

**PROCURAÇÃO****OUTORGANTE:**

Nome: João Roberto Braga de Menezes
Brasileiro, casado, autônomo.
G: 92002293945 **SSP/CE** **CPF:** 212.547.883-87

Endereço: Rua: Boa Esperança, 113, Parque Genibani, Fortaleza-CE

Telefone:

OUTORGADO: Felipe Reinaldo Rabelo Leal, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/CE 17528, escritório profissional na Rua do rosário, nº 77 Centro, Fortaleza-Ce. Fone: (085)-3226.1683/8831.7862.

A quem confere os poderes da cláusula "**ad judicla et extra**" para promover a defesa do mandante ou a de qualquer interesse seu, seja através de atos de representações, seja intentado ações defendendo-o das que contra si forem intentadas; podendo ainda confessar, reconhecer procedência pedidos, receber citações, transigir, desistir, renunciar a direitos sobre que se fundam ações, dar o. firmar compromisso, receber e dar quitação, fazer levantamento, endossar cheque nominal da autora juntamente ao Banco do Brasil, Caixa Econômica e Bradesco e Banco do Nordeste, bem como receber alvará judicial nas entidades anteriormente relacionadas, dando tudo por bom e valioso, com o específico para **AJUIZAR AÇÃO DE COBRANÇA DE DPVAT NA JUSTIÇA ESTATUAL DO CEARA**, dando substabelecer com ou sem reservas de iguais poderes em todas as instâncias da Justiça Estadual deste Estado.

Fortaleza, CE 28 de Setembro de 2013.

do rosário, nº 77
tro- fortaleza/ce

Felipe Reinaldo Rabelo
Leal

3226.1683/8831.7862

DECLARAÇÃO DE POBREZA

Eu, Felipe Reinaldo Rabelo Leal,
 brasileiro (a), portador do RG nº 43.222.732-5 SSP/CE,
 inscrito no CPF/MF sob nº. 212.526.832-81 residente e
 domiciliado na Rua Espírito Santo, nº 111 - Bairro Centro, Fortaleza - CE
 DECLARO para os devidos fins que sou pobre na forma da Lei, e solicito os
 benefícios da gratuidade judiciária, face a impossibilidade de arcar com as
 custas decorrentes da demanda judicial, sem prejuízo do próprio sustento,
 em conformidade com o exposto nas Leis 1.060/50 e 7.115/83, pelo que
 firmo a presente por ser a expressão da verdade.

Fortaleza/CE, 22 de Setembro 2013.



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

EU, Felipe Reinaldo Rabelo Leal
 Portador (a) do RG Nº 22.070.243-9 SSP/CE
 inscrito (a) no CPF/ME sob nº. 218.942.803-00
DECLARA de sua consciência e a bem da verdade que **VIVE E RESIDE**
 NA rua Raimundo Evangelista nº 113
Cidade de Fortaleza, Estado do Ceará

Que a presente declaração é a expressão da verdade,
 a qual é feita nos termos e sob as penas da Lei, pelo que me
 responsabilizo pela presente.

Fortaleza/CE, 02 de Setembro de 2013



LIBERTY		DATA DE EXPEDIENTE	
02012223645		17/2005	
NOME: ROAO ROBERVAL BRAGA DE MENESES			
NOME: JOAQUIM FERREIRA DE MENESES L. F.			
MATERIA: ALICE BRAGA			
NATURALIDADE		DATA DE NASCIMENTO	
LAGUABUANA-CE		5-12-1958	
CART. 045AM. 8483 L B22 F			
POV. ANTONIO BEZERRA. PORT-CE			
DTM 11254788387 ID. ANT. 875228			
FORMA TUBA DE DADOS			
LIVRO 11 DE 29/08/58			

796.84 R/ENC
CARLITE WILLON



ANÁLISE DE DADOS DE ESTUDO DE CASO
DE ROTAÇÃO DE SECTORES PÚBLICOS E DEFESA SOCIAL
VOLUME 1
DEBATE Nº 1. DISTRIBUIÇÃO DE

DOI: 10.1002/eqe.1207

Physical Description

Summary of Flight AC IDENTICAL - CAPTURES

FIG. 1. H_2O and H_2 in the atmosphere of HD 189733 b.

Udvalgt af: [Børn og unge i Danmark](#) - 28/05/2012 14:39:40

Ensemble de l'ensemble 41 DUBOIS DE LA 45

INTRAPOLATED POLYNOMIALS

Ponto de Re-Entrada: ESQUEMA COM A BOLA ILUMINADA PRETO

22/05/2015 11:00:00

NEW JOURNAL: THE ART OF WRITING

11/11/2011 11:21:53

REG. NO. 10050-15 COUNTRY: SPAIN 16 FEB - 1991

LABORAL GAGGLES FOR PREVENTION OF NOISE-INDUCED

Public Health Act 1936, 1947, 1969, 1984, 1990, 1997, 2004

End note: I am grateful to the referees for their comments.

Figure 1

PORTAL 2.0: C'U EMASIL

11/11/2011 11:51:41

1000

[illegible]

REF. CLASIFICACION: ~~RELOCACION DO 34. DISTINGUIR POLICIAL~~

RESPONSIBLE PHIL. REGISTER:

NAME: "TSCN" 40-30 RFL

RESPONSIBLE PUBLIC INFORMATION

Y ESTOY EN DELEGACIÓN:



Prefeitura de
Fortaleza



REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL						EMITIDO EM: 28/05/2012	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE						HORA: 15:17:42	
NOME DO PACIENTE: JOÃO ROBERTO BRAGA DE MENEZES						Nº REGISTRO: 58310	
IDADE: (N)	Nº DOB: (N)	NOME: (N)	SEXO: (M)	RAA COR: (N)			
NOME MÃE: MARIA ALICE BRAGA				CONTATO: (N)			
NOME RESP: O MESMO				CONTATO: (N)			
ENDEREÇO: RUA JOSE MENDONÇA 804 GENIBAU				CONTATO: (N)			
CIDADE: FORTALEZA		COLEGIO:		UF: CE	CEP: 60.000.000		
OCORRÊNCIA							
TIPO DE TRANSPORTAÇÃO: Trabalho VÍTIMA DE COLISÃO MOTO CARRO							
TRANSPORTE: (N)		DADOS DO ACIDENTE:		PLACA: (N)	LOCAL: AV. DUQUE DE CAXIAS		
		VEIC:		QUILÔMETRO: (N)	CONDIÇÃO: (N)		
ACOLHIMENTO							
QUEIXA: (N)	Laceração mão (2) +			MOTIVO: ACIDENTE DE MOTO			
ABANDONADO: (N)	Socorro BIE			P. cirurgia + TO			
ESCALA DE DOR	CONDIÇÃO	TIPO DE DOR	CAUSA DO DOR	SINAIS VITAIS	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA
ESCORE DE TRAUMA REVISADO							
VALOR	PTS	ESCALA DE LACERATÃO	PTS	TAQUICARDIA	PTS	FREQUÊNCIA RESPIRATORIA	PTS
0		0 a 15		50		10 a 20	
1		16 a 25		26 a 39		21	
2		26 a 35		40 a 75		21 a 30	
3		36 a 45		76 a 99		31 a 40	
4		46 a 55		100		41 a 50	
5		56 a 65				51 a 60	
CLASSIFICAÇÃO: Laceração				DATA E HORA DO ATENDIMENTO: 28/05/2012 15:17:38			
REFERÊNCIA:				RESP. ACOLHIMENTO: Maria de Nazare Pinheiro Aboia			
ÁREA DE ATENDIMENTO							
ÁREA ATENDIMENTO: 41 - CIRURGIA PLÁSTICA							
ATENDIMENTO MÉDICO							
ANAMNESE: Fract. exposta de mão + trauma tornozelo e							
DIAGNÓSTICO: 0 mms mms				EXAM. PROCED.			
SOLICITAÇÃO: ☐ RX ☐ RM ☐ Ultrassom ☐ TC ☐ RM ☐ Outros				19/40 E			
CONSULTA: Satisfeito							
DATA E HORA DO ATENDIMENTO: 28/5/12				CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA: Roberto Rios CRM 1865			

Roberto Rios
Cirurgia Plástica
CRM 1865

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por FELIPE REINALDO RABELO LEAL e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 02/10/2013 às 14:09, sob o número 01988275820138060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0198827-58.2013.8.06.0001 e código F57F51.

RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

ATENÇÃO: A finalidade deste relatório é agilizar a avaliação da invalidez permanente, não sendo obrigatória a sua apresentação.

Nome completo da vítima

Numero do sinistro

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

Data do acidente:

28.05.2012

Data do início do tratamento médico:

28.05.2012

Nome completo e CRM do médico

Lesões resultantes do acidente:

Dados resumidos dos tratamentos realizados (datas):

Existe algum defeito físico ou doença pré-existente?

☐ Sim ☒ Não

Com relação a invalidez pode-se concluir que:

() a invalidez é temporária portanto passível de recuperação significativa ou de cura.

(x) a invalidez é permanente, ou seja, não há possibilidade de recuperação significativa ou de cura.

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o segmento ou órgão atingido)

SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO

- 1º Lesão no 2º quadrante do fêmur
- 2º Lesão no 2º quadrante do fêmur
- 3º Lesão no 2º quadrante do fêmur
- 4º Lesão no 2º quadrante do fêmur
- 5º Lesão no 2º quadrante do fêmur

Afirmo que assisti e/ou avalei a vítima no período de _____ a _____ e que as respostas acima, são completas e verdadeiras.

LOCAL

DATA

ASSINATURA E CARIMBO

ANEXAR CÓPIAS DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS RELATIVOS AO ACIDENTE

LOCAL

DATA

ASSINATURA DA VITIMA

