

PROCURAÇÃO AD JUDICIA

OUTORGANTE:

NOME: JOSE ANTÔNIO DOS SANTOS FILHONACIONALIDADE: BRASILEIRO ESTADO CIVIL: SOLTEIROPROFISSÃO: OPERADORRG Nº: 98079179824 CPF Nº: 638.449.743-34ENDEREÇO: RUA 53, N° 297BAIRRO: SERCIATATI II CIDADE/ESTADO: MANACANAÚ

OUTORGADO: MANOEL ABÍLIO LOPES, brasileiro, solteiro, advogado inscrito na OAB-CE sob o Nº 29.431, com endereço profissional na Rua Santa Adélia, nº 38 A, Centro, Eusébio-CE.

PODERES: Pelo presente instrumento particular de mandato, o outorgante confere aos outorgados os poderes inerentes à cláusula ad judicia, nos moldes do art. 38, do CPC, para representarem o primeiro perante todo e qualquer órgão do Poder Judiciário, em conjunto ou separadamente, podendo especialmente ajuizar ações, receber intimações e notificações, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, receber, dar quitação, firmar compromisso, inclusive podendo substabelecer com ou sem reservas.

Manacanaú (CE), 02 de ABRIL de 2015.

JOSE ANTÔNIO DOS SANTOS FILHO

OUTORGANTE

DECLARAÇÃO DE POBREZA

Declaro para os devidos fins que eu, JOSE ANTÔNIO DOS SANTOS FILHO, brasileiro, CASADO, portador da Cédula de Identidade nº 98029179824, expedida pela SSP/CE, inscrito no CPF/MF sob o nº 638.449.743-34, residente e domiciliado (a) a rua 53, N° 297,

estou impossibilitado de custear despesas judiciais sem prejuízo de meu próprio sustento e da minha família, não podendo arcar com as custas processuais pelo que declara ser pobre nos termos da Lei nº 7.115 de 29 de Agosto de 1983, pelo que assumo inteira responsabilidade, requerendo os benefícios da Justiça Gratuita, com esteiro na Lei nº 1060/2005.

Maracá (CE), 02 de Abril de 2015.

JOSE ANTÔNIO DOS SANTOS FILHO
Assinatura do Outorgante

[illegible]



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA METROPOLITANA DE MARACANAÚ

fls. 11

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 204 - 786 / 2015

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRANSITO
Data / Hora da Comunicação: 19/01/2015 14:26:56
Data / Hora da Ocorrência : 04/01/2015 19:50:00
Endereço da Ocorrência: AV 03

JEREISSATI I MARACANAÚ /CE

Ponto de Referência:

Dados do(s) Vítima(s)

Nome: NATALIA SOUSA DE MELO
Nascimento : 01/10/1983
RG: 2003002077383 Órgão Emissor: SSP UF: CE - CPF:
Filiação: WLADIMIR LIMA DE MELO
LUCIMAR SILVA SOUSA

Endereço: R 53 297

JEREISSATI II

MARACANAÚ CE BRASIL

Telefone: 8826-3224

Nome: JOSE ANTONIO DOS SANTOS FILHO

Nascimento : 11/06/1982

CNH: 05069475586 Órgão Emissor: DETRAN UF: CE - CPF:

Filiação: JOSE ANTONIO DOS SANTOS

MARIA DAS DORES AMORIM

Endereço: R 53 297

JEREISSATI II

MARACANAÚ CE BRASIL

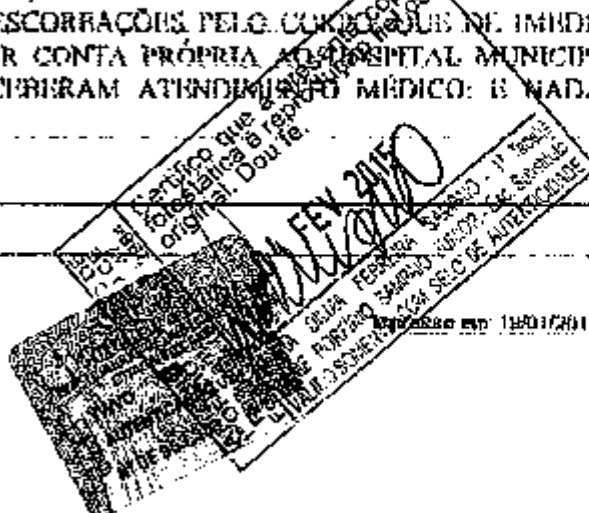
Telefone: 8760-5476

Histórico

DISSER O DECLARANTE, JOSE ANTONIO DOS SANTOS FILHO, QUE POR VOLTA DAS 19H50MIN DO DIA 04/01/2015, PILOTAVA SUA MOTO, DE MARCA/MODELO HONDA/NCR 130 BROS 2SD, DE COR VERMELHA, FAB/MOD 2013/2014, PLACA OSU-3956-CE, CHASSI Nº9C2K00540ER000303, REGISTRADO EM NOME DO DECLARANTE, TENDO COMO GARUPEIRA A SUA COMPANHEIRA, NATALIA SOUSA DE MELO, TRAFEGANDO PELA AVENIDA III, NO BAIRRO CONJUNTO JEREISSATI I, NESTA CIDADE E, AO PASSAR POR CIMA DE UMA ARRIA DERRAPOU NA MESMA, QUE, EM FATO DA REFERIDA OCORRÊNCIA, O DECLARANTE, BEM COMO A GARUPEIRA CAÍRAM NA PISTA DE ROLAMENTO E, ALÉM DE TER SUA MOTO BASTANTE DANIFICADA, O DECLARANTE SOFREU VARIAS ESCORRÃOES PELO CORPO, QUE NATALIA SOFREU VARIAS ESCORRÃOES PELO CORPO, QUE DEPOIS DE IMEDIATO O DECLARANTE E NATALIA COMPARECERAM POR CONTA PRÓPRIA AO HOSPITAL MUNICIPAL DE MARACANAÚ, ONDE DERAM ENTRADA E RECEBERAM ATENDIMENTO MÉDICO: E NADA MAIS DISSE:///////

DELEGACIA METROPOLITANA DE MARACANAÚ

Pág. 1 de 2



Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MANOEL ABILIO LOPES e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 06/04/2015 às 18:11, sob o número 01454527420158060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0145452-74/2015.8.06.0001 e código 18745E4.



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA METROPOLITANA DE MARACANAU

fls. 12

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 204 - 786 / 2015

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA METROPOLITANA DE MARACANAU

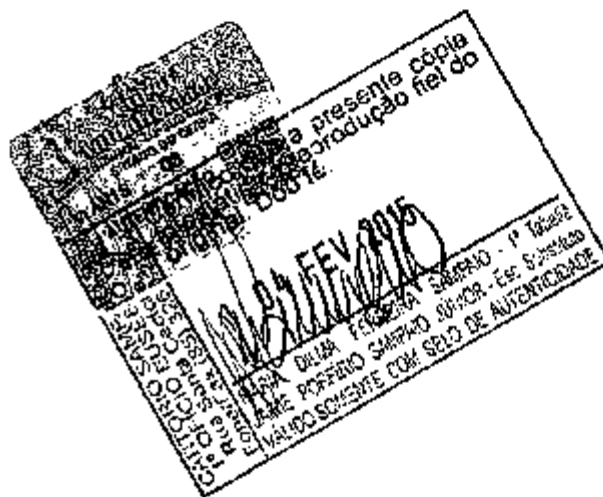
RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

TAJISMAR MELO ALVES - MAT.: 198244-1-1

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: *2ª 4ª* *Arly de Sabr* *M*

VISTO DO DELEGADO(A):

DIONÍSIO AMARAL DA PAZ - MAT.: 198765-1-9



DELEGACIA METROPOLITANA DE MARACANAU

Ingresso em: 19/01/2015 07:52



Seguradora Líder - DPVAT

fls. 13

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da Indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, JOSE ANTONIO DOS SANTOS FILHOPORTADOR(A) DO RG Nº 98028178824 EXPEDIDO POR _____ EM ____/____/____ ECPF 038449773-39 / CNPJ _____, PROFISSÃO _____

E RENDA MENSAL DE R\$ _____ (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA _____, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO

DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício - nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial - nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL, www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 2332-6 N° da CONTA (com dígito, se existir) 7339-7
BRASIL

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO _____ N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ N° da CONTA (com dígito, se existir) _____

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Manoel 03 de FEVEREIRO de 2015

LOCAL E DATA

João Antonio dos Santos Filho

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na Lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguredoransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, JOSÉ ANTÔNIO DOS SANTOS FILHO, portador da carteira de identidade nº 98024179824 e inscrito no CPF/MF sob o nº 858.449.743-34, residente e domiciliado na RUA 52, N: 892, TERCEIROS, Cidade MACAÏ, 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.

JOSE ANTONIO DOS SANTOS FILHO

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

MACAÏ, 03/02/15

Local e data

DECLARAÇÃO

Eu JOSE ANTONIO DOS SANTOS FILHO RG 98029123B24CPF 638 779 343-34 declaro que após ter sofrido acidente provocado por veículo automotor de via terrestre, em 04/01/15 fui socorrido por _____E levado ao hospital DR. JOÃO ELINO DE HOLANDA

Declaro de além da documentação médica apresentada, não tenho nenhum dos documentos adicionais contemporâneos ao acidente, conforme exige a SUPTEC - 005/2014, pois não recebi atendimento como: SAMU, Corpo de Bombeiros, Anjos do Asfalto, Ambulância, etc., da mesma forma que não houve registro da ocorrência no local do acidente, tão pouco foi instaurado Inquérito Policial na delegacia.

Declaro que estou à inteira disposição para qualquer auditoria ou investigação que a Seguradora Líder entenda necessária para confirmação das informações prestadas no Boletim de Ocorrência Policial, pois estou ciente que caso as informações prestadas sejam falsas constitui em crime previsto no Art. 340 do Código Penal Brasileiro.

"Art. 340 - Provocar a ação de autoridade, comunicando-lhe a ocorrência de crime ou de contravenção que sabe não se ter verificado"

Também me responsabilizo pelo ora declaro e estou ciente que qualquer informação falsa prestada, poderá incorrer conforme o Art. 299 do código penal.

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

Local: MANAUS UF PE Data 03/02/15Declarante JOSE ANTONIO DOS SANTOS FILHO

Ato Declaratório

EU, JOSÉ ANTÔNIO DOS SANTOS FILHO, BRASILEIRO, CASADO, PORTADOR DE CÉDULA DE IDENTIDADE DE Nº 98029379 824, EXPEDIDO POR SSP-CE E CPF: 638.449.743-34, RESIDENTE E DOMICILIADO NA RUA S2, Nº 692, BAIRRO CARLOS JEREISSATI I, CIDADE DE MARACANAÚ - CEARÁ, INFORMO QUE SOFRI UM ACIDENTE DE TRÂNSITO NO DIA 04/01/2015 COM MINHA ESPOSA, NATÁLIA SOUZA DE MELO, COMO CONSTA NO BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE Nº 204-786/2015, REGISTRADO NA DELEGACIA METROPOLITANA DE MARACANAÚ E QUE NÃO RECEBI OTENDIMENTOS DOS ORGÃO PÚBLICOS (SAMU, ANJOS DO ASFALTO, POLÍCIA MILITAR, ETC), ONDE POR CONTA PRÓPRIA, COMPARECI AO HOSPITAL MUNICIPAL DE MARACANAÚ (DR. JOÃO ELÍSIO DE HOLANDA).

Atenciosamente,

MARACANAÚ, 03/02/2015

João Antônio dos Santos Filho

Justificação de falta de Prontuário Completo.

Eu, Fozé Antônio dos Santos Filho, brasileiro (a), casado, portador (a) do RG nº. 9802.917.9824 e CPF nº. 658.449.743-54, residente e domiciliado (a) Rua 52 Nº. 692 Bairro: Tenelati I Município Maracanaú (CE), venho perante a seguradora líder dos consórcios, afirmar que não tenho nem um desses documentos exigidos pela a seguradora líder dos consórcios.

1. Relatório de internamento com indicações das lesões produzidas pelo trauma datas e tratamentos realizados (clínicos, cirúrgicos e fisioterápicos) e data da alta hospitalar.
2. Relatório de tratamento com indicações das lesões produzidas pelo trauma, datas e locais de tratamento realizados (clínicos, cirúrgicos e fisioterápicos) e data de conclusão do tratamento. Venho por essa declarar que não tenho nem um desses documentos acima citados. Pois o hospital da região sofre de uma série de problemas tanto pela a falta de médicos, como também a organização do hospital é precária. Concluindo que devidos muitos problemas não fiz o tratamento por completo.

Espero que os senhores compreendam a minha situação e assim possa dar prosseguimento ao meu processo concluindo com a MARCAÇÃO de perícia e conseqüentemente efetuando o pagamento da indenização.

Atenciosamente

Maracanaú (CE) 03 de 02 de 2016.

Fozé Antônio dos Santos Filho

1500321008		04/01/2015 18:50:58		FICHA DE ATENDIMENTO		CLINICA MEDICA		28/01/2015	
Paciente JOSE ANTONIO DOS SANTOS FILHO		Data Nascimento 11/06/1982		Idade 32 A 8 M 23 D		CNS		CPF	
Tipo Doc Documento		Orgão Emissor		Data Emissão		Sexo M		Estado Civil Casado(a)	
Mãe MARIA DAS DORES AMORIM		Pal		Raça/Cor Sem informação		Naturalidade		Contatos	
Endereço RUA 53 ----									
Class. de Risco		Plano Convênio SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE		N da Carteira		Validade		Autorização	
Motivo do Atendimento PRONTO ATENDIMENTO		Caráter do Atendimento Urgência		Profissional do Atend.		Sis Prenatal		Peso	
Setor SPA		Tipo de Chegada		Procedimento Sol.		Procedência		Temp. Pressão	
								Registrado por: joaobs	
Últimos Atendimentos:									
04/01/2015 18:50:58									
SADT - Exames Complementares									
☐ CTG ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:									
Classificação de Risco									
<i>Queixa de náusea, vômito e orientado. Nega dor no abdome.</i> <i>Pupilo iridíctico e fotométrico.</i>									
Código: _____ Assinatura e Carimbo do(a) Enfermeiro(a) _____									
Data / Hora / Consultas Especializadas e Procedimentos									
<i>Nega epistaxe e otorreia.</i> <i>Lausão em membros inferiores e dificuldade de deambulação.</i> <i>No exame, corado, pulso cheio (80 bpm).</i>									
Código: _____ Assinatura e Carimbo do Médico: _____ Data: _____ Hora: _____									
<i>absolva imune.</i>									
1) El. exame em repouso 300 300									
Código: _____ Assinatura e Carimbo do Médico: _____ Data: _____ Hora: _____									
2) Pulso 100 bpm + 100 bpm de 500, 37.									
3) 300 bpm									
4) 300 bpm									
Código: _____ Assinatura e Carimbo do Médico: _____ Data: _____ Hora: _____									
Dr. Rommel P. Regadas Neurologista CRM: 8136									
Código: _____ Assinatura e Carimbo do Médico: _____ Data: _____ Hora: _____									

Assinatura do Paciente ou Responsável

Assinatura e Carimbo do Médico

Georgina Gomes Lima
 Gerente da Comissão de
 Prontuários do HMDJEH



1500321008

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MARCELO ALBUQUERQUE e Tribunal de Justiça do Ceará, protocolado em 06/04/2015 às 18:11, sob o número 0145452-74.2015.8.06.0001 e código 18745E4. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0145452-74.2015.8.06.0001 e código 18745E4.

 Hospital Municipal Dr. João Elísio de Holanda 		
Elaboração: 28/02/2012	Revisão: 17/09/2013	Código: HMJEH05
RECEITUÁRIO		
Nome: <u>João Ant^o dos Santos Filho</u>		
		
1) <u>Anflex 200mg</u> <u>OL CX</u>		
tomar 1cp 1dia por 05 dias		
 Dr. Rommel P. Regadas Urologista CRM: 8136		
Data: <u>04/01/15</u>		
Assinatura - CRM/CRO/COREN		

CONTINUA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DOS COMÉRCIO

DETALHE DE

CONTINUAÇÃO DO REGISTRO AUTOMOBILÍSTICO DO VEÍCULO

PLACA	003398	DATA	00/00/0000	ESPECIE	2014
-------	--------	------	------------	---------	------

MODELO: 106 SANTOS FIAT

CHASSI: 106 SANTOS FIAT

PLACA: 003398

DATA	00/00/0000	ESPECIE	2014
------	------------	---------	------

DATA	00/00/0000	ESPECIE	2014
------	------------	---------	------

DATA	00/00/0000	ESPECIE	2014
------	------------	---------	------

DATA	00/00/0000	ESPECIE	2014
------	------------	---------	------

DATA	00/00/0000	ESPECIE	2014
------	------------	---------	------

DATA	00/00/0000	ESPECIE	2014
------	------------	---------	------

DATA	00/00/0000	ESPECIE	2014
------	------------	---------	------

DATA	00/00/0000	ESPECIE	2014
------	------------	---------	------

DATA	00/00/0000	ESPECIE	2014
------	------------	---------	------

DATA	00/00/0000	ESPECIE	2014
------	------------	---------	------

DATA	00/00/0000	ESPECIE	2014
------	------------	---------	------

DATA	00/00/0000	ESPECIE	2014
------	------------	---------	------

DATA	00/00/0000	ESPECIE	2014
------	------------	---------	------

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Jose Antonio dos Santos FilhoRG nº 98029179824, data de expedição 1/1/, Órgão SSP-CE

CPF nº 238.949.743-34, 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)	<u>Rua 52</u>
Número	<u>692</u>
Apto / Complemento	<u>CONJUNTO SEMECLATI II</u>
Bairro	<u>CARLOS PEREIRA I</u>
Cidade	<u>MARACANAÚ</u>
Estado	<u>CEARÁ</u>
CEP	<u>61900-000</u>
Telefone de Contato	<u>(85) 8735-3087 / (85) 9946-3039</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: MARACANAÚ, 03/02/15

Assinatura do Declarante: Jose Antonio dos Santos Filho

