

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

Outorgante: <u>Antônio Ferreira Sobrinho</u>		Data Nasc: <u>25/04/1964</u>
Estado Civil: <u>casado</u>	Profissão: <u>melonista</u>	Nacionalidade: <u>Brasileiro</u>
RG: <u>94.003.002.193</u>	CPF: <u>239.094.207-53</u>	
Endereço: <u>Rua Pires Siqueira 3956</u>		
Cidade: <u>Buenópolis</u>	CEP: <u>61.760-000</u>	

OUTORGADO: CAROLINA FREITAS MOREIRA, brasileira, solteira, advogada, inscrito na OAB/CE nº 23.787, com escritório profissional na Rua Pedro Borges, nº 33, sala 516, Ed. Palácio Progresso, Centro, CEP: 60.055-10, Fortaleza-CE, fone: (85) 3055 9918.

PODERES: Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante nomeia e constitui, a outorgada, sua bastante procuradora, 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 FENASEC 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 demais atos necessários dos interesses dos serviços contratados podendo ainda, transigir, requerer, juntar, 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 outorgante, enfim todos os poderes necessários para o cumprimento amplo do objeto do presente mandato.

Fortaleza (CE), 29 de fevereiro de 20 10

Antônio Ferreira Sobrinho
OUTORGANTE

DECLARAÇÃO DE POBREZA

Declaro para os devidos fins que eu, Antonio Ferreira Sobrinho, residente e domiciliado na Rua Pines Tacuaba, nº 3966, bairro: Pines Tacuaba, na cidade de Busuê, portador(a) do RG nº 94003 001 193, inscrito(a) no CPF nº 239.094.207-53 estou impossibilitado(a) de custear despesas judiciais sem prejuízo de meu próprio sustento e da família não podendo arcar com custas processuais pelo que declara ser pobre nos termos da lei nº 7.115 de 29 de agosto de 1983, pelo que assume inteira responsabilidade, requer os benefícios da Justiça Gratuita, com esteio na lei nº 1060/05.

Fortaleza, 29 de junho de 20 16.

Antonio Ferreira Sobrinho
DECLARANTE

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Antonio Ferreira Sobrinho,
 brasileiro(a), casado motorista, portador(a) de
 cédula de identidade nº. 94003 002 193, inscrito(a) no
 CPF sob o nº 239.094.207-53, DECLARO que tenho
 domicílio e sou residente na Rua Pires Jacouha,
 nº 3956 Bairro Quit. Pires Jacouha CEP: 61760-000 CE,
 conforme comprovante de endereço anexo em meu nome.

Fortaleza, 29 de fevereiro 2016

Antonio Ferreira Sobrinho

TESTEMUNHA:

1. _____

RG Nº :

CPF Nº:

2. _____

RG Nº

CPF Nº

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Pela _____ presente, _____ o _____ (a)
 Sr(a) Antonio Ferreira Sobrinho Declara para os
 devidos fins de direito que tem total e plena consciência da propositura da AÇÃO DE
 COBRANÇA DE SEGURO DPVAT em seu nome, e que a demanda judicial tramitará no
 Estado do Ceará, mais precisamente na Comarca de Fortaleza, ressaltando, ainda, que até a
 presente data, não propôs nenhuma ação judicial contra qualquer seguradora do consórcio de
 seguro DPVAT, referente aos fatos narrados e aos documentos ora apresentados.

Outrossim, DECLARA, ainda, estar ciente de sua responsabilidade (civil e
 criminal) pelos fatos, informações e documentos apresentados e anexados ao processo judicial
 de cobrança de seguro DPVAT, principalmente em caso de falsa declaração com o fim de
 alterar a litude sobre fato juridicamente relevante, exonerando a Dra. CAROLINA FREITAS
 MOREIRA, OAB/CE Nº 23.787, de qualquer responsabilidade civil e/ ou criminal.

Fortaleza, 29 de juvenino 2016

Antonio Ferreira Sobrinho

DECLARANTE

TESTEMUNHAS:

1. NOME:

CPF:

ASSINATURA:

2. NOME:

CPF:

ASSINATURA:



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 6248 / 2015

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **30/12/2015 11:42:57**
Data / Hora da Ocorrência : **14/11/2015 07:10:00**
Endereço da Ocorrência: **ROD CE 040 KM 07**

ALAGADICO NOVO FORTALEZA /CE

Ponto de Referência: **PROX AO MERCADINHO SAO LUIS**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **ANTONIO FERREIRA SOBRINHO**
Nascimento : **25/04/1951**
RG: **94003002193** Órgão Emissor: **SSP UF: CE** - CPF: **23909420753**
Filiação: **FRANCISCO FERREIRA DE MELO**
FRANCISCA ARAUJO CARNEIRO
Endereço: **R PIRES FACANHA 3956**
BELA FONTE 61760000
EUSEBIO 7+ CE'n) BRASIL Telefone: **988416551**

Histórico

AFIRMA O DECLARANTE QUE NA DATA, HORA E LOCAL CITADOS; QUE DIRIGIA O VEICULO DA MARCA FIAT/ DOBLO ADV 1.8 FLEX, COR BRANCA, ANO 2015, PLACA PNE-3476-CE E LICENCIADO EM NOME DE RAILDA DA SILVA VIANA; QUE TRAFEGAVA PELA ROD CE 040 KM 07, QUANDO DE REPENTE UM CAMINHÃO DE PLACAS OIO-2830 QUE VINHA LOGO ATRAS NA VIA COLIDIU NA TRASEIRA DO VEICULO EM QUE ESTAVA A VITIMA NA VIA; QUE, COM O IMPACTO, A VITIMA FICOU LESIONADO; QUE O CAUSADOR DO ACIDENTE PERMANECEU NO LOCAL; QUE A VITIMA FOI SOCORRIDO POR UM REBOQUE DO SINDICATO E FOI LEVADO PARA ATENDIMENTO NO HOSPITAL REGIONAL DA UNIMED. E NADA MAIS DISSE.//

OBS: FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO PELO ART. 340 CPB.
PRAZO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL: 6 MESES.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 26. DISTRITO POLICIAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

CRISTIANO ALEX NOGUEIRA DA SILVA - MAT.: 300518-1-5

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO : *Antonio Ferreira Sobrinho*

VISTO DO DELEGADO(A) :

CÉSAR WAGNER MAIA MARTINS - MAT.: 011201-1-5

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
ANTONIO FERREIRA SOBRINHO

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSÃO DE
94003002193 SSP CE

CPF
239.094.207-53

DATA NASCIMENTO
25/04/1951

PLACADO
FRANCISCO FERREIRA DE MELO
FRANCISCA ARAUJO CARNEIRO

PROFISSÃO
[] [] []

ACC
[] [] []

DATA REGISTRO
01632646718

VALIDADE
09/06/2019

1ª HABILITAÇÃO
20/10/1976

OBSERVAÇÕES
EXERCE ATIV. REMUNERADA;

ASSINATURA DO PORTADOR
[Assinatura]

LOCAL
FORTALEZA, CE

DATA EMISSÃO
11/06/2014

ASSINATURA DO EMISOR
[Assinatura]

14770859550
CE142317977

PROJETO PLASTIFICAR
959019986

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
959019986

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por CAROLINA FREITAS MOREIRA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 02/03/2016 às 11:02, sob o número 01168426220168060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0116842-62.2016.8.06.0001 e código 1FA4679.



Mãe.: FRANCISCA ARAUJO CARNEIRO
Data Nasc.: 25/04/1951 Sexo: Masculino
Carteira:
Estado Civil: VIUVO

Atendimento: 0004462826
Data Atendimento: 14/11/2015
Profissão: APOSENTADO
Naturalidade: INDEPENDENCIA

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

14/11/2015

12:29

QUEIXA PRINCIPAL

dor na perna

HDA

acidente automobilístico,

DESCRIÇÃO DO EXAME FÍSICO

edema na perna, escoriação no punho, na perna e no cotovelo

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

múltiplas escoriações

CID:

COMORBIDADES

- ☐ ASMA ☐ AVC ☐ HIPOTIREOIDISMO ☐ PNEUMOPATIA ☐ DPOC ☐ HAS ☐ HIPERTIREOIDISMO
☐ IRC ☐ DIABETES ☐ TABAGISMO ☐ CANCER ☐ OBESIDADE ☐ DOENÇA CONTAGIOSA
☐ CARDIOPATIA ☐ ETILISMO ☐ OUTROS

CONDUTA

- ☐ ENCAMINHAMENTO ☐ MEDICAÇÃO ☐ IMAGEM ☐ LABORATORIO ☐ ALTA ☐ INTERNAÇÃO

CHRISTINE M MUNIZ SILVA

CRM: 8082

Unimed Regional
Unimed Fortaleza
CONFERE COM ORIGINAL

Unimed Regional
Unimed Fortaleza
Verônica P. M. Correia Lim
Téc. em Secretariado Administrativo

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por CAROLINA FREITAS MOREIRA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 02/03/2016 às 11:02, sob o número 01168426220168060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0116842-62.2016.8.06.0001 e código 1FA4679.

PRESCRIÇÃO: 2056622 DATA: 14/11/2015 - 12:46 NR_DIAS_INTERNADO: 0 DIAS - USUÁRIO: M012299
ATENDIMENTO: 4462826 - PACIENTE: ANTONIO FERREIRA SOBRINHO
DATA NASCIMENTO: DT NASC: 25/04/1951 (64A 6M 21D)
MÉDICO: RAPHAEAL FRANCO BEZERRA - CRM 12299
FUNÇÃO: MÉDICO(A) SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT.: EMERGENCIA 24H - ADULTA LEITO: COBERTURA:
CID: CICLO: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: URGEN

1ª VIA

Rubrica do Responsável

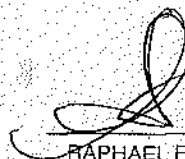
Classificação de Risco: URGENTE



PRESCRIÇÃO MEDICA

EXAMES DE IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
1		RX JOELHO:A.P. - LATERAL Exame:	1			1785715


RAPHAEAL FRANCO BEZERRA
CRM 12299

HRU - PABX (85)3277-7000 CELOG FONE:(85)3277 7729, FAX:(85)3277 7118



347669

fls. 21

DADOS DO PACIENTE							
Prontuário	Nome do Paciente			Cor	Sexo	Nascimento	Idade
1652	ANTONIO FERREIRA SOBRINHO				M	25/04/1951	64
Estado Civil	CPF	RG	Carteira Profissional	Naturalidade	Prontuário Antigo		
DESQUITADO	239.094.207-53	450275 SPSP-CE		INDEPENDENCIA-CE ()			
Profissão:				Grau Instrução:			
Filiação: Pai : FRANCISCO FERREIRA DE MELO				Mãe : FRANCISCA ARAUJO CARNEIRO			
Endereço: R FRANCISCO GONCALO,45 - EUSEBIO, FORTALEZA(CE)							
Fone Residencial: 8588416558		Fone Trabalho: 085		Ramal:			
Endereço Referência:							
Observação Endereço:							
Fone Referência:				Observação Telefone:			
Responsável: ANTONIO FERREIRA SOBRINHO						CPF: 239.094.207-53	

DADOS DO ATENDIMENTO			
Atendimento: 347669	Data: 25/11/2015	Hora: 11:30	Selo: 520000 - EMERGENCIA
Médico Atendente: 26441		Médico Acompanhante:	
Tipo Atendimento: PROC : 42030196 INCISAO E DRENAGEM DE ABCESSO FLEMAO,HEMATOMA OU PANARICO POR LESAO			
17 - AMBULATORIAL CIRURGICO			

DADOS DO CONVÊNIO			
Convênio	Plano	Número da Carteira	Validade
54 - UNIMED	4 - MULTIPLAN PARTICULAR - ENFERMARIA	0630020041711882	31/08/2017

QUEIXA PRINCIPAL E RESUMO DA DOENÇA ATUAL	

DIAGNÓSTICO	

TRATAMENTO	

DADOS CLÍNICOS				DESTINO DADO AO PACIENTE	
PRESSÃO ARTERIAL		PULSO	TEMPERATURA		
MAX.	MIN.		AXILAR	RETAL	
EXAMES COMPLEMENTARES				☐ RESIDÊNCIA ☐ INTERNADO ☐ ENCAMINHADO AO AMBULATÓRIO ☐ ÓBITO ÀS _____ HORAS, APÓS CHEGADA A.U.E ☐ ÓBITO SEM TRATAMENTO LICENÇA DIAS	

Paciente ou Responsável

Médico



1652

R4310A

Req.:

Nome:

Datar

Leitor

Diag. Clínico:

que foi feito:

Diag. Cirúrgico:

CONDIÇÕES DO PACIENTE

TEMPO

PULSO**RESP.**

P.A.

GERAIS

Anestésico:

Condições durante a anestesia:

Operação:

CLASSIFICAÇÃO:

Início:

Firm:

ACHADOS: (Descreva os órgãos explorados e registre os dados patológicos)

Sūtras:

Contagens Compressas:

Condições Pós-Operatório Indicadas:

Cirurgia

Auxiliar

Anestesista

PRESCRIÇÃO MÉDICA - RELATORIO DE ENFERMAGEM

NOME: <u>ANA KELLY</u>		LEITO -		CONVÊNIO:		PRONT. Nº:	
DATA: <u>25/11/15</u>		PRESCRIÇÃO MÉDICA		APRAZAMENTO		OBSERVAÇÕES	
<u>Insuflação de Pulmão</u>		<u>32/33</u>				PRESCRIÇÃO MÉDICA	
<u>de Alveolar</u>						HORA: : ADMISSÃO POSTO ATENDIMENTO	
						Tratamento:	
						Hora: : Médico:	
						TIPO: <u>ALERGIA</u>	
						Encaminhada às: : Retorno: : UTI	
						Transferido às: : Retorno: : TRAATAMENTO E/OU EXAME EXTERNO	
						TIPO: : Hora: : Local: Transporte:	
						Saída: Retorno: ALTA	
						Hora: : Situação:	
						Comunicado à:	
						Recepção: Lavanderia:	
						Nutrição: Contas Méd:	
						Auditoria:	

SINISTRO 3160077971 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** ANTONIO FERREIRA SOBRINHO**COBERTURA** Invalidez**SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO** Sabemi Seguradora S/A**BENEFICIÁRIO** ANTONIO FERREIRA SOBRINHO**CPF/CNPJ:** 23909420753

Posição em 01-03-2016 16:28:34

Pagamento creditado conforme dados bancários informados na autorização de pagamento assinada pelo beneficiário.

Data do Pagamento	Valor da Indenizacao	Juros e Correção	Valor Total
24/02/2016	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50