



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
 POLÍCIA CIVIL
 DELEGACIA MUNICIPAL DE MORADA NOVA
 Impresso nº 2019913008



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 504 - 2741 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
 Data / Hora da Comunicação: **13/12/2019 10:07:37**
 Data / Hora da Ocorrência: **19/05/2018 17:00:00** ✓
 Endereço da Ocorrência: **CE 268 - MORADA NOVA/CE**
 Ponto de Referência:

Noticiante(s)

Nome: **FRANCISCO CLEILSON PEREIRA DE SOUZA**
 Nascimento: **02/09/1987** CPF: **040.340.613-75**
 RG: **2002032007121** Orgão Emissor: **SSPDS** UF:
 Filiação: **MARLI ALVES PEREIRA DE SOUZA**
FRANCISCO CLEBIO DE SOUZA
 Endereço: **RUA JOAQUIM SOUSA DE ALMEIDA, 539**
 Bairro: **02 DE AGOSTO** CEP: **62.940-000**
 Município: **MORADA NOVA/CE**
 País: **BRASIL** Telefone:

Histórico

Cientificado(a) do teor do Artigo dos Artigos 339(denúnciação caluniosa), 340(comunicação falsa de crime ou contravenção) e 342(falso testemunho) do Código Penal, afirma o noticiante que trafegava pela CE 268 como garupa em uma motocicleta de placa HWY7422 ano 2005, renavam 950704251 de propriedade FRANCISCO JOSE DE LIMA MATOS guiado por JOSE EVANILDO MACENA; que um caminhão fechou a motocicleta para o acostamento, vindo a perder o controle e cair; que foi socorrido por populares e deu entrada na santa casa de morada nova com fratura exposta e laceração de pele lesão de tendões 1º, 2º e 3º dedo da mão esquerda, trauma no cotovelo com edema escoriações leve no mie; que as declarações foram prestadas na presença das testemunhas CINTIA MARIA DA SILVA e ELIZANGELA COSTA DE CARVALHO SOUSA. E nada mais disse.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE MORADA NOVA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

LIZANDRA DE SOUZA CORDEIRO - MAT.: 30119339

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Francisco Cleilson Pereira de Souza

VISTO DO DELEGADO(A) :

POLLYANA MARIA COSTA TORRES - MAT.: 30122313

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

CONTRATANTE:

Nome: <i>Francisco Cleilson Pereira de Souza</i>		Nacionalidade: Brasileira
CPF: <i>040.340.613-75</i>	RG: <i>200232007121</i>	Profissão: () Agricultor () Autônomo () Outro:
Avenida/Rua/Localidade: <i>Rua: Joaquim de Almeida</i>		Nº: <i>639</i>
Bairro: <i>Sem bairro.</i>	Cidade: <i>Morada Nova</i>	Estado Civil: () Solteiro () União Estável () Casado () Divorciado
CEP: <i>62.940.000</i>	Telefone:	

CONTRATADOS:

RODOLFO DIOGO DE SAMPAIO FILHO, brasileiro, solteiro, advogado, CPF 017.809.013-13, inscrito na OAB/CE 23.814 e FILIPE BEZERRA CATUNDA CAMPELO, brasileiro, solteiro, advogado, CPF 044.264.803-02, portador da OAB/CE 27.565, ambos Representantes da Sociedade **SAMPAIO E CATUNDA ADVOGADOS ASSOCIADOS, OAB/CE 1736**, com sede na Rua Raul Nogueira, 131, Centro, Morada Nova – CE.

PRIMEIRO: Os CONTRATADOS se obrigam a prestarem serviços de Assessoria Administrativa ao CONTRATANTE, na defesa dos direitos deste, com o objetivo de conseguir a indenização do Seguro de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Vias Terrestres – Seguro DPVAT ou a implementação de benefício previdenciário junto ao Instituto Nacional do Seguro Social – INSS.

SEGUNDO: O CONTRATANTE se obriga a:

Parágrafo Único: Fornecer todos os documentos necessários e imprescindíveis para o ajuizamento do presente Procedimento Administrativo, bem como se responsabilizar pela autenticidade dos mesmos.

PARÁGRAFO PRIMEIRO: O contratado não se responsabiliza pela autenticidade dos documentos apresentados.

TERCEIRO: Aos CONTRATADOS será devido, à título de honorários contratuais, o valor correspondente a 30% (trinta por cento) do benefício patrimonial conseguido com o procedimento administrativo contratado, verba igualmente devida no caso de desistência da ação, revogação da procuração por parte da CONTRATANTE ou acordo celebrado do processo ajuizado.

Parágrafo : Caso haja improcedência da demanda ou nenhum valor seja recebido pelo Contratante, nada será devido por esse ao Contratado, se responsabilizando o contratante por todo e qualquer ônus sucumbencial se houver.

QUARTO: O CONTRATANTE arcará se houver, com suas despesas com passagens, estadia, alimentação e custas processuais.

QUINTO: As partes elegem o foro de Morada Nova – CE, para dirimir dúvidas oriundas do presente contrato.

SEXTO: O(A) CONTRATANTE se obriga a comunicar aos CONTRATADOS qualquer modificação de seu endereço.

E, por estarem assim justos e contratados, firmam o presente contrato em três vias de igual teor para a mesma finalidade, para que se produzam efeitos legais e jurídicos.

M. nove (CE), *18* de *dezembro* de 20*19*.

Francisco Cleilson Pereira de Souza
CONTRATANTE

CONTRATADO
(Sampaio e Catunda Advogados Associados)



**FUNDAÇÃO SÃO LUCAS
SANTA CASA DE MORADA NOVA
SUS-SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

GUIA DE REFERÊNCIA

163700041

FICHA DE REFERENCIA

UNIDADE DE ORIGEM:

Fundação São Lucas

NOME:

Fco. Cláudio Pereira Lima

MUNICÍPIO:

Minerva

SEXO: M (x) F ()

DATA DO NASCIMENTO

21/9/1984

Ocupação:

ENDEREÇO:

Geoplin São Rômulo

BAIRRO:

FONE:

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO:

Paciente apresenta fratura exposta em mão e
com perda da tendão, encaminhado para cirurgia
com traumatologia

RESULTADO DE EXAMES:

CONDUTA REALIZADA:

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Dr. Daniel Maia

MÉDICO

CRM - 14607

ASSINATURA DO ENCAMINHAMENTO- Nº REGISTRO

médico

FUNÇÃO

19/05/18

DATA

HORA

UNIDADE DE REFERÊNCIA:

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA

UNIDADE DE REFERÊNCIA:

MUNICÍPIO:

PRONTUÁRIO:

ALTA

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO:

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO:

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

SECUNDÁRIO 1:

SECUNDÁRIO 2:

CID:

CID:

CID:

PROPOSTA DE CONDUTA PARA SEGUIMENTO:

O PROBLEMA JUSTIFICOU A REFERÊNCIA? SIM () NÃO ()

O MOTIVO DO DIAGNÓSTICO COINCIDE COM O DIAGNÓSTICO? SIM () NÃO ()

ASSINATURA DO ENCAMINHAMENTO- Nº REGISTRO

FUNÇÃO

DATA

HORA

RECEITUÁRIO

Paciente: Francisco Cleison P. de Souza
BE / Prontuário: _____

P
Relatório médico.
Paciente com Hiperacidez gástrica.
MIO com pressão grave 4/50-006

No momento Assado Fisioterapia
Para posterior reavaliação.

Dr. Eduardo Lofgren
Médico
CRM 19224



Data: 11/01/2019

Ass./Carimbo do Médico

RECEITUÁRIO

NOME: Fernando Carlos Pereira De Sousa

Declaro para ordenar fis que o paciente acima citado esteve em tratamento fisioterapêutico no Centro de Reabilitação de Mendes Nova entre 15.03.2019 em 12.06.2019 totalizando 20 atendimentos. Apresentou diagnóstico clínico de lesão de tendão de 4º e 5º dedos da mão esquerda. Apresentou déficit em amplitude de movimento para extensão de 4º e 5º dedos de mão; após os atendimentos, o mesmo não obteve melhoras quanto ao ganho de ADM direito, estando ainda com bloqueio de ADM e produção flexão de 4º e 5º dedos. Tendo em vista o resultados obtidos, o paciente foi liberado para prosseguir tratamento médico e acompanhamento clínico. Concluiu-se as disposições para qualquer esclarecimento.

[Assinatura]
Dr. LUIZ ROCHA DE ALMEIDA
FISIOTERAPEUTA
CREFTO 215635

DATA: 12/06/2019

**LAUDO MÉDICO****RELATÓRIO DE ALTA DA CIRURGIA PLÁSTICA**

Nome: FRANCISCO CLEILSON PEREIRA DE SOUSA

Prontuário: 5563524

Unidade: 15

Leito: 15.03

RESUMO CLÍNICO

Evolução/Intercorrências/Medicações relevantes: Pcte sofreu acidente de moto, com fratura grave de 4º/5º
quirodáticos esquerdos, com perda óssea. Realizado enxerto ósseo em 4º QDE, sem intercorrências peri-operatórias.
Recebe alta em bom estado clínico.

Diagnóstico Principal: ver resumo clínico**Sequelas apresentadas:** não se aplica**Procedimentos Cirúrgicos:** (X) Sim () Não

1.1- Cirurgia realizada: interposição de enxerto ósseo

Tipo de anestesia/Sedação: Bloqueio + Sedação

2.1- Cirurgia realizada:

Tipo de anestesia/Sedação:

Cirurgião: Dr Breno

Data: 25/05/18

Cirurgião:

Data:

97067

Condições de Alta/Transferência

Curado () Melhorado (x)

Inalterado ()

Óbito ()

Destino: Residência (x) Atendimento domiciliar () Transferência para: _____

Retornar: (x) Ambulatório em: _____

Observações:

Marcar retorno ao ambulatório da cirurgia plástica (Dr Breno), para 08/06/18, às 13h.

Trocar curativo a cada 2 dias.

Manter a tala gessada.

Manter a mão esquerda elevada.

Tomar medicações prescritas.

Data: 28/05/2018

Médico

CRM/Carimbo

Dr. Ellano de Medeiros Ferreira

Médico/CRM 7195

Oftalmologia - Clínica e Cirurgia

Glaucoma, Catarata e Lentes de Contato

PARECER OFTALMOLÓGICO

NOME: FRANCISCO CLEILSON PEREIRA DE SOUZA

IDADE: 26 ANOS

- ACUIDADE VISUAL (SEM CORREÇÃO): 20/20 EM OLHO DIREITO E 20/20 EM OLHO ESQUERDO;
- VISÃO PARA PERTO SEM CORREÇÃO (JAEGER): J1 EM AO;
- BIOMICROSCOPIA: NORMAL EM AMBOS OS OLHOS;
- SENSO CROMÁTICO (teste de Ishihara): NORMAL EM AMBOS OS OLHOS

CONCLUSÃO: EXAME COMPATÍVEL COM NORMALIDADE EM AMBOS OS OLHOS

Data:

Dr. Ellano de Medeiros Ferreira
Médico
Oftalmologia
CRM-RN 7195

Assinatura do Médico

Fones: (84) 9639-3663 / 8602-0882 (Consultório)



**Prefeitura de
Fortaleza**
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

NOME: Francisco Cleilson R de Souza

SOLICITO FISIOTERAPIA MOTORA p/ mto bsaubndy

MOTIVO: pós-op. de fixação de fratura na
mto bsaubndy

OBS: APÓS O TERMINO DA FISIOTERAPIA, SOLICITAR A FISIOTERAPEUTA
PARA ENVIAR UM LAUDO PARA POSTERIOR REAVALIAÇÃO.

Dr. Yuri Nóbrega Rocha
Médico Residente
Cirurgia Plástica
CREMEC 14627

28/07/18



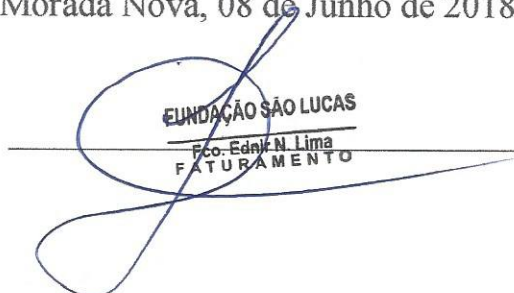
**FUNDAÇÃO SÃO LUCAS
SANTA CASA DE MORADA NOVA**

Av. Manoel Castro, 237 – Centro – CEP: 62.940-000
CNPJ. 07.677.263 / 0001 – 89 / E-MAIL : santacasamn@bol.com.br
Fone : (88) 3422.1411

DECLARAÇÃO

Declaramos, para os devidos fins, que dando busca em nossos arquivos, encontramos o registro do seguinte teor: que no dia 19/05/2018, às 17:10 horas, deu entrada no setor de Urgência/Emergência da Fundação São Lucas - Santa Casa de Morada Nova, o Sr. **FRANCISCO CLEILSON PEREIRA DE SOUZA** o mesmo informou que foi vítima de acidente de motocicleta (Colisão moto com automóvel) apresentando: **FRATURA EXPOSTA E LACERAÇÃO DE PELE LESÃO DE TENDÕES 1º, 2º E 3º DEDO DA MÃO ESQUERDA. TRAUMA NO COTOVELO COM EDEMA ESCORIAÇÕES LEVE NO MIE.**

Morada Nova, 08 de Junho de 2018.


FUNDAÇÃO SÃO LUCAS
Fco. Ednir N. Lima
FATURAMENTO

07.077.263/0001-89
FUNDAÇÃO SÃO LUCAS
SANTA CASA DE M NOVA

AV MANOEL (ASTRO) 21
CENTRO CEP 62 940 000

MORADA NOVA CE

FUNDAÇÃO SÃO LUCAS
SANTA CASA DE MORADA NOVA
SETOR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
REGISTRO DE OCORRÊNCIA

PACIENTE: Dr. Cleilson Pereira Souza DN 02/09/87
ENDEREÇO: JOAQUIM SOUSA ALMEIDA
DIA: 19/05/18
LOCAL DA OCORRÊNCIA: _____
HORA: 77:20

DESCRIÇÃO DA LESÃO E DO PROCEDIMENTO ADOTADO:

FRATURA exposta e lacrada
de polegada de tendões 1º e 2º
3º dedo da mão esquerda no
cotovelo e coxa esquerda
leve no nje.

O mesmo afirmou que foi
acidente de moto e automóvel.
PLANTONISTA: Dr. DANIEL MAIA TÊC. ENF.
Fº Clelio de Sousa
Cofon 265708



**FUNDAÇÃO SÃO LUCAS
SANTA CASA DE MORADA NOVA
SUS-SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

GUIA DE REFERENCIA
163700041

FICHA DE REFERENCIA

UNIDADE DE ORIGEM:

NOME:

MUNICÍPIO:

SEXO: M (x) F ()

DATA DO NASCIMENTO

Ocupação:

ENDEREÇO:

BAIRRO:

FONE:

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO:

RESULTADO DE EXAMES:

CONDUTA REALIZADA:

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Dr. Daniel Maia
MÉDICO

CRM - 14607

ASSINATURA DO ENCAMINHAMENTO- Nº REGISTRO

FUNÇÃO

DATA

HORA

UNIDADE DE REFERÊNCIA:

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA

UNIDADE DE REFERÊNCIA:

MUNICÍPIO:

PRONTUÁRIO:

ALTA / /

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO:

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO:

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

CID:

SECUNDÁRIO 1:

CID:

SECUNDÁRIO 2:

CID:

PROPOSTA DE CONDUTA PARA SEGUIMENTO:

O PROBLEMA JUSTIFICOU A REFERÊNCIA? SIM () NÃO ()

O MOTIVO DO DIAGNÓSTICO COINCIDE COM O DIAGNÓSTICO? SIM () NÃO ()

ASSINATURA DO ENCAMINHAMENTO- Nº REGISTRO

FUNÇÃO

DATA

HORA

RECEITUÁRIO

Paciente: Francisco Cleison P. de Souza
BE / Prontuário: _____

P
Relatório médico.
Paciente com Hipercolesterolemia
muito com pressão grave 4150.0DE

No momento Assuntos Fisioterapia
para posterior reavaliação.

Dr. Eduardo Lofgren
Médico
CRM 19224



Data: 11/01/2019

Ass./Carimbo do Médico

RECEITUÁRIO

NOME: Fernando Carlos Pereira De Sousa

Declaro para ordenar fis que o paciente acima citado esteve em tratamento fisioterapêutico no Centro de Reabilitação de Mendes Nogueira entre 15.03.2019 até 12.06.2019 totalizando 20 atendimentos. Apresentou diagnóstico clínico de lesão de tendão de 4º e 5º dedos da mão esquerda. Apresentou déficit em amplitude de movimento para extensão de 4º e 5º dedos de mão; Após os atendimentos, o mesmo não obteve melhoras quanto ao ganho de ADM dejetado, estando ainda com bloqueio de ADM e produção flexão de 4º e 5º dedos. Sendo eu visto o resultados obtidos, o paciente foi liberado para prosseguir tratamento médico e acompanhamento clínico. Concluiu-me as disposições para qualquer esclarecimento.

[Assinatura]
Dr. LUIZ ROCHA DE ALMEIDA
FISIOTERAPEUTA
CREFTO 215635

DATA: 12/06/2019



**Prefeitura de
Fortaleza**
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

LAUDO MÉDICO

RELATÓRIO DE ALTA DA CIRURGIA PLÁSTICA

Nome: FRANCISCO CLEILSON PEREIRA DE SOUSA

Prontuário: 5563524

Unidade: 15

Leito: 15.03

RESUMO CLÍNICO

Evolução/Intercorrências/Medicações relevantes: Pcte sofreu acidente de moto, com fratura grave de 4º/5º quirodáctilos esquerdos, com perda óssea. Realizado enxerto ósseo em 4º QDE, sem intercorrências peri-operatórias. Recebe alta em bom estado clínico.

Diagnóstico Principal: ver resumo clínico

Sequelas apresentadas: não se aplica

Procedimentos Cirúrgicos: (X) Sim () Não

1.1- Cirurgia realizada: interposição de enxerto ósseo

Tipo de anestesia/Sedação: Bloqueio + Sedação

2.1- Cirurgia realizada:

Tipo de anestesia/Sedação:

Cirurgião: Dr Breno

Data: 25/05/18

Cirurgião:

Data:

97067

Condições de Alta/Transferência

Curado () Melhorado (x) Inalterado () Óbito ()

Destino: Residência (x) Atendimento domiciliar () Transferência para: _____

Retornar: (x) Ambulatório em: _____

Observações:

Marcar retorno ao ambulatório da cirurgia plástica (Dr Breno), para 08/06/18, às 13h.

Trocar curativo a cada 2 dias.

Manter a tala gessada.

Manter a mão esquerda elevada.

Tomar medicações prescritas.

Data: 28/05/2018

Médico

CRM/Carimbo

Dr. Ellano de Medeiros Ferreira

Médico/CRM 7195

Oftalmologia - Clínica e Cirurgia

Glaucoma, Catarata e Lentes de Contato

PARECER OFTALMOLÓGICO

NOME: FRANCISCO CLEILSON PEREIRA DE SOUZA

IDADE: 26 ANOS

- ACUIDADE VISUAL (SEM CORREÇÃO): 20/20 EM OLHO DIREITO E 20/20 EM OLHO ESQUERDO;
- VISÃO PARA PERTO SEM CORREÇÃO (JAEGER): J1 EM AO;
- BIOMICROSCOPIA: NORMAL EM AMBOS OS OLHOS;
- SENSO CROMÁTICO (teste de Ishihara): NORMAL EM AMBOS OS OLHOS

CONCLUSÃO: EXAME COMPATÍVEL COM NORMALIDADE EM AMBOS OS OLHOS

Data:

Dr. Ellano de Medeiros Ferreira
Médico
Oftalmologia
CRM-RN 7195

Assinatura do Médico

Fones: (84) 9639-3663 / 8602-0882 (Consultório)



**Prefeitura de
Fortaleza**
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

NOME: Francisco Cleilson R de Souza

SOLICITO FISIOTERAPIA MOTORA p/ mto bsaubndj

MOTIVO: pós-op. de fixação de fratura na
mto bsaubndj

OBS: APÓS O TERMINO DA FISIOTERAPIA, SOLICITAR A FISIOTERAPEUTA
PARA ENVIAR UM LAUDO PARA POSTERIOR REAVALIAÇÃO.

Dr. Yuri Nobrega Rocha
Médico Residente
Cirurgia Plástica
CREMEC 14627

28/07/18

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO HUMANA E PERÍCIAS BIOMÉTRICAS



NOME
FRANCISCO CLEILSON PEREIRA DE SOUZA

FILIAÇÃO
FRANCISCO CLÉBIO DE SOUZA

MARLI ALVES PEREIRA DE SOUZA

DATA NASCIMENTO 02/09/1987 NATURALIDADE MORADA NOVA - CE

ORGÃO EXPEDIDOR SSPDS-CE TIPO/FATOR RH XXX

OBSERVAÇÃO XXXXXXXXXXXXXXXX

Francisco Cleilson Pereira de Souza
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

LEI Nº 7.116 DE 29 DE AGOSTO DE 1983

CPF 040.340.613-75 DNI XXXXXXXXXXXXXXXX

REGISTRO GERAL LOCAL DATA DE EXPEDIÇÃO OUTRO RG 2º VIA

2002032007121 P.: 29 16/10/2019

REGISTRO CIVIL

CERT. NASCIMENTO CARTÓRIO:SEDE TERMO:0017556 FOLHA:00000214

LIVRO:A00017 MORADA NOVA - CE

NOME SOCIAL XXXXXXXXXXXXXXXX POLEGAR DIREITO

T. ELEITOR 64334770752 CTPS 2622012 SÉRIE 0060 UF CE

NIS/PIS/PASEP XXXXXXXXXXXXXXXX IDENTIDADE PROFISSIONAL XXXXXXXXXXXXXXXX

CERT. MILITAR XXXXXXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXX

CNH CNS XXXXXXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXX

Francisco Cleilson Pereira de Souza
ASSINATURA DO DIRETOR

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL



**Ministério da Fazenda
Receita Federal**

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF



Número

040.340.613-75

Nome

FRANCISCO CLEILSON PEREIRA DE SOUZA

Nascimento

02/09/1987

CÓDIGO DE CONTROLE

3A65.F4E5.AE48.F2CE



Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil

às 15:59:48 do dia 02/10/2019 (hora e data de Brasília)

dígito verificador: 00

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

Sampaio & Catunda

ADVOGADOS ASSOCIADOS

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

OUTORGANTE:

Nome: <i>Francisco Cleilson Pereira de Souza</i>		Nacionalidade: Brasileira
CPF: <i>040.340.613-75</i>	RG: <i>2002032007121</i>	Profissão: () Agricultor () Autônomo () Outro:
Avenida/Rua/Localidade: <i>Rua Joaquim Sousa de Almeida</i>		Nº: <i>539</i>
Bairro:	Cidade: <i>Morada Nova</i>	Estado Civil: () Solteiro () União Estável () Casado () Divorciado
CEP: <i>62.940-000</i>	Estado: CE	
Telefone:		

OUTORGADO:

RODOLFO DIOGO DE SAMPAIO FILHO, brasileiro, solteiro, advogado, CPF 017.809.013-13, inscrito na OAB/CE 23.814 e **FILIPPE BEZERRA CATUNDA CAMPELO**, brasileiro, solteiro, advogado, CPF 044.264.803-02, portador da OAB/CE 27.565, ambos Representantes da Sociedade **SAMPAIO E CATUNDA ADVOGADOS ASSOCIADOS, OAB/CE 1736**, com sede na Rua Raul Nogueira, 131, Centro, Morada Nova – CE têm entre si, justos e contratados, o que mutuamente aceitam e outorgam, mediante as cláusulas e condições seguintes:

PODERES:

Pelo presente instrumento particular de procuração, o Outorgante nomeia, constitui e habilita o (s) Outorgado (s) a praticar (em) todos os atos do processo, conforme disposto na primeira parte do art. 105, do Novo Código de Processo Civil.

CLÁUSULA ESPECÍFICA:

Por esta cláusula específica, O Outorgante habilita o (s) Outorgado (s) a transigir (em), desistir (em), renunciar (em) ao direito sobre o qual se funda a ação, firmar (em) compromisso, receber (em) e dar (em) quitação no presente feito, realizarem levantamentos e saques de Alvará Judicial, conforme parte final do art. 105, do Novo Código de Processo Civil.

Morada Nova (CE), 07 de fevereiro de 2020.

Francisco Cleilson Pereira de Souza
Outorgante

* Art. 105. A procuração geral para o foro, outorgada por instrumento público ou particular assinado pela parte, habilita o advogado a praticar todos os atos do processo, exceto receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, receber, dar quitação, firmar compromisso e assinar declaração de hipossuficiência econômica, que devem constar de cláusula específica.

Sampaio & Catunda

ADVOGADOS ASSOCIADOS

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

CONTRATANTE:

Nome: <u>Francisco Cleilson Pereira de Souza</u>		Nacionalidade: Brasileira
CPF: <u>040.340.613-75</u>	RG: <u>2002032007121</u>	Profissão: () Agricultor () Autônomo () Outro:
Avenida/Rua/Localidade: <u>Rua Joaquim Sousa de Almeida</u>		Nº: <u>539</u>
Bairro:	Cidade: <u>Morada Nova</u>	Estado Civil: () Solteiro () União Estável () Casado () Divorciado
CEP: <u>62.940-000</u>	Estado: CE	
Telefone:		

CONTRATADOS:

RODOLFO DIOGO DE SAMPAIO FILHO, brasileiro, solteiro, advogado, CPF 017.809.013-13, inscrito na OAB/CE 23.814 e FILIPE BEZERRA CATUNDA CAMPELO, brasileiro, solteiro, advogado, CPF 044.264.803-02, portador da OAB/CE 27.565, ambos Representantes da Sociedade SAMPAIO E CATUNDA ADVOGADOS ASSOCIADOS, OAB/CE 1736, com sede na Rua Raul Nogueira, 131, Centro, Morada Nova – CE

PRIMEIRO: Os CONTRATADOS se obrigam a prestarem serviços advocatícios ao CONTRATANTE, na defesa dos direitos deste, no que diz respeito a promover todas as medidas judiciais cabíveis para a propositura de Ação, acompanhamento processual e demais atos fiéis ao exercício do mandato.

SEGUNDO: O CONTRATANTE se obriga a:

Parágrafo Único: Fornecer todos os documentos necessários e imprescindíveis para o ajuizamento da presente Ação Judicial, bem como se responsabilizar pela autenticidade dos mesmos.

PARÁGRAFO PRIMEIRO: O contratado não se responsabiliza pela autenticidade dos documentos apresentados.

TERCEIRO: Aos CONTRATADOS será devido, à título de honorários advocatícios, o valor correspondente a 30% (trinta por cento) do benefício patrimonial conseguido com a ação contratada, verba igualmente devida no caso de desistência da ação, revogação da procuração por parte da CONTRATANTE ou acordo celebrado do processo ajuizado.

Parágrafo Primeiro: Caso haja improcedência da ação ou nenhum valor seja recebido pelo Contratante, nada será devido por esse ao Contratado, se responsabilizando o contratante por todo e qualquer ônus sucumbencial se houver.

Parágrafo segundo: Os honorários de sucumbência são exclusivamente do advogado, não podendo ser descontados os percentuais recebidos no valor do presente contrato.

QUARTO: O CONTRATANTE arcará, se houver, com suas despesas com passagens, estadia, alimentação e custas processuais.

QUINTO: As partes elegem o foro de Morada Nova – CE, para dirimir dúvidas oriundas do presente contrato.

SEXTO: O(A) CONTRATANTE se obriga a comunicar aos CONTRATADOS qualquer modificação de seu endereço.

E, por estarem assim justos e contratados, firmam o presente contrato em três vias de igual teor para a mesma finalidade, para que se produzam efeitos legais e jurídicos.

Morada Nova (CE), 07 de fevereiro de 20 20.

CONTRATANTE:

CONTRATADO:

TESTEMUNHA:

CPF:

TESTEMUNHA:

CPF:

filipe.bezerra@hotmail.com
rodolfofdsf@hotmail.com
Tel.: (88) 9922-2189
Tel.: (88) 9661-5233

Sampaio & Catunda

ADVOGADOS ASSOCIADOS

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA E DE RESPONSABILIDADE

Nome: <u>Francisco Cleilson Pereira de Souza</u>		Nacionalidade: Brasileira
CPF: <u>040.340.613-75</u>	RG: <u>2002032007121</u>	Profissão: () Agricultor () Autônomo () Outro:
Avenida/Rua/Localidade: <u>Rua Joaquim Souza de Almeida</u>		Nº <u>539</u>
Bairro: <u></u>	Cidade: <u>Morada Nova</u>	Estado Civil: () Solteiro () União Estável () Casado () Divorciado
CEP: <u>62.340-000</u>	Estado: CE	
Telefone: <u></u>		

Declaro para os devidos fins que posso hipossuficiência financeira, não possuindo condições de arcar com às 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.

Declaro ainda, para todos os fins a que esta se destinar, que fui devidamente esclarecido pelos Advogados habilitados na Procuração "Ad Judicia", acerca dos documentos necessários a serem apresentados para ingressar com a presente ação judicial, assumindo, assim, de forma plena, única e integral a responsabilidade por toda documentação acostada ao processo judicial, bem como pelos fatos narrados neste, isentando expressamente os advogados habilitados na Procuração "Ad Judicia" de qualquer ato inverídico ou omissivo que possa interferir no resultado deste procedimento.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

Morada Nova (CE), 07 de Fevereiro de 20 20.

Francisco Cleilson Pereira de Souza
DECLARANTE

Sampaio & Catunda

ADVOGADOS ASSOCIADOS

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Nome: Francisco Cleilson Pereira de Souza		Nacionalidade: Brasileira
CPF: 040.340.613-75	RG: 2002032007121	Profissão: () Agricultor () Autônomo () Outro:
Avenida/Rua/Localidade: Rua Joaquim Sousa de Almeida		Nº 539
Bairro:	Cidade: Monada Nova	Estado Civil: () Solteiro () União Estável () Casado () Divorciado
CEP: 62.940-000	Estado: CE	
Telefone:		

DECLARO conforme artigo 1º, da Lei 7115/83, que não possuo comprovante de endereço em meu nome e resido no endereço acima mencionado.

DECLARO também ser conhecedor das sanções civis, administrativas e criminais a que estarei sujeito, caso o quanto aqui declarei não porte estritamente a verdade.

Monada Nova (CE), 07 de Fevereiro de 20 20.

Francisco Cleilson Pereira de Souza
DECLARANTE



(/)

Buscar no site

-
- A COMPANHIA
- SEGURO DPVAT
- PONTOS DE ATENDIMENTO (/Pontos-de-Atendimento)
- CENTRO DE DADOS E ESTATÍSTICAS
- SALA DE IMPRENSA
- TRABALHE CONOSCO
- CONTATO

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

Nova Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados para parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3190718567 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA FRANCISCO CLEILSON PEREIRA DE SOUZA
COBERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO INVESTPREV Seguradora S/A-Filial Fortaleza - CE
BENEFICIÁRIO FRANCISCO CLEILSON PEREIRA DE SOUZA
CPF/CNPJ: 04034061375

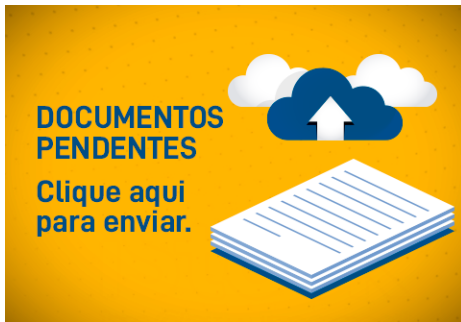
Posição em 07-02-2020 11:41:01

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário
Data do Pagamento: XX/XX/XXXX
Valor da Indenização: R\$00.000,00
Juros e Correção: R\$00.000,00
Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
28/01/2020	R\$ 4.725,00	R\$ 0,00	R\$ 4.725,00

Histórico das correspondências enviadas		
Data da Carta	Referência	Ver Carta
31/01/2020	PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO	(https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/jAiq__D3gBdf+RMLv36sapi_key=SnldRDgzJqyMV51lfN9Hzlb1sDidkDX1PPMbzg4MmKA=)
19/01/2020	NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO	(https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/wEMtDBAbUFT4jiYm0w1Fjapi_key=SnldRDgzJqyMV51lfN9Hzlb1sDidkDX1PPMbzg4MmKA=)
28/12/2019	INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE	(https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/ujR4AHYHPhLqmHq1R5api_key=SnldRDgzJqyMV51lfN9Hzlb1sDidkDX1PPMbzg4MmKA=)

27/12/2019	ABERTURA DE PEDIDO DE SEGURO DPVAT	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/W78SSj74zT9q4T53b___f0capi_key=SnldRDgzJqyMV51IfN9Hzlb1sDidkDX1PPmbzg4MmKA=)
------------	------------------------------------	--



(<https://documentospendentes.seguradoralider.com.br/>)

Baixe o aplicativo do Seguro DPVAT



(<https://itunes.apple.com/us/app/seguro-dpvat/id1375178092?l=pt&ls=1&mt=8>)



(<https://play.google.com/store/apps/details?id=br.com.seguradoralider.dpvat.plataformadigital>)

ACESSIBILIDADE



(</Pages/Acessibilidade.aspx>)



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

A A A ●

COMO PEDIR INDENIZAÇÃO



Documentos Despesas Médicas (</Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx>)

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

Documentos Morte (</Pages/Documentacao-Morte.aspx>)

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

PAGUE SEGURO



Como Pagar (</Pages/Saiba-como-pagar.aspx>)

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

ACOMPANHE O PROCESSO



Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização. (</Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx>)

(<https://www.seguradoralider.com.br>)

Serviços

- › Acompanhe seu Processo (/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx)
- › Consulta a Pagamentos (/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuados.aspx)
- › Saiba Como Pagar (/Pages/Saiba-como-pagar.aspx)
- › Pontos de Atendimento (/Pontos-de-Atendimento)
- › Como Pedir Indenização (/Seguro-DPVAT/Como-Pedir-Indenizacao)

Dúvidas e Respostas

- › [A Seguradora Líder-DPVAT \(/Pages/Quem-Somos.aspx\)](/Pages/Quem-Somos.aspx)
- › [Sobre o Seguro DPVAT \(/Pages/Sobre-o-Seguro-DPVAT.aspx\)](/Pages/Sobre-o-Seguro-DPVAT.aspx)
- › [Informações Gerais \(/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx\)](/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx)
- › [Dicas Indispensáveis \(/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx\)](/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)
- › [Dicionário do Seguro DPVAT \(/Seguro-DPVAT/Dicionario-do-Seguro-DPVAT\)](/Seguro-DPVAT/Dicionario-do-Seguro-DPVAT)
- › [Perguntas Frequentes \(/Seguro-DPVAT/Perguntas%20Frequentes\)](/Seguro-DPVAT/Perguntas%20Frequentes)

Atendimento

- › Chat - Atendimento On-line (/Contato/Chat-e-Atendimento-On-Line)
- › Dúvidas, Reclamações e Sugestões (/Contato/Duvidas-Reclamacoes-e-Sugestoes)
- › Telefones de Contato (/Contato/telefones-de-contato)
- › Ouvidoria (/Contato/Ouvidoria)
- › Canal de Denúncias (/Contato/canal-de-Denuncias)
- › Mapa do Site (/Mapa-do-Site)



[Termos de uso e política de privacidade \(/Pages/Termos-de-Uso.aspx\)](#)