

Fábio Monteiro
Advocacia

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

Nome: <u>Antonio Leite de Sousa</u>		Data Nasc: <u>07/06/1988</u>
Estado Civil:	Profissão:	Nacionalidade: <u>Brasileira</u>
RG: <u>2007034023222</u>	CPF: <u>042.902.173-60</u>	Telefone: <u>3512-8095</u>
Endereço: <u>Rua Mai Castelo Branco n: 44, Independência</u>		CEP: <u>63.385000</u>
Cidade: <u>Faviera Brito</u>		

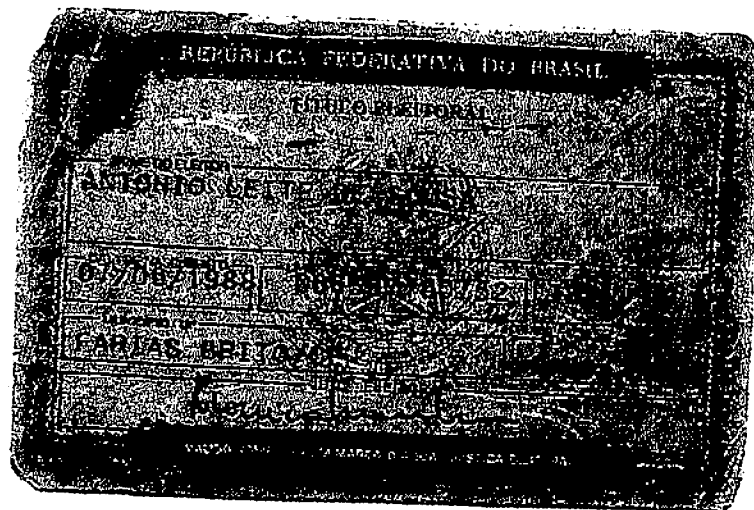
OUTORGADOS: **FÁBIO MONTEIRO ARRAIS MEDEIROS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/CE de nº 23.738, com escritório profissional na Rua Visconde de Barbacena, nº 413, sala 42, Bairro: Cidade dos Funcionários, Fortaleza/CE, CEP: 60.822-488, Fone: (85) 9992-0059 / (85) 8839-8483.

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

DECLARAÇÃO: O (a) outorgante declara que não tem condições de arcar com as custas processuais sem prejuízo do sustento próprio e da família, necessitando, portanto, dos benefícios da justiça gratuita, nos termos da Lei 1.060/50.

Fortaleza (CE), 05 de Abril de 2014.

Antonio Leite de Sousa
OUTORGANTE



coelce
COMPANHIA DE ENERGIA ELÉTRICA DO CEARÁ

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA - GRUPO A - SÉRIE B

Rota **16 11160 01 250400 - 0** Data de Emissão **21/08/2013**

Nome **ANTÔNIA TARGINO DA SILVA**

End. Postal **RUA MAL CASTELO BRANCO 08044**

INDEPENDÊNCIA - FARIAS BRITO - 63185000

Mecididor **1402660** Poste **0000 0000**

Classe **RESIDENCIAL MONOFASICO-BAIXA RENDA** Fator de Potência **0,80**

RG/CPF/CNPJ **233263603-04** EGF

Nome do Responsável

21/08/2013 **20/09/2013**

Conjuntos **07m 611m**

Mês **Jun 2013** RE **4,02**

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor de Imposto
911,1654	5,00	45,5582

DMIC 3,54

Let. Anted	Let. Anterior	Q. Cont.	Consumo (kWh)	Cont. Anted	Cont. Fato	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
21449	21385	1,00	64	0,00	64	0,1472	9,42

20/08/13 **20/09/13** **30 Dias**

VR. CONSUMO DO MES PREÇO NORMAL 20,06

DESCONTO TARIFA SOCIAL-BAIXA RENDA -10,38

TARIFA MORATORIA REF 07/2013 0,16

ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL 2,80

PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA 0,35

DOCAO SANTA CASA FORT - TEL 85 3487 6671 1/1 2,00

VENCIMENTO 09/2013 TOTAL A PAGAR (R\$) 14,99

HISTÓRICO DE CONSUMO

Consumo (kWh)	Valor (R\$)
64	9,42
57	8,39
70	10,30
64	9,42
70	10,30
107	15,35
88	12,75
58	8,52
70	10,30
52	7,65

importante

A partir de 2014, visando o sistema de bandos Tarifais, a bandeira verde (tarifa econômica adicional, as bandeiras "verdes" e "amarelas", quando acionadas, indicam tarifas de maior valor, devido ao maior custo de geração. No mês de Ago/2013, acionamos a bandeira AMARELA, a qual implicará R\$ 0,015/kWh de acréscimo ao valor da tarifa, devido às investidas. Mais informações em www.coelce.ce.br

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por FABIO MONTEIRO ARRAIS MEDEIROS e Tribunal de Justiça do Ceará, protocolado em 16/12/2014 às 14:31, sob o número 09190055020148060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 09190055-50.2014.8.06.0001 e código 16857A4.

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, ANTONIO LEITE DE SOUSARG nº 2007034023222, data de expedição 27/01/2014, Órgão SSP/CE

CPF nº 041.902.173-60, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA IMPL CASTELO BRANCO</u>
Número	<u>44</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>INDEPENDÊNCIA</u>
Cidade	<u>FORTIAS BRITO</u>
Estado	<u>CEPRN</u>
CEP	<u>63.185-000</u>
Telefone de contato	<u>(88) 3572 - 8095</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: ZURZEIRO DO NORTE/CE, 05 DE ABRIL DE 2014

Assinatura do Declarante: X ANTONIO LEITE DE SOUSA

GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ**POLÍCIA CIVIL**
DELEGACIA ELETRÔNICA**SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA**
E DEFESA SOCIAL

Governo do Estado do Ceará

VISUALIZAÇÃO**ATENÇÃO!**

1) Verifique se os dados estão corretamente preenchidos. Caso seja necessária alguma modificação, basta clicar no link 'Corrigir', localizado no canto superior direito de cada quadro.

Confirmar**Dados do Noticiante****Corrigir 1**Nome: **ANTONIO LEITE DE SOUSA**Sexo: **Masculino** Data de Nascimento: **7/06/1988**Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Grau de Instrução: **ENSINO MÉDIO**Nome da mãe: **MARIA TARGINO DE SOUSA**Nome do pai: **RAIMUNDO LEITE DE SOUSA**CPF: **041.902.173-60** RG: **2007034023222** Emissor: **SSPCE**E-mail: Telefone: **(88) 9465-8044**Nasceu em: **FARIAS BRITO - CE BRASIL**Endereço: **RUA MARECHAL MASCARENHA, 29** Complemento:Bairro: **JRAGEIRO** Cep: Ponto de Referência:Tipo: **RESIDENCIAL** Moradia: **PRÓPRIA**País: **BRASIL** Município: **CRATO** UF: **CE****Dados da Ocorrência****Corrigir 2**Delegacia: **DELEGACIA ELETRÔNICA** Ano: **2014**Data: **23/02/2014** Hora: **18:30**Tipo da Ocorrência: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**Endereço: **R HERMES PARAIBA** Complemento: **PRÓXIMO AO ROTARICLUB**Tipo do Local: **VIA PUBLICA** Compl Tipo do Local:Bairro: **NOVO LAMEIRO** Município: **CRATO** UF: **CE****Veículo(s) Envolvido(s)****Corrigir 3**

1) PLACA **NUX2829** TIPO DE VEÍCULO **MOTOCICLETA** MARCA/MODELO **HONDA/NXR 150 BROS COR PRETA** PROPRIETÁRIO **EDILANE DOMINGO DE ASSIS**

Descrição da Ocorrência**Corrigir 4**

QUANDO SEGUIA PELA RUA, PARA SUA CASA, PELA RUA HERMES PARAÍBA, ACABOU DEPAROU-SE COM UM BURACO, DEVIDO A POUCA ILUMINAÇÃO NA VIA E A FALTA DE PAVIMENTAÇÃO IMPOSSIBILITANDO UMA MANOBRA DE DESVIO, OCASIONANDO SUA QUEDA.

Declaro, sob as penas da lei, que as informações fornecidas são verdadeiras.

Confirmar

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por FABIO MONTEIRO ARRAIS MEDEIROS e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 16/12/2014 às 14:31, sob o número 09190055020148060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0919005-50.2014.8.06.0001 e código 16857A4.

DETAHES DO PROCESSO

Número Sinistro:	2014/867464	Garantia:	02 - Ipa /Invalidez
Categoria:	09 - Moto / Motocicleta		
Data Sinistro:	23/02/2014	Data Recepção:	07/05/2014
		Data Rateio:	22/09/2014
Seguradora:	MBM - Seguradora	Angariador:	Bessa Assessoria
Preparador:	Atendimento (Apoio)		
Analista:	Maisa Do Prado		
Situação:	Pago		
Filial:	MBM Serviços de Seguros		

DATAS DE ENVIO

Data de Envio	09/09/2014	Nº Carta	1237
Data de Envio	09/10/2014	Nº Carta	1362

VÍTIMAS

Vítima	Antonio Leite de Sousa	Estado	CE
Endereço:	rua mal castelo branco,44 - independencia - farias brito - CE		
Cep:	63.185-000		
Telefone			

DOCUMENTOS

Descrição	Conta e extrato bancario		
Data da Solicitação	07/05/2014	Data Recepção	13/05/2014
Descrição	6ª Solicitação: Boletim de ocorrencia		
Data da Solicitação	29/08/2014	Data Recepção	09/09/2014
Descrição	3ª Solicitação: Prontuario medico completo		
Data da Solicitação	20/06/2014	Data Recepção	02/07/2014
Descrição	invalidez sem sequela		
Data da Solicitação	00/00/0000	Data Recepção	09/10/2014

BENEFICIÁRIOS / PAGAMENTOS

Beneficiário	o mesmo				
CPF/CNPJ	041.902.173-60				
Data Rateio	00/00/0000	Data Pagamento	00/00/0000		
Agência	0684	Conta Corrente	38255-0		
Banco	Caixa Econômica	Tipo Conta	Poupança		
Valor Indenização	5.062,50	Valor Nota Fiscal	0,00	Data Pagamento	30/10/2014
Valor Reanalise	0,00	Valor Nota Fiscal	0,00	Data Pagamento	00/00/0000
Valor Reanalise 2	0,00	Valor Nota Fiscal	0,00	Data Pagamento 2	00/00/0000
Valor Reanalise 3	0,00	Valor Nota Fiscal	0,00	Data Pagamento 3	00/00/0000
Valor Pleiteado	13.500,00				
Diferença	8.437,50				

CORRETORA

Código	1
--------	----------

Eu, ANTONIO LEITE DE SOUSA, portador da carteira de identidade nº 2007034023222 e inscrito no CPF/MF sob o nº 041.902.173-60, residente e domiciliado na RUA IML CASTELO BRANCO, Nº 44 - INDEPENDÊNCIA, Cidade FORRÁS BRITO, 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.

ANTONIO LEITE DE SOUSA

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

FORRÁS BRITO, 05 DE MARÇO DE 2014

Local e data

Guia de atendimento - PRONTO SOCORRO ADULTO

Prontuário: 149081 Atendimento: 0005 CNS:
Paciente: ANTONIO LEITE DE SOUSA
RG : 2007034023222
Pai: RAIMUNDO LEITE DE OUSA
Endereço: RUA MARECHA MASCARENHAS DE MORAES, 29
Bairro: GRANGEIRO
Profissão: PEDREIRO
Convênio: SUS
Cônjuge: SOLTEIRO
Endereço: RUA MARECHA MASCARENHAS DE MORAES, 29

Guia Aut: Sexo: M
Data Nascimento: 07/06/1988 Idade: 25 Ano(s)
Mãe: MARIAS TARGINO DE SOUSA
Telefone: 88 99675816 CEP: 63105-000
Município: CRATO UF: CE
Empresa:
Matrícula:
Responsável: BOMBEIROS
Município: CRATO UF: CE

Data Atendimento: 23/02/2014 Hora: 19:44 CID:

Médico: LUCILDO LEITE DOS SANTOS,
Tipo Atendimento: SUTURA

Indicador de Acidente:

Observação: PACIENTE TRAZIDO PELOS BOMBEIROS, LOGO DPOIS O PAI CHEGOU PARA QUE FOSSE
REALIZADO O CADASTRO

Peso: kg Altura (cm): Sinais Vitais: T (°C): P (bpm): R (mpm): PA (mmHg): X

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

Endereço:
Bairro: GRANGEIRO

OP. DOR: E SANGRAMENTO HA 3 HORAS.

HOA: POTE REFEME QUEDA DE MOTO CAUSANDO LESÕES EM FACE
E OMBRO.

EX. FÍSICO: LESÃO CONTO-CONTUSA EM REGIÃO ZIGOMÁTICA ESQUERDA
DE APX. 05 CM, COM BORDOS REGULARES E SEM PERDA
DE TECIDO.

- CONDUTA:
- 1) ASSEPSIA E ANTISSEPSIA
 - 2) POSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
 - 3) INFILTRAÇÃO DE ANESTÉSICO
 - 4) SUTURA COM NYLON 6-0 E NYLON 2-0
 - 5) CURATIVO

L. Lucildo Leite dos Santos
LUCILDO LEITE DOS SANTOS - CRM: 3298
CPF 031.114.912-04

Assinatura Paciente/Responsável

TEF Leve + Otimiz
Anotar
Ver a Leve N-CA

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM (Assinatura legível e N° COREN)

cliente admitido na unidade vítima de acidente de moto com lesões contusas em face e membros com ombro (E) no membro superior direito, lesão com fratura do rádio, dor intensa representada por 8/10, foi encaminhado por Dr. Lucio, transferido para HUSA com HD-TCF, as 03:50 cliente foi transferido para ambulância do município.

Mayara Kelly Ribeiro
Técnica de Enfermagem
COREN-SP 641777

**HOSPITAL MATERNIDADE
SANTO ANTONIO
A SAUDE MAIS PERTO DE VOCE**

Médico: Dr. J

Date: 24 / 02 / 2014 Apt° 202-6

Clínica: *N*

DATA	EVOLUÇÃO MÉDICA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO
	TCE c/ Aterrino	① Dieta líquida	
		② SF 8,9% 1000ml, EV, 14g de Lm	12 12
		③ Dipirona 0,2g + 100, EV, 6/6h S/N	12 12
		④ Plavix 0,2g + 100, EV, 8/8h S/N	
		⑤ Solução TC de crânio	
		⑥ " Analg. Neurálgica	
		⑦ 16/6h + 55VV	

Vitorino Leite de Sousa
 Postura segue esternal com dor de TCG
 com escoriações pelo corpo medular
 por não realizar TC de crânio posto
 os 03 envolvidos.

Simone N. de Brito
 TÉCNICA DE ENFERMAGEM
 COREN-CE: 784.500

THIÃO

cliente evolui esternal com HD de TCE com escoriações
 pelo corpo, medicado conforme prescrição médica.
 Segue sob os cuidados gerais da enfermagem.

TATIANE

apite

cliente jovem HD TCE escoriações
 calmo, consciente, orientado, medicado
 conforme Prescrição médica, sob
 cuidados de enfermagem.

See

Dr. Fábio Monteiro Arrais Medeiros
 Médico Legista
 CRM-CE: 10.000

PREScrição Eletrônica Nº 428812 25/02/2014 02:03 h Prontuário: 91605 Núm. Atend: 243086 Leito: EXT 01
 PACIENTE: ANTONIO LEITE DE SOUSA Setor: POSTO I - HMSA
 Internação: 24/02/2014 02:20 Conv. SUS INTERNADOS Idade: 25a 8m 17d
 Médico: IURI ARAUJO HONCY

It	Código	Descrição	Nome Comercial	Dose	Unidade	Via	Freq	Horários	QtdTot	Sai
01		DIETA BRANDA								
02	00010216	SORO FISIOLÓGICO; 0,9% AMPOLA 500ML INTRA VENOSO								
03	00010096	DIPTRONA; 500MG/ML AMPOLA 2ML IM/IV SE NECESSÁRIO.								
04	00010156	METOCLOPRAMIDA; 10MG/ML AMPOLA 2ML IM/IV SE NECESSÁRIO.								

Dr. Rodrigo Viana
 Médico
 CRM 13374

Dr. Iuri Araújo Honcy
 Neuropatologia / Cirurgia de Cabeça
 CRM 8205

Médico

FUNDACAO OTILIA CORREIA SARAIVA - HMSA
Telefone: 88-3532-7700 Fax: 88-3532-7719 - Barbalha - CE
IMPRESSO DE INTERNAÇÃO

Emissão: 24/02/14 10:02

Atend.Nº: 243086

Paciente: ANTONIO LEITE DE SOUSA Idade: 25a 8m 17d Sexo: M
Data Nasc: 07/06/1988 CPF: 041.902.173-60 RG: 2007034023222 Est.Civil: SOLTEIRO
Filiação - Mãe: MARIA TARGINA DE SOUSA Pai: RAIMUNDO LEITE DE SOUSA

Endereço: RUA MARECHAL MASCARENO DE MORAIS 29 Bairro: NOVO HORIZONTE
Município: CRATO UF: CE CEP: 63100100
Telefone: 8397757790 Profissão: PEDREIRO Cor: PARDO
Natural.: CRATO ,CE Religião: NAO INFORMADO Atend: IELDE

Cob.: SUS INTERNADOS Matrícula/CNS: Titular:

Responsável: FRANCISCO ANTONIO DIAS PINHEIRO CPF:

Médico: JURI ARAUJO HONCY | Prontuário: 91605
Clínica: INTERN. CLINICA | Data/Hora: 24/02/2014 02:20
Setor: POSTO I - HMSA | Qto/Leito: EXT 01
Caráter: 02 URGENCIA | Tipo Acom.: ENFERMARIA

RESUMO DE TRATAMENTO

MOTIVO DO ATEENDIMENTO:

HDA:

ANTECEDENTES PESSOAIS

PNS () DM () AVC () ALERGIA A DROGAS ()

INTERNAÇÕES PRÉVIAS:

EXAME FÍSICO:

SINAIS VITAIS:

PA = FP = FR = TA =

ECG:

RAI:

NECROSE:

NEUROLÓGICO:

ECG: AO = RV = RM =

ECG: AO =

CONDUTA:

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

DATA:

TRANSF. P/ LEITO ENF/APTO

TRANSF. P/ MÉDICO:

CONDIÇÕES DE ALTA:

DATA EM: 25/02/14

PACIENTE / RESPONSÁVEL

MÉDICO(a): 9305 JURI ARAUJO HONCY

FOTOGRAFIA APAC