

ALENCAR, RIBEIRO & SOMBRA

ADVOGADOS ASSOCIADOS

PROCURAÇÃO "AD-JUDICIA"**OUTORGANTE:**

Antônio Fernandes Castro Sales, brasileiro, solteiro, autônomo, RG: 93518016324 e CPF 802.879.723-92
RESIDENTE NA RUA ERETIQUES DE ALENCAR, 269, FORTALEZA-CE.

OUTORGADOS: Dr. ABELMAR RIBEIRO DA CUNHA NETO, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/CE sob o nº 30.204, Dr. FABIO LIMA SOMBRA, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/CE sob o nº 27.447, e Dr. FRANCISCO WAGNER BARBOSA DE ALENCAR FILHO, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/CE sob o nº 29.811, todos com endereço profissional, à Rua Joaquim Nabuco, nº 2424, Sala 21, Dionísio Torres, Fortaleza/CE, CEP 60.125-121, onde receberão intimações.

PODERES CONFERIDOS: O(s) Outorgante(s) confere(m) aos Outorgados amplos e ilimitados poderes para o foro em geral, com a cláusula "*Ad Judicia*", para representá-lo em qualquer juízo, instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-lo(a) nas contrárias, seguindo umas e outras até o final da decisão, usando os recursos legais cabíveis para a plena defesa dos interesses do Outorgante e acompanhando-o(s), conferindo-lhe(s) ainda poderes especiais para confessar, transigir, desistir, receber, fazer endosso, dar quitação e firmar compromisso ou acordo em qualquer procedimento, utilizando-se ainda os outorgados de todos os mecanismos oferecidos pelo sistema jurídico necessários ao desiderato colimado em cada postulação, de bem como outras que se fizerem necessárias para tanto, sendo certo que o presente patrocínio estende-se até a segunda instância, podendo os outorgados agir em conjunto ou separadamente, sendo-lhes facultado substabelecer esta para outro(s) advogado(s), com ou sem reserva de iguais poderes, dando tudo por bom, firme e valioso ao cumprimento do presente mandato valendo acrescentar, por derradeiro, que este mandato tem seu foco mais especificamente voltado para a defesa dos interesses do(s) outorgante(s) na esfera da Justiça Estadual, mais especificamente destinada a propositura de ação judicial em face da SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. a fim de requerer indenização acerca do seguro DPVAT.

Fortaleza - CE, 04 de Agosto de 2015.

Antônio Fernandes Castro Sales
OUTORGANTE(S)

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Declaro, também, para os devidos fins, ser pobre, na forma e sob as penas da Lei nº 7.115/83, não podendo, assim, arcar com as despesas advindas desse processo sem que haja prejuízo do sustento meu e de minha família.

Fortaleza - CE, 09 de AGOSTO de 2015.

Antonio Emmanoel Castro Saldo

ASSINATURA

DO DECLARANTE

[illegible][illegible]

Width: 11W
 dth: 3Wid
 h: 993Wid
 h: 3Widh
 643



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
 POLÍCIA CIVIL
 DELEGACIA DO 17.º DISTRITO POLICIAL

Width: 1Widh: 3Widh: 993Widh: 3Widh: 8643

BOLETIM DE OCORRÊNCIAS – B.O.

> DADOS DA OCORRÊNCIA

NATUREZA DO FATO: ACIDENTE DE TRÂNSITO

Nº B.O.: 117-00393/2015 CIOFS: -

DATA/HORA DA COMUNICAÇÃO: 22/01/2015 09:10

DATA/HORA DA OCORRÊNCIA: 19/06/2014 21:45

ENDEREÇO DA OCORRÊNCIA: R. RAIMUNDO BIZARRIA TV. SANTA INES
 FLORESTA FORTALEZA/CE

PONTO DE REFERÊNCIA:

MATERIAL(IS) ROUBADO(S)/APREENDIDO(S):

HISTÓRICO: A vítima qualificada compareceu hoje nesta delegacia e informou que na data acima mencionada estava conduzindo a motocicleta PLACA OCP-6942, RENAVAM: 00329250507, HONDA/CG 125 FAN KS, COR: PRETA, DE PROPRIEDADE DE ANTONIA ELENILDA CASTRO SALES, pela Rua. Raimundo Bizarria, quando o mesmo foi desviar de resíduos resultantes da construção (entulho), que se encontrava na aludida via, vindo perder o controle de direção da citada motocicleta, sendo projetado ao solo, machucando a clavícula, sofrendo escoriações no corpo. Acrescenta que foi socorrido para o HOSPITAL DR. EVANDRO AYRES DE MOURA-Frofinha do Antonio Bezerra, diagnosticado com Trauma na Clavícula, no dia 19/06/2014. E nada mais disse.

O presente registro é de inteira responsabilidade do responsável pela informação ficando este cientificado.

> DADOS DA VÍTIMA

NOME: ANTONIO ERNANDES CASTRO SALES

RG: 930147016324 ORG?O EMISSOR: SSP UF: CE

DATA DE NASCIMENTO: 24/07/1976

FILIAÇÃO: ANTONIO LOPES SALES

MARIA HELENA CASTRO SALES

ENDEREÇO: R. ERESTIDE DE ALENCAR 269

JARDIM IRACEMA

FORTALEZA/CE

X *[Assinatura]* 104.801-1-
 X Antonio

TELEFONE: 32827783

> DADOS DO NOTICIANTE
NOME: VÍTIMA

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 17. DISTRITO POLICIAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: _____

MATRÍCULA: --

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: _____

VISTO DO DELEGADO(A): _____

Antonio Euzendy Castro Sales
404-881-1-9

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL Dr. EVANDRO AYRES DE MOURA - HDEAM



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o Paciente: ANTONIO ERNANDES CASTRO SALES, Rua: Erotides Alencar N:269 Bairro: Jardim Iracema Fortaleza-ce, Compareceu neste Hospital dia:19/06/2014, vítima de Acidente de trânsito com Trauma na Clavícula, no setor de Traumatologia conforme consta em nossos arquivos.

Fortaleza:08 Julho de 2014

Assinatura responsável pela Emissão



Rua Cândido Maia, 294 - Antº Bezerra - 60356-830 - 04.885.197/0010-35.
Fortaleza, Ceará, Brasil.



FRANCISCO MARDÔNIO SALMITO DE ALMEIDA

ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CREMEC - 4411 - CPF: 122.369.423-20

RELATÓRIO MÉDICO

Relato, para os devidos fins, junto ao DPVAT, que o Sr.(a):

Onofre Ernesto dos Santos

vítima de acidente de trânsito, em 19.06.14, sofreu:

*Fratura do Clavículo Esquerda
C10 - S42.0*

e submeteu-se a tratamento(s):

*Imobilizado do membro.
Medicinas.*

encontra-se de alta clínica, e apresenta Invalidez permanente,
com grau de incapacidade funcional irreversível de:

*Dois desconfortos no
ombro e clavícula Esq.
Fadiga precoce do membro
com o uso de qualquer membro
com o uso.
Menor inflamação linfática
Forma do membro a ser usada
Muito mais funcionalmente.*

05.07.2015

Dr. Francisco Mardônio Salmito de Almeida

CREMEC 4411

DR. FCO. M. SALMITO DE ALMEIDA
ORTOPEDISTA - TRAUMATOLOGISTA
CPF: 4411

FICHA DE REGISTRO AMBULATORIAL			
	Paciente: ANTONIO ERNANDES CASTRO SALES	Idade: 38	
	Médico: RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA	Data: 29/10/13 16:40	Atendimento: 22091339
	Convenio: G BARBOSA CENCOSUD BRASIL COMER		Prontuario: 6920351
ANAMNESE			
Paciente Com Dor Na Clavícula Pos Trauma + Alta Ambulatorial			
Exames Físico			
Peso(Kg):	Temperatura(°C):		
Exames Solicitados			
32030045- Rx Clavícula			
Evolução Médica			

R3001

MARLENE ARAUJO

09/01/2015 14:54

10.1.22.151

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO AMARELO

Carimbo / Assinatura profissional

RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA Médico(a) CRM-8260

Impresso por: MARLENE ARAUJO

Em: 09/01/2015 14:54



ESTE PRONTUÁRIO É PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL

09/01/2015 14:58:59

Prontuário 6920351	Nome do Paciente ANTONIO ERNANDES CASTRO SALES	Sexo M	Nascimento 24/07/1976	Idade 38
RG 98018016324 SSP/CE	CPF 80287872372	Carteira Profissional	Estado Civil 1-CASADO	
Endereço R ERETIDES ALENCAR, 259 - JARDIM AMERICA, FORTALEZA(CE) CEP 60341020				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho			

DADOS DO CONVENIO

Convenio 132 G BARBOSA COMERCIAL	1 PLANO APARTAMENTO - COLETIVO
Carteira 26103000678009015	Validade 11/02/2015

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor 116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG			
Data 29/10/2013	Hora 16:13	Matricula	Tipo Atendimento 6 CONSULTA TRAUMATOLOGICA
Médico Atendente 734403 RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA		Clínica 6-TRAUMATOLOGICA	
Médico Acompanhante		Peso (Kg)	Temperatura (°C)

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

R4310RA - MARLENE ARAUJO



DADOS PESSOAIS

Atendimento
22090271

ESTE PRONTUÁRIO É PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL

09/01/2015 14:57:13

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
6920351	ANTONIO ERNANDES CASTRO SALES	M	24/07/1976	38
RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil	
98018016324 SSP/CE	80287972372		1-CASADO	
Endereço				
R ERETIDES ALENCAR, 269 - JARDIM AMERICA, FORTALEZA(CE) CEP 80341020				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho			

DADOS DO CONVENIO

Convênio		
132 G BARBOSA COMERCIAL	1 PLANO APARTAMENTO -	COLETIVO
Carteira	Validade	
26103000678009015	11/02/2016	

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor			
116300-RECEPCAO EMG ADULTO			
Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento
29/10/2013	16:01		2 CONSULTA CLINICA
Médico Atendente			Clinica
2091267 RAFAEL FREIRE LUNA			1-MEDICA
Médico Acompanhante		Peso (Kg)	Temperatura (°C)

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

R4310RA - MARLENE ARAUJO

FICHA DE REGISTRO AMBULATORIAL	
 ANTONIO PRUDENTE	Paciente: ANTONIO ERNANDES CASTRO SALES Idade: 38 Médico: RAFAEL FREIRE LUNA Data: 29/10/13 15:06 Convenio: G BARBOSA CENCOSUD BRASIL COMER
	
Atendimento 22090271 Prontuário 6920351	
ANAMNESE	
Dor Na Clavícula Esquerda	
Exames Físico	
Peso(Kg):	Temperatura(°C):
Exames Solicitados	
40803040- Clavícula	32030045- Rx Clavícula
Evolução Médica	
Paciente Em Observação	
R3001	MARLENE ARAUJO
09/01/2015 14:53	10.122.151
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO AZUL	

Carimbo / Assinatura profissional

RAFAEL FREIRE LUNA Médico(a) CRM-14349
--

Impresso por: MARLENE ARAUJO

Em: 09/01/2015 14:53



Seguradora Líder - DPVAT

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, ANTONIO ERNANDES CASTAG SALES
 PORTADOR(A) DO RG Nº 03889360771 EXPEDIDO POR DETRAN EM 19 / 7 / 06 E
 CPF 80008303123 (Nº) 000000000000000000 PROFISSÃO _____
 E RENDA MENSAL DE R\$ _____ (**) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA ANTONIO ERNANDES C. SALES, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susesp nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no setor da seguradora, 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 aparecem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial - nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou EAF, AIE (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);
- CEF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancela ao apresentar dados e consulta no site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br. Lembrando o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistro 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 a 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 JANCOS)

Nº do BANCO 23+ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 3458-8 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 61524-2

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

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº 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.

Fortaleza, 19 de Fevereiro de 15

LOCAL E DATA

Antonio Ernandes Castag Sales

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.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC 0800-0221204.

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ABELMAR RIBEIRO DA CUNHA NETO e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 04/08/2015 às 20:04, sob o número 01799820720158060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0179982-07.2015.8.06.0001 e código 1B39135.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, ANTONIO CENANDES C. SALES, portador da carteira de
 identidade nº 0388236071 e inscrito no CPF/MF sob o nº 801.819.723-72,
 residente e domiciliado na ALAMEDA ALENCAR 265 BOM JARDIM,
 Cidade BOQUEIRÃO, 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
 (X) 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 Uder DPVAT para a
 correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão ou danos, 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 impugnação, caso discorde do seu
 conteúdo.

Antonio Cenandes Carlos Sales

Assinatura do declarante
 conforme documento de identificação

Fortaleza 19/12/15

Local e data

Declaração

Eu, ANTONIO ERNANDES C. SALES, RG 038.87360171
 CPF 012.870.723-22, declaro que após ter sofrido acidente provocado
 por veículo automotor de via terrestre, em 19/06/14 fui socorrido por
Bruno Thomaz Telefone: (85)
8.929.27.64 e levado ao
 hospital: Dr. WANDERLEY DE MORAES.

Declaro que 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 declarado e estou ciente que qualquer informação/declaração 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 inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre o fato juridicamente relevante.

Pena: reclusão de 1 (um) a 5 (cinco) anos e multa, se o documento é público e reclusão de 1 (um) a 3 (três) anos, se o documento é particular."

Local: FORALTA UF: CE Data: 19/06/15

→ Antonio Ernandes Castro Sales

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, ANTONIO EDUARDES CASTRO SALESRG nº 038872017, data de expedição 19/10/15, órgão DEMANCPF nº 802.519.22-2, 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 do terceiro:

Logradouro	
[Rua/Avenida/Praça]	<u>R. CRÉTIDES</u>
Número	<u>260</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>SANTIN IREACMA</u>
Cidade	<u>FORTALEZA</u>
Estado	<u>CEARA</u>
CEP	
Telefone de Contato	<u>85.3295.3762 / 8969.5151</u>
E-mail	

Por ser Verdade, firmo-me.

Local e Data: FORTALEZA 19/11/15Assinatura do Declarante: Antonio Eduardes Castro Sales