

PROCURAÇÃO

Outorgante(s):

Nome: <u>ANTÔNIO FABIO DA SILVA</u>	
Nacionalidade: <u>BRASILEIRA</u>	Estado Civil: <u>SOLTEIRO</u>
RG: <u>20030100859690</u> Órgão Emissor: <u>SSP/CE</u> Data da Emissão:	
CPF: <u>445.748.433-49</u> Profissão: <u>MOTOBAY</u>	
Endereço: <u>RUA CRISTAL, 3507 A</u>	
Bairro: <u>CARUÍTO PAMPONA</u>	Cidade/UF: <u>FORTALEZA/CE</u> CEP: <u>60310-610</u>

Outorgado (s):

JOSÉ ORISVALDO BRITO DA SILVA, brasileiro, advogado inscrito na OAB/CE 21.292 A e ANA CLAUDIA MAIA DE ALENCAR, brasileira, advogada, inscrita na OAB/CE 6994, ambos com escritório na Av. Santos Dumont, 1740, sala 905, Aldeota – Fortaleza – CE.

Poderes:

Os da cláusula ad judícia e et extra e os especiais para promover o processo do Seguro Obrigatório DPVAT, contra quem de direito, podendo para tanto, transigir, desistir, acordar, discordar, conciliar, requerer e receber alvará judicial, passar recibo, dar quitação, enfim praticar todos os atos necessários, inclusive substabelecer.

Fortaleza, 29 de JANEIRO de 2019.

ANTÔNIO FABIO DA SILVA

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Declarante: <u>ANTONIO FABIO DA SILVA</u>		
Nacionalidade: <u>BRASILEIRA</u>	Estado Civil: <u>SOLTEIRO</u>	
RG: <u>2003010085969</u>	Órgão Emissor: <u>SSPDL-CE</u>	Data da Emissão:
CPF: <u>445.748.433-49</u>	Profissão: <u>MONTEBOY</u>	
Endereço: <u>RUA CRISTAL, 3507 A</u>		
Bairro: <u>CARUÍ PAMAONA</u>	Cidade/UF: <u>FORTALEZA CE</u>	CEP: <u>60.320-610</u>

DECLARA, com a presente, sob as penas da Lei, para fins de prova junto ao Juízo competente, e a quem por competente distribuição couber o julgamento da lide, que não possui condições financeiras para arcar com o ônus processual, estando nas exatas condições da Lei nº. 1.060/50, carecendo, pois, dos auspícios da GRATUIDADE DE JUSTIÇA para promover Ação de Indenização e/ou Cobrança.

Fortaleza, 29 de JANEIRO de 2019.

+ANTÔNIO FÁBIO DA SILVA-

JOSÉ ORISVALDO BRITO DA SILVA,

brasileiro, advogado inscrito na OAB/CE 21.292 A, e **ANA CLAUDIA MAIA DE ALENCAR**, brasileira, advogada, inscrita na OAB/CE 6.994 ambos com escritório na Av. Santos Dumont, 1740, sala 905, Aldeota – Fortaleza – CE, declaramos para os devidos fins de direito, que não estamos cobrando honorários advocatícios antecipadamente do(a) autor(a), ressaltando os honorários de sucumbências.

Fortaleza, 29 de JANEIRO de 2019.

Ciente:

+ANTÔNIO FÁBIO DA SILVA

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTERIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO	
NOME ANTONIO FABIO DA SILVA	
DOC. IDENTIFIC. / OUT. EMANCIP. UF 2003010085969 SP/DC CE	CPF 445.748.433-49
DATA NASCIMENTO 30/10/1971	
RACAO FRANCISCO FABIO DA SILVA FRANCISCA BASTOS DA SILVA	
FORMACAO ☐	ACC ☐
CEMIA ☐	AB ☐
Nº REGISTRO 00494944154	VALIDADEZ 09/01/2019
P. VALIDACAO 25/01/1999	
OBSERVAÇÕES EXERCE ATIV REMUNERADA:	
ANTONIO FABIO DA SILVA ASSINATURA DO PORTADOR	
LOCAL FORTALEZA, CE	DATA EMISSAO 14/01/2014
40925480510 40925480510 40925480510	40925480510 40925480510 40925480510
DETTRAN-CE (CEARA)	



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria das Cidades

Nº de Inscrição:
001791753

DADOS DO CLIENTE

Nome: RAFAEL SOUSA DA COSTA
End. Leitura: RD CRISTAL, 3507, A. CARLITO PAMPLONA
Cidade: FORTALEZA

CEP: 60.520-610

End. Entrega:

Cidade:

Local: 001

Sector: 037

Subsector: 00

Quadra: 0140

Subquadra: 00

Lote: 0473

Comp: 0498

ECONOMIAS

Residencial: 001 | Comercial: 000 | Industrial: 000 | Pública: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volumen ^{m³}	Media Semestral (m³)
Água	R09A 224392	123	132		9

DATAS

Leitura Atual: 15/12/2017 | Emissão: 15/12/2017 | Leitura Anterior: 16/11/2017 | Próxima Leitura: 16/01/2018 | Lucro Água: 9999 | Lucro Esgoto: 1199/5

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 11/2017

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Enfriadas	541	541	128	541	541
Aquecidas	556	555	556	555	555
Em conformidade	553	541	533	546	555

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

MEDIA DE CONSUMO (001/14 A SET/15): 8 m³ | META: 10 m³.
Constatamos debito de R\$ 43,98. Caso pago, desconsiderar.
RELATORIO DA QUALIDADE DA AGUA VEJA NO SITE CAGECE

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME
Água 21,10	dez/16 7
ESGOTO 18,48	jan/17 7
MULTA DE 24 0,83	fev/17 8
JUROS/MULTA TARIFA CONT 0,10	mar/17 10
JUROS DE 0.033% AO DIA 0,54	abr/17 11
	mai/17 9
	jun/17 10
	jul/17 10
	ago/17 3
	set/17 14
	out/17 9
	nov/17 9

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO

Descrição	Valor (R\$)	SUBSIDIO	Valor (R\$)
PIS	0,41	VALOR DO SERVIÇO	69,77
COFINS	2,05	VALOR DO SUBSIDIO	26,72
		VALOR TOTAL A PAGAR	43,05

MÊS/ANO

12/2017

VENCIMENTO

05/01/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

43,05

ONDE PAGAR SUA FATURA

Bancos: Banco do Brasil, Banco de Portugal, Banco Itaú, Banco Santander, Banco Bradesco, Banco Citibank, Banco J.P. Morgan Chase & Co., Banco HSBC, Banco de México, Banco de Chile, Banco de Argentina, Banco de Colômbia, Banco de Venezuela, Banco de Peru, Banco de Bolívia, Banco de Paraguai, Banco de Uruguai, Banco de Chile, Banco de Argentina, Banco de Colômbia, Banco de Venezuela, Banco de Peru, Banco de Bolívia, Banco de Paraguai, Banco de Uruguai.

1:356615075672969 L:03/4 H:08:09:32 R:021 P:001



É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme resoluções das Agências Reguladoras.

Mais informações pelo telefone: 0800 275 0195, nas lojas de atendimento, de 8h às 17h, no site www.cagece.com.br ou na ouvidoria da Cagece: 3101.1918, de 8h às 12h e 13h às 17h. Ouvidoria estadual: 133. Site da ARCE: www.arce.ce.gov.br. Entidades Reguladoras: Fortaleza: ACPOR – Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental: 0800 285 1918. Demais localidades: ARCE – Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará: 0800 275 3830.



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Declarante: <u>ANTÔNIO FABIO DA SILVA</u>		
Nacionalidade: <u>BRASILEIRA</u>	Estado Civil: <u>SOLTEIRO</u>	
RG: <u>2003010085969</u>	Órgão Emissor: <u>SSPD-CE</u>	Data da Emissão:
CPF: <u>445.748.433-44</u>	Profissão: <u>MOTOBAY</u>	
Endereço: <u>RUA CRISTAL, 3507 A</u>		
Bairro: <u>CARUÍ AMPLONA</u>	Cidade/UF: <u>FORTALEZA / CE</u>	CEP: <u>60.320-610</u>

Declara para devidos fins de direito e a quem possa interessar que reside no endereço acima declarado, porém não possui comprovante de residência em seu nome.

Fortaleza, 29 de JANUÁRIO de 2019

ANTÔNIO FABIO DA SILVA

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Declarante: <u>ANTONIO FABIO DA SILVA</u>		
Nacionalidade: <u>BRASILEIRA</u>	Estado Civil: <u>SOLTEIRO</u>	
RG: <u>2003010085969</u>	Órgão Emissor: <u>SSPDC-CE</u>	Data da Emissão:
CPF: <u>445.748.433-49</u>	Profissão: <u>MOTORISTA</u>	
Endereço: <u>RUA CRISTAL, 3507 A</u>		
Bairro: <u>CARUÍ AMPLONA</u>	Cidade/UF: <u>FORTALEZA /CE</u>	CEP: <u>60.320-610</u>

Declaro para devidos fins de direito e a quem possa interessar que assumo de forma plena, única e integral, a responsabilidade por toda documentação acostada ao processo judicial, bem como pelos fatos narrados neste.

Desta forma, isento o escritório José Brito Advogados representado através dos Advogados José Orisvaldo Brito da Silva, inscrito na OAB/CE 21.292 A e Ana Cláudia Maia Alencar, inscrita na OAB/CE 6994, com endereço na Avenida Santos Dumont, 1740, sala 905, Aldeota, Fortaleza /CE, de toda e qualquer responsabilidade jurídica (cível, criminal, tributária, previdenciária) e/ou administrativa, no que tange a autenticidade, litispendência (existência de processo com os mesmos documentos e/ou dados) e veracidade dos fatos narrados e descritos em mencionados documentos, assumindo única e exclusivamente estas responsabilidades sobre tais informações.

"As informações contidas no processo indenizatório DPVAT são de responsabilidade do beneficiário, sendo o mesmo informado que a comunicação de fato não ocorrido ou inexistente é crime punível na forma da lei – Art. 339 e 340 do CPB."

Ciente de meus direitos e obrigações, bem como da validade do mencionado documento, firmo o presente, o qual passa a valer a partir desta data.

Fortaleza, 29 de JANEIRO de 2019.

ANTÔNIO FABIO DA SILVA

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

fls. 13

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 2089 / 2017****Dados da Ocorrência**Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**Data / Hora da Comunicação: **19/04/2017 12:02:15**Data / Hora da Ocorrência: **04/03/2017 05:40:00**Endereço da Ocorrência: **AVENIDA TRISTAO GONÇALVES C/**Complemento: **RUA SAO PAULO**Bairro: **CENTRO**Município: **FORTALEZA/CE**

Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)Nome: **ANTONIO FABIO DA SILVA**Nascimento: **30/10/1971** CPF: **445.748.433-49**RG: **2003010085969** Orgão Emissor: **SSP**UF: **CE**Filiação: **FRANCISCA BASTOS DA SILVA****FRANCISCO FABIO DA SILVA**Endereço: **RUA LIBERATO BARROSO , 3507 CASA A**Bairro: **VILA ELLERY**CEP: **60.030-161**Município: **FORTALEZA/CE**País: **BRASIL**Telefone: **(85) 98509-6566****Dados do(s) Veículo(s)**1) Placa: **OSD1949** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi:**9C2JC4130DR003012** Renavam: **503201456** Tipo do Veículo:**MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 CARGO KS** AnoFabricação: **2012** Ano Modelo: **2013** Combustível: **GASOLINA** Cor:**BRANCA** Proprietário: **ANTONIO JOSE ALMEIDA DE SOUZA** Situação:**NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO****Histórico**

AFIRMA O DECLARANTE QUE NA DATA, HORA E LOCAL CITADOS; QUE
PILOTAVA A MOTOCICLETA DE PLACA OSD-1949-CE; QUE TRAFEGAVA
PELA RUA SÃO PAULO; QUE, UMA OUTRA MOTO(PLACA NÃO ANOTADA)
AVANÇOU O SEMÁFORO NO VERMELHO VINDO A OCASIONAR A COLISÃO
COM A MOTO EM QUE ESTAVA A VITIMA NA VIA; QUE, COM O IMPACTO
VITIMA FOI AO SOLO E FICOU LESIONADA; QUE, O CAUSADOR DO ACIDENTE
EVADIU-SE DO LOCAL; QUE, A VITIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU SENDO
LEVADO PARA ATENDIMENTO NO FROTINHA DO ANTONIO BEZERRA
NADA MAIS DISSE.//

OBS:FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO ART. 340 DO CPB.

PRAZO PREVISTO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL:6 MESES.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :****CRISTIANO ALEX NOGUEIRA DA SILVA - MAT.: 300518****RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:****ANTONIO FABIO DA SILVA****VISTO DO DELEGADO(A) :****MARIA CÂNDIDA BRUM - MAT.: 126913**



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



BOLETIM DE Ocorrência N° 301 - 2089 / 2017

[A large, faint, handwritten mark resembling a question mark or a long vertical stroke is present in the center of the page.]



DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento ao Sr. **Antônio Fábio da Silva**, no dia **04/03/2017**, às **6h**, na **Avenida Tristão Gonçalves c/ Rua São Paulo**, no **Bairro Centro**, vítima de acidente de trânsito. Removido ao **Hospital Distrital Evandro Ayres de Moura**.

Documento requerido por meio do Processo nº **P602313/2017**.

Fortaleza, 17 de março de 2017.

Atenciosamente,


Esther Cunha

Coord. SAME do SAMU 192 Regional Fortaleza


Rita Lima

Ouvidora do SAMU 192 Regional Fortaleza

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

NOME DO PACIENTE
ANTONIO FABIO DA SILVA

DADOS PESSOAIS

N. DO
IDENTIFICAD
109138

CADUSUS

NASCIMENTO
30/10/1971(45
ANOS)
NOME RESPONSÁVEL
O MESMO
MUNICÍPIO
FORTALEZA

SEXO
M

NOME DA
FRANCISCA BASTOS DA SILVA

ENDEREÇO
OCORRÊNCIA SAMU AV. TRISTÃO GONÇALVES COM SÃO PAULO CENTRO

CONTATO

CEP
NI

LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/DADOS DO ACIDENTE

OCORRÊNCIA

QUEIXA

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

USUÁRIO TRAZIDO PELO SAMU APOS COLISÃO MOTO/MOTO, TRAUMA NA REGIÃO DO TÓRAX

DIREITO.

USUARIO TRAZIDO PELO SAMU APOS COLISÃO MOTO/MOTO, TRAUMA NA REGIÃO DO TÓRAX DIREITO.

MOTIVO
ACIDENTE DE MOTO

IDADE DO PACIENTE
99 (ADULTO)

PESO

NI KG
TEMPERATURA
NI °C

PRESSÃO ARTERIAL
NI/NI
PULSO
NI

SINAIS VITAIS

SAT O2
NI%

P. S.
NI

CLASSIFICAÇÃO
VERDE

RESPONSÁVEL PELA ELABORAÇÃO
RENATO RAFAEL COSTA LIMA

ÁREA DE ATENDIMENTO
ATENDIMENTO TRAUMA

ÁREA ATENDIMENTO

ANÁLISE

ATENDIMENTO MÉDICO

"hist. de moto"

Re - atendimento N

391010072

SUSPEITO

SUSPEITO
() HC () SU () US ABDOMINAL () TC CRANIO () RAO-X

COD PROCEDIMENTO
() OUTROS

MEDICAMENTO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

Rx dantrola 100mg - AP

Rx torax - PA 1 perfil

Rx cinto dorsal, Guleon AP/1

Vandick Queiroz
Ombro/Trauma/Osteoporose
Terapia Ondas de Choque
CREMEC 1720

ALTA

TIPO DE ALTA/SAÍDA

() DECISÃO MÉDICA () A PEDIDO () EVASÃO () TRANSFERÊNCIA () INTERNAÇÃO ÓBITO: () ATÉ 48 HORAS () APÓS 48 HORAS
DESTINO DO CORPO: () FAMÍLIA () IML () ANAT. PATOL

DATA E HORA DO ATENDIMENTO

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL

Impresso por RENATO RAFAEL COSTA LIMA em 04/03/2017 às 06:32:17
Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no Código Penal.



Prefeitura de
Fortaleza

HOSPITAL DISTRITAL EVANDRO AYRES DE MOURA
FROTINHA ANTONIO BEZERRA

Mirjanete Menezes Marques Soares
Mat. 45889-01

Coordenadora Saúde - HOEAM
CONFERE COM ORIGINAL

antonio fabio da silva



HDEAM - Hospital Distrital Dr. Evandro Ayres de Moura
Frotinha de Antônio Bezerra



Prefeitura de
Fortaleza

ATESTADO MÉDICO

O Sr(a) _____

Foi atendido (a) neste Hospital:

Dia: 08 de ABR de 2017 as _____ hs _____

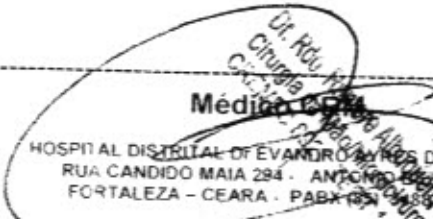
Tendo como causa do atendimento: _____

1. () paciente foi atendido nesta instituição as _____ hs

E pode retornar à suas atividades:

2. () Necessitando de 15 03 dias de afastamento de suas atividades laborais ou escolares por motivos de Doença ou agravos: _____
3. () Encontra-se a() Apto() Inapto a prática curricular de Educação física .
4. () Não apresenta, no momento, sinais e/ou sintomas de Doenças ou agravos que o (a) incapacitem para o trabalho
5. () Paciente encaminhado à especialidade: _____

Fortaleza, 08 de ABR de 2017


Médico(a) _____
HOSPITAL DISTRITAL DR. EVANDRO AYRES DE MOURA
RUA CANDIDO MAIA 284 - ANTONIO BEZERRA
FORTALEZA - CEARÁ - CEP 60.112-090

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

CE Nº 013195046897 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

VIA		CPF / CNPJ		EXERCÍCIO		DATA EMISSÃO	
01	26963035253			2016	07/03/2017		
RENAVAM		MARCA / MODELO		PLACA			
00503201456	HONDA/CB 125 CARGO K	05D1949					
ANO FAB.	COT. INIC.	Nº CHASSI					
2012	09	9C23C4130DR003012					
PRÊMIO TARIFÁRIO							
TMS (R\$)		DENOMIN. (R\$)		CUSTO DO SEGURO (R\$)			
129,04		14,34		143,38			
CUSTO DO BILHETE (R\$)		OUT. (R\$)		TOTAL DO PREÇO DO SEGURO (R\$)			
4,15		1,11		292,01			
PAGAMENTO		PARCELADO		DATA DE QUITAÇÃO			
X COTA ÚNICA				06/03/2017			

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.343.848/0001-04

00506

06/03/2017

SINISTRO 3180424992 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA ANTONIO FABIO DA SILVA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO LIBIA CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME
BENEFICIÁRIO ANTONIO FABIO DA SILVA

CPF/CNPJ: 44574843349

Posição em 10-10-2018 10:19:33

Seu pedido de indenização foi avaliado por nossa equipe técnica e identificamos pendências na documentação apresentada que impedem a conclusão de seu processo. Por favor, regularize os documentos listados abaixo e entregue-os, o quanto antes, no mesmo local onde você deu entrada para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Descrição	Tipo	Status	Nome
→ Documentação médico-hospitalar	Vitima	Não Conforme	