

PROCURAÇÃO**OUTORGANTE:**

Nome: JOATHAM ALVES FERREIRA		Nacionalidade: BRASILEIRA	
Estado civil: CASADO	Profissão: AUTONOMO	Carteira de Identidade: 95002197304	
CPF nº: 619.365.613-87	Residência: RUA STO INACIO MOURA BRASIL,352		
Bairro: MOURA BRASIL	Cidade: FORTALEZA	Estado: CEARA	CEP: 60010-090
Telefones: (85) 30461120 / 85380537			

OUTORGADO:

RAFAEL DE SOUSA REZENDE MONTI, brasileiro, solteiro, advogado, devidamente inscrito na OAB/CE sob o nº 18.044, portador do RG nº M8.119.595 SSP/MG e CPF nº 948.672.326-53, com escritório profissional no seguinte endereço: 1) Rua do Rosário, nº 77, sala 604, Ed. Comandante Vital Rolim, Centro – Fortaleza – CEP 60.055-090. Fone / Fax: (85) 3231-6493.

PODERES:

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante nomeia e constitui, os outorgados, suas bastante procuradores, conferindo-lhe os poderes da cláusula "*ad judicia 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 FENASEG, 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 outorgante, enfim todos os poderes necessários para o cumprimento amplo do objeto do presente mandato.

FORTALEZA (CE), 9 de março de 20 15.

Joatham Alves Ferreira.
Outorgante

DECLARAÇÃO

Nome: JOATHAM ALVES FERREIRA		Nacionalidade: BRASILEIRA	
Estado civil: CASADO	Profissão: AUTONOMO	Carteira de Identidade: 95002197304	
CPF nº: 619.365.613-87	Residência: RUA STO INACIO MOURA BRASIL,352		
Bairro: MOURA BRASIL	Cidade: FORTALEZA	Estado: CEARA	CEP: 60010-090
Telefones: (85) 30461120 / 85380537			

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.

Fortaleza (CE), 9 de março de 20 15.

Joatham Alves Ferreira.

Declarante

DECLARAÇÃO

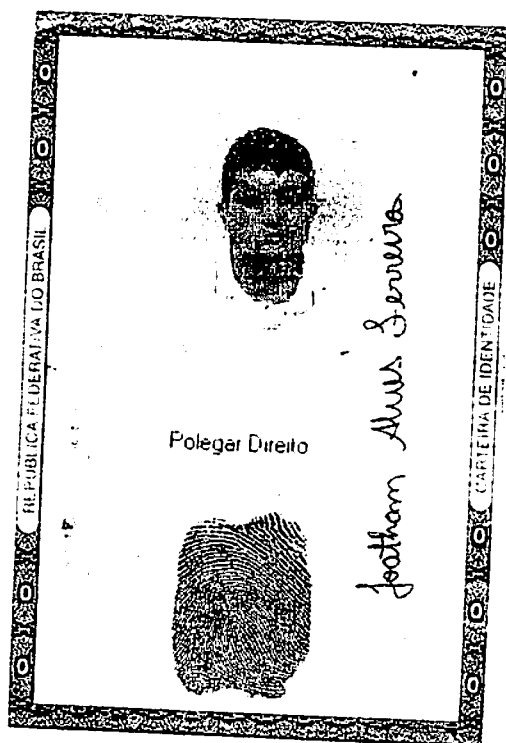
Nome: JOATHAM ALVES FERREIRA		Nacionalidade: BRASILEIRA	
Estado civil: CASADO	Profissão: AUTONOMO	Carteira de Identidade: 95002197304	
CPF nº: 619.365.613-87	Residência: RUA STO INACIO MOURA BRASIL,352		
Bairro: MOURA BRASIL	Cidade: FORTALEZA	Estado: CEARA	CEP: 60010-090
Telefones: (85) 30461120 / 85380537			

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.

Fortaleza (CE), 9 de março de 2015.

Joatham Alves Ferreira.

Declarante.



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	95002197304
DATA DE EXPEDIÇÃO	28/03/2012
NOME	JOATHAM ALVES FERREIRA
FILIAÇÃO	JOHAS ALVES FERREIRA ANA MERY OLIVEIRA ALVES
NATURALIDADE	FORTALEZA - CE
DATA DE NASCIMENTO	27/07/1981
DOC. ORIGEM	CERT. CASAMENTO - CARTÓRIO: 2 ZONA TERMO: 35763 FOLHA: 107
	LIVRO: 8 63 FORTALEZA - CE
	CPF 619.365.613-87
2 VTA	ASSINATURA DO DIRETOR
	LEI Nº 7.116 DE 29-08-83
	P.: 1



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DO 7. DISTRITO POLICIAL

fls. 17

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 107 - 5852 / 2014

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **19/05/2014 18:47:38**
Data / Hora da Ocorrência : **22/04/2014 08:30:00**
Endereço da Ocorrência: **R PADRE VALDEVINO**

CENTRO FORTALEZA /CE
Ponto de Referência: **RUA GONÇALVES LEDO**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **JOATHAM ALVES FERREIRA**
Nascimento : **27/07/1981**
RG: **95002197304** Órgão Emissor: **SSP** UF: **CE** - CPF: **61936561387**
Filiação: **JONAS ALVES FERREIRA**
ANA MERY OLIVEIRA ALVES
Endereço: **R SANTO INACIO 532**
MOURA BRASIL
FORTALEZA CE BRASIL
Telefone: **89 36 42 53**

Histórico

INFORMA O DECLARANTE QUE NA DATA DE 22 DE ABRIL DE 2014 POR VOLTA DAS 08:30 HORAS TRAFEGAVA DE MOTO PELA RUA PADRE VALDEVINO, LEVANDO A ESPOSA (PRISCILA EDVANIA DE SOUZA VIDAL, 24 ANOS) NA GARUPE, QUANDO AMBOS SOFRERAM UM ACIDENTE; QUE, O DECLARANTE GUIAVA A MOTOCICLETA DAFRA, DE COR PRATA, DE PLACA NQN-3740-FORTALEZA-CE, QUANDO UM VEÍCULO FIAT MILLE, DE COR VINHO, DE PLACAS HVP-0668 AVANÇOU A PREFERENCIAL NA RUA GONÇALVES LEDO E COLIDIU NA MOTO DO DECLARANTE; QUE, O CARRO ERA CONDUZIDO POR UM HOMEM DE NOME MARCOS HOLANDA DA SILVA; QUE, TANTO O DECLARANTE COMO A GARUPEIRA FICARAM LESIONADOS E FORAM SOCORRIDOS PELO PRÓPRIO MARCOS AO FROTINHA DE ANTONIO BEZERRA; QUE, A PRISCILA FICOU LEVEMENTE LESIONADA E LIBERADA NO MESMO DIA, ENQUANTO O DECLARANTE FICOU MAIS LESIONADO, PERMANECENDO EM CASA POR QUINZE DIAS; QUE, O DECLARANTE ESTÁ RECEBENDO A GUIA PARA FAZER EXAME DE CORPO DE DELITO A SER FEITO NA PFOCE. E NADA MAIS DISSE.////

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 34. DISTRITO POLICIAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : Beatriz S. R.

BEATRIZ GUIMARÃES RODRIGUES - MAT.: 132625-1-9

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO : Joatham Alves Ferreira

VISTO DO DELEGADO(A) :

MARIA CELESTE FERREIRA DA PONTE TUPINAMBA - MAT.: 126885-1-2

Beatriz Guimarães Rodrigues
Escrivã de Polícia
Mat. 132625-1-9

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL DR. EVANDRO AYRES DE MOURA
RUA: CÂNDIDO MAIA, 294 - ANTº BEZERRA



Prefeitura de
Fortaleza

1400058026 22/04/2014 10:14:28 FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA/ORTOPEDIA DIURNO 81

Paciente **JOATHAM ALVES FERREIRA** Data Nascimento **27/07/1981** Idade **32 A 8 M 26 D** CNS **61936561387** CPF **00002638** Prontuário
Tipo Doc **IDENTIDADE 033973** Documento **SSP CE** Data Emissão **21/11/2011** Sexo **M** Estado Civil **SOLTEIRO(A)** Raça/Cor **PARDA** Naturalidade **FORTALEZA**
Mãe **ANA MARY OLIVEIRA ALVES** Pai **JONAS ALVES FERREIRA**
Endereço **RUA - SANTO INACIO - 532 - MOURA BRASIL - FORTALEZA - CE** Contatos **Cel1: 8588543190 - - -**

Class. de Risco **SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE** Plano Convenio **SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE** N da Carteira **URGÊNCIA** Validade **AMBULATORIO** Autorização **DEMANDA ESPONTANEA** Sis Prenatal **ACIDENTE DE MOTO**
Motivo do Atendimento **URGÊNCIA** Carate do Atendimento **DEMANDA ESPONTANEA** Profissional do Atend. **AMBULATORIO** Procedencia **AMBULATORIO** Temp. **AMBULATORIO** Peso **AMBULATORIO** Pressão **AMBULATORIO**
Setor **AMBULATORIO** Tipo de Chegada **DEMANDA ESPONTANEA** Procedimento Sol. **AMBULATORIO** Registrado por: **ANA.KEILA**

Queixa Principal ☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem **GSC** **TOTAL**
AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)

Exame Físico

Hipótese Diagnóstica

Conduse formorelo

SADT - Exames Complementares

☐ RAIO - X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS: _____

PRESCRIÇÃO

303090286

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

Conduta

☐ Alta por Decisão Médica
☐ Alta a Pedido
☐ Alta a Revelia
☐ Transferência para: _____

☐ Ambulatório
☐ Observação (Até 24h)
☐ Internação
Data e Hora da Saída/Alta: ____/____/____

Óbito

Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ IML Anatomia Patológica ____/____/____

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

24x30





PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO
HOSPITAL DISTRITAL DR. EVANDRO AYRES DE MOURA



ATESTADO MÉDICO

O Sr (a): Wathan Alves

Foi atendido (a) neste hospital:

Dia: 22 de 04 de 14 às hs

Tendo como causa do atendimento: 593.4

CID:

1. () Paciente foi atendido nesta instituição às hs e pode retornar à suas atividades.

2. (X) Necessitando de 01/08 dias de afastamento de suas atividades laborais ou escolares por motivo de doença ou agravos. CID:

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, 22 de 04 de 14

Dr. Rogério Aguiar
MÉDICO
CRM 8519

Médico - CRM

HOSPITAL DISTRITAL Dr. EVANDRO AYRES DE MOURA
Rua Cândido Maia, 294 - Ant. Bezerra
Fortaleza-Ceará
Telefone: (85) 3488 32 10

HOSPITAL DISTRITAL Dr. EVANDRO AYRES DE MOURA



Formulário de Solicitação

24 de
24/06/14

☒ Primeiro Atendimento ☐ Prontuário

Nome do Paciente:

Joatham Alves Ferreira

Número do RG:

95002197304 SSP-CE

Data da Ocorrência:

22/04/2014

Número do Prontuário:

-

Data da Entrega

30/06/2014

*Receber de Segunda-feira e Quarta-feira, no período de 08:00 às 12:00 hs.

*Trazer Original do RG.

*Responsável legal; Original e cópia da procuração.

Joatham Alves Ferreira

Assinatura do Responsável

Consultas | Processo**DADOS DO PROCESSO**

Número do sinistro: 3140127916
Nome da vítima: JOATHAM ALVES FERREIRA
CPF: 619.365.613-87
Titular do CPF: JOATHAM ALVES FERREIRA - PRÓPRIO
Natureza: INVALIDEZ
Data ocorrência: 22/04/2014
Nome do analista: ADRIANO DE OLIVEIRA QUEIROZ

*Arquivado***STATUS**

12/01/2015 Pagamento comandado
17/12/2014 Aguardando análise da seguradora líder
15/12/2014 Processo cadastrado

AGENCIADOR

Sucursal: SAO PAULO
Nome: MAJ SERVICOS DE ESCRITORIO LTDA-ME

ENVIO À SEGURADORA LÍDER

Data de envio: 17/12/2014

PAGAMENTOS (BENEFICIÁRIOS)

Pagamento	14/01/2015
Rateio	12/01/2015
Beneficiário	JOATHAM ALVES FERREIRA
CPF	619.365.613-87
Valor	R\$ 2.362,50 <i>ok</i>
Dados Bancários	104/02183-/000000570019-5

*JJ. 237.50,***PAGAMENTOS REJEITADOS/CANCELADOS (BENEFICIÁRIO)**

Data	NENHUM	PAGAMENTO REJEITADO/CANCELADO
------	--------	----------------------------------

VOLTAR

NOVA CONSULTA