



ANTONIO EDNALDO ALTINO DE MELO - ADVOGADO - OAB/CE Nº. 20.795
ADVOCACIA: TRABALHISTA, CÍVEL, CRIMINAL E PREVIDENCIÁRIA

End. Profissional: Rua Clóvis Beviláqua, nº 1000, Sala 103, São Vicente - Crateús-Ce
Cep. 63.700-000 - Tel.: (Fax): (88) 3691 - 2260 - E-mail: ednaldo.melo@ig.com.br

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Nome: <i>Jonh Bezerra Pereira</i>		Nacionalidade: BRASILEIRA
Estado Civil: <i>Solteiro</i>	Profissão: <i>Estudante</i>	Carteira de Identidade: <i>2003005028472</i>
CPF nº: <i>439.523.468-29</i>	Residência: <i>Rua Sônia Modesto Lima, s/nº</i>	
Bairro: <i>Centro</i>	Cidade: <i>Autissopolis - Ce</i>	Estado/UF: CEP: <i>63650-000</i>

OUTORGADO: ANTONIO EDNALDO ALTINO DE MELO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE sob o nº 20.795; com endereço profissional na Rua Clóvis Beviláqua, 1000, Sala 104, São Vicente, Crateús/CE, CEP nº 63.700-000; Fone/Fax: (88) 3691.2260.

PODERES: Pelo presente instrumento particular de procuração, o(a) outorgante nomeia e constitui, o outorgado, seu bastante procurador, conferindo-lhe os poderes da cláusula "ad judicium et extra", podendo agir em conjunto ou separadamente perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, bem como conferindo os poderes especiais para promover a Ação Judicial competente para o recebimento da indenização que lhe cabe, como beneficiário, em virtude de acidente de trânsito, cobertos pelo seguro DPVAT, junto a qualquer companhia de seguro conveniada a SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT, participante do Convenio DPVAT, podendo firmar compromissos, contratos, promover ações de seu interesse, podendo representar em qualquer juízo com poderes para promover, acordos judiciais e extrajudiciais e demais atos necessários dos interesses dos serviços contratados podendo ainda, transigir, requerer, juntar e retirar documentos, assinar livros, termos, recibos, dar ou receber quitações, firmar autorizações de pagamentos ou créditos de indenização de sinistro **receber intimações para audiência e perícias médicas**, em nome do(a) outorgante, enfim todos os poderes necessários para o cumprimento amplo do objeto do presente mandato.

CRATEÚS - CE., 11 de março de 2013.

JOHN BEZERRA PEREIRA
(outorgante)



ANTONIO EDNALDO ALTINO DE MELO - ADVOGADO - OAB/CE Nº. 20.795
ADVOCACIA: TRABALHISTA, CÍVEL, CRIMINAL E PREVIDENCIÁRIA

End. Profissional: Rua Clóvis Beviláqua, nº 1000, Sala 103, São Vicente - Crateús-Ce
 Cep. 63.700-000 - Tel.: (Fax): (88) 3691 - 2260 - E-mail: ednaldo.melo@ig.com.br

DECLARAÇÃO

Declarante: <u>Jonh Bezerra Pereira</u>		Nacionalidade: Brasileira
Residência: <u>Rua Seara Modesta Lima, s/n</u>		Profissão: <u>Estudante</u>
CPF nº: <u>439.503.468-29</u>	RG nº: <u>2003005028472</u>	Estado Civil: <u>Solteiro</u>
Bairro: <u>Centro</u>	Cidade: <u>Fortaleza</u>	Estado/UF: <u>Ceará</u>
CEP: <u>63.650-000</u>	Telefone: <u>—</u>	

DECLARO que resido no endereço acima citado e forneço os dados pessoais, documentos e demais declarações para a propositura de Ação Judicial em desfavor de qualquer seguradora conveniada DPVAT- FENASEG, E QUE FUI VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO. Sendo de minha total responsabilidade a declaração de invalidez ou óbito fornecida.

Crateús - 14 de novembro de 2013.

JOHN BEZERRA PEREIRA
 (declarante)



ANTONIO EDNALDO ALTINO DE MELO - ADVOGADO - OAB/CE Nº. 20.795
ADVOCACIA: TRABALHISTA, CÍVEL, CRIMINAL E PREVIDENCIÁRIA

End. Profissional: Rua Clóvis Beviláqua, nº 1000, Sala 103, São Vicente - Crateús-Ce
 Cep. 63.700-000 - Tel.: (Fax): (88) 3691 - 2260 - E-mail: ednaldo.melo@ig.com.br

DECLARAÇÃO

Declarante: <i>Jonh Bezerra Pereira</i>		Nacionalidade: Brasileira
Residência: <i>Rua Sena Modesto Lima</i>		Profissão: <i>Estudante</i>
CPF nº: <i>439.523.468-29</i>	RG nº: <i>2003005028472</i>	Estado Civil: <i>Solteiro</i>
Bairro: <i>Centro</i>	Cidade: <i>Quiteri</i>	Estado/UF: <i>Ceara</i>
CEP: <i>63650-000</i>	Telefone: —	

DECLARO para os devidos fins que possuo hipossuficiência financeira, não possuindo condições de arcar com custas processuais e honorários advocatícios sem prejudicar o meu sustento próprio e o de minha família, consoante o que dispõe a Lei nº 1.050/60.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

Cratús - *de 11* de *novembro* de 2013.

JOH BEZERRA PEREIRA
 Declarante

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

8000-2

PROIBIDO PLASTIFICAR

ESTADO DE SÃO PAULO

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RICARDO GUMBLETON DAUNT



POLEGAR DIREITO



JHON BEZERRA PEREIRA

099-001402

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL

55.637.023-5

DATA DE EXPEDIÇÃO

30/JUN/2011

NOME

JONH BEZERRA PEREIRA

FILIAÇÃO

ANTONIO EDSON DEMETRIO PEREIRA

E MARIA LUCIENE BEZERRA PEREIRA

NATURALIDADE

QUITERIANOPOLIS -CE

DATA DE NASCIMENTO

27/JUN/1995

COD. CIVILIZ

QUITERIANÓPOLIS-CE

QUITERIANOPOLIS

CN:LV.A001/FLS.0004/N.000013

CPF

439523468/29

176 Delegado Divulgações

Roberto

REDAÇÃO DO DEPARTAMENTO DE REGISTRO CIVIL

LEI Nº 7.116 DE 20/06/83



- Home
- Quem Somos
- Hospitais
- Seguradoras
- DPVAT
- Dúvidas
- Documentos
- Formulários
- Contatos
- Processos
- Cadastro
- Andamento
- Consulta por nome
- Usuário

Consulta de Processo

Nº. do Processo10007Nº. do Sinistro

Data de Nascimento da Vítima27/06/1995

Pesquisar

Limpar

Processo 10007 - Sinistro 2011/453878 - Natureza Invalidez - Vítima Jonh Bezerra Pereira

Data	Andamento
23/11/2011 10:21:10	Processo incluído com sucesso
23/11/2011 15:09:27	Status do processo alterado para Pronto para Remessa
23/11/2011 15:19:37	Criação de remessa para o processo: Recall
23/11/2011 15:20:55	Status do processo alterado para Remessa Enviada
23/11/2011 17:10:52	Recebimento de remessa. Status do processo alterado para Remessa Recebida
17/01/2012 11:48:24	Pagamento previsto para 19/01/2012 no valor de R\$ 337,50. Banco: 237 / Ag.: 00789-7 / Conta: 700926-7
17/01/2012 12:45:36	Status do processo alterado para Concluído e Pago

Av. Rio Branco, 245, 17º Andar - Salas 1704 e 1705 - CEP: 20040-009 - Rio de Janeiro - RJ

PREFEITURA MUNICIPAL QUITERIANÓPOLIS Trabalhando para o desenvolvimento	PREFEITURA MUNICIPAL DE QUITERIANÓPOLIS TRABALHANDO PARA O DESENVOLVIMENTO SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO		Nº _____ Data: <u>12/09/2010</u>
BOLETIM DE ATENDIMENTO DE PACIENTE EXTERNO			
Unidade: <u>H. m. Q. L.</u>			
1. Identificação:			
Nome: <u>Jhon Bezerra pereira</u>		Idade: <u>15-anos</u>	
Est. Civil: _____		Sexo: <u>m-</u> Profissão: _____	
Naturalidade: _____		Endereço: <u>R. Sonia modesta lima</u>	
2. Queixa Principal: <u>paciente menor de idade, após acidente automobilístico em via pública apresentando lesões no membro superior direito e dor no membro superior esquerdo.</u>			
3. Conduta: <u>Atendimento, exame físico, exame de radiografia de tórax e punção de urina.</u>			
<u>Antonio Edson Demétrio P.</u> Assinatura do Paciente ou Responsável		<u>Dr. Edson Demétrio P.</u> Assinatura do Médico	



HOSPITAL DE REFERÊNCIA SÃO LUCAS

RUA: UBALDINO SOUTO MAIOR, 1052 - CEP 63.700.000 - CRATEÚS-CE FONE: (88) 3691-2019 e 3691-2202

Diretor

BOLETIM DE ATENDIMENTO

Admissão: 12/09/2010

Hora: 13:26

Nome: Alvan Bezerra Pereira
 Data do Nascimento: 27.10.1978 Est. Civil: solteiro
 Endereço: Rua Manoel de Almeida N. 17 Bairro: Cidade Nova
 Cidade: Cratulus CEP: 63.700.000
 Mãe: Wagner Bezerra Pereira
 Pai: Antônio Gomes Bezerra Pereira
 Diagnóstico: - Deteção de lesão
 Prescrição Médica: - Ra x do ombro
- Diclofenaco 75mg 12/11h 14:00
- observação
- SNU + 166

Assinatura do Médico

Assinatura do Médico

Assinatura do Responsável

Assinatura do Responsável

PREFEITURA MUNICIPAL
QUITERIANÓPOLIS
Trabalhando para o desenvolvimento

TRABALHANDO PARA O DESENVOLVIMENTO
SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO

Secretaria Municipal de Saúde
Cuidando bem de você

2 - Ao terminar a consulta ou tratamento
entregar 2 vias ao usuário orientando
retornar com a 1ª via à Unidade de Saúde



FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem: H.M.O.L.

Distrito Sanitário: 15-6-101

Nome: John Raposo Pereira

Município: Quiterianópolis

Sexo: M ☒ F ☐

Data de Nasc.: 27.06.1999

Prontuário: _____

Endereço: rua

Ocupação: _____

RG: _____

Bairro: _____

CPF: _____

Fone: _____

Cert. Nasc.: _____

Motivo do Encaminhamento?

Paciente vítima de Acidente Automobilístico
per na prática. Apresenta queimaduras na
parte distal e proximal do membro superior
direito e parte da face para a direita.
M. Uvula do palato exposta?

Condução já Realizada

Impressão Diagnóstica

Dr. Antonio Ednaldo
Assinatura

Função

AGENDAMENTO

Encaminhamento para Atendimento:

Procedimento:

Ambulatorial ☐

Hospitalar ☒

Auxílio Diagnóstico ☐

Unidade de Referência:

Profissional: Tramundo/psita

Data: _____

Hora: _____

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA (*)

Unidade de Referência:

Município:

Resumo Clínico/Cirúrgico

Prontuário N.º _____

Alta: _____

Resultado de Exames

Diagnóstico: Principal

Secundário 1

CID

Secundário 2

CID

CID

Proposta de Conduta para seguimento

Problema justificou a referência