

SUCUPIRA BARRETO

Advogados

PROCURAÇÃO**OUTORGANTE:**

Daimundo Junior Alves da Cruz, RG-20030052
15.20, CPF 018.395.563-31, Av. D de Maio, 1581,
Altos, Castelão, Fortaleza - CE, CEP-60000-00.

OUTORGADOS: **DANIEL SUCUPIRA BARRETO**, brasileiro, casado, Advogado, inscrito na OAB-CE sob o nº. 17.070 e **DANIELA MARIA COSTA FERREIRA FURTADO**, advogada, inscrita na OAB-CE sob o nº. 18.000, com Escritório profissional na Rua Mário Alencar Araripe, nº. 1211, Água Fria, Fortaleza, Ceará, CEP 60833-163, endereço onde recebe intimações e notificações.

PODERES: O outorgante confere ao outorgado amplos e ilimitados poderes, inclusive os do art. 38 do Cód. de Proc. Civil, os contidos na cláusula *ad judicium et extra* e ad negocia, para em nome do outorgante, em Juízo ou fora dele, em qualquer foro, defender seus direitos e interesses, especialmente propondo cobrança judicial de Seguro DPVAT, podendo interpor Ação Judicial de Cobrança de Seguro DPVAT, podendo ratificar, impugnar, contestar, propor ações de qualquer natureza, reconvir, recorrer, dar e receber quitação, firmar acordos, transacionar, requerer e receber alvará, indicar e nomear prepostos e/ou procuradores, receber intimações (inclusive para audiências), transigir, passar recibos, levantar numerários depositados em juízo, receber e endossar cheques, efetuar pagamentos, assinar documentos, bem como tudo o mais que se fizer necessário para o perfeito e cabal desempenho deste mandato, inclusive substabelecer, com ou sem reserva de poderes, a quem lhe convier; por tais serviços, o outorgante pagará ao outorgado a quantia equivalente a 30% (trinta por cento) do valor total recebido na cobrança judicial do seguro DPVAT, independentemente dos honorários advocatícios sucumbenciais arbitrados em juízo, podendo referido valor ser deduzido quando da prestação de contas, em juízo, para fins de expedição de Alvará. A presente procuração é firmada em caráter irrevogável e irretratável. .

Pelo presente instrumento particular de procuração, o Outorgante confere aos Outorgados os poderes acima descritos.

Fortaleza, 25 de Junho de 2014.

+ Daimundo Junior Alves da Cruz
Outorgante

REGISTRO GERAL 2003005213520 DATA DE EXPEDIÇÃO 29/12/2003

NOME RAIMUNDO JUNIOR ALVES DA CRUZ

FILIAÇÃO RAIMUNDO COELHO DA CRUZ E MARIA DAS DORES ALVES DA CRUZ

RESIDÊNCIA DATA DE NASCIMENTO

QUIXADA-CE 19/1/1986

CERT.NASC. 827 L A02 F

37V ITANS-ITAPIUNA-CE

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA DA CIDADANIA INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

fls. 14

BRASIL LIVRE DA FOME

RAIMUNDO JUNIOR ALVES DA CRUZ

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por DANIEL SUCUPIRA BARRETO e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 18/08/2014 às 17:28, sob o número 08819844-2014-8060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0881984-40.2014.8.06.0001 e código 141956E.

coelce

uma empresa endesa brasil

Esta é a sua conta de

AGO/2013Utilize o n° abaixo sempre
que entrar em contato conosco

n° do cliente

3372650

7

vencimento

01/10/2013

total a pagar (R\$)

106,32Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B 4 Série B-4 1 N° **312098124**

Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60133-040 Fortaleza-CE

CNPJ 07.047.251/0001-70 CGF 08.103.848-3

A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei n° 10.438, de 26 de abril de 2002.

DADOS DO CLIENTE

Rota 11 01210 11 059500 - 7

Medidor 2579757

Posto 0000 H101

Nome **RAIMUNDO JUNIOR ALVES DA CRUZ**

IMC 008002587275

Endereço Postal **AV 0002 DE WAIO 01581 ALTOS - CASTELAO -****FORTALEZA CEP 60000-000**End. da Unidade **AV 0002 DE WAIO 01581 ALTOS - FORTALEZA**

Consumidora

RG/CPF/CNPJ 018396563-31

CGF

Fator de Potência 0,00

Classe **RESIDENCIAL MONOFASICO****INFORMAÇÕES SOBRE LEITURA E CONSUMO**

Leitura Atual	Leitura Anterior	Consumo	Consumo (Volts)	Consumo (kWh)	Consumo Faturado
12429	12211	1	218	0	218
13/08/13	15/07/13	29	DIAS		

DESCRIÇÃO DA CONTA

VALOR CONSUMO DO MÊS

Quantidade 218 Tarifa 0,4232 Valor (R\$) 96,42

TAXA DE ILUMINAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL

6,41

SEGUNDO RESIDENCIAL 3+1

3,49

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/

Reconhecimento

Prev. Próxima

Leitura

21/08/2013**14/09/2013****ÁREA RESERVADA AO FISCO****9193.2400.888F.7662.720A.AM02.581E.E3C9****ICMS**

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor Imposto
96,42	27,00%	26,03

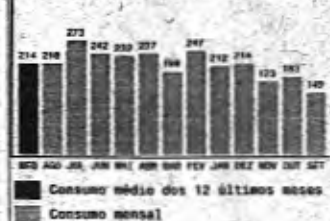
COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	41,20
Transmissão	2,70
Distribuição	18,04
Encargos Materiais	4,41
Tributos (ICMS PIS/COFINS)	29,22
Total	96,42

ÍNDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Vota a favor da melhoria dos serviços.

Condição	MONITORIUM
Mês	JUN/2013 - R\$ 30,41
DIARI - 0,00 P	
Padrão Individual	
Mês	Temp. Anual
DIC (h)	5,19 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00
FIC (h)	3,30 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00
DMIC (h)	2,04 0,00 0,00

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)**informações importantes e avisos de vencimento**

A COELCE AGRADECE E PARABORIZA PELA PONTUALIDADE NOS SEUS PAGAMENTOS.

Consta desta fatura R\$ 3,19 referente a PIS e COFINS. (Art. 9 Rev. 100/2006 - ANEEL e Lei n. 10.637/02 e 10.893/03)

A partir de 2014 vigorará o sistema de bandeiras tarifárias. A bandeira verde não implicará cobrança adicional. As bandeiras amarela e vermelha, quando acionadas, implicarão tarifas de maior valor, devido ao maior custo de geração. No mês de agosto vigorará a bandeira amarela, a qual implicará R\$ 0,015/kWh de acréscimo ao valor da tarifa, líquido de impostos. Mais informações em www.aneel.gov.br

autenticação eletrônica cliente

N° do Cliente: **3372650-7**N° da Nota Fiscal: **312098124**Total A Pagar (R\$): **106,32**Data de Emissão: **14/08/2013**Referência: **AGO/2013**N° de Controle: **0003372650 00073 40862 09****83690000001-6 06320031000-9 00033726500-3 00734086209-8**

(85) 3251-1385

(85) 8576-4120



Ministério da Fazenda

Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 018.395.563-31

Nome da Pessoa Física: RAIMUNDO JUNIOR ALVES DA CRUZ

Situação Cadastral: REGULAR

Digito Verificador: 00

Comprovante emitido às: **10:22:52** do dia **19/07/2014** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **A3A3.71D0.60F8.1768**

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço www.receita.fazenda.gov.br.

Aprovado pela IN/RFB nº 1.042, de 10/06/2010.

DECLARAÇÃO DE POBREZA

Raimundo Junior Alves da Cruz, RG - 20030052 13520,
CPF 018.395.563-34, Av. 2 de maio, 1584, Alto,
Castelão, Fortaleza - CE, CEP - 60000-000

DECLARA, com fundamento no artigo 1º da Lei nº 7.115/83, sob sua inteira e exclusiva responsabilidade, para todos os efeitos legais, as informações e declarações constantes no processo judicial e, também, ser pobre na acepção jurídica do termo (na forma da Lei), enquadrando-se na concessão prevista na Lei nº 1.060/50 e posteriores alterações, pois sua situação econômica não lhe permite pagar as custas e demais despesas do processo e os honorários de advogado expert sem prejuízo do sustento ou da família.

Fortaleza, 15 de junho de 2014

Raimundo Junior Alves da Cruz

DELEGACIA DO 16. DISTRITO POLICIAL



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL, impresso em: 16/08/2013 06:34

POLICIA CIVIL

DELEGACIA DO 16. DISTRITO POLICIAL

Pág. 1 de 2

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 116 - 3216 / 2013**Dados da Ocorrência**Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**Data / Hora da Comunicação: **16/08/2013 17:54:17**Data / Hora da Ocorrência : **13/07/2013 12:00:00**Endereço da Ocorrência: **AV PERIMETRAL****PREFEITO JOSE WALTER FORTALEZA /CE**Ponto de Referência: **PROXIMO AO POSTO ITAPERI****Dados da(s) Vítima(s)**Nome: **RAIMUNDO JUNIOR ALVES DA CRUZ**Nascimento : **19/01/1986**RG: **2003005213520** Órgão Emissor: **SSP** UF: **CE** - CPF: **01839556331**Filiação: **RAIMUNDO COELHO DA CRUZ****MARIA DAS DORES ALVES DA CRUZ**Endereço: **AV 2 DE MAIO 1581 ALTOS****PASSARE****FORTALEZA CE BRASIL**Telefone: **85-89148250****Histórico**

AFIRMA O DECLARANTE QUE NA DATA, HORA E LOCAL ACIMA DECLARADOS, CONDUZIA A MOTOCICLETA DE MARCA HONDA/FAM 150, PLACA OIP - 0881/CE, COR PRETA, ANO 2012, EM NOME DE RONALDO, QUE ESTAVA COMO GARUPEIRO; QUANDO FOI SURPREENDIDO POR VEICULO NÃO IDENTIFICADO QUE FEZ UM MANOBRA IRREGULAR ULTRAPASSANDO O DECLARANTE OCASIONANDO A COLISÃO; QUE FORAM SOCORRIDOS POR FAMILIARES PARA O HOSPITAL FROTINHA DA MESSEJANA; QUE O DECLARANTE QUEBROU O POLEGAR DIREITO; E NADA MAIS DISSE.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 16. DISTRITO POLICIAL**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:** _____**MATRÍCULA: 12682018****RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:** Raimundo Junior Alves da Cruz**VISTO DO DELEGADO(A):** _____

Luciana Hippólito Siqueira
Escrivã de Polícia Civil
Mat. 151.916-1-3

DELEGACIA DO 16. DISTRITO POLICIAL

Pág. 1 de 1

impresso em: 16/08/2013 06:08



RECEITUÁRIO

Alexandre

Alexandre pereira dos
vidas (mãe) Rasmun-
do Junior Alves da
Cruz Sequeiro nome do
filho, mãe nascida em
13/07/2013, subm. de
tratamento conservador
+ imobilização + encon-
tra-se com função perda-
da principal e não de-
ber ser a imobilização
e o tratamento de fun-
ção.

Dr. João Batista Gomes da Silva
Médico - CRM: 5155
CPF: 228.75.923-91

Fortaleza,

14/10/13

PACIENTE RAIMUNDO JUNIOR ALVES DA CRUZ		CNS NATURALIDADE FORTALEZA	DATA NASCIMENTO 19/01/1986	IDADE 27a	DOCUMENTO Ignora
TELEFONE	SEXO 1 ☒ MASC 3 ☐ FEM		1 ☒ SOLTEIRO 2 ☐ CASADO 3 ☐ VIÚVO 4 ☐ OUTROS		
PAI RDO COELHO DA CRUZ		MÃE MARIA DAS DORES ALVES DA CRUZ			
ENDEREÇO AVENIDA 02 MAIO, 1429		BAIRRO JARDIM UNIAO	CIDADE FORTALEZA	U.F. CE	
EMERGÊNCIA 1 ☐ ADULTO 2 ☐ PEDIATRIA 3 ☐ TRAUMATOLOGIA 12 ☐ OUTROS		DATA DO ATENDIMENTO 13/07/2013		HORA 13:32	
MOTIVO DO ATENDIMENTO					
SADI - EXAMES COMPLEMENTARES					
1 ☐ RAIO X	2 ☐ ULTRASSOM	3 ☐ TOMOG COMP	4 ☐ SANGUE	5 ☐ URINA	6 ☐ ECG ☐ OUTROS

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA *TR. RASE AO 1º MEMBRÃO @*
ps. dnt. de ror

CODIGO

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

DATA / HORA / CONSULTAS ESPECIALIZADAS E PROCEDIMENTOS

Rx raso @ / @ *Dr. Gustavo Gonçalves* *Ortopedia e Traumatologia* *CREMEC 11493*

Rx raso @ / @ *Dr. Gustavo Gonçalves* *Ortopedia e Traumatologia* *CREMEC 11493*

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO DATA HORA

PRESCRIÇÃO	ENFERMAGEM
<i>Rx raso @ / @</i> <i>Dr. Gustavo Gonçalves</i> <i>Ortopedia e Traumatologia</i> <i>CREMEC 11493</i>	

OBSERVAÇÃO (ATÉ 24 h) ☐

PARA ÓBITO

ANTES DO 1º SOCORRO ☐ SIM ☐ NÃO

DESTINO DO CORPO 1 ☐ ENTREGUE A FAMÍLIA 2 ☐ IML 3 ☐ ANATOMIA PATOLÓGICA

DATA E HORA DA ALTA:

DATA E HORA DO ÓBITO:

ASS. CARIMBO MÉDICO RESPONSÁVEL

ASS. PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Guia 13084613 registrada por EDNAR

CONFERE COM ORIGINAL

06107143

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por DANIEL SUCUPIRA BARRETO e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 18/08/2014 às 17:23, sob o número 08819844020148060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0881984-40.2014.8.06.0001 e código 1419572.

A

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A.

DECLARAÇÃO

Eu, Prismundo Junior Alves da Cruz portador da carteira de
 identidade n° 2008005213520 e inscrito no CPF sob o n° 018.895.563 - 31

Residente e domiciliado na Av. 02 de Maio, 1581, altos Constelção

Cidade: Fortaleza, Estado Ceará, declaro, sob as penas da lei, que estou
 impossibilitado de apresentar; **PRONTUÁRIO COMPLETO INCLUÍDO PROCEDIMENTO
 CIRÚRGICO**, realizado no Hospital _____ Data de Entrada: 18/07/13

Data de Saída: / / .

Localizado em; Fortaleza

O hospital se nega a disponibilizar a Xerox do PRONTUÁRIO COMPLETO ONDE INFORMA
 TODOS OS PROCEDIMENTOS CIRURGICO REALIZADOS.

Por esse motivo venho através desta comunicar e solicitar e requerer indenização do Seguro
 Dpvat (Lei nº 6.194/74)

Com o objetivo de permitir o andamento 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 enviada.

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, ou lesões para os fins do art. 3º da Lei
 nº 6.194/74.

Prismundo Junior Alves da Cruz

Assinatura do Declarante

Fortaleza, 08/1

Local e Data

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Raimundo Junior Alves da Cruz, portador da carteira de identidade nº 2003005213520 e inscrito no CPF/MF sob o nº 018.395.563-34, residente e domiciliado na Av. 02 de Maio, 1581, Altos, Curitiba, Cidade Fortaleza, 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.

Raimundo Junior Alves da Cruz

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Fortaleza, 08/10/2013

Local e data