



PROCURAÇÃO “AD JUDICIA ET EXTRA”

OUTORGANTE:

Nome: GEYSON ALVES MATOS		Nacionalidade: Brasileiro (a)	
CNH / Orgão Emissor: 058843685-62 – DNT/CE em 16/09/2014	CPF nº: 040.371.843-03	Estado Civil: Solteiro	
Endereço: Rua Praça Monsenhor José Cândido	Número: 98	Profissão: Autonomo	
Bairro: Centro	Cidade: Boa Viagem	Estado: Ceará	CEP: 63.870-000

OUTORGADO:

VINICIUS PINHEIRO MELO, brasileiro, advogado, devidamente inscrito na OAB/CE sob o nº 24.353, portador do CPF nº 016.548.623-63, com escritório localizado na Pça. Mons. José Cândido, nº 103, Bairro “Centro” – Boa Viagem - CE – CEP: 63.870-000.

PODERES:

Através do presente instrumento particular de mandato, a(s) parte(s) OUTORGANTE(s) nomeia(m) e constitui(em) como seu(s) procurador(es) o(s) OUTORGADO(s), conferindo-lhe(s) amplos poderes, inerentes ao bom e fiel cumprimento desta mandato, bem como para o foro geral, conforme estabelecido no artigo 38 do Código de Processo Civil e art. 2º do Estatuto da OAB, com clausula “*ad judicium et extra*”, para praticar todos atos perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, e órgãos da administração pública direta e indireta, praticar quaisquer atos perante particulares ou empresas privadas, **principalmente perante qualquer companhia de seguro conveniada ao FENASEG, participante do convênio DPVAT**, recorrer a quaisquer instâncias e tribunais, podendo atuar em conjunto ou separadamente, e os especiais para transigir, fazer acordo, firmar compromisso, substabelecer, renunciar, desistir, reconhecer a procedência do pedido, receber intimações, assinar livros, termos, recibos, receber e dar quitações, firmar autorizações de pagamentos ou créditos de indenizações de sinistro, prestar declarações, **declarar e requerer os benefícios da JUSTIÇA GRATUITA**, anuir e receber alvarás judiciais de levantamento, podendo receber os valores neles expressos provenientes de depósitos feitos pela(s) SEGURADORA(S) pertencentes ao **CONSÓRCIO DE SEGURO DPVAT e SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DPVAT S/A**, junto à instituição financeira responsável pela guarda destes valores, podendo ainda receber e endossar cheque em nome do outorgante relativo a pagamento dos valores pleiteados junto as Seguradoras do Consórcio DPVAT, dando tudo por bom e valioso, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defende-los nas contrárias, seguindo uma e outra, até decisão final.

Boa Viagem (CE), 15 de Agosto de 2017.


 Outorgante



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

DECLARANTE:

Nome: GEYSON ALVES MATOS		Nacionalidade: Brasileiro (a)	
CNH / Orgão Emissor: 058843685-62 – DNT/CE em 16/09/2014	CPF nº: 040.371.843-03	Estado Civil: Solteiro	
Endereço: Rua Praça Monsenhor José Cândido		Número: 98	Profissão: Autonomo
Bairro: Centro	Cidade: Boa Viagem	Estado: Ceará	CEP: 63.870-000

Declaro que, função de minha condição financeira, não tenho condições de arcar com o pagamento das custas processuais, sob pena de implicar em prejuízo próprio e de minha família, nos termos do art. 5º, LXXIV, da Constituição da República e da Lei nº 1.060/50, com fundamento na Lei nº 7.115/83.

Boa Viagem (CE), 15 de Agosto de 2017.


Declarante

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO	
REPARTIÇÃO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO	
CRISTEN ALVES MATEO	
VALIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS 1004228610	CPF: 208631365448 - PSEPS - CE
	060.371.243-03 05/04/1988
	GERALDO MATEO DA SILVA FILHO MARIA ALZANI ALVES DE MELOQUE
	RESERVAÇÃO: RESERVAÇÃO - RESERVAÇÃO - RESERVAÇÃO
1º ENDEREÇO: ALAMEDA CORAÇA	2º ENDEREÇO: CE/05/2012
3º ENDEREÇO: 14/09/2013	
RENHE ATIV RENOVADA:	
<i>[Assinatura]</i> AUTORIDADE DE IDENTIFICAÇÃO	
LOCAL: PORTALEZA, CE	DATA EMISSÃO: 16/09/2014
<i>[Assinatura]</i> 1-V-1-A-1	01755169348 CE143772232
1004228610	

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA SOB AS PENAS DA LEI

DECLARANTE:

Nome: GEYSON ALVES MATOS		Nacionalidade: Brasileiro (a)	
CNH / Orgão Emissor: 058843685-62 – DNT/CE em 16/09/2014	CPF nº: 040.371.843-03	Estado Civil: Solteiro	
Endereço: Rua Praça Monsenhor José Cândido		Número: 98	Profissão: Autonomo
Bairro: Centro	Cidade: Boa Viagem	Estado: Ceará	CEP: 63.870-000

DECLARO para os devidos fins de comprovação de residência, sob as penas da Lei (art.2º da Lei 7.115/83) que sou residente e domiciliado (a) no endereço acima.

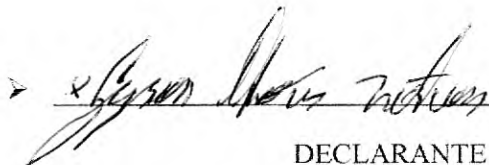
Declaro ainda, estar ciente de que a falsidade da presente declaração pode implicar na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal Brasileira, conforme transcrição abaixo:

para os devidos fins de comprovação de residência, sob as penas da Lei (art.2º da Lei 7.115/83) que sou residente e domiciliado (a) no endereço acima

“Art. 299 – Omitir, em documento público ou particular, declaração que nele deveria constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigações ou alterar a verdade sobre o fato juridicamente relevante.

Pena: reclusão de 1 (um) a 5 (cinco) anos e multa, se o documento é público e reclusão de 1 (um) e 3 (três) anos, se o documento é particular.”

Boa Viagem (CE), 15 de Agosto de 2017.



 DECLARANTE



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
 POLÍCIA CIVIL
 DELEGACIA MUNICIPAL DE BOA VIAGEM



BOLETIM DE Ocorrência Nº 428 - 2231 / 2016

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
 Data / Hora da Comunicação: **15/12/2016 11:48:11**
 Data / Hora da Ocorrência: **27/11/2016 13:00:00**
 Endereço da Ocorrência: **RUA JOSÉ RANGEL DE ARAUJO**
 Complemento:
 Bairro: **CENTRO** Município: **BOA VIAGEM/CE**
 Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **INGRID KARINA NUNES DA SILVA**
 Nascimento: **02/11/1994** CPF:
 RG : Orgão Emissor: UF:
 Filiação: **MARILENE NUNES DA SILVA**
 Endereço: **RUA ALFREDO TERCEIRO, 415**
 Bairro: **CENTRO** CEP:
 Município: **BOA VIAGEM/CE**
 País: **BRASIL** Telefone: **(88) 9811-8313**

Noticiante(s)

Nome: **GEYSON ALVES MATOS**
 Nascimento: **05/04/1988** CPF: **040.371.843-03**
 RG: **2006015004643** Orgão Emissor: **SSP** UF:
 Filiação: **MARIA ALTANI ALVES DE MESQUITA**
GERALDO MATOS DA SILVA
 Endereço: **RUA ALFREDO TERCEIRO, 433**
 Bairro: **CENTRO** CEP: **63.870-000**
 Município: **BOA VIAGEM/CE**
 País: **BRASIL** Telefone: **(88) 9714-5853**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **NQX0832** Uf: **CE** Município: **BOA VIAGEM** Chassi:
9C2JC4110AR577639 Renavam: **194433072** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 FAN KS** Ano
 Fabricação: **2010** Ano Modelo: **2010** Combustível: **GASOLINA** Cor:
PRETA Proprietário: **GEYSON ALVES MATOS** Situação: **NÃO**
INFORMADO Envolvimento: **NORMAL**

Histórico

Compareceu a esta delegacia a pessoa acima qualificada para informar que no dia 27/11/2016, por volta das 13hrs, estava conduzindo uma moto acima citada e levando na garupa INGRID KARINA NUNES DA SILVA, quando um motociclista que vinha em sua frente parou repentinamente, vindo a colidir na lateral do motociclista; Que o motociclista fugiu sem prestar socorro; Que o noticiante foi socorrido para o hospital local, sofrendo dor na cabeça; Que a INGRID KARINA foi socorrido para o hospital local, sofrendo escoriações em várias partes do corpo; Que compareceram a esta delegacia como testemunhas do acidente EMIDIO GUERREIRO DE MORAES e WESLEY DE MACEDO PEREIRA; Que compareceu também a esta delegacia, como vítima do acidente, INGRID KARINA NUNES DA SILVA; Nada mais disse.



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
 POLÍCIA CIVIL
 DELEGACIA MUNICIPAL DE BOA VIAGEM



BOLETIM DE Ocorrência Nº 428 - 2231 / 2016

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE BOA VIAGEM

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

Larissa Crispim de Lima
LARISSA CRISPIM DE LIMA - MAT.: 300059-1-0

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A) :

Ed Carlos de Sousa Lima
ED CARLOS DE SOUSA LIMA - MAT.: 404672-1-1

X *Ingrid Karina Chaves da Silva*

X *Wesley de Macedo Pereira*

X *Camila ...*

[illegible]

DENOMIN

CONTIN

DETRAN - CE

Nº 011825768756

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

PLACA	CID. REG./AM	SERIO	EXERCÍCIO
0000000000	0000000000	0000000000	2015

MODELO	TIPO	ANEXO
0000000000	0000000000	0000000000

VALOR	DATA
0000000000	0000000000

VALOR	DATA
0000000000	0000000000

VALOR	DATA
0000000000	0000000000

VALOR	DATA
0000000000	0000000000

VALOR	DATA
0000000000	0000000000

VALOR	DATA
0000000000	0000000000

VALOR	DATA
0000000000	0000000000

VALOR	DATA
0000000000	0000000000

VALOR	DATA
0000000000	0000000000

VALOR	DATA
0000000000	0000000000

VALOR	DATA
0000000000	0000000000

VALOR	DATA
0000000000	0000000000

VALOR	DATA
0000000000	0000000000

VALOR	DATA
0000000000	0000000000

VALOR	DATA
0000000000	0000000000

VALOR	DATA
0000000000	0000000000

VALOR	DATA
0000000000	0000000000

VALOR	DATA
0000000000	0000000000

VALOR	DATA
0000000000	0000000000

VALOR	DATA
0000000000	0000000000

VALOR	DATA
0000000000	0000000000

VALOR	DATA
0000000000	0000000000

VALOR	DATA
0000000000	0000000000



PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VIAGEM
CSAM - CASA DE SAÚDE ADÍLIA MARIA

Rua: São Vicente de Paula, Nº. 100, Centro.

Tel.: (88) 3427 1699 - (88) 3427 1136

CNPJ: 07.806.680/0001-84



FICHA DE SERVIÇO DE PRONTO ATENDIMENTO (SPA)

DATA DE ATENDIMENTO: 27 / 11 / 16 HORÁRIO: 13:29

NOME: Geyson A. Martos DATA DE NASC 05/04/78 SEXO: (X) M () F

RG _____ CARTÃO DO SUS Nº _____

PAI: Geraldo M. Gass Filho MÃE: M^{te} Altamir A. de Mesquita

NATURALIDADE: Boa Viagem PROCEDÊNCIA: SUS

ESTADO CIVIL: Solteiro PROFISSÃO: Vendedor

ENDEREÇO: Agrícola Terceiro Nº. 415

BAIRRO: Centro CIDADE B.V. UF: CE

QUEIXA PRINCIPAL: _____

caso m ceto

HDA: _____

EXAME FÍSICO: PA a TFI - 125

EXAMES SOLICITADOS: _____

GUTEMBERG MENDES FARIAS FILHO

CPF 472.051.123-12

CRM 6087

MEDICAMENTOS: _____

CLÍNICO GERAL E OBSTETRA GERAL

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM: _____

PESO _____ TEMPERATURA _____ PA _____

ASSINATURA DO PACIENTE / RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

ESTA FICHA SÓ TERÁ VALIDADE PARA REGISTRO DE ATENDIMENTO HOSPITALAR COM CARIMBO E ASSINATURA DA DIRETORA DESTA UNIDADE DE SAÚDE.

07.806.680/0001-84

Casa de Saúde Adília Maria

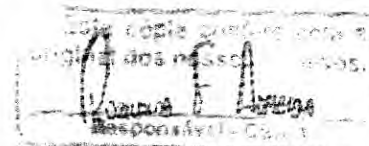
Rua São Vicente de Paula, 100

Centro - CEP 612-000

Telefone: (88) 3427-1136

Boa Viagem - CE

ROSIVALDA FERREIRA DE ALMEIDA
RESPONSÁVEL CSAM





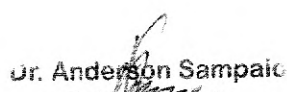
Dr. Anderson Vieira Oliveira Sampaio
Fisioterapeuta

Contato: (85) 9-9634-8580

DECLARAÇÃO

A ultimo Geyson Alves moto
 sofreu queda de moto no
 dia do dia 27/11/16, no
 qual teve PA e TF e sua coluna
 parte posterior. Paciente queixa
 de dor de cabeça e dor no
 traseiro.


 Assinatura Paciente


 Dr. Anderson Sampaio
 Fisioterapeuta
 CREFITO - 240264/F

Data: 05/03/2017

Carimbo e Assinatura
 CREFITO - 240264/F



Buscar no

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

Início do conteúdo

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 3170371897 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA GEYSON ALVES MATOS

COBERTURA Invalidez

SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO Sabemi Seguradora S/A-Filial
Fortaleza-CE

BENEFICIÁRIO GEYSON ALVES MATOS

CPF/CNPJ: 04037184303

Posição em 11-08-2017 07:56:20

Pagamento liberado pela Seguradora Líder DPVAT.

Valor: R\$ 843,75

O prazo para recebimento da indenização no banco depende do tempo necessário ao processamento bancário, que é de até 5 dias úteis contados a partir da data de liberação.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
14/08/2017	R\$ 843,75	R\$ 0,00	R\$ 843,75