

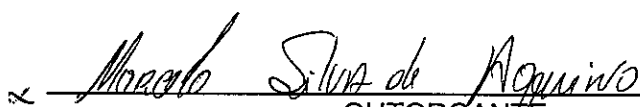
PROCURAÇÃO "AD JUDICIAL"

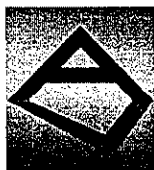
OUTORGANTE	MARCELO SILVA DE AQUINO		
Nacionalidade	Brasileiro	Natural	Barreira/CE
Estado Civil	Casado	RG n°	2003015047755
Profissão	Agricultor	CPF n°	005.600.723-09
Endereço	Rua Lúcio Torres, 51		
Bairro	Centro	CEP	62.795-000
Município/UF	Barreira/CE	FONE	(85) 9403-8910

OUTORGADOS: **JÉFERSON CAVALCANTE DE LUCENA**, brasileiro, solteiro, advogado inscrito na OAB/CE sob o n° 18.340 e **LEONARDO ARAÚJO DE SOUSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE sob o n° 15.280, brasileiro, solteiro, estagiário, RG n° 2004019033374, com endereço profissional na Rua Engenheiro Antônio Ferreira Antero, n° 401, Água Fria, Fortaleza/CE, CEP n° 60.821-765; Fone/Fax: (85) 3273.4861.

PODERES: Os poderes para o foro em geral, com a cláusula "ad judícia" e "et extra", a fim de que, possa defender os interesses e direitos da outorgante perante Juízo, Instância ou Tribunal, INSS, repartição pública, autarquia ou entidade paraestatal, propondo ação competente em que a outorgante seja autora ou reclamante, defendendo-a quando for réu, interessada ou requerida, **podendo reclamar, conciliar, desistir, transigir, recorrer, receber quaisquer valores e dar quitação, firmar compromisso**, podendo ainda substabelecer o presente com ou sem reservas de poderes, bem como destituir advogado(s), se assim lhe convier, praticando todos os atos necessários para o bom e fiel desempenho deste mandato, dando tudo por bom, firme e valioso.

Fortaleza/CE, 27 de Junho de 2013.


OUTORGANTE



DECLARAÇÃO

DECLARANTE	MARCELO SILVA DE AQUINO		
Nacionalidade	Brasileiro	Natural	Barreira/CE
Estado Civil	Casado	RG n°	2003015047755
Profissão	Agricultor	CPF n°	005.600.723-09
Endereço	Rua Lúcio Torres, 51		
Bairro	Centro	CEP	62.795-000
Município/UF	Barreira/CE	FONE	(85) 9403-8910

DECLARO, para os devidos fins de direito e sob as penas legais, que sou pobre na forma da lei, não possuindo condições financeiras para arcar com as custas processuais e honorários advocatícios, sem prejuízo próprio e de sua família, nos termos do Art. 5º, LXXIV, bem como de acordo com os mandamentos previstos na Lei nº 1.060/50.

Fortaleza/CE, 27 de Junho de 2013.

α Marcelo Silva de Aquino
DECLARANTE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO HUMANA E PERÍCIAS BIOMÉTRICAS

Polegar Direito

Assinatura: *Marcelo Silva de Aquino*

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2003015047755

NOME MARCELO SILVA DE AQUINO

FILIAÇÃO ANTONIO LUCIANO RODRIGUES DE AQUINO

NATURALIDADE MARIA DE LOURDES DA SILVA AQUINO

BARREIRA - CE

DOC. ORIGEM CERT. CASAMENTO

CARTÓRIO: 1 OFÍCIO TERMO: 2324 FOLHA: 131

LIVRO: B-08 BARREIRA - CE

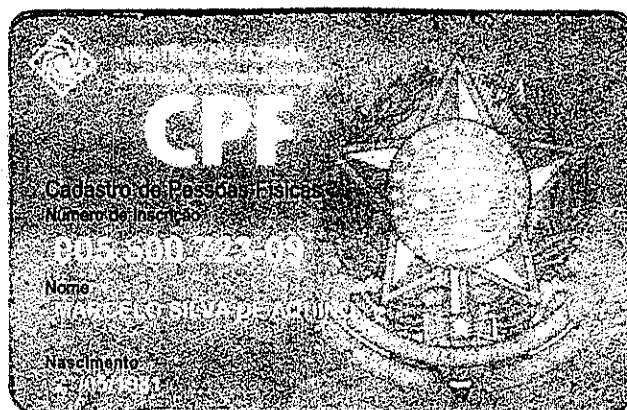
DATA DE NASCIMENTO 27/05/1981

DATA DE EXPEDIÇÃO 14/05/2012

ASSINATURA DO DIRETOR

LE Nº 7.116 DE 29/08/83

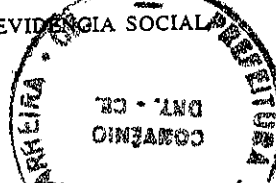
P. 100



você também está obrigado a usá-los, para prevenir ac-
 dentes e evitar as doenças profissionais.
 Mostre ao seu novo companheiro os perigos que o
 cercam no trabalho.
 Cada acidente é uma lição que deve ser apreciada,
 para evitar maiores desgraças.
 Todo o acidente tem uma causa que é preciso ser
 pesquisada, para evitar a sua repetição.
 Se você for acidentado, procure logo o socorro médi-
 co adequado. Não deixe que "entendidos" e "curiosos"
 concorram para o agravamento de sua lesão.
 Se você não é electricista, não se meta a fazer serviços
 de electricidade.
 Procure o socorro médico imediato, se você for viti-
 ma de um acidente, amanhã será tarde demais.
 As máquinas não respeitam ninguém; mas você deve
 respeitá-las.
 Atenda às recomendações dos Membros da CIPA e de
 seus mestres e chefes.
 Conheça sempre as regras de segurança da seção onde
 você trabalha.
 Converse e discussão no trabalho predispõem a aci-
 dentes pela desatenção.
 Leia e reflita sempre os ensinamentos contidos nos
 cartazes e avisos sobre prevenção de acidentes.
 Os anéis, pulseiras, gravatas e mangas compridas não
 fazem parte do seu uniforme de trabalho.
 Mantenha sempre as guardas protetoras das máqui-
 nas nos devidos lugares.
 Pare a máquina quando tiver que consertá-la ou
 lubrificá-la.
 Habitue-se a trabalhar protegido contra os acidentes.
 Use equipamentos de proteção adequados a seu serviço.
 Conheça o manuseio dos extintores e demais dispositi-
 vos de combate ao fogo existentes em seu local de traba-
 lho. Você pode ter necessidade de usá-los algum dia.



MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL



Número 070998 Série 00056



Marcos Silva de Aguiar
 ASSINATURA DO PORTADOR

QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome Marcelo Silva de Aguiar
 Loc. Nasc. Barreira Est. Ceará Data 27/05/1981
 Filiação Antonio Luciano Rodrigues de Aguiar
Maria de Lourdes da Silva Aguiar
 Doc. Nº Ext. Marc. N.º 1.703/Lava A-03/32.34/Cartório de Barreira - CE

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em / / Doc. Ident. Nº
 Exp. em / / Estado
 Obs.:
 Data Emissão 16.05.2003 DRT BUTRELLA - CE

[Assinatura]
 João da Silva Costa do Nascimento
 CHIEFE CTPS CPF 754430823-5

ALTERAÇÕES DE IDENTIDADE

(Com relação nome, est. civil e data nasc.)

Nome
 Doc.
 Nome
 Doc.
 Nome
 Doc.
 Est. Civil
 Doc.
 Est. Civil
 Doc.
 Nascimento
 Doc.
 Doc.

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, MARCELO SILVA DE AQUINO, abaixo assinado, portador do RG nº 2003015047755 e do CPF nº 005.600.723-09, venho por meio desta declarar que resido RU LUCIO TORRES, nº 51, complemento CASA, bairro CENTRO, cidade BARREIRA/CE, UF CE, CEP 62795-000.

Declaro ainda, e me responsabilizo por qualquer prejuízo que por ventura a Seguradora Lider possa ter, no presente e no futuro, face às informações acima prestadas.

Por ser a expressão da verdade, firmo a presente declaração, para que surtam seus efeitos legais.

BARREIRA - Ce, 30 de JANEIRO de 2013.


Declarante



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL
DPI/DRB/UP DE BARREIRA



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 089/2013.

DADOS DA OCORRÊNCIA

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: COMUNICAÇÃO QUE FAZ.

DATA DA COMUNICAÇÃO: 30/01/2013 ÀS 11HS10MIN.

ENDEREÇO DA OCORRÊNCIA: BARREIRA/CE.

HISTÓRICO:

Informa o (a) noticiante que em data de 26/01/2013 quando por volta das 16hs, na entrada do Jatobá I, neste município, o registrante guiava a Moto de placa HWA 7223/CE, chassi 9C2JC3010YR058722 de propriedade do senhor Luis Carlos Oliveira Varelo, quando colidiu com um carro de placas não anotadas, vindo a se desequilibrar e caindo ao solo, onde fraturou a clavícula. Nada mais disse, dando-se por encerrado esta ocorrência.//

Dados do (a) Queixoso (a): Marcelo Silva de Aquino.

Filho (a): Antonio Luciano Rodrigues de Aquino e de dona Maria de Lourdes da Silva Aquino.

Data de Nascimento: 27/05/1981.

Portador (a) do RG nº 2003015047755 SSP/CE.

Naturalidade: Barreira/CE.

Endereço: Rua Lucio Torres, 51 Bairro Centro Barreira/CE.

Telefone: 85.94.03.89.10.

Registrante: *Marcelo Silva de Aquino.*

Funcionário (a) Responsável pelo Atendimento:

J. J. PESSOA
DELEGADO DE POLÍCIA CIVIL

OBS: Art. 299. Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante:
Pena - reclusão, de um a cinco anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de um a três anos, e



LAUDO DE AVALIAÇÃO MÉDICA

Relatório Médico

o paciente Marcelo Silva de Aguiar foi vítima de acidente motociclístico em 26/01/2013, tendo sofrido fratura de clavícula direita.

Receber tratamento conservador com imobilização por tala.

Apresenta com sequelas dor crônica pós-traumática + diminuição de força + dificuldade para levantar peso + limitação dos movimentos de rotação interna, abdução, elevação fronto-lateral do ombro direito.

Alterações definitivas com incapacidade permanente no ombro direito em 70%.

Fortaleza, 29/04/13

Dr. Joaquim Freitas Diogo
Médico - CRM 8133
CPF: 549.070.043/20

Dr. Joaquim Freitas Diogo
CRM - CE 8133

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Manuel Silva de Aquino, portador da carteira de identidade nº 2003035047755 e inscrito no CPF/MF sob o nº 005.600.723-09, residente e domiciliado na Rua Lucio Torres, nº 53 / casa / Bairro Centro, Cidade Boneira, Estado CE, 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.

Manuel Silva de Aquino

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Boneira / ce 08.03.2013

Local e data

Sistema Único de Saúde - SUS/CEARÁ

FICHA DE REFERÊNCIA

- 1 - Preencha esta ficha em 3 vias
- 2 - Ao terminar a consulta ou tratamento, entregar 2 vias ao usuário orientá-lo para retornar com a 1ª via a Unidade de Origem

Unidade de Origem: HOSPITAL BARROCA

Distrito Sanitário: _____ Município: BARROCA

Nome: Marcelo Silva Aguiar Prontuário Nº: _____

Sexo: ☒ M ☐ F Data de nascimento: 1/1/1 Ocupação: _____

Endereço: _____ Bairro: _____ Telefone: _____

Motivo de Encaminhamento: Exame de sangue de rotina.

de tratamento com ferimentos contínuos

em ferimentos de rotina e tratamento com

Resultado de exames já realizados: MSD, com um dos exames e

no exame de sangue o resultado normal

Conduta já realizada: _____

Impressão diagnóstica: Exame de sangue

Assinatura do Consultante - nº Registro: Medon 26/0/13 Função: _____ Data: _____ Hora: _____

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: Ambulatório ☐ Hospitalar ☐ Auxílio Diagnóstico ☐

Procedimento: Medicamento Profissional: Aguiar

Unidade de Referência: _____ Data: _____ Hora: _____

FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA(*)

Unidade de Referência: _____

Município: _____ Prontuário Nº: _____ Data da Alta: _____

Resumo Clínico/Cirúrgico: _____

Resultado de Exames: _____

Diagnóstico Principal: _____ C.I.D.: _____

Secundário 1: _____ C.I.D.: _____

Secundário 2: _____ C.I.D.: _____

Proposta de conduta para seguimento: _____

Sistema Único de Saúde - SUS/CEARÁ

FICHA DE REFERÊNCIA

- 1 - Preencha esta ficha em 3 vias
2 - Ao terminar a consulta ou tratamento, entregar 2 vias ao usuário orientá-lo para retornar com a 1ª via a Unidade de Origem

Unidade de Origem: HOSPITAL BARREIRA
 Distrito Sanitário: _____ Município: BARREIRA
 Nome: Marcelo Santos Nogueira Prontuário Nº: _____
 Sexo: ☒ M ☐ F Data de nascimento: 1/1/1 Ocupação: _____
 Endereço: _____ Bairro: _____ Telefone: _____

Motivo de Encaminhamento: Tratamento de uma ferida com cateter
em péssima situação e tratamento sem
resultados
 Resultado de exames já realizados: MSD, com DR. Ivo e
outros exames e procedimentos
 Conduta já realizada: _____
 Impressão diagnóstica: Infecção de ferida
 Assinatura do Consultante - nº Registro: Medon 26/0/13 Função: _____ Data: _____ Hora: _____

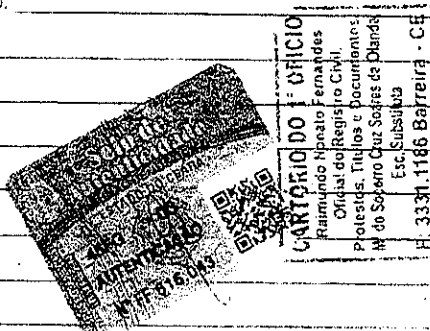
AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: Ambulatorial ☐ Hospitalar ☐ Auxílio Diagnóstico ☐
 Procedimento: Atendimento de ferida Profissional: _____
 Unidade de Referência: _____ Data: _____ Hora: _____

FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA(*)

Unidade de Referência: _____
 Município: _____ Prontuário Nº: _____ Data da Alta: _____

Resumo Clínico/Cirúrgico: _____
 Resultado de Exames: _____
 Diagnóstico Principal: _____ C.I.D.: _____
 Secundário 1: _____ C.I.D.: _____
 Secundário 2: _____ C.I.D.: _____
 Proposta de conduta para seguimento: _____
 O problema justificou a referência? Sim ☐ Não ☐ o motivo da referência coincide com o diagnóstico? Sim ☐ Não ☐



A Presente cópia contém com o original exibido nestas notas.
 Dou fé Barreira-CE, 28/10/2013
 Rdo. Nonato Fernandes - Tabelião
 () M. do S. do S. de Olanda - Esc. Substituta
 Válido somente com selo de autenticidade.

Dados Informados	Outros dados deste sinistro
CPF do Beneficiário: 005.600.723-09 Número do sinistro: 2013255477	Nome do beneficiário: MARCELO SILVA DE AQUINO Nome da vítima: MARCELO SILVA DE AQUINO Cobertura: Invalidez

Informações importantes

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. A seguradora que acolheu o seu pedido de indenização foi a **MBM SEGURADORA S/A**. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder, administradora do Seguro DPVAT. **O prazo para emissão do parecer final é de até 30 dias a contar da data da entrega da documentação completa.**

Posição em: 04/07/2013 - 15:27

Indenização creditada no banco no valor de R\$ 1.687,50

[voltar](#)