1687150

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Nome: José Antonio Oliveira dos Reis			Nacionalidade: BRASILEIRA
Estado Civil: Solteiro	Profissão: agricultor		Carteira de Identidade: 2005015008195
CPF nº: 051032253-45	Residência: Conj. Aldon Valerio - 2610		
Bairro: Tabuleiro do Cajueiro	Cidade: Russas	Estado: CE	CEP: 62.900-000

OUTORGADO:

RAFAEL DE SOUSA REZENDE MONTI, brasileiro, solteiro, advogado, devidamente inscrito na OAB/CE sob o nº 18.044, portador do RG nº M8.119.595 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, o outorgado, seu bastante procurador, 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, em caso de julgada procedente a Ação e os recursos cabíveis**, 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 audiências** em nome do outorgante, enfim todos os poderes necessários para o cumprimento amplo do objeto do presente mandato.

FORTALEZA (CE), 14 de Julho de 2015

José Antônio Oliveira dos Reis
Outorgante

DECLARAÇÃO

Eu, José Antonio Oliveira dos Reis, brasileiro, solteiro, agricultor, portador da Carteira de Identidade/RG nº 2005015008195-SSP/CE, e inscrito no CPF/MF sob o nº 051032253-45, residente e domiciliado na cidade de Russas, estado de Ceará, na Rua Conj. Aldon Valerio, nº 2610, Tabuleiro do Cotaverde declaro para os devidos fins que possuo hipossuficiência financeira, não possuindo condições de arcar com as 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), 14 de julho de 2015.

José Antônio Oliveira dos Reis

Declarante

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

EU, José Antonio oliveira dos Reis, BRASILEIRO(A), solteiro (ESTADO CIVIL), agricultor (PROFISSÃO), PORTADOR DO RG Nº 2005015008195, INSCRITO NO CPF SOB O Nº 051032253-45, RESIDENTE E DOMICILIADO(A) NO ENDEREÇO Conj. Abidon Valerio - 2610 tabuleiro costa vento Russas-CE, DECLARO PARA TODOS OS FINS A QUE ESTA SE DESTINAR QUE FUI DEVIDAMENTE ESCLARECIDO PELO DR. **RAFAEL DE SOUSA REZENDE MONTI,** BRASILEIRO, SOLTEIRO, ADVOGADO DEVIDAMENTE INSCRITO NA OAB-CE SOB O Nº 18.044 ACERCA DOS DOCUMENTOS NECESSÁRIOS A SEREM APRESENTADOS PARA INGRESSAR COM A PRESENTE AÇÃO JUDICIAL DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT, **ASSUMINDO, ASSIM, DE FORMA PLENA, ÚNICA E INTEGRAL A RESPONSABILIDADE POR TODA DOCUMENTAÇÃO ACOSTADA AO PROCESSO JUDICIAL, BEM COMO PELOS FATOS NARRADOS NESTE**.

DESTA FORMA, **ISENTO** O **ESCRITÓRIO MONTI ADVOGADOS,** REPRESENTADO ATRAVÉS DO ADVOGADO **RAFAEL DE SOUSA REZENDE MONTI,** BRASILEIRO, SOLTEIRO, ADVOGADO DEVIDAMENTE INSCRITO NA OAB-CE SOB O Nº 18.044, COM SEDE A RUA DO ROSÁRIO – Nº 77 – 6º ANDAR – SALA 604 – BAIRRO CENTRO – CEP: 60.055-090 – FORTALEZA/CE, **DE TODA E QUALQUER RESPONSABILIDADE JURÍDICA (CÍVEL, CRIMINAL, TRIBUTÁRIA, PREVIDENCIÁRIA) E/OU ADMINISTRATIVA, NO QUE TANGE A AUTENTICIDADE, LITISPENDÊNCIA (EXISTÊNCIA DE PROCESSO COM OS MESMOS DOCUMENTOS E/OU DADOS) E VERACIDADE DOS FATOS NARRADOS E DESCRITOS EM MENCIONADOS DOCUMENTOS, ASSUMINDO ÚNICA E EXCLUSIVAMENTE ESTAS RESPONSABILIDADES SOBRE TAIS INFORMAÇÕES.**

"AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NO PROCESSO INDENIZATÓRIO DPVAT SÃO DE RESPONSABILIDADE DO BENEFICIÁRIO, SENDO O MESMO INFORMADO QUE A COMUNICAÇÃO DE FATO NÃO OCORRIDO OU INEXISTENTE É CRIME PUNÍVEL NA FORMA DA LEI [ART. 339 E 340] DO CPB."

CIENTE DE MEUS DIREITOS E OBRIGAÇÕES, BEM COMO DA VALIDADE DE MENCIONADO DOCUMENTO, FIRMO O PRESENTE, O QUAL PASSA A VALER A PARTIR DESTA DATA.

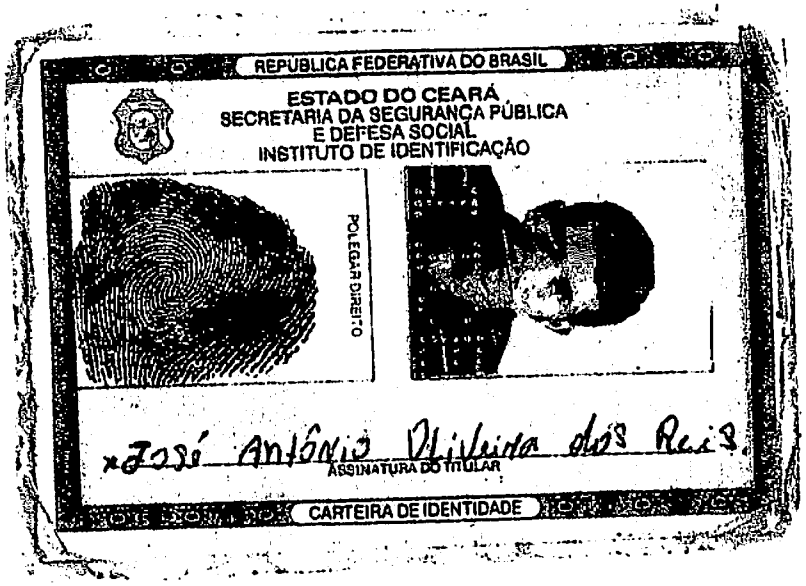
FORTALEZA 14, DE julho DE 2015.

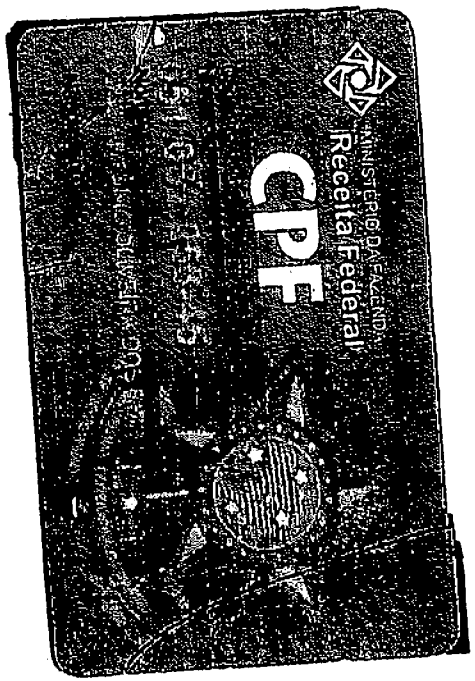
José Antônio Oliveira dos Reis

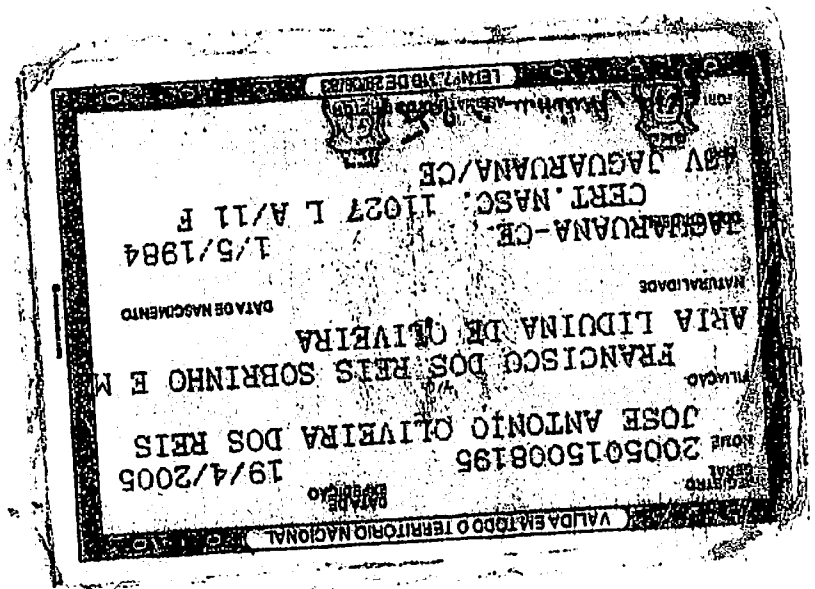
DECLARANTE

TESTEMUNHA
CPF:

TESTEMUNHA
CPF:







fls. 15

Cagece

RU D CJ ABOR VALERIO. 2610. TABULEIRO DO CATAVENTO

AGUA	A10F130000	290	203	2	3

02/03/2015 02/03/2015

01/2015

	0.00	0.00	0.00	0.00	
	0.00	0.00	0.00	0.00	
	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00

AGRADECEMOS SUA POR FIDELIDADE. AGUA TRATADA E SAUDE
DEVIDO A FALTA DE CHUVAS FAÇA USO RACIONAL P/ ECONOMIZAR AGUA

AGUA	16,20	
ESGOTO	12,96	
		FEV/14
		MAR/14
		ABR/14
		MAI/14
		JUN/14
		JUL/14
		AGO/14
		SET/14
		OUT/14
		NOV/14
		DEZ/14
		JAN/15
		FEV/15

PIS	0,22	VALOR DO SERVICO	51,56
COFINS	1,39	VALOR DO SUBSIDIO	22,42
		VALOR TOTAL A PAGAR	29,16

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R$)
03/2015 01/04/2015	29,16

É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme resoluções das Agências Reguladoras.

Maiores informações pelo telefone: [illegible], nas lojas de atendimento, de 8h às 17h, no site www.cagece.com.br ou na ouvidoria Cagece: 3101.1918, de 8h às 12h e 13h às 17h. Ouvidoria estadual: 155. Site da ARCE: www.arce.ce.gov.br

Entidades Reguladoras: Fortaleza: ACFOR – Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental: [illegible] – Demais Localidades: ARCE – Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará: [illegible]

GOVERNO DO ESTADO DO CEARA
SECRETARIA DA SEGURANCA PUBLICA E DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL
DELEGACIA DO 2. DISTRITO POLICIAL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 102 - 8123 / 2015

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO
Data / Hora da Comunicação: 02/05/2015 09:51:03
Data / Hora da Ocorrência : 17/03/2015 09:00:03
Endereço da Ocorrência: SIT SANTA LUZIA

NAO INFORMADO RUSSAS /CE
Ponto de Referência: COLÉGIO MUNICIPAL

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: JOSE ANTONIO DE OLIVEIRA DOS REIS
Nascimento : 01/05/1984
RG: Órgão Emissor: UF: - CPF: .
Filiação: FRANCISCO DOS REIS SOBRINHO
MARIA LIDUINA DE OLIVEIRA
Endereço: R QUADRA 02 2610
TABOLEIRO DO CATAVENTO
RUSSAS CE BRASIL Telefone: 85-99119375

Histórico

Informa que no dia e hora supracitados, trafegava na garupa da motocicleta HONDA CG 125cc DE COR VERMELHA ANO 2011 DE PLACA NVF-7959/CE, no sitio Santa Luzia quando, um animal atravessou a via e o condutor NEILTON (primo da vítima) desviou e a vítima e veio a cair; Que a vítima foi socorrida para o hospital municipal de Jaguaruana/CE, onde foi diagnosticado uma fratura na clavícula esquerda e na coluna e nada mais disse.//

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE RUSSAS
RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : _____
"ESCRIVAO AD HOC"
RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO : José Antônio Oliveira dos Reis
VISTO DO DELEGADO(A) : _____
TERCIA RENATA SOUZA PIMENTEL AGUIAR PUTO - MAT.: 198368-1-9

SUS - Sistema Único de Saúde
Secretaria de Saúde de Jaguaruana

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

FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem: _____ CNES: _____

Município: JAGUARUANA

Nome: José Antonio Oliveira dos Santos

Sexo: M (X) F ( ) Data de Nascimento: / / Ocupação:

Endereço: Jaguaruana Bairro: Tel:

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO: Gonalgia associada de meses e agravamento recente na Planície Esquerda c/ possibilidade de fratura

RESULTADO DE EXAMES: Documento de Exames

CONDUTA JÁ REALIZADA: Medicação Eng. ...

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA: Fratura na Planície Esquerda

Dr. José Gilson Estevão Oliveira CRM 9.... — Assinatura e Carimbo e CRM — Função: medico — Data: 27/02/2015 — Horário: 09:00

AGENDAMENTO

ENCAMINHAMENTO PARA ATENDIMENTO: Ambulatorial ( ) Hospitalar ( ) Auxilio diagnóstico ( )

PROCEDIMENTO: Ortopedia PROFISSIONAL: Ortopedista

UNIDADE DE REFERÊNCIA: HCGM DATA: / / HORA:

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA

UNID. 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:

HCSR
HOSPITAL E CASA DE SAÚDE DE RUSSAS
Uma História Cuidando de Vidas

ATESTADO

Atesto que [illegible]

está impossibilitado(a) de trabalhar, por 60 (dois)

dias, apartir desta data 30/03/15, por

(-) Patrimônio.

Cirurgia

MÉDICO - CRM

www.hcsrussas.com.br

PREFEITURA DE
Jaguaruana
UMA VIDA NOVA

SUS

Secretaria Municipal de Saúde

José Antonio de Oliveira
Prof Neri

Solicito:
Marco X de Oliveira
Especialista

Data: 17/03/2015

AV. SIMÃO DE GÓIS, 1734 - CENTRO - JAGUARUANA-CE
CNPJ: 12.040.122/0001-90 TEL.: (88) 3418.1619

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES

DENATRAN

DETRAN - CE Nº 011690470245
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	CÓD. RENAVAM	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO
PPT 01	00283934441	0000000000	2014

NOME
PATRICIA CARLA DO NASCIMENTO CAR
****
****
RUSSAS /CE

CPF / CNPJ	PLACA
95227571368	NVF7959/CE

PLACA ANT / UF	CHASSI
/CE	9C2KC1670BR358960

ESPÉCIE TIPO	COMBUSTÍVEL
PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC	GASOL/ALCO

MARCA / MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.
HONDA/CG 150 FAN ESI	2011	2011

CAP / POT / CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
2P/149CC	PARTIC	VERMELHA

IPVA

COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC / COTAS
********,**	**/**/**	1ª******** 2ª******** 3ª********

FAIXA I.P.V.A.	PARCELAMENTO / COTAS
********	********,**

PRÊMIO TARIFÁRIO (R$)	IOF (R$)	PRÊMIO TOTAL (R$)	DATA DE PAGAMENTO
			********

OBSERVAÇÕES
****
****
****

LOCAL	DATA
RUSSAS	25/11/2014

Igor Ponte
Superintendente por DETRAN-CE

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

CE Nº 011690470245 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
2014	25/11/2014

VIA	CPF / CNPJ	PLACA
01	95227571368	NVF7959

RENAVAM	MARCA / MODELO
00283934441	HONDA/CG 150 FAN ESI

ANO FAB.	CAT. TARIF.	Nº CHASSI
2011	09	9C2KC1670BR358960

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R$)	DENATRAN (R$)	CUSTO DO SEGURO (R$)
129,04	14,34	143,38

CUSTO DO BILHETE (R$)	IOF (R$)	TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R$)
4,15	1,11	292,01

PAGAMENTO	DATA DE QUITAÇÃO
X COTA ÚNICA ☐ PARCELADO	24/11/2014

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.240.598/0001-04
www.seguradoralider.com.br

SUL / 2104

MOTOR: KB16E7B358960 005B2

DETALHES DO PROCESSO

Número Sinistro:	**3150466548**	Garantia:	**02 - Ipa /Invalidez**		
Categoria:	**09 - Moto / Motocicleta**				
Data Sinistro:	**17/08/2015**	Data Recepção:	**07/05/2015**	Data Rateio:	**07/07/2015**
Seguradora:	**ARUANA - FORTALEZA**	Angariador:	**L&L SEGUROS**		
Preparador:					
Analista:	**Diana**				
Situação:	**Pago**				
Filial:	**PARANASEG**				

DATAS DE ENVIO

VÍTIMAS

Vítima	**JOSE ANTONIO OLIVEIRA DOS REIS**	Estado	
Endereço:	**RUA D. CONJ ABDON VALÉRIO,2610 - TABULEIRO DO CATAVENTO - RUSSAS -**		
Cep:	**62.900-000**		
Telefone	**(88) 9245-8222**		
Data Nascimento	**01/05/1984**		

BENEFICIÁRIOS / PAGAMENTOS

Beneficiário	**O MESMO**				
CPF/CNPJ	**051.032.253-45**				
Data Rateio	**00/00/0000**		Data Pagamento	**00/00/0000**	
Agência	**22012**		Conta Corrente	**17.920-5**	
Banco	**Banco do Brasil**		Tipo Conta	**Poupança**	
Valor Indenização	**1.687,50**	Valor Nota Fiscal	**0,00**	Data Pagamento	**08/07/2015**
Valor Pleiteado			**13.500,00**		
Diferença			**11.812,50**		

CORRETORA

Código	**1**
Nome	**L&L SEGUROS**
Responsável	**JEFFERSON**
Endereço	**AV. DOM LINO, 864**
Telefone	**(88) 3411-1156**
E-mail	**jeffersonvolney@hotmail.com**