

Fábio Monteiro
Advocacia

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

Nome: <u>Ciana Danielle Bezerra Pereira</u>		Data Nasc: <u>25-05-87</u>
Estado Civil:	Profissão:	Nacionalidade: <u>brasileiro</u>
RG: <u>2005029072333</u>	CPI: <u>030.596.433-58</u>	Telefone: <u>8809-2626</u>
Endereço: <u>Rua Manoel Pinheiro de Souza, 63</u>		CEP: <u>63036-255</u>
Cidade: <u>Juazeiro do Norte - CE</u>		

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, 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), 10 de abril de 2015.

Ciana Danielle Bezerra Pereira

OUTORGANTE

Pará

Fortaleza / Ceará
Rua Visconde de Barbacena, 413, Sl. 42
CEP: 60.822-488 Cidade dos Funcionários
fabio.mam@hotmail.com
(85) 9992-0059 / 8839-8483

Maranhão

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por FÁBIO MONTEIRO ARRAIS MEDEIROS e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 21/09/2015 às 15:23, sob o número 01848858520150600001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0184885-85.2015.8.06.0001 e código 1BA0B39.

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2065029872311 DATA DE EMISSÃO 03/04/2014

NOME CÍCERA DANIELE BEZERRA PEREIRA

FILIAÇÃO JOSÉ ARNALDO CORREIA DOS SANTOS

FRANCISCA EDMA BEZERRA DOS SANTOS

NATURALIDADE

POÁ - SP

DOC. ORGEM

CERT. CASAMENTO - CARTÓRIO: PAERE CIGERO TERNIO: 6623 FOLHA: 75

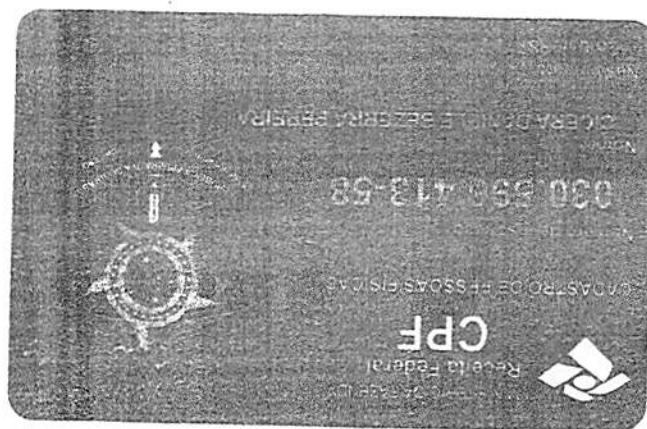
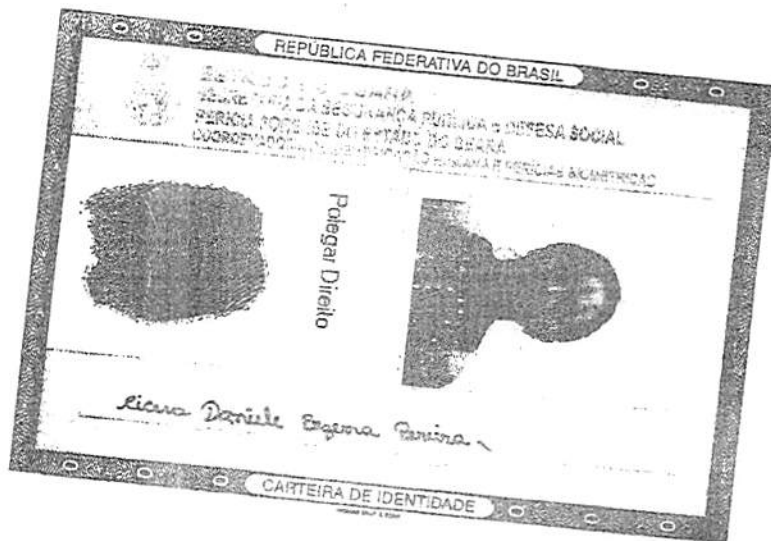
LIVRO: 8-18 POÁ - SP

830.596.413-52

ASSINADO DIGITAL

LEI Nº 7.116 DE 25/09/83

P.: 98



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Cícera Danielle Bezerra PereiraRG nº 2005029072311 data de expedição 03/04/14, Órgão SSP-CE

CPF nº 030.596.443-58 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>Rua Manoel Pinheiro da Silva</u>
Número	<u>63</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Botafonia</u>
Cidade	<u>Juazeiro do Norte</u>
Estado	<u>Ceará</u>
CEP	
Telefone de contato	<u>3572-8095</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Juazeiro-CE, 10-04-2015.

Assinatura do Declarante: Cícera Danielle Bezerra Pereira



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 488 - 5198 / 2015

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
 Data / Hora da Comunicação: **06/04/2015 10:40:56**
 Data / Hora da Ocorrência : **12/03/2015 17:00:00**
 Endereço da Ocorrência: **AV. ANTONIO SALES**

NOVO JUAZEIRO JUAZEIRO DO NORTE /CE

Ponto de Referência: **SAL & FOGO**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **CICERA DANIELE BEZERRA PEREIRA**
 Nascimento : **25/05/1987**
 RG: **2005029072311** Órgão Emissor: **SSP UF: CE - CPF: 03059641358**
 Filiação: **JOSE ARNALDO CORREIA DOS SANTOS**
FRANCISCA EDNA BEZERRA DOS SANTOS
 Endereço: **R. MANOEL PIRACA DE SOUSA 63**
NOVO JUAZEIRO
JUAZEIRO DO NORTE, CE, BRASIL. Telefone: **88-88092626**

Histórico

Advertido das penas cominadas ao crime de falso testemunho, relata a vítima/noticiante QUE era passageira da motocicleta Honda/CG 125 Titan KSE de placa HYM-3051/CE, CHASSI 9C2JC30214R625973, RENAVAM 00821769871, licenciada e conduzida por Rafael Lourenço Coelho, de modo que vieram a cair após perder o controle em virtude de uma manobra para desviar de um cachorro, tendo a vítima sofrido fratura no ombro direito e algumas escoriações, sido atendida no HRC. E nada mais disse.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE.

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

JOSE BRISMAR RICARTE JUNIOR - MAT.: 404963-1-3

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Cicera Daniele Bezerra Pereira.

VISTO DO DELEGADO(A):

LUIS JOSÉ TENDÓRIO DE BRITTO - MAT.: 126893-1-4

DETALHES DO PROCESSO

Número Sinistro:	3150/366689	Garantia:	02 - Ipa / Invalidez
Categoria:	09 - Moto / Motocicleta		
Data Sinistro:	12/03/2015	Data Recepção:	24/04/2015
		Data Rateio:	19/06/2015
Seguradora:	MBM - Seguradora	Angariador:	Bessa Assessoria
Preparador:	Juliana Prestes Jorge		
Analista:	Yasmin Ilizia Leal		
Situação:	Pago		
Filial:	MBM Serviços de Seguros	Protocolo:	0

DATAS DE ENVIO

Data de Envio	27/04/2015	Nº Carta	812
---------------	------------	----------	-----

VÍTIMAS

Vítima	Cicera Daniele Bezerra Perreira	Estado	CE
Endereço:	Manoel Piraca de Souza,63 - Betolandia - Juazeiro do Norte - CE		
Cep:	63.036-255		
Telefone	(88) 3572-8095		

BENEFICIÁRIOS / PAGAMENTOS

Beneficiário	o mesmo		
CPF/CNPJ	030.596.413-58		
Data Rateio	00/00/0000	Data Pagamento	00/00/0000
Agência	0032	Conta Corrente	00325296-1
Banco	Caixa Econômica	Tipo Conta	Poupança
Valor Indenização	1.687,50	Valor Nota Fiscal	0,00
		Data Pagamento	19/06/2015
Valor Reanalise	0,00	Valor Nota Fiscal	0,00
		Data Pagamento	00/00/0000
Valor Reanalise 2	0,00	Valor Nota Fiscal	0,00
		Data Pagamento 2	00/00/0000
Valor Reanalise 3	0,00	Valor Nota Fiscal	0,00
		Data Pagamento 3	00/00/0000
Valor Pleiteado	13.500,00		
Diferença	11.812,50		

CORRETORA

Código	1
Nome	Bessa Assessoria
Responsável	adriano bessa
Endereço	Avenida Castelo Branco 3902
Telefone	(88) 3572-8095
E-mail	adrianobessa25@hotmail.com;

PROCURADOR

Procurador	
CPF	
Data Nascimento	
Data da Procuração	UF da Ofic. Procuração

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Cicero Daniele Bezerra Pereira, portador da carteira de identidade nº 2005029072311 e inscrito no CPF/MF sob o nº 030.596.433-58, residente e domiciliado na Rua Manoel Pinosa de Souza, 63, Cidade Juazeiro, 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.

Cicero Daniele Bezerra Pereira

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Juazeiro - CE, 10-04-15

Local e data

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO
Nome: CÍCERA DANIELE BEZERRA PEREIRA
Prontuário: 36653
Admissão: 12/03/2015
Data Nasc.: 25/05/1987 Idade: 27 ano(s) 9 mes(es) e 24 dia(s)
Telefone: 88 88651867
Município: JUAZEIRO DO NORTE
RG: 2005029072311
Sexo: Feminino
CEP: 61000-000
Endereço: RUA MANOEL PIRACA DE SOUSA

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
Risco: AMARELO
Classificador: FELIPE EUFROSINO DE ALENCAR RODRIGUES
Horário: 18:30
Queixa: CLIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, RELATA DOR EM MSD.
Fluxograma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES
Discriminador: Dor moderada *
Sato02: Glasgow: Temp.: Glicemia: Régua: 5 Pulso/FC:

ATENDIMENTO
Médico: ANDRE LUIS SANTANNA
CRM: 9492 Nº 242663 P.A.:
Hipótese Diagnóstico: FRATURA EM ÚMERO PROXIMAL (D).
Comorbidade:
HD/Exame Físico:
RELATO DE TRAUMATISMO CONTUNDENTE EM OMBRO (D) E, COMO RESULTADO, POSSIBILIDADE DE FRATURA DO COLO UMERAL SEM DESVIO, CONFORME INCIDÊNCIA AP ÚNICO REALIZADO NA "UPA24H" E SEM ORTOGONAIS. INTEGRIDADE NEUROVASCULAR PRESERVADA EM MEMBRO SUPERIOR (D), COM RADIOGRAFIAS DE COTOVELO (D) SEM ANORMALIDADES VISÍVEIS. RADIOGRAFIAS DE OMBRO (D) "SÉRIE TRAUMA", NEGA GESTAÇÃO OU ALERGIAS MEDICAMENTOSAS.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
Data: 12/03/2015 18:30:00
Fluxograma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES
Discriminador: Dor moderada *
Risco: AMARELO
Profissional: FELIPE EUFROSINO DE ALENCAR RODRIGUES

EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação
RX OMBRO D LATERAL/ ESCAPULAR (0204040116)	12/03/201	18:55	Não Realizado
RX OMBRO D RE/RI (0204040116)	12/03/201	18:55	Não Realizado
RX OMBRO D AXIAL (0204040116)	12/03/201	18:55	Não Realizado

EVOLUÇÃO

Data Cadastro	Usuário Cadastro	Descrição
12/03/2015 00:00	ANDRE LUIS SANTANNA	RELATO DE TRAUMATISMO CONTUNDENTE EM OMBRO (D) E, COMO RESULTADO, POSSIBILIDADE DE FRATURA DO COLO UMERAL SEM DESVIO, CONFORME INCIDÊNCIA AP ÚNICO REALIZADO NA "UPA24H" E SEM ORTOGONAIS. INTEGRIDADE NEUROVASCULAR PRESERVADA EM MEMBRO SUPERIOR (D), COM RADIOGRAFIAS DE COTOVELO (D) SEM ANORMALIDADES VISÍVEIS. RADIOGRAFIAS DE OMBRO (D) "SÉRIE TRAUMA". NEGA GESTAÇÃO OU ALERGIAS MEDICAMENTOSAS.

ENCAMINHAMENTO - CONDUTA FINAL☐ Alta. Conduta☐ Observação☐ Referência para:☐ Óbito



JUAZEIRO DO NORTE

Prefeitura Municipal de Juazeiro do Norte
Secretaria Municipal de Saude de Juazeiro do Norte
Unidade de Pronto Atendimento - UPA Juazeiro do Norte
UPA JUAZEIRO DO NORTE

Boletim de Atendimento Médico

Nome Paciente: **CICERA DANIELE BEZERRA PEREIRA**
Nome Mãe: **FRANCISCA EDINA BEZERRA DOS SANTOS**
Data Nascimento: **25/05/1987** Idade Aparente: **27** Sexo: **F**
Nacionalidade: **BRASIL**
Endereço: **081 MANOEL PIRACA,**
Bairro: **BETOLANDIA**
CEP: **63000000**

Data: **12/03/2015 17:21**
Nº Atendimento: **011503120311** Nº Cartão SUS:
Cor: **PARDAS** Telefone: **8888092626**
Naturalidade: **JUAZEIRO DO NORTE**
Nº: **63** Compl.:
Município: **JUAZEIRO DO NORTE** UF: **CE**
Possui Certidão de Nascimento: **SIM**

Informante

Nome:
Endereço:
Chegou Como: **MEIOS PROPRIOS**

Telefone:
Grau de Parentesco:
Procedência: Tipo da Ocorrência:

Classificação de RiscoNível **LÚCIDO**

Escala de Dor:

Queixa: **DOR EM MSD**Causa Externa: **Acidente de transporte terrestre**

Doenças

Pré-Existentes:

Medicamentos:

Alergias

Peso **0,0**
(kg):Pressão **140/70**
ArterialPulso
(bpm):Temp.
(C°):Freq.
RespSAT.
O2HGT
(mg/dl)

Avaliação:

Classificação
de Risco: **Amarelo Consultorio**Especialidade: **CLINICA MÉDICA****Anamnese:****PACIENTE COM HISTORIA DE ACIDENTE DE MOTO HÁ POUCAS HORAS****Exame Físico****LIMITAÇÃO FUNCIONAL E DOR****Hipótese Diagnóstica:****CONTUSÃO DE COTOVELO****Diagnóstico primário:****Contusão de outras partes e de partes não especificadas do antebraço****Diagnóstico secundário:****Procedimento Proposto:**

SOLICITO RAIOS-X DE COTOVELO D E OMBRO D
VOLTAREM 01 AMP IM
DIPIRONA 1G EV

Reavaliação:



JUAZEIRO DO NORTE

Prefeitura Municipal de Juazeiro do Norte
Secretaria Municipal de Saude de Juazeiro do Norte
Unidade de Pronto Atendimento - UPA Juazeiro do Norte

UPA JUAZEIRO DO NORTE

Boletim de Atendimento Médico

Nome Paciente: **CICERA DANIELE BEZERRA PEREIRA**Data: **12/03/2015 17:21**Data Nascimento: **25/05/1987**Idade Aparente: **27**Sexo: **F**Nº Atendimento: **011503120311** Nº Cartão SUS:

Procedimentos

♦ ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

Evoluções

Atendimento

Data / Hora

Profissional

Clínica

Descrição

Sinais

Resumo dos Atendimentos

Data / Hora

Profissional

Clínica

Tipo

12/03/2015 17:27

MAYARA THAYS GONCALVES CRUZ MACEDO

CLINICA MÉDICA

INÍCIO DO ATENDIMENTO
MÉDICOSaída do **A - Alta por Decisao Medica**Data: **12/03/2015**Hora: **17:32**

Destino:

Observação

Médico: **MAYARA THAYS GONCALVES CRUZ MACEDO**CRM: **16121**

Para Óbito:

Data Óbito:

Hora:

Destino do Corpo: