

Fábio Monteiro
Advocacia

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

Nome: <u>Raimundo Rodrigues de Sousa Neto</u>		Data Nasc: <u>31/08/1993</u>
Estado Civil: <u>solteiro</u>	Profissão:	Nacionalidade: <u>brasileiro</u>
RG: <u>2007512805-0</u>	CPF: <u>057.564.693-46</u>	Telefone:
Endereço: <u>Sítio Oito d'água Comprido, 24 - Vila Palmeira Linda</u>		
Cidade: <u>Milagres</u>	CEP: <u>63250000</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, 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), 24 de Setembro de 2015.

Raimundo Rodrigues de Sousa Neto

OUTORGANTE

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO MILTON BARBOSA DE SOUSA

Polgar Direito

Raimundo Rodrigues de Sousa Neto
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2007512805 - 0 DATA DE EXPEDIÇÃO 19/04/2010

NOME RAIMUNDO RODRIGUES DE SOUSA NETO

FILIAÇÃO FRANCISCO VALDECI VIDAL DA SILVA

CÍCERA RODRIGUES DE SOUZA

NATURALIDADE MILAGRES - CE DATA DE NASCIMENTO 31/08/1993

DOC. ORIGEM CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: 10 FICIO TERNO: 23578 - FOLHA: 212

LIVRO: A23 MILAGRES - CE

CPF

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 26/08/83

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal

CPF

CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Número de Inscrição

057.564.693-46

Nome

RAIMUNDO RODRIGUES DE SOUSA NETO

Nascimento

31/08/1993

Cartão de uso pessoal e intransferível
Deve ser apresentado junto com um documento de identificação

Emissão

MAR/2010

CORPO

3089036-5

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA - GRUPO B1 - SÉRIE D - VINE

Rota 23 15005 01 328000 - 0 Data de Emissão 03/04/2014

Nome CICERA RODRIGUES DE SOUZA

End. Postal ST OLHO D GUA COMPRIDO 00024

VILA CAFE DA LINHA - MILAGRES - 63250000

Medidor 12732392

Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASICO BAIXA RENDA

RG / CPF / CNPJ 019736413-64

Nome do Responsável

Força de Potência 0,00

CCF

DADOS			INDICADORES DE CONTINUIDADE		
Viz. de Referência	Data de Apresentação	Próxima Leitura	Conjunto	Mês	EURO 6.67
Abr/2014	03/04/2014	05/05/2014	MILAGRES	Fev/2014	
Base de Cálculo (R\$)			Padrão Individual P		
Alíquota	Valor do Imposto		Mensal	Trim.	Anual
ISENTO			DIC 10.73	21.46	42.92
			FIC 7.74	15.45	30.98
			DMIC 5.79		2.80

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

6076.8551.2420.4278.8156.8556.1000.06F1

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. Pat.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
5923	5884	1.00	39	0.00	20	0.14010	5.48
						0.13169	1.04

DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)
VR. CONSUMO DO MES PRECO NORMAL	11,82
DESCONTO TARIFA SOCIAL-BAIXA RENDA	-7,00
MULTA MORATORIA REF 01/2014	0,29
SALDO PARA PAGAMENTO FUTURO	-5,11

VENCIMENTO 06/05/2014

TOTAL A PAGAR (R\$) 0,00

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	2.39
Transmissão	0.16
Distribuição	0.35
Encargos Setoriais	0.35
Tributos (ICMS PIS/COFINS)	0.88
TOTAL	4.82

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

73	39	74	83	91	92	104	81	71	48	33	78	69
Mar	Mar	Mar	Mar	Mar	Mar	Mar	Mar	Mar	Mar	Mar	Mar	Mar

A OCELCE AGRADECE E PARABENIZA PELA PONTUALIDADE NOS SEUS PAGAMENTOS.

Caro Cliente, constam quitadas as faturas de consumo de energia elétrica desta unidade consumidora vencidas até 31/12/2013, conforme a Lei N. 12.007/2009. Esta declaração substitui quitacoes anteriores.

Nº do Cliente: 3089036-5

Data de emissão: 03/04/2014

Referência: Abr/2014

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, RAIMUNDO RODRIGUES DE SOUSA NETORG nº 2007512805, data de expedição 19/04/2010 Órgão SSP/CE

CPF nº 057.564.693-46, 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)	
Número	<u>SÍTIO OLHO D'ÁGUA COMPRIDO</u>
Apto / Complemento	<u>24</u>
Bairro	
Cidade	<u>VILA CRÊDULA LINHA</u>
Estado	<u>MILAGRES</u>
CEP	<u>CEPÁ</u>
Telefone de contato	<u>63.250-00</u>
E-mail	<u>(88) 3572-8095</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: JUAZEIRO DO NORTE/CE, 10 DE MARÇO DE 2014

Assinatura do Declarante: Raimundo Rodri. Guispl Sousa Neto

**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 Notificante****Corrigir 1**Nome: **RAIMUNDO RODRIGUES DE SOUSA NETO**Sexo: **Masculino** Data de Nascimento: **31/08/1993**Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Grau de Instrução: **NI**Nome da mãe: **CICERA RODRIGUES DE SOUZA**Nome do pai: **FRANCISCO VALDECI VIDAL DA SILVA**CPF: **057.564.693-46** RG: **20075128050** Emissor: **SSP/CE**E-mail: Telefone: **(00) 0000-0000**Nasceu em: **MILAGRES - CE BRASIL**Endereço: **VILA SÍTIO OLHO D'ÁGUA COMPRIDO, 24** Complemento:Bairro: **VILA CAFÉ DA LINHA** Cep: Ponto de Referência:Tipo: **RESIDENCIAL** Moradia: **PRÓPRIA**País: **BRASIL** Município: **MILAGRES** UF: **CE****Dados da Ocorrência****Corrigir 2**Delegacia: **DELEGACIA ELETRÔNICA** Ano: **2014**Data: **24/04/2014** Hora: **13:00**Tipo da Ocorrência: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**Endereço: **SIT SÍTIO OLHO D'ÁGUA COMPRIDO** Complemento:Tipo do Local: **VIA PUBLICA** Compl Tipo do Local: **EM FRENTE A CAPELA**Bairro: **NI** Município: **MILAGRES** UF: **CE****Veículo(s) Envolvido(s)****Corrigir 3**

1) PLACA **NGD9046** TIPO DE VEÍCULO **MOTOCICLETA** MARCA/MODELO **HONDA/CG 150 TITAN KS** COR **PRETA** PROPRIETÁRIO **KEILA CRISTINA BATISTA**

Descrição da Ocorrência**Corrigir 4**

A VITIMA CONDUZIA A MOTO NO ENDEREÇO CITADO ACIMA, QUANDO AO FAZER UMA CURVA ACABOU DERRAPANDO PERDENDO O EQUILÍBRIO DA MOTO VINDO A CAIR NO SOLO SOFRENDO FRATURA NA CLAVÍCULA E ALGUMAS ESCORIAÇÕES.

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

Confirmar



POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA ELETRÔNICA



SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
E DEFESA SOCIAL
Governo do Estado do Ceará

Boletim Eletrônico de Ocorrência Concluído!

Caro(a) RAIMUNDO RODRIGUES DE SOUSA NETO,

Seu cadastro foi realizado com sucesso. Acompanhe o andamento de sua Ocorrência

Protocolo: 2014140831

Senha: ZGPRQBM1

Estas informações também foram enviadas para o e-mail cadastrado.

Grato por usar nossos serviços.

Encerrar Ocorrência

DETALHES DO PROCESSO

Número Sinistro: **2014/917985**

Categoria: **09 - Moto / Motor**

Data Sinistro: **24/04/2014** Data Rateio: **05/12/2014**

Seguradora: **MBM - Seguradora**

Preparador: **Atendimento (Aplicativo)**

Analista: **Maisa Do Prado**

Situação: **Pago**

Filial: **MBM Serviços de Seguro**

DATAS DE ENVIO

Data de Envio **15/10/2014**

Data de Envio **07/11/2014**

VÍTIMAS

Vítima **RAIMUNDO RODRIGUES DE OLIVEIRA** Estado **CE**

Endereço: **rua sitio olho d'agua corumbatai**

Cep: **63.250-000**

Telefone

DOCUMENTOS

Descrição **2ª Solicitação: Contato com a vítima**

Data da Solicitação **20/05/2014**

Descrição **3ª Solicitação: Boletim de ocorrência**

Data da Solicitação **07/07/2014**

Descrição **Prontuario medico**

Data da Solicitação **19/05/2014**

Descrição **Processo encaminhado para avaliação**

Data da Solicitação **15/10/2014**

BENEFICIÁRIOS / PAGAMENTOS

Beneficiário	o mesmo	
CPF/CNPJ	057.564.693-46	
Data Rateio	00/00/0000	00/00/0000
Agência	2603-4	17093-3
Banco	Banco do Brasil	Conta Corrente
Valor Indenização	1.687,50	Data Pagamento 09/12/2014
Valor Reanalise	0,00	Data Pagamento 00/00/0000
Valor Reanalise 2	0,00	Data Pagamento 2 00/00/0000
Valor Reanalise 3	0,00	Data Pagamento 3 00/00/0000
valor Pleiteado	13.500,00	
Diferença	11.812,50	

CORRETORA

Código **1**

Eu, PRIMUNDO RODRIGUES DE SOUSA NETO, portador da carteira de identidade nº 2007512805 e inscrito no CPF/MF sob o nº 057.564.693-46, residente e domiciliado na SÍTIO OLHO D'ÁGUA COMPRIDO, N: 24 - VILA CRIE DA LINDA Cidade MILAGRES, Estado CEARA, 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.

Primundo Rod. Jus de Sousa Neto

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

JURZEIRO DO NORTE/CE, 10 DE MAIO DE 2014

Local e data

Ficha de Anamnese de Urgência/Emergência

Data de Em

Unidade Prestadora: HOSPITAL MATERNOID. SAO VICENTE DE PAULO

SENHA:

Dados do Paciente

Usuário do Cadastro
Usuário do Atendimento:

Nome: **RAJMUNDO RODRIGUES DE SOUSA NETO**

Paciente: **265654**

Nome da Mãe: **CICERA RODRIGUES DE SOUSA**

Sexo: **MASCULINO**

Data Nascimento: **31/08/1993**

Idade: **20 Anos / 7 Meses / 13 Dias**

Endereço: **SITIO OLHO D'GUA COMPRIDO**

CASA

Cidade: **RUA**

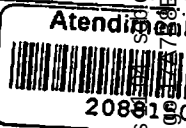
Cidade: **MILAGRES**

CEP: **53250070**

Telefone: **35581510**

Profissão Declarada: **MENOR**

Número: 0



Dados do Atendimento

Data: **13/04/2014**

Hora: **15:45:49**

Especialidade: **CIRURGIA GERAL**

CONVÊNIO: **SUS - AMBULATORIO**
Serviço: **CIRURGIA GERAL**

Atendimento

ALERMACOVIGILÂNCIA Alérgico: () Sim () Não A que?

Outra médica:

Diagnóstico

Diagnóstico

Cód. COD 10: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Procedimento

Imagem:
Laboratório:
Outros:

Medicação

Carimbo/Assinatura
Enfermeiro(a)

Assinatura do Paciente ou Responsável

Pedro G. de Alencar
CARLOS PEDRO DE ALENCAR (HMSVP)
CRM **C3773**



**HOSPITAL MATERNIDADE
SÃO VICENTE DE PAULO**

AV. Cel. João Coelho, 299 - Barbalha - Ceará

Nome:

Nº doc:

Dr. W. W. W.

Dichyus 50x 14

Tant que
de gens
à la

Cefalexine 500mg -

Tarler, J.
G. G. - 24

Dr. (a)

Voltando à consulta, traga esta receita

50.474

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Hospital Maternidade São Vicente de Paulo

CNPJ - 03.284.505/0001-13

Av. Cel. João Coelho, 299

63.180-000 - Barbalha - Ceará

Carimbo do Médico

Dr. Washington L. M. Fachine

TRAUMATO-ORTOPEDISTA

CRM 6609

Paciente:

Endereço:

Prescrição:

Data:

Dr. Washington L. M. Fachine

TRAUMATO-ORTOPEDISTA

Assinatura do Médico

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:

Ident.:

Endereço:

Cidade:

Telefone:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico

Data:

Gráfica Santo Antônio Ltda. Rua Nérolly Figueira, 16 - Barbalha - CE - CNPJ 07.445.265/0001-42 - Bloco 50/2.