

Fábio Monteiro
Advocacia

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

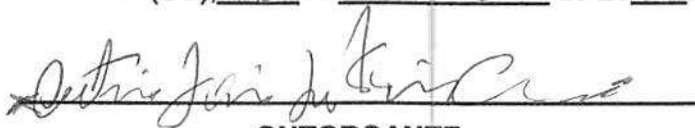
Nome: <i>Antonio Lorenus de Freitas Lemos</i>		Data Nasc: <i>08/09/60</i>
Estado Civil:	Profissão: <i>autônomo</i>	Nacionalidade: <i>Brasileiro</i>
RG: <i>92001006560</i>	CPF: <i>511.999.123-87</i>	Telefone:
Endereço: <i>Rua Itaperuna, 519 Cx.A Pl Genibaú</i>		
Cidade: <i>Fortaleza/CE</i>	CEP: <i>60.534.200</i>	

OUTORGADOS: FÁBIO MONTEIRO ARRAIS MEDEIROS, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/CE de nº 23.738, com escritório profissional na Rua Visconde de Barbacena, nº 413, sala 42, Bairro: Cidade dos Funcionários, Fortaleza/CE, CEP: 60.822-488, Fone: (85) 9992-0059 / (85) 8839-8483.

PODERES: Concede amplos poderes com os da cláusula "**AD JUDICIA**" para o foro em geral, para ajuizamento de medida judicial aplicável para cobrar a diferença do Seguro DPVAT, acompanhando-a em todos os seus termos até o final, agravar ou apelar de qualquer despacho ou sentença, fazer e assinar requerimentos e os documentos necessários, produzir provas e justificações, transigir, acordar, endossar, desistir, renunciar ao direito em que se funda a ação, receber e dar quitação a pagamentos, receber e fazer levantamentos de alvarás, finalmente tudo mais fazer, para o completo desempenho deste mandato, inclusive substabelecer, com ou sem reserva de iguais poderes.

DECLARAÇÃO: O (a) outorgante declara que não tem condições de arcar com as custas processuais sem prejuízo do sustento próprio e da família, necessitando, portanto, dos benefício da justiça gratuita, nos termos da Lei 1.060/50.

Fortaleza (CE), 16 de maio de 20 18.


OUTORGANTE

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
E DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

Antonio de Jesus Cruz

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 92001006560 - 2ª V. DATA DE EXPEDIÇÃO 8/9/2005

NOME ANTONIO JOSENIAS DE FREITAS CARL
FILIAÇÃO JOSE CARLOS NEGREIROS E ALZIRA
ARAÚJO DE FREITAS

NATURALIDADE

CAIO PRADO-CE
DATA DE NASCIMENTO 8/9/1960

DOC ORIGEM CERT. CASAM. 23.597 L B-40 F
121V 1A ZONA DE FORTALEZA-CE.
ID ANT. 20091081

ASSINATURA DO DIRETOR
LEI Nº 7.116 DE 29/09/83

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF – CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome
ANTONIO JOSENIAS DE FREITAS CARLOS

Nº de Inscrição
511999123-87

Data do Nascimento
08/09/60



VALIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Emitido em : 23/12/99

Assinatura
ANTONIO JOSENIAS DE FREITAS CARLOS

Este documento é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS – CPF, vedada a exigência por terceiros, salvo nos casos previstos na Legislação vigente.

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Antonio Josemar de Fretas Carlos,

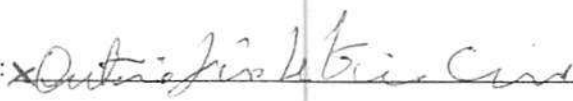
RG nº 92001006560, data de expedição 08/09/05, Órgão SSP,

CPF nº 514.999.123-84, 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 Itaperuna</u>
Número	<u>514</u>
Apto / Complemento	<u>casa A</u>
Bairro	<u>Genibai</u>
Cidade	<u>Fortaleza</u>
Estado	<u>Ceara</u>
CEP	<u>60534 - 200</u>
Telefone de Contato	<u>(85) 3233.1243</u>
E-mail	<u>celiamoraes1984@gmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Fortaleza, 14/10/14

Assinatura do Declarante: 



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DO 12. DISTRITO POLICIAL

fls. 14

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 112 - 12543 / 2014

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **01/10/2014 09:52:33**
Data / Hora da Ocorrência : **08/08/2014 07:00:00**
Endereço da Ocorrência: **R ALBERTO MAGNO 560**

MONTESE FORTALEZA /CE
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **ANTONIO JOSENIA DE FREITAS CARLOS**
Nascimento : **08/09/1960**
RG: **92001006560** Órgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE** - CPF:
Filiação: **JOSÉ CARLOS DE NEGREIROS**
ALZIRA ARAÚJO DA CONCEIÇÃO
Endereço: **R ITAPERONA 514 A**
GENIBAU
FORTALEZA CE BRASIL Telefone: **85.86946016**

Histórico

COMUNICA QUE CONDUZIA MOTOCICLETA HONDA/CG 150 FAN ESI, VERMELHA, 2011/2011, CHASSI Nº9C2KC1670BR503603 E DE PLACA NUN-2250/CE, REGISTRADA EM NOME DO DECLARANTE, QUANDO O AUTOMÓVEL PEUGEOT, BRANCO E DE PLACAS OSA-2132, CONDUZIDO PELA SENHORA "PAULA", AVANÇOU A PREFERENCIAL VINDO A COLIDIR CONTRA O DECLARANTE; QUE SEGUNDO O DECLARANTE, A MESM FICOU NO LOCAL; QUE O DECLARANTE FOI SOCORRIDO PELO SAMU E ENCAMINHADO PARA HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA - FROTINHA DE PARANGBA. E NADA MAIS DISSE.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 25. DISTRITO POLICIAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

"ESCRIVÃO AD HOC"

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO : *X. José Lira Ximenes*

VISTO DO DELEGADO(A) : **JOSÉ LIRA XIMENES - MAT.: 1518891X**



Seguradora Líder - DPVAT

Rio de Janeiro, 27 de Fevereiro de 2016

Carta nº: 8753097

A/C: ANTONIO JOSENIAS DE FREITAS CARLOS

Sinistro: 3160026805
 Vítima: ANTONIO JOSENIAS DE FREITAS CARLOS
 Data Acidente: 08/08/2014
 Natureza: INVALIDEZ
 Procurador:

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: ANTONIO JOSENIAS DE FREITAS CARLOS

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000001469

Conta: 00000033705-1

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.687,50

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =

R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =

R\$ 1.687,50

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAUDE
HOSP.DIST. MARCOS JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA
FROTA DE PARANGABA



1400241569	09/09/2014 21:27:14	FICHA DE ATENDIMENTO	URGENCIA TRAUMATOLOGIA	NOTURNO	2
Paciente ANTONIO JOSENIAS DE FREITAS CARLOS Tipo Doc Documento Órgão Emissor IDENTIDADE 92001006560 SSPCE Mãe ALZIRA ARAUJO DE FREITAS Endereço RUA - ALBERTO MAGNO OCORRENCIA - 560 - MONTESE - FORTALEZA - CE		Data Nascimento 08/09/1960 Sexo M Pai	Idade 53 A 11 M 1 D Estado Civil CASADO(A) Raça/Cor PARDA	CNS CPF 00135960 Naturalidade FORTALEZA Contatos (85) 8527-1420	Prontuário 00135960
Class. de Risco	Plano Convênio	Idade da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal
Motivo do Atendimento	Carate do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedencia	Temp.	Peso Pressão
Setor	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.	Registrado por: CLAUDIA MARIA		
Queixa Principal Anamnese de Enfermagem		☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue			
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)		GSC TOTAL AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456			
Exame Físico <i>paciente com queixa de dor no tornozelo direito há alguns dias, sem trauma aparente.</i>					
Hipótese Diagnóstica					
SADT - Exames Complementares					
☒ RAO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:					
PRESCRIÇÃO			APRAZAMENTO		OBSERVAÇÃO
<i>Analise de imagem geral.</i>					
Condução			☐ Ambulatório ☐ Observação (Até 24h) ☐ Internação Data e Hora da Saída/Alta: ____/____/____		
☐ Alta por Decisão Médica ☐ Alta a Pedido ☐ Alta a Revelia ☐ Transferência para:					
Óbito Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não			Destino: ☐ F ☐ M ☐ IML Anatomia Patológica		
Assinatura do Paciente ou Responsável			Carimbo e Assinatura do Médico		
Impresso por: claudia.maria Data Hora: 09/08/2014 21:30:36			Roberto César Cruz Saraiva CREMEC 4032 Ortopedia Traumatologia		



1400241569

09/08/14

PRESCRIÇÃO MÉDICA

OBSERVAÇÃO

C. Gera

Paciente c/ hist de acidente c/ veículo motorizado há mais de 24h. Apresenta Rx com fratura de clavícula-E e pequena lesão compatível c/ derrame pleural-E. Espirito, mas com queixa de dispnéia e dor a inspiração profunda. Em uso de Bi-procuid. Tem proposta cirúrgica no momento.

- (1) Dipirona 02:18 AD (E) 00X15
- (2) Omeprazol 40mg (E) 00X15
- (3) Plavix 02:18 AD (E) 00X15

CONDIÇÃO:

1 - ALTA: ☐ DECISÃO MÉDICA ☐ A PEDIDO ☐ A REVELIA ☐ TRANSPERÊNCIA
☐ REMOVIDO PARA: _____ GUAR Nº _____

DATA E HORA DA ALTA: 1/1 HORA: _____

2 - OBSERVAÇÃO: (Até 24 h) ☐ DATA E HORA DA ALTA: 1/1 HORA: _____

3 - INTERNAÇÃO ☐ Nº PRONTUÁRIO: _____

DATA E HORA DA INTERNAÇÃO: 1/1 HORA: _____

4 - PARA ÓBITO ☐ NTEA DO 1º SOCORRO ☐ NÃO ☐ SIM

DATA ÓBITO: 1/1 HORA ÓBITO: _____

5 - DESTINO DO CORPO: 1 ☐ ENTREGUE A FAMÍLIA

2 ☐ I.M.L.

3 ☐ ANATOMIA PATOLÓGICA

4 ☐ EVD

Ass. CARIÓTIPO MÉDICO RESPONSÁVEL

Ass. PACIENTE OU ACOMPANHANTE

Ass. DO MÉDICO E CARIÓTIPO