



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

End. Profissional: Rua Dr. João Tomé, nº 979, Sala 101, Fátima I - Crateús-Ce
 Cep. 63.700-000 - Tel.: (Fax): (88) 3692 - 3794 - E-mail: ednaldo.melo@ig.com.br

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Nome: <u>Leandro Oliveira Carlos</u>		Nacionalidade: <u>BRASILEIRA</u>
Estado Civil: <u>Solteiro</u>	Profissão: <u>Agricultor</u>	Carteira de Identidade: <u>2007653344-6/ce</u>
CPF nº: <u>056.463.443-36</u>	Residência: <u>DT São Raimundo</u>	
Bairro: <u>-</u>	Cidade: <u>Novo Oriente</u>	Estado/UF: <u>Ce</u> CEP: <u>63-740-000</u>

OUTORGADO: ANTONIO EDNALDO ALTINO DE MELO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE sob o nº 20.795; com endereço profissional na Rua Dr. João Tomé, nº. 979, Sala 101, Fátima I, Crateús/CE, CEP nº 63.700-000; Fone/Fax: (88) 3692.3794.

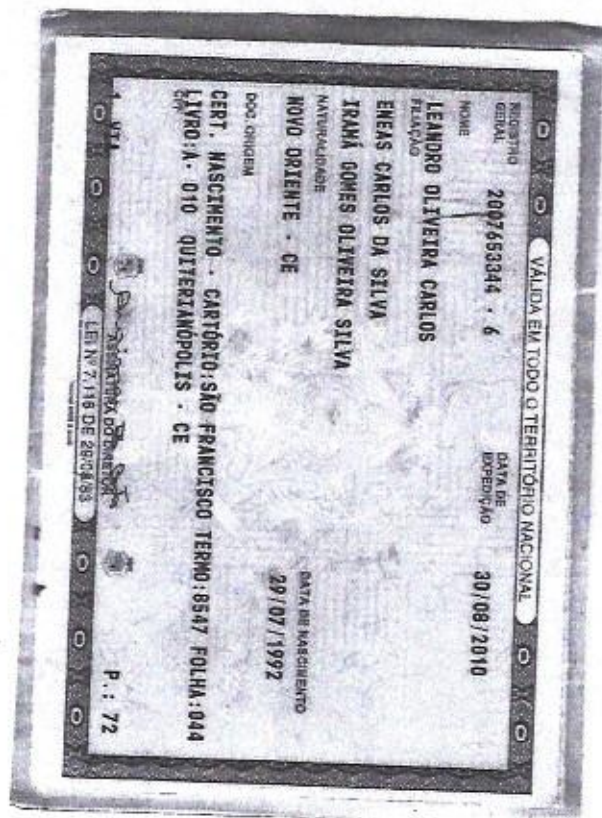
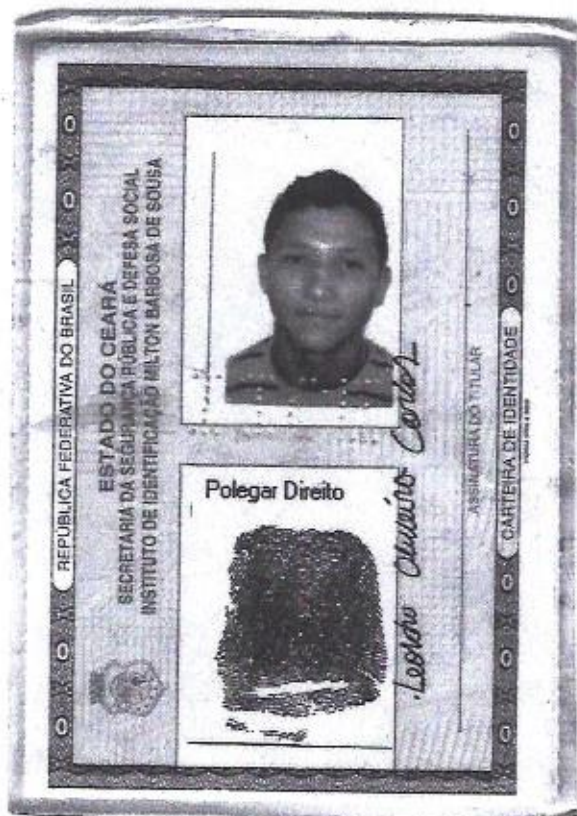
PODERES: Pelo presente instrumento particular de procuração, o(a) outorgante nomeia e constitui, o outorgado, seu bastante procurador, conferindo-lhe os poderes da cláusula "ad judicium et extra", podendo agir em conjunto ou separadamente perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, 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., 17 de Dezembro de 2014.

x Leandro Oliveira Carlos
 (outorgante)

FICA

fls. 7



FOI
DIA: 19/09/14





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

End. Profissional: Rua Dr. João Tomé, nº 979, Sala 101, Fátima I - Crateús-Ce
 Cep. 63.700-000 - Tel.: (Fax): (88) 3692 - 3794 - E-mail: ednaldo.melo@ig.com.br

DECLARAÇÃO

Declarante: <u>Leandro Oliveira Carlos</u>		Nacionalidade: Brasileira
Residência: <u>DT São Francisco</u>		Profissão: <u>Agricultor</u>
CPF nº: <u>056.463.443-36</u>	RG nº: <u>2007653344-6/ei</u>	Estado Civil: <u>Solteiro</u>
Bairro: —	Cidade: <u>Novo Oriente</u>	Estado/UF: <u>Ci</u>
CEP: <u>63-740-000</u>	Telefone:	

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 - Ci. 17 de Dezembro de 2014.

x Leandro Oliveira Carlos
 (declarante)



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

End. Profissional: Rua Dr. João Tomé, nº 979, Sala 101, Fátima I - Crateús-Ce
 Cep. 63.700-000 - Tel.: (Fax): (88) 3692 - 3794 - E-mail: ednaldo.melo@ig.com.br

DECLARAÇÃO

Declarante: <u>Leandro Oliveira Carlos</u>		Nacionalidade: Brasileira
Residência: <u>DT São Raimundo</u>		Profissão: <u>Agricultor</u>
CPF nº: <u>056.463.443-36</u>	RG nº: <u>2007653344-6/ci</u>	Estado Civil: <u>Solteiro</u>
Bairro: —	Cidade: <u>Novo Oriente</u>	Estado/UF: <u>Ci</u>
CEP: <u>63-740-000</u>	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.

Crateús - Ci, 17 de Dezembro de 2014.

*Leandro Oliveira Carlos

Declarante



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

fls. 11



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 511 - 879 / 2014

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Data / Hora da Comunicação: **27/08/2014 15:03:29**

Data / Hora da Ocorrência : **18/07/2014 18:30:00**

Endereço da Ocorrência: **SIT DISTRITO DE SÃO RAIMUNDO**

NAO INFORMADO NOVO ORIENTE /CE

Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **J.F. ANDRO OLIVEIRA CARLOS**

Nascimento : **29/07/1992**

RG: **20076533446** Órgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE** - CPF:

Filiação: **ENEAS CARLOS DA SILVA**

IRAMÁ GOMES OLIVEIRA SILVA

Endereço: **R DT SÃO RAIMUNDO**

DT SÃO RAIMUNDO

NOVO ORIENTE CE BRASIL

Telefone:

Histórico

O DECLARANTE AFIRMA QUE QUE NO DIA, HORA, E LOCAL ACIMA INFORMADO SOFREU UM ACIDENTE DE TRÂNSITO QUANDO CONDUZIA A MOTOCICLETA HONDA/ XRE 300, ANO DE FAB. E MODELO 2013/2013, COR BRANCA, PLACA OSU-8334-CE, CIIASSI 9C2ND110DR012515, LICENCIADA E REGISTRADA EM NOME DE CLOVES CARLOS DA SILVA, EX-PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO; QUE AFIRMA O DECLARANTE QUE O ACIDENTE OCORREU QUANDO AO PASSAR POR UM QUEBRAMOLAS PERDEU O CONTROLE DO VEÍCULO, CAINDO AO SOLO, SOFRENDO ESCORIAÇÕES E UMA FRATURA NO OMBRO ESQUERDO; QUE O PRIMO DO DECLARANTE DE NOME RAÍ CARLOS DA SILVA FOI QUEM LHE SOCORREU PARA O HOSPITAL MUNICIPAL DE NOVO ORIENTE E QUE NO DIA SEGUINTE FOI ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL SÃO LUCAS EM CRATEUS. E NADA MAIS DISSE.

As informações contidas neste Boletim de Ocorrência são de inteira responsabilidade do queixoso, sendo ao mesmo informado que a comunicação de crime não ocorrido ou fato inexistente é crime punível na forma da Lei (art. 339 e 340 do CPB)

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE NOVO ORIENTE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

JOSÉ HILTON ALVES SAMPAIO - MAT.: 404574-1-0

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO : *x leonardo oliveira carlos*

VISTO DO DELEGADO(A) :

JOAO PEREIRA GOMES - MAT.: 198827-1-3

DELEGACIA MUNICIPAL DE NOVO ORIENTE

Pág. 1 de 1

Impresso em: 27/08/2014 03:10


 Governo Municipal
NOVO ORIENTE
 Um Novo Tempo


MUNICÍPIO VERDE

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE PACIENTE EXTERNO

N.º _____ DATA 18-07-14

HOSPITAL E MATERNIDADE DR. JOSÉ MARIA FERNANDES LEITÃO

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Francisco Oliveira Carlos
 Pai: Francisco Carlos da Silva
 Mãe: Francisca Gomes Oliveira Silva
 CNS: _____

Est. Civil: _____ Sexo: m DN: 24-07-1992 Idade: 21 ANOS
 Profissão: _____ RG: 2007653344-6 CPF: _____
 Endereço: São Raimundo Cidade: Natourina

2. Sinais e Sintomas: CA. 180 X 110 mmHg, acidente com queda à
UNIDADE, VÍTIMA DO ACIDENTE DE MOTO (SIC), APRESENTANDO ESCORBIA-
ÇÕES NO TÓRAX, MMII E SUSPEITA DE FRACTURA EM MSE (BRACÇO).

3. Diagnóstico: FRACTURA EM BRACÇO (E)?

4. Conduta: _____

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL _____
 ASSINATURA DO MÉDICO _____

Dr. Kleber S. Caceres Moraes
 MÉDICO
 CRM-GE 12959

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 até 30 dias a contar da data da entrega da documentação completa.

fls. 14

[nova consulta](#)

SINISTRO 2014881153 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA LEANDRO OLIVEIRA CARLOS

COBERTURA Invalidez

SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO MBM SEGURADORA S/A

REGULADORA MBM SEGURADORA S/A #772

BENEFICIÁRIO LEANDRO OLIVEIRA CARLOS

CPF/CNPJ: 05646344336

Posição em 02-12-2014 15:44:45

Indenização creditada em 12/11/2014, no valor de R\$ 1.687,50, em banco e conta de titularidade do beneficiário, conforme autorização de pagamento assinado pelo mesmo.