

Studart & Lima

Advogados Associados

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

Nome: <u>Cícero Antonio Silva</u>	Data Nas: <u>03/07/1961</u>	
Estado Civil:	Profissão:	Nacionalidade: <u>Brasileiro</u>
RG: <u>275018945</u>	CPF: <u>42078733415</u>	Telefone: <u>8814-1711</u>
Endereço: <u>Rua Jucelino Garcia Custodio, 06 - Bairro: Frei d'Amário</u>		
Cidade: <u>Juazeiro do Norte-CE</u>	CEP: <u>63100000</u>	

OUTORGADOS: RAFAEL ESTEVES STUDART, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/CE de nº 22.655, DIEGO LIMA DE FARIAS, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/CE de nº 22.985 e FÁBIO MONTEIRO ARRAS MEDEIROS, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/CE de nº 23.735, todos com escritório profissional na Rua Paula Rodrigues, nº 280, sala 13 - Bairro de Fátima, Fortaleza/CE, cep: 60.411-270, fone: (85) 3032-8832.

PODERES: Concede amplos poderes com os da cláusula "AD JUDICIA" para o foro em geral, para ajustamento de medida judicial aplicável para cobrar a diferença do Seguro DPVAT, acompanhando-o 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 subestabelecer, com ou sem reserva de iguais poderes.

Fortaleza (CE) 08 de Março de 20 13

x Cícero Antonio Silva
OUTORGANTE

Rua Paula Rodrigues, 280 - Loja 13 - Bairro de Fátima - Fortaleza / CE - 3032-8832
Av. Maranhão, 25 - Centro - Ceará / MA

DECLARAÇÃO DE POBREZA

Declaro para os devidos fins que eu, Cícero Antonio Silva, portador(a) do RG nº 275018945, inscrito(a) no CPF nº 42078733415, estou impossibilitado(a) de custear despesas judiciais sem prejuízo de meu próprio sustento e da família não podendo arcar com custas processuais pelo que declaro ser pobre nos termos da lei nº 7.115 de 20 de agosto de 1983, pelo que assume inteira responsabilidade, requer os benefícios da Justiça Gratuita, com esteio na lei nº 10820/05.

Fortaleza, 08 de Março de 2013.

Cícero Antonio Silva

DECLARANTE

[illegible]

DECLARAÇÃO

EU CICERO ANTÔNIO SILVA

ABAIXO ASSINADO, PORTADOR(A) DO RG Nº 23.501.894-5,

VENHO POR MEIO DESTA DECLARAR QUE RESIDO NA
RUA JOSCELINO GARCIA LUSTOSA, Nº 06

BAIRRO: FREI DIONÍSIO NA CIDADE: JARUÍ DO NORTE

ESTADO: CE, CEP: 62000-00, TE: 81 3214 1711.

DECLARO SOBRE AS PENAS DA LEI Nº 7.115 DE 29/08/1983, QUE OS
DADOS ACIMA SÃO VERDADEIROS

E POR SER VERDADE ASSINO A PRESENTE DECLARAÇÃO.

CIDADE E DATA JARUÍ DO NORTE CE; 14-12-2012

X. Cicero Antônio Silva

ASSINATURA

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, CICERO ANTONIO SILVA, portador da carteira de identidade nº 27.801.894-5 e inscrito no CPF/ME sob o nº 420783334-15, residente e domiciliado na RUA WISCELINO GARCIA CUSTODIO Nº 06, cidade MACAÏS DO NORTE, Estado CEARÁ, declaro, sob as penas da lei, que não tenho a possibilidade de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT, na hipótese de acidente de trânsito.

- ☐ Não há estabelecimento de IML no Município de minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML prestador no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☒ O estabelecimento de IML localizado no Município em que resido realiza perícias com taxa superior a 90 (noventa) dias do momento do acidente.

Com o objetivo de permitir o acesso ao meu seguro de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura a ser realizada permanente lesão causada instantaneamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento à análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal - IML, concordando, desde logo, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Ligeira DPVAT para a correta avaliação da extensão e atenção ao grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 4.244/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa a entrega da responsabilidade com a futura avaliação médica que venha a ser realizada ao direito de impugná-la, caso discorde do seu resultado.

Cicero Antonio Silva

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

MACAÏS DO NORTE - CE, 14.12.2012.

Local e data

DETALHES DO PROCESSO

Número Sinistro:	2013/055621	Garantia:	02 - Ipa / Invalidez
Categoria:	09 - Moto / Motocicleta		
Data Sinistro:	03/12/2012	Data Receção:	18/12/2012
		Data Rateio:	01/03/2013
Seguradora:	MBM - Seguradora	Agenciador:	Bessa Assessoria
Preparador:	Thais Marielly Nicollayow		
Analista:	Juliana Assumpção Moreira		
Situação:	Pago		
Filial:	MBM Serviços de Seguros		

DATAS DE ENVIO

Data de Envio	29/01/2013	Nº Carta	959
---------------	-------------------	----------	------------

VÍTIMAS

Vítima	Cicero Antonio Silva	Estado
Endereço:	Rua Juscelino Garcia Custodio,6 - Frei Damiao - Juazeiro do Norte-CE -	
Cep:	63.100-000	
Telefone		

DOCUMENTOS

Descrição	1. Boletim de ocorrencia original ou copia autenticada.		
Data da Solicitação	19/12/2012	Data Receção	29/01/2013

BENEFICIÁRIOS / PAGAMENTOS

Beneficiário	O mesmo		
CPF/CNPJ	420.787.334-15		
Agência	0032	Conta Corrente	311999-4
Banco	Caixa Econômica	Tipo Conta	Poupança
Valor Indenização	<u>843,75</u>	Data Indenização	<u>01/03/2013</u>
Valor Pleiteado	13.500,00		
Diferença	12.656,25		
Valor Reanalise	0,00	Data Reanalise	00/00/0000
Valor Nota Fiscal	0,00		

CORRETORA

Código	1
Nome	Bessa Assessoria
Responsável	adriano bessa
Endereço	Avenida Castelo Branco 3564
Telefone	(88) 3085-2705
E-mail	adrianobessa25@hotmail.com - hurania_elencar@hotmail.com

PROCURADOR

Procurador
CPF

ORGANIZAÇÃO SOCIAL SAÚDE


ESTADO DO CEARÁ
 SECRETARIA DE SAÚDE
FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO			
Nome: CICERO ANTONIO SILVA	Prontuário: 44908	Admissão: 03/12/2012	
Data Nasc.: 03/07/1961 Idade: 51 anos, meses: 05, dias: 01 (s)	Sexo: Masculino	RG: 27501894-5	
Mãe: IRACI JOSEFA DA SILVA	Telefone: 88	88352271	
Endereço: RUA JUSCELINO GARCIA OLIVEIRA	Bairro: FREI DÂMIAO	CEP:	

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO			
Risco: AMARELO	Classificador: HILSON CARNEIRO DE ANDRADE	Horário: 08:54	
Queixa: DOR EM PUNHO ESQUERDO E VARIAS LESÕES EM MMSS E MID. APÓS ACIDENTE DE MOTO			
Fluxograma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES			
Discriminador: DOR MODERADA			
Sato02:	Glasgow:	Tempo:	Glicemia:
			Regul: 5
			Pulso/FC:

Médico: FRANCISCO GENILVA CAMARÃO	CRM: 8044	Nº Atendimento: 72493 P.A.:
Eixo: OBS BREVE/IMAGEM	Agência: 501	Agressão: Não
Hipótese Diagnóstico: MÚLTIPLAS ESCORIAÇÕES/TRAUMA EM PUNHO ESQUERDO.		Peso:
Comorbidade:		
HDA/Exame Físico:		
VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO ATENDIDO NO HOSPITAL TASSO JEREISSATI COM MÚLTIPLAS ESCORIAÇÕES E DOR EM PUNHO ESQUERDO.		

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO				
Data	Fluxograma	Discriminador	Risco	Profissional
03/12/2012 08:54:00	PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	DOR MODERADA	AMARELO	HILSON CARNEIRO DE ANDRADE

EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação
RAIO-X PUNHO E AP/P (0204040724)	03/12/2012 09:22	Não	Realizado

PRESCRIÇÃO

Médico:

CRM:

Prescrição	Horário:
------------	----------

EVOLUÇÃO

Data Cadastro	Usuário Cadastro	Descrição
---------------	------------------	-----------

Rua Catulo da Paixão Carneiro, s/n, Trânsito - CEP 63041-162 Juazeiro do Norte - CE

Unidade mantida com recursos públicos, obrigados de seus impostos e contribuições sociais.

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por DIEGO LIMA DE FARIAS e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 16/07/2013 às 16:03, sob o número 01786532820138060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0178653-28.2013.8.06.0001 e código E00BED.