO.

Eu, Bruno moura de souza, Brasileira,  
solteiro, agricultor, RG 2008280721-8, CPF  
069.163.033-01, capaz, residente e domiciliado na  
rua: Antonio mario da silva, cidade de Pente coste.  
CEP 62.640-000. Declaro que resido no endereço acima citado e forneço os dados  
pessoais, documentos e demais declarações para a propositura de Ação Judicial em desfavor de  
qualquer seguradora conveniada DPVAT- FENASEG, E QUE FUI VÍTIMA DE ACIDENTE  
AUTOMOBILÍSTICO. Sendo de minha total responsabilidade a declaração de invalidez ou  
óbito fornecida.

Fortaleza (CE), 01 de maio de 2015.

Bruno moura de souza  
Declarante.

## DECLARAÇÃO

Eu, Bruno moura de souza, brasileira,  
solteiro, agricultor, portador da Carteira de Identidade/RG nº  
2008280721-8 SSP/ce, e inscrito no CPF/MF sob o nº 069.163.033-01  
residente e domiciliado na cidade de Pentecoste, estado de Ceará, na  
rua: Antonio mario da silva, cohab, declaro para  
os devidos fins que possuo hipossuficiência financeira, não possuindo condições de arcar com  
custas processuais e honorários advocatícios sem prejudicar o meu sustento próprio e o de  
minha família, consoante o que dispõe a Lei nº 1.050/60.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

Fortaleza (CE), 11 de maio de 2015.

x Bruno moura de souza

Declarante



(98).  $3427 - 2621$

[illegible]



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



fls. 18

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 525 - 2771 / 2014**

**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
Data / Hora da Comunicação: **23/12/2014 09:16:53**  
Data / Hora da Ocorrência : **22/12/2014 20:00:00**  
Endereço da Ocorrência: **AV GOMES DA SILVA**

**PENTECOSTE /CE**

Ponto de Referência:

**Dados da(s) Vítima(s)**

Nome: **BRUNO MOURA DE SOUSA**  
Nascimento : **08/10/1994**  
RG: **20082807218** Órgão Emissor: **SSP** UF: **CE** - CPF:  
Filiação: **OSMAR OLIVEIRA DE SOUSA**  
**MARIA ALDEZIR VIEIRA MOURA**  
Endereço: **R ANTONIO MARIO DA SILVA 1**  
**BARREIROS 62640000**  
**PENTECOSTE CE BRASIL**

Telefone:

**Histórico**

Afirma que por volta das 20h00min do dia 22-12-2014, na Av. Gomes da Silva, nesta cidade, guiava a MOTOCICLETA HONDA CBX 250 TWISTER, ANO FAB. 2004, ANO MOD. 2005, COR PRATA, PLACA- HWM8299, CHASSI- 9C2MC35005R000560, de propriedade de Iranusia Abreu Cordeiro, quando outra motocicleta que vinha em sentido contrário, tomou a mão de direção do noticiante e colidiu com sua moto, batendo ainda no guidão, atingindo a mão direita do declarante. Que nada sabe informar sobre o guiador e as características da outra motocicleta, pois após o sinistro o motoqueiro se evadiu do local sem prestar nenhum socorro. Que em consequência desse acidente o noticiante sofreu fratura do polegar da mão direita. Que naquela ocasião foi socorrido ao Hospital e Maternidade Regional Vale do Curú, neste município, onde recebeu atendimento. Nada mais disse.

**DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE PENTECOSTE**

**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :** Maria Helena Gomes de Souza

**MARIA HELENA GOMES DE SOUZA - MAT.: 106331-1-7**

**RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO :** Bruno Moura de Sousa

**VISTO DO DELEGADO(A) :**

**MARCOS AURÉLIO ELIAS DE FRANÇA - MAT.: 405183-1-2**

307

|                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                         |                                                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
|                                                                                                                           | <p align="center"><b>ESTADO DO CEARÁ</b><br/> <b>PREFEITURA MUNICIPAL DE PENTECOSTE</b><br/> <b>SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE</b><br/> <b>HOSPITAL E MATERNIDADE REGIONAL VALE DO CURÚ</b><br/>         Rua Francisco Moreira, s/n - Pentecoste - Ceará</p> | <p align="center"><b>FICHA DE ATENDIMENTO</b></p>       |                                                   |
| Nome: <u>Bruno Moura de Sousa</u>                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                             | Recepcionista: _____                                    | Horário: _____                                    |
| Estado Civil: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> D |                                                                                                                                                                                                                                                             | Data: <u>22.12.14</u>                                   | Idade: <u>19</u>                                  |
| Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                             | Naturalidade: _____                                     |                                                   |
| Identidade: _____                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                             | Endereço: <u>COHAB</u>                                  |                                                   |
| Bairro: _____                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                             | Município: <u>Pentecoste</u>                            |                                                   |
| <input type="checkbox"/> Aparentemente bem                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                             | <b>PRÉ-CONSULTA</b><br><input type="checkbox"/> Regular |                                                   |
| <input type="checkbox"/> Grave                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                             | <b>ANAMNESE E EXAME FÍSICO</b>                          |                                                   |
| Sinais Vitais:                                                                                                            | PA: _____ mmHg                                                                                                                                                                                                                                              | T: _____ °C                                             | P: _____ bpm                                      |
| R: _____ mmpr                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                             | _____<br>_____<br>_____<br>_____                        |                                                   |
| <b>HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:</b>                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                             | <u>Reflexo de Sherrington</u>                           |                                                   |
| <b>EXAMES SOLICITADOS:</b>                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                             | <u>Ex + Ex + Ex</u>                                     |                                                   |
| <b>DESTINO:</b>                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                         |                                                   |
| <input type="checkbox"/> Residência                                                                                       | <input type="checkbox"/> Internação                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> Recusou Internação             | <input checked="" type="checkbox"/> Transferência |
| <input type="checkbox"/> Óbito                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> Observação                     |                                                   |
| <u>Bruno Moura de Sousa</u><br>Assinatura do Paciente                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                             | Assinatura do Médico (Carimbo)                          |                                                   |



**ESTADO DO CEARÁ**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE PENTECOSTE**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

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

## FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem: \_\_\_\_\_ CEP: 62.640-000

Unidade de Origem: \_\_\_\_\_  
Distrito Sanitário: \_\_\_\_\_ Município: **PENTECOSTE**

Name: Bruno Moung de Louke Telephone: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_  
Sexo: M ☒ F ☐ Data Nascimento: 08/10/95 RG: \_\_\_\_\_

Pai: \_\_\_\_\_ Mãe: \_\_\_\_\_

Endereço: COHAB Bairro: \_\_\_\_\_

Endereço: CEILANDIA  
 Agente de Saúde: \_\_\_\_\_ RLP: \_\_\_\_\_ Nº Solicitado: \_\_\_\_\_

Histórico do Paciente: vitima do acidente com mecânica  
na mão direita

Exames Solicitados e Resultados: Rx -> feto. normal - 7k

Medicamentos Utilizados: En la planta CIDA: 562.2

Impressão Diagnóstica: Encefalite 1º no lobo do nariz 24

Assinatura e Carimbo do Médico \_\_\_\_\_ Data 22/12/19

Encaminhamento para atendimento: Ambulatorial ☐ Hospitalar ☒ Auxílio Diagnóstico ☐

Procedimento: CANCELADO 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: \_\_\_\_\_



ESTADO DO CEARÁ  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENTECOSTE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
HOSPITAL E MATERNIDADE REGIONAL VALE DO CURÚ  
Rua Francisco Moreira, s/n - Pentecoste - Ceará

## ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o paciente Bruno

Moura de Sousa

deverá ficar sob cuidados médicos durante 15 dia(s) a partir

desta data. CID N° 562.2 é diagnóstico

Pentecoste, 12 de dezembro de 2014.

Médico

Siga em frente



DESCONECTAR

Olá MARIA LOPES RODRIGUES MARTINS

## Dados do processo

[Voltar](#)

|                       |                    |                 |                |
|-----------------------|--------------------|-----------------|----------------|
| Produtor              | Seguradora         | Data de entrada | Nº do Sinistro |
| MARIA LOPES RODRIGUES | MBM SEGURADORA S/A | 26/01/2015      | 3150/087485    |

## Vítima

|                      |                           |                  |                  |
|----------------------|---------------------------|------------------|------------------|
| Vítima               | Endereço                  | Bairro           | Cidade           |
| BRUNO MOURA DE SOUSA | RU ANTONIO MARIO DA SILVA | COHAB            | PENTECOSTE       |
| UF                   | CEP                       | Código da vítima | Natureza         |
| CE                   | 62640-000                 | CONDUTOR         | INVALIDEZ        |
| Data de nascimento   | CPF                       | Valor (DAMS)     | Data do sinistro |
| 08/10/1994           | 069.163.033-01            | R\$ 0,00         | 22/12/2014       |

## Beneficiários

|                |  |                      |                |                    |            |    |
|----------------|--|----------------------|----------------|--------------------|------------|----|
| Beneficiário 1 |  | Nome                 | CPF/CNPJ       | Data de nascimento | Cidade     | UF |
|                |  | BRUNO MOURA DE SOUSA | 069.163.033-01 | 08/10/1994         | PENTECOSTE | CE |
|                |  | Banco                | Agência        | Conta              |            |    |
|                |  | 001 - BANCO I        | 0962-8         | 32148-6            |            |    |

## Histórico

| Data       | Status                                     | Descrição                                                                                                              |
|------------|--------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 29/04/2015 | PROCESSO PAGO                              |                                                                                                                        |
| 29/01/2015 | PROCESSO ENCAMINHADO PARA SEGURADORA LIDER |                                                                                                                        |
| 26/01/2015 | PROCESSO ANALISADO E APROVADO              |                                                                                                                        |
| 24/02/2015 | PROCESSO COM RESTRIÇÃO                     | PROCESSO COM PENDÊNCIA - SEGUNDO A SEGURADORA LIDER: Sinistro indefinido, com menos de sessenta dias, sem prognóstico. |
| 07/04/2015 | PROCESSO REGULARIZADO                      |                                                                                                                        |
| 07/04/2015 | PROCESSO RETORNOU PARA SEGURADORA LIDER    |                                                                                                                        |

## Dados do pagamento

| Beneficiário         | Data       | Valor        |
|----------------------|------------|--------------|
| BRUNO MOURA DE SOUSA | 29/04/2015 | R\$ 2.362,50 |

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por RAFAEL DE SOUSA REZENDE MONTI e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 25/08/2015 às 15:21, sob o número 01857856820158060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0185785-68.2015.8.06.0001 e código IBAE048.