

Documentos  
integrais

Fábio Monteiro  
Advocacia

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

|                                                 |                     |                           |
|-------------------------------------------------|---------------------|---------------------------|
| Nome: Anderson michell Da Silva Santos          |                     | Data Nasc: 22-01-89       |
| Estado Civil: Solteiro                          | Profissão: autônomo | Nacionalidade: Brasileiro |
| RG: 2003034105587                               | CPF: 055.212.663-31 | Telefone: 3572-8095       |
| Endereço: R. STA. Cecília, 742 CS A - Salvador. |                     | CEP: 63050202             |
| Cidade: Juazeiro do Norte CE.                   |                     |                           |

**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, endossar, 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 substabelecer, 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 benefício da justiça gratuita, nos termos da Lei 1.060/50.

Fortaleza (CE), 05 de fevereiro de 2016.

*Anderson michell Da Silva Santos*  
OUTORGANTE

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por FÁBIO MONTEIRO ARRAIS MEDEIROS e Tribunal de Justiça do Ceará, protocolado em 23/02/2018 às 15:26, sob o número 00047580820188060112. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0004758-08.2018.8.06.0112 e código 33D3302.



COMPANHIA ENERGETICA DO CEARA  
CNPJ 07.047.251/0001-70 - C.G.F. 06.105.848-3  
Av. Barão de Studart 2917 Fortaleza/CE - CEP 60127-900

### Boleto para Pagamento

Nº DO CLIENTE : 3586648

MUNICÍPIO : JUAZEIRO DO NORTE

CEP 63.050-202

NOME : SOCORRO CANDIDO DA SILVA SANTOS

009.362.723-84

ENDEREÇO : RU STA CECILIA 00742 CS A - SALESIANOS

| GRANDEZA              |            | CÁLCULOS  |                     |
|-----------------------|------------|-----------|---------------------|
| Mês/Ano               | Vencimento | Cons. kWh | Valor em R\$        |
| 07/2017               | 25/07/2017 | 142       | 83,90               |
| AUTENTICAÇÃO MECÂNICA |            |           | TOTAL A PAGAR 83,90 |



COMPROVANTE ENEL

Nº DO CLIENTE  
3586648

Boleto para Pagamento

MUNICÍPIO

ROTA

JUAZEIRO DO NORTE

019.013000.01.0091600

TOTAL A PAGAR

83,90

83880000000-3 83900031000-6 00035866480-2 00031430285-9



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Anderson micheli Dos santos forRG nº 2003034305587, data de expedição 5/11/03, Órgão SSP - CECPF nº 055.212.663-23, 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<br>(Rua/Avenida/Praça) | <u>Rua Santa Cecilia</u>         |
| Número                            | <u>742</u>                       |
| Apto / Complemento                |                                  |
| Bairro                            | <u>Salvianos</u>                 |
| Cidade                            | <u>Juazeiro do Norte</u>         |
| Estado                            | <u>Ceará</u>                     |
| CEP                               | <u>63050202</u>                  |
| Telefone de contato               | <u>3572 - 8095</u>               |
| E-mail                            | <u>anemoniabensa@hotmail.com</u> |

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Juazeiro do Norte 05/fevereiro/2016Assinatura do Declarante: Anderson micheli Dos santos



**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 488 - 10431 / 2016**

**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
Data / Hora da Comunicação: **06/07/2016 08:58:59**  
Data / Hora da Ocorrência: **01/01/2016 02:00:00**  
Endereço da Ocorrência: **RUA MARIA PEDRINA**  
Complemento:  
Bairro: **SALESIANOS** Município: **JUAZEIRO DO NORTE/CE**  
Ponto de Referência:

**Dados da(s) Vítima(s)**

Nome: **ANDERSON MICHELL DA SILVA SANTOS**  
Nascimento: **22/01/1989** CPF: **055.212.663-21**  
RG: **2003034105587** Órgão Emissor: **SSP** UF: **CE**  
Filiação: **SOCORRO CANDIDO DA SILVA SANTOS**  
**JOSÉ NILTON FERREIRA DOS SANTOS**  
Endereço: **RUA STA CECILIA, 742 A** CEP:  
Bairro: **SALESIANOS**  
Município: **JUAZEIRO DO NORTE/CE**  
País: **BRASIL** Telefone:

**Dados do(s) Veículo(s)**

1) Placa: **NQZ5334** UF: **CE** Município: **JUAZEIRO DO NORTE** Chassi: **9C6KE122090059215** Renavam: **142714704** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca: **YAMAHA/FACTOR YBR125 K** Ano Fabricação: **2009** Ano Modelo: **2009**  
Combustível: **GASOLINA** Cor: **AZUL** Proprietário: **BANCO FINASA BMC SA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

**Histórico**

Advertido(a) das penalidades cominadas ao crime de falso testemunho, relata a Vítima/Noticiante QUE NÃO É HABILITADO e conduzia a motocicleta, acima identificada, de modo que, após passar por sobre uma depressão que havia na via, perdeu o controle e caiu, sofrendo trauma(fratura) em tornozelo direito, sido socorrido por familiares para a UPA 24h e depois para o Hospital das Clínicas e Fraturas do Cariri. E nada mais disse.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: JOSE PRISMAR RICARTE JUNIOR

JOSE PRISMAR RICARTE JUNIOR - MAT.: 404965-1-3

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Anderson Michell da Silva Santos

VISTO DO DELEGADO(A):

RAFAEL MOTA AMARAL - MAT.: 196749-1-5

**MBM**  
**SEGURADORA**

04 AGO. 2016

**PARCEIRO DPVAT**



Buscar no site

Seguro DPVAT

## Acompanhe o Processo de Indenização

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

## SINISTRO 3160491040 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA ANDERSON MICHELL DA SILVA SANTOS

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO KR Sul Adm.Cor. de Seguros Ltda-MBM

BENEFICIÁRIO ANDERSON MICHELL DA SILVA SANTOS

CPF/CNPJ: 05521266321

Posição em 28-09-2017 11:50:48

Pagamento creditado ao beneficiário de acordo com os dados informados na autorização de pagamento.

| Data do Pagamento | Valor da Indenizacao | Juros e Correção | Valor Total  |
|-------------------|----------------------|------------------|--------------|
| 31/08/2016        | R\$ 1.687,50         | R\$ 0,00         | R\$ 1.687,50 |

## ACESSIBILIDADE



(/Pages/Acessibilidade.aspx)



(/Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx)

A A A O



## COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

Documentos Despesas Médicas (/Pages/Documentacao-Despesas-Medicadas.aspx)

Documentos Invalidez Permanente (/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx)

Documento Morte (/Pages/Documentacao-Morte.aspx)

Dicas Indispensáveis (/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)



## PAGUE SEGURO

Como Pagar (/Pages/Pague-Seguro.aspx)

Consulta a Pagamentos Efetuados (/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetutados.aspx)

Informações Gerais (/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx)



JUAZEIRO DO NORTE

Prefeitura Municipal de Juazeiro do Norte  
Secretaria Municipal de Saude de Juazeiro do Norte  
Unidade de Pronto Atendimento - UPA Juazeiro do Norte

UPA JUAZEIRO DO NORTE

Boletim de Atendimento Médico



Nome Paciente: ANDERSON MICHELL DA SILVA SANTOS  
Nome Mãe: SOCORRO CANDIDO DA SILVA SANTOS  
Data Nascimento: 22/01/1969 Idade Aparente: 47 Sexo: M  
Nacionalidade: BRASIL  
Endereço: 081 SANTA CECILIA,  
Bairro: SOCORRO  
CEP: 63000000

Data: 01/01/2016 05:51  
Nº Atendimento: 011601010046 Nº Cartão SUS:  
Cor: PARDA Telefone: 0000000000  
Naturalidade: JUAZEIRO DO NORTE  
Nº: 742 Compl.:  
Município: JUAZEIRO DO NORTE  
Possui Certidão de Nascimento: SIM

UF: CE

Informante

Nome:  
Endereço:  
Chegou Como: MEIOS PROPRIOS

Telefone:  
Grau de Parentesco:  
Procedência: Tipo da Ocorrência:

**Classificação de Risco**

Nível: LÚCIDO

Escala de Dor:

Queixa: Acidente automobilístico (Dor em MIO)

Causa Externa:

Doenças

Pré-Existentes:

Medicamentos:

Alergias

Peso 0,0  
(kg):

Pressão  
Arterial

Pulso  
(bpm):

Temp.  
(°C):

Freq.  
Resp

SAT  
O2

HGT  
(mg/dl)

Avaliação:

Classificação  
de Risco: Verde

Especialidade: CLINICA MÉDICA

Anamnese:

PACIENTE 26ANOS VITIMA DE QUEDA DE MOTOCICLETA APRESENTANDO ESCORIAÇÕES DIFUSA E TRAUMA CONTUSO EM TORNOZEL D

Exame Físico

CLINICO E ANAMNESE

Hipótese Diagnóstica:

CONTUSÃO

Diagnóstico primário:

Contusão do tornozelo

Diagnóstico secundário:

Procedimento Proposto:

SINTOMATICOS E AINES PARA CASA

Reavaliação:

MBM  
SEGURODORA

04 AGO. 2016

PARCEIRO DPV

FUTURO SEG  
REGULAÇÃO DE  
SINISTROS

30 MAR. 2016

PÁGINA: \_\_\_\_\_





JUAZEIRO DO NORTE

Prefeitura Municipal de Juazeiro do Norte  
Secretaria Municipal de Saude de Juazeiro do Norte  
Unidade de Pronto Atendimento - UPA Juazeiro do Norte

UPA JUAZEIRO DO NORTE

## Boletim de Atendimento Médico

Nome Paciente: ANDERSON MICHELL DA SILVA SANTOS

Data: 01/01/2016 05:51

Data Nascimento: 22/01/1969

Idade Aparente: 47 Sexo: M

Nº Atendimento: 011601010046 Nº Cartão SUS:

## Procedimentos

- ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

## Evolução

| Atendimento | Data / Hora | Profissional | Clinica |
|-------------|-------------|--------------|---------|
| Descrição   |             |              |         |

Sinais

## Resumo dos Atendimentos

| Data / Hora      | Profissional        | Clinica        | Tipo                         |
|------------------|---------------------|----------------|------------------------------|
| 01/01/2016 05:57 | JOAO DE SOUZA LEITE | CLINICA MÉDICA | INÍCIO DO ATENDIMENTO MÉDICO |

MBM  
SEGURADORA

04 AGO. 2016

PARCEIRO DPVAT

FUTURO SEG  
REGULAÇÃO DE  
SINISTROS

30 MAR. 2016

PÁGINA: \_\_\_\_\_

Saída do A - Alta por Decisão Médica

Data: 01/01/2016

Hora: 6:00

Destino:

Observação

Médico: JOAO DE SOUZA LEITE

CRM: 10173

Para Óbito:

Data Óbito:

Hora:

Destino do Corpo:

## HOSPITAL DAS CLINICAS E FRATURAS DO CARIRI

## BOLETIM DE ADMISSÃO - AMBULATORIAL

Prontuário: 45491 Registro: 25153 Data/Hora: 02/01/2016 17:23  
 Paciente: ANDERSON MICHELL DA SILVA SANTOS  
 Mãe: SOCORRO CANDIDO DA SILVA SANTOS  
 Nasc: 22/01/1989 RG: 2003034105587 CPF: Sexo: Masculino  
 Idade: 26 anos, 11 meses e  
 Endereço: RUA SANTA CECILIA Nº 742 Bairro: SALESIANOS  
 Cidade: JUAZEIRO DO NORTE UF: CE  
 Convênio: AFAGU Carteira:  
 Fone: 0 - 88988598253  
 Profissão: NENHUM CBO Atendente: JOSEPEDRO  
 Médico Responsável: 16346 SAMIR SAMAN FILHO  
 Tipo de Atendimento: 1ª CONSULTA

## MOTIVO DO ATENDIMENTO (Queixas, exames clínicos):

trauma tórax @ ba 2 dda (torácica). dor local.  
 e f. edema tórax; s. flicter, e dor à palpação  
 heparomegalia; s. dor palpação de abdome superior

## Exame Solicitados:

Rx tórax @ AP+P.

## Diagnostico:

- Rx tórax @

## Medicação:

## Procedimento:

aba ba; s. med @; 3109

( ) Agudo ( ) Crônico ( ) Tempo de Doença ( ) Dias ( ) Meses ( ) Anos

Previsão de Alta: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Curado ( )

Trat. Ambulatorial ( )

Melhorado ( )

Indisciplina ( )

Óbito: \_\_\_\_\_

Causa: \_\_\_\_\_

Hora: \_\_\_\_\_

Transferido ( )

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

FUTURO SEG  
REGULAÇÃO DE  
SINISTROS

30 MAR. 2016

PÁGINA: \_\_\_\_\_

Paciente/Responsável

Médico Solicitante