



PROCURAÇÃO "AD JUDICIA ET EXTRA"

OUTORGANTE:

Nome ANTÔNIO SOARES FARIAS			Nacionalidade Brasileiro (a)
RG / Órgão Expedidor 134009187 - SSPDS/CE em 26/05/1987		CPF 549.563.583-34	Estado Civil Solteiro
Endereço Rua Nautilia Floriano Vieira	Número S/N	Complemento Casa	Profissão Agricultor
Bairro / Distrito Ponte Nova	Cidade Boa Viagem	Estado Ceará	CEP 63.870-000

OUTORGADO(S): VINÍCIUS PINHEIRO MELO, brasileiro, advogado, inscrito na OAB/CE 24.353, portador do CPF sob o nº. 016.548.623-63, sócio administrador na sociedade **PINHEIRO MELO – SOCIEDADE INDIVIDUAL DE ADVOCACIA**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº. 26.942.992/0001-60, inscrito na OAB/CE 1453, com escritório na Rua Praça Mons. José Candido, nº. 103, Loja 01, bairro Centro, cidade de Boa Viagem, estado do Ceará, CEP 63870-000, tel.: (88) 3427-2867.

Através do presente instrumento particular de mandato, a(s) parte(s) OUTORGANTE(s) nomeia(m) e constitui (em) como seu(s) procurador (es) o(s) OUTORGADO(s), conferindo-lhe(s) amplos poderes, inerentes ao bom e fiel cumprimento deste mandato, bem como para o foro em geral, conforme estabelecido no artigo 38 do Código de Processo Civil e art. 5º, §2º do Estatuto da OAB, com cláusula "Ad Judicia Et Extra", para praticar todos atos perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, e órgãos da administração pública direta e indireta, praticar quaisquer atos perante particulares ou empresas privadas, **principalmente perante qualquer companhia de seguro conveniada ao FENASEG, participante do convênio DPVAT**, recorrer a quaisquer instâncias e tribunais, podendo atuar em conjunto ou separadamente, e os especiais para transigir, fazer acordo, firmar compromisso, substabelecer, renunciar, desistir, reconhecer a procedência do pedido, receber intimações, assinar livros, termos, recibos, receber e dar quitação, firmar autorizações de pagamento ou crédito de indenização de sinistro, prestar declarações, **declarar e requerer os benefícios da JUSTIÇA GRATUITA**, anuir e receber alvarás judiciais de levantamento, podendo receber os valores neles expressos provenientes de depósitos feitos pela(s) SEGURADORA(S) pertencentes ao **CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT e SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DPVAT S/A** junto à instituição financeira responsável pela guarda destes valores, podendo ainda receber e endossar cheque em nome do outorgante relativo a pagamento dos valores pleiteados junto as Seguradoras do Consórcio DPVAT, dando tudo por bom e valioso, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-lo(a) nas contrárias, seguindo uma e outras, até decisão final.

Boa Viagem - CE, 07 de Junho de 2018.

ANTÔNIO SOARES FARIAS
 OUTORGANTE

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA**DECLARANTE:**

Nome ANTÔNIO SOARES FARIAS			Nacionalidade Brasileiro (a)
RG / Órgão Expedidor 134009187 - SSPDS/CE em 26/05/1987		CPF 549.563.583-34	Estado Civil Solteiro
Endereço Rua Nautilia Floriano Vieira	Número S/N	Complemento Casa	Profissão Agricultor
Bairro / Distrito Ponte Nova	Cidade Boa Viagem	Estado Ceará	CEP 63.870-000

DECLARO que, em função de minha condição financeira, não tenho condições de arcar com o pagamento das custas processuais, sob pena de implicar em prejuízo próprio e de minha família, nos termos do art. 5º, LXXIV, da Constituição da República e da Lei nº 1.060/50, com fundamento na Lei 7.115/83.

Boa Viagem - CE, 07 de Junho de 2018.

ANTÔNIO SOARES FARIAS
Declarante

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
POLÍCIA FEDERAL

CIC

94563583 34

Nome Completo
ANTONIO SOARES FARIAS

Nascimento
03-05-69

Assinatura
Antonio Soares Farias

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

16-

Antonio Soares Farias

TÍTULO ELEITORAL

Nome do Eleitor
ANTONIO SOARES FARIAS

DATA NASCIMENTO 03/05/1969	Nº INSCRIÇÃO 0447 2498 0752	UF CE	SEÇÃO 0232
--------------------------------------	---------------------------------------	-----------------	----------------------

DATA DE EMISSÃO
19/12/2014

BOA VIAGEM/CE

Assinatura
Jaqueline Vale

ANTONIO SOARES FARIAS

1340091-87

26.05.87

Boa Viagem-Ce.

03-05-69

Cart. Nascimento: 13106, LAY-A-13, 115637

data 09.09.82, Cart. do 1º Ofício

BRASIL

Acesso à informação (<http://brasil.gov.br/barra#acesso-informacao>)



Ministério da Fazenda

Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **549.563.583-34**

Nome da Pessoa Física: **ANTONIO SOARES FARIAS**

Data de Nascimento: **03/05/1969**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **26/03/1993**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **10:42:32** do dia **02/07/2015** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **7122.BE71.0F6E.318C**

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da
Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço
www.receita.fazenda.gov.br.

(<http://www.receita.fazenda.gov.br/Aplicacoes/ATCTA/cpf/CPFautentic.asp>)

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA SOB AS PENAS DA LEI

DECLARANTE:

Nome ANTÔNIO SOARES FARIAS			Nacionalidade Brasileiro (a)
RG / Órgão Expedidor 134009187 - SSPDS/CE em 26/05/1987		CPF 549.563.583-34	Estado Civil Solteiro
Endereço Rua Nautilia Floriano Vieira	Número S/N	Complemento Casa	Profissão Agricultor
Bairro / Distrito Ponte Nova	Cidade Boa Viagem	Estado Ceará	CEP 63.870-000

DECLARO para os devidos fins de comprovação de residência, sob as penas da Lei (art. 2º da Lei 7.115/83) que sou residente e domiciliado (a) no endereço acima informado.

Declara ainda, estar ciente de que a falsidade da presente declaração pode implicar na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal, conforme transcrição abaixo:

"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."

Boa Viagem - CE, 07 de Junho de 2018.


 DECLARANTE



**GUARDA CIVIL MUNICIPAL
MUNICIPIO DE BOA VIAGEM-CE
REGISTRO EM LOCAL DE ACIDENTE**

DADOS DO ACIDENTE DE TRÂNSITO

TIPO DE OCORRÊNCIA: QUEDA		Data: 01/04/2015	Hora: 14:20
Local: PERTO DE SUA RESIDENCIA			
Bairro: PONTE NOVA		Foi apreendido: ☒ SIM ☐ NÃO	
Veículo: MOTOCICLETA		Placa: Cor:	
Ano: 2012	Mod: 2012	Marca: HONDA CG 150 FAN ESI	Chassi: 9C2KC1670CR609623
OBS: LICENCIADA EM NOME DE RAIMUNDO SOARES FARIAS			
Veículo:		Placa: Cor:	
Ano:	Mod:	Marca:	Chassi:
OBS:			

DADOS VITIMA01

Nome: ANTONIO SOARES FARIAS	
CPF: 54956358334	RG: 134009187 CNH: CAT:
Endereço: RUA NAUTILIA FLORIANA VIEIRA S/N PONTE NOVA	
Data Nascimento: 03/05/1969	Naturalidade: BOA VIAGEM CE
Mãe: MARIA IRAIDE SOARES FARIAS	Pai: N/C

DADOS VITIMA 02

Nome: ELIANDRO VIEIRA FARIAS	
CPF: 976.090.993-60	RG: 20071793725 CNH: CAT:
Endereço: RUA NAUTILIA FLORIANA VIEIRA S/N PONTE NOVA	
Data Nascimento: 06/05/1975	Naturalidade: BOA VIAGEM-CE
Mãe: ANTONIA VIEIRA FARIAS	Pai: FRANCISCO SOARES FARIAS

NARRAÇÃO DOS FATOS

A GUARDA MUNICIPAL INFORMA QUE SEGUNDO O RELATO DO SR.(A) ANTONIO SOARES FARIAS QUE NA DATA, HORA E LOCAL ACIMA CITADOS, QUE VINHA COMO GARUPEIRO DA MOTOCICLETA CUJO OS DADOS CONSTAM ACIMA, CONDUZIDA POR SEU CUNHADO ELIANDRO VIEIRA FARIAS QUE VINHA PRA SUA RESIDENCIA QUE AO CHEGAR PROXIMO SUA CASA CAIU NUM BURACO DESEQUILIBROU E VEIO A CAIR NO SOLO AS VITIMAS FORAM SOCORRIDOS POR POPULARES E ENCAMINHADOS PARA O HOSPITAL LOCAL CASA DE SAUDE ADILIA MARIA, FOI MEDICADO, E SEGUNDO A VITIMA EM CONSEQUENCIA A ESSE ACIDENTE SOFREU O QUE SE ENCONTRA DESCRITO NA DOCUMENTAÇÃO MEDICA EM ANEXO, QUE NADA MAIS DISSE.

GUARDA	MATRICULA	RUBRICA	GUARDA	MATRICULA	RUBRICA

Boa Viagem, 06 de ABRIL de 2015.

Maria Cleide Bezerra de Carvalho Ananias
Maria Cleide Bezerra de Carvalho Ananias
Sub-Comandante Guarda Municipal

Responsável pela informação *Antonio Soares Farias*
Testemunha 01 _____
02 _____

Maria Cleide Bezerra de Carvalho Ananias
Sub-Comandante Guarda Municipal

CE Nº 0116879B1751 BILHETE DE SEGURO DPVAT

**ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA SUAS INDICACÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COSENTURA
www.dpvatseguro.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204**

VIA 01	CNPJ / CNPJ 92392326304	PLACA DIN1EAB	EXERCÍCIO DATA EMISSÃO 2014 5/09/2014
RENAVAM 00490841252	MARCA/MODELO HONDA/CB 150 FAN ESI	Nº CHASSI 9CCK1670CR609623	
ANO FAB. 2012	CET IMEI 09		

PREMIUM TARIFÁRIO

PNS (R\$) 129,04	DPVTRAM (R\$) 14,34	CUSTO DO SEGURO (R\$) 143,38
CUSTO DO BILHETE (R\$) 4,23	IOF (R\$) 1,11	PNS A SERVIDOR (R\$) 293,01

☒ COTTA ÚNICA PAGAMENTO ☐ PARCELADO

SIGNATURADORA LÍDER - DPVAT
CURTA CE, NEN. 2024601-04
www.signturadormaliderceco.br

MPDOR: PC16E7C607623

RECIBI O CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENÇA.

DE _____

ASSINATURA _____

0116879B1751 RECIBO CE Nº

ocorrência



**PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VIAGEM
CSAM - CASA DE SAÚDE ADÍLIA MARIA**

Rua: São Vicente de Paula, Nº 100, Centro
Tel.: (88) 3427 1699 - (88) 3427 1136
CNPJ: 07.806.680/0001-84



FICHA DE SERVIÇO DE PRONTO ATENDIMENTO (SPA)

DATA DE ATENDIMENTO: 03/04/15 HORÁRIO: 14:50hs SEXO: ☒ M () F

NOME: Antonio Soares Farias DATA DE NASC: 03/05/69

RG _____ CPF _____ CARTÃO DO SUS Nº _____

PAI: Felipe Alves Bezerra MÃE: Mª Inês Alves Farias

NATALIDADE: Boa Viagem PROCEDÊNCIA: S.U.S

ESTADO CIVIL: Solteiro PROFISSÃO: agricultor

ENDEREÇO: Luís Ferreira Melo Nº. _____

BAIRRO: Ponte Nova CIDADE: Boa Viagem UF: CE

QUEIXA PRINCIPAL: _____

HDA: _____

EXAME FÍSICO: sem alterações

EXAME SOLICITADOS: exames de urina e sangue 15:00

MÉDICAMENTOS: _____

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM: Isconforto por todo o corpo.
S.F.F. Acuidade de visão.

PESO: _____ TEMPERATURA _____ PA _____

Antonio Soares Farias

ASSINATURA DO PACIENTE / RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

CNPJ 07.806.680/0001-84

ESTA FICHA SÓ TERÁ VALIDADE PARA REGISTRO DE ATENDIMENTO HOSPITALAR COM CARIMBO E ASSINATURA DA DIRETORA DESTA UNIDADE DE SAÚDE.

original dos nossos arquivos.
Responsável - CSAM

**ROZIVALDA FERREIRA DE ALMEIDA
RESPONSÁVEL PELA C.S.A.M**

Rua São Vicente de Paula, nº 100
Centro - CEP: 63870-000
Fone: (88) 3427-1136
Boa Viagem - Ce

autão com

mti p

T autem + ephms

nl. 2 n amu nou

n. T n amu neu cou hbr

am

afch

T n amu neu cou hbr

NEGADO SEM SEQUELA

SINISTRO 3150608948 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA ANTONIO SOARES FARIAS

COBERTURA Invalidez

SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO MBM

SEGURADORA S/A #772

BENEFICIÁRIO ANTONIO SOARES FARIAS

CPF/CNPJ: 54956358334

Posição em 29-08-2016 08:49:12

Pedido de indenização negado conforme carta enviada ao beneficiário

Rio de Janeiro, 26 de Julho de 2016

Carta nº: 9420861

A/C: ANTONIO SOARES FARIAS

Sinistro: 3150608948 ASL-0318688/15
Vítima: ANTONIO SOARES FARIAS
Data Acidente: 01/04/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Prezado(a) Senhor(a),

Após avaliação dos documentos que nos foram enviados, a assessoria médica verificou que os danos pessoais decorrentes do seu acidente, após o tratamento médico, não resultaram em invalidez permanente.

Como o Seguro DPVAT somente paga indenização a pessoas que tenham invalidez permanente, o seu pedido foi negado.

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

