

0  
PROCURAÇÃO

**OUTORGANTE:**

|                                                 |                                             |                                                 |                         |
|-------------------------------------------------|---------------------------------------------|-------------------------------------------------|-------------------------|
| Nome:<br><i>Agustinho Jirairudo Melo Vieira</i> |                                             | Nacionalidade:<br>BRASILEIRA                    |                         |
| Estado Civil:<br><i>Solteiro</i>                | Profissão:<br><i>Agricultor</i>             | Carteira de Identidade:<br><i>2004015100948</i> |                         |
| CPF nº:<br><i>023.373.183-50</i>                | Residência:<br><i>Sítio Manoel Ferreira</i> |                                                 |                         |
| Bairro:<br><i>St. Manoel Ferreira</i>           | Cidade:<br><i>Santa Tereza</i>              | Estado:<br>CE                                   | CEP:<br><i>63660000</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

**PODERES:**

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante nomeia e constitui, os outorgados, suas bastantes procuradores, conferindo-lhe os poderes da cláusula "ad judicia 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 pagamento e 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), 02 de fevereiro de 2015.

AGUSTINHO JIRAIUDO MELO VIEIRA  
Outorgante



*Claudia V. Abreu Carneiro*  
Escritor(a) Substituto(a)  
Lug:  
*Agustinho Jirairudo Melo Vieira*  
Data: *04 DEZ 2015*  
*Claudia V. Abreu Carneiro*  
Assinatura

## DECLARAÇÃO.

Eu, Agostinho Jirai do Melo, Brasileiro, altino, agui-  
altino, RG 2004015100948 CPF 022.373.183-50 capaz, residente e  
domiciliado na 57 Marcel Ferreira, cidade de  
Itana /CE, CEP 63660000. 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 com veículo automobilístico. Sendo de minha total responsabilidade a  
declaração de invalidez ou óbito fornecida.

Fortaleza (CE), 02 de fevereiro de 2015.

x AGOSTINHO JIRAI DO MELO VIEIRA

Declarante.

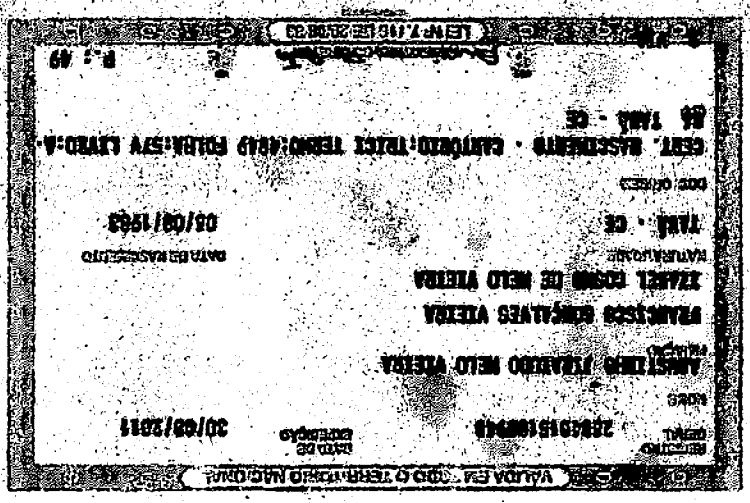
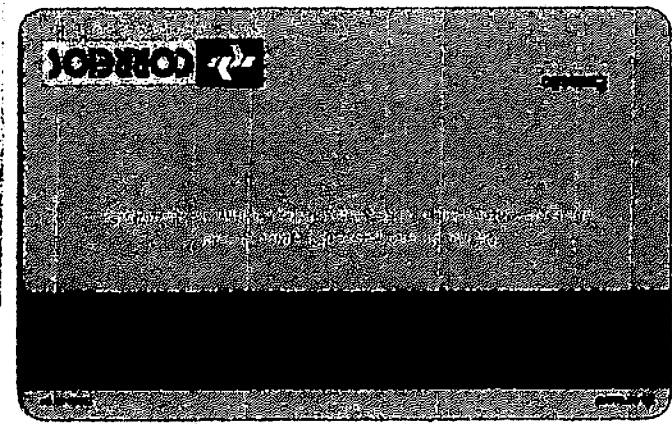
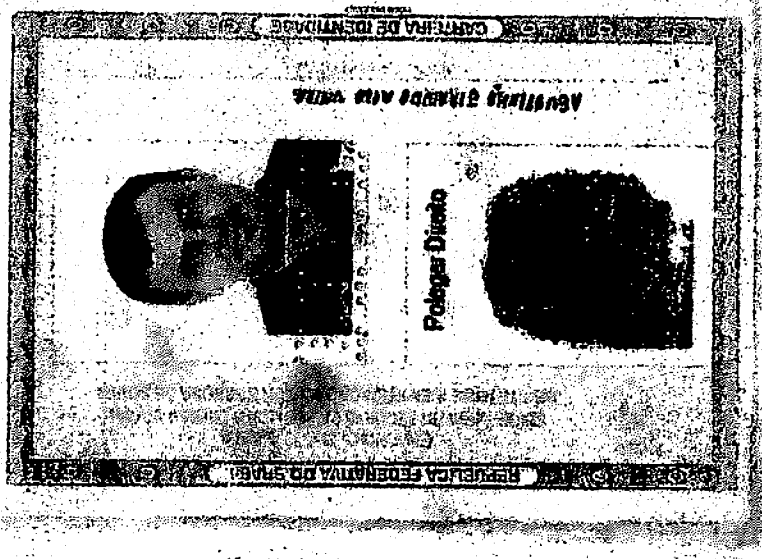
Eu, Agustinho Jiraiudo Melo Vieira brasileiro solteiro, agricultor, portador da Carteira de Identidade/RG nº 2004015100949-SSP/CE, e inscrito no CPF/MF sob o nº 021373183-50 residente e domiciliado na cidade de Tamua, estado de Ceará, Sítio Manoel Ferreira, nº 06, Santa Tereza, declaro para os devidos fins que possuo hiposuficiência 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), 02 de fevereiro de 2015

AGUSTINHO JIRAIUDO MELO VIEIRA

Declarante







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

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 558 - 3114/2015**

**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: ACIDENTES - OUTROS  
Data / Hora da Comunicação: 04/09/2015 09:23:19  
Data / Hora da Ocorrência : 07/06/2015 02:00:00  
Endereço da Ocorrência: ESTR. CARROÇAL, LOC. BAIXIO

**ZONA RURAL QUITERIANÓPOLIS /CE**

Ponto de Referência:

**Dados do(s) Veículo(s)**

TIPO: MOTOCICLETA MARCA: HONDA/CG 125 FAN KS  
PLACA: NQP7176 MUNICÍPIO / UF: TAUÁ / CE  
MODELO/FABRICAÇÃO: 2009/2009 COR: AZUL  
RENAVAM: 156700360 CHASSI: 9C2JC41109R055345  
SITUAÇÃO: NÃO INFORMADO PROPRIETÁRIO: RAIMUNDO PEREIRA DE MELO  
ENVOLVIMENTO: NORMAL

**Histórico**

Compareceu o noticiante a esta delegacia informando QUE, no dia e hora acima mencionados, transitava na motocicleta acima caracterizada pela estrada carroçavel da localidade de Baixio, zona rural de Quiterianópolis/CE, momento e que perdeu o controle da moto em uma curva e caiu da mesma; QUE, em virtude do acidente, sofreu escoriações em pé direito e joelho direito, conforme guia de atendimento médico; QUE foi socorrido por populares para o hospital de Quiterianópolis não sendo acionados qualquer órgão público para o socorro, tais como SAMU ou Autarquia de Trânsito ou Corpo de Bombeiros; QUE testemunham o acidente as pessoas de: Raquel Gonçalves Noronha e Raimundo Pereira de Melo. E nada mais disse.

**Noticiante(s)**

Nome : AGUSTINHO JIRAIUDO MELO VIEIRA

Endereço : SIT MANOEL FERREIRA

Bairro : TRICI 63660000

Município/UF : TAUÁ CE, BRASIL

Telefone:

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE TAUÁ

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

TICIANO VASCONCELOS LOBO - MAT.: 198817-1-7

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO : AGUSTINHO JIRAIUDO MELO VIEIRA

VISTO DO DELEGADO(A) :

GREGÓRIO JOSÉ DE OLIVEIRA NETO - MAT.: 198805-1-6

|                                                                                                                                                                                                    |                                                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
|  <p><b>PREFEITURA DE<br/>QUITERIANÓPOLIS</b><br/>Cuidando bem do Povo</p> <p>SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO</p> | <p><b>BOLETIM DE ATENDIMENTO DE PACIENTE EXTERNO</b></p> |
| <p><b>HOSPITAL E MATERNIDADE QUITÉRIA DE LIMA</b></p>                                                                                                                                              | <p>Nº. _____</p> <p>DATA <u>7.6.15</u></p>               |
| <p><b>1. IDENTIFICAÇÃO</b></p>                                                                                                                                                                     |                                                          |
| <p>Nome: <u>Agustinho Francisco Melo Vieira</u> T: <u>37122</u></p>                                                                                                                                |                                                          |
| <p>Pai: <u>José Gonçalves Vieira</u></p>                                                                                                                                                           |                                                          |
| <p>Mãe: <u>Izabel Carmo de Melo Vieira</u></p>                                                                                                                                                     |                                                          |
| <p>CNS: <u>891 027 071 5296</u></p>                                                                                                                                                                |                                                          |
| <p>Est. Civil: _____ Sexo: <u>M.</u> DN: <u>06.8.1983</u> Idade: <u>31a</u></p>                                                                                                                    |                                                          |
| <p>Profissão: _____ RG: <u>3004015100948</u> CPF: _____</p>                                                                                                                                        |                                                          |
| <p>Endereço: <u>A. Talha</u> Cidade: <u>Quitéria</u></p>                                                                                                                                           |                                                          |
| <p><b>2. Sinais e Sintomas:</b> <u>Ruptura queda de unhas</u><br/><u>excoriações em pé D. + calcanhar + dor</u></p>                                                                                |                                                          |
| <p><b>3. Diagnóstico:</b> _____</p>                                                                                                                                                                |                                                          |
| <p><b>4. Conduta:</b> <u>(1) Voltar para casa</u><br/><u>(2) Prescrever (Bic) 2ml em</u></p>                                                                                                       |                                                          |
| <p><u>12/11</u></p> <p><u>Dr. Lúcio</u><br/><b>MÉDICO</b><br/><u>CREMEC 13093</u></p>                                                                                                              |                                                          |

# RECEITUÁRIO

Nome: AGUSTINHO JIRAU DO MELO VIEIRA

LAUDO MÉDICO

VITIMA DE ACIDENTE DE TRABALHO no  
dia 07/06/15 CONTRA O PÉ DIREITO  
PRO. CONSERVADOR, RELATA DORAS E COE-  
MA NO PÉ DIREITO, RUÍDOZ ELIMINAÇÃO  
funcionaria do PÉ DIREITO, SUGERIR  
50% ALTA MÉDICA. 21/10/15.

21/10/15

Dr. Paulo Fernandes  
CLINICO GERAL  
CREMEC 11879

Cuidando da sua Saúde.

**SINISTRO 3150958004 - Resultado de consulta por beneficiário****VÍTIMA AGUSTINHO JIRAIUDO MELO VIEIRA****COBERTURA Invalidez****SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A****BENEFICIÁRIO AGUSTINHO JIRAIUDO MELO VIEIRA****CPF/CNPJ: 02137318350****Posição em 11-12-2015 08:52:49****Pagamento liberado pela Seguradora Líder DPVAT.****Valor: R\$ 1.687,50****Data de liberação do pagamento: 11/12/2015**

O prazo para recebimento da indenização no banco depende do tempo necessário ao processamento bancário, que é de até 5 dias úteis contados a partir da data da liberação.

| <b>Data do Pagamento</b> | <b>Valor da Indenizacao</b> | <b>Juros e Correção</b> | <b>Valor Total</b> |
|--------------------------|-----------------------------|-------------------------|--------------------|
|--------------------------|-----------------------------|-------------------------|--------------------|

11/12/2015

R\$ 1.687,50

R\$ 0,00

R\$ 1.687,50