

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

Outorgante: <u>Antonio Alves da Silva</u>		Data Nasc: <u>25/4/1963</u>
Estado Civil: <u>Solteiro</u>	Profissão: <u>Comerciante</u>	Nacionalidade: <u>Brasileira</u>
RG: <u>2006009110178</u>	CPF: <u>313.362.723-68</u>	<u>85115611</u>
Endereço: <u>Rua Paraná n 148 Panamericana</u>		CEP: <u>60442-000</u>
Cidade: <u>Fortaleza</u>		

OUTORGADO: CAROLINA FREITAS MOREIRA, brasileira, solteira, advogada, inscrito na OAB/CE de nº 23.787, com escritório profissional na Rua Pedro Borges, nº 33, Sala 516, Ed. Palácio Progresso, Centro, CEP: 60.055-110, Fortaleza/CE, fone: (85) 3055- 9918.

PODERES: Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante nomeia e constitui, a outorgada, sua bastante procuradora, conferindo-lhe os poderes da cláusula "ad judicium 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), 19 de Abril de 20 13.

Antonio Alves da Silva
OUTORGANTE

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS ADVOCATÍCIOS

Nome: Antonio Alves da Silva.	Profissão: Comerciante.	
Nacionalidade: Brasileira	Estado Civil: Solteiro	Telefone: 8514-5611.
RG: 2006009110178.	CPF: 313362723-68	
Endereço: Rua Paraná nº 148	PanAmericano	
Cidade: Fortaleza.	CEP: 60442-000	

CONTRATADO (S): CAROLINA FREITAS MOREIRA, brasileira, solteira, advogada, inscrita na OAB/CE de nº 23.787, com escritório profissional na Rua Pedro Borges, nº 33, Sala 516, Ed. Palácio Progresso, Centro, CEP: 60.055-10, Fortaleza/CE, fone: (85) 3055-9918

Pelo presente instrumento, firmado por todos os contratantes, na presença das testemunhas abaixo, as partes acima qualificadas, doravante chamadas de **CONTRATANTE E CONTRATADO (S)**, têm firmado o presente **CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS**, obrigando-se de acordo com cláusulas seguintes:

PRIMEIRO: O **CONTRATADO** se obriga a prestar serviços advocatícios ao **CONTRATANTE**, na defesa dos direitos deste, no que diz respeito a requerer alvará judicial, ajuizar ação de pedido de tutela e promover o processo administrativo para recebimento da indenização decorrente do seguro obrigatório – DPVAT, podendo tomar todas as medidas judiciais cabíveis contra as seguradoras conenhiadas a FENASEG referentes exclusivamente a propositura de Ação de recebimento de seguro DPVAT se for o caso;

SEGUNDO: O **CONTRATANTE** se obriga a:

- 1) fornecer 01 (uma) fotocópia da Carteira de Identidade e do CIC/CPF.
- 2) fornecer cópias do boletim de ocorrência, certidão de obto, auto de exame cadavérico, e demais documentos necessários no período ao qual se busca o ressarcimento;

Parágrafo Primeiro: O contratado não se responsabiliza pela autenticidade dos documentos apresentados.

TERCEIRO: Aos **CONTRATADOS** serão devidos, a título de honorários advocatícios, o valor correspondente a **30 %, (trinta por cento)** do benefício patrimonial conseguido com o processo administrativo e/ou a ação contratada, verba igualmente devida no caso de desistência da ação, revogação da procuração por parte da **CONTRATANTE** ou acordo celebrado entre a seguradora conveniada.

Parágrafo Primeiro: Caso haja improcedência do procedimento administrativo e/ou da ação ou nenhum valor seja recebido pelo Contratante, nada será devido por esse ao Contratado, se responsabilizando o contratante por todo e qualquer ônus sucumbencial se houver.

Parágrafo segundo: Os honorario de sucumbencia são exclusivamente do advogado, não podendo ser descontados os percentuais recebidos no valor do presente contrato.

QUARTO: Os **CONTRATADOS** se compromete a prestar informações sobre o andamento da ação sempre que for solicitado pela **CONTRATANTE**, bem como a **CONTRATANTE** se compromete a providenciar outros documentos necessários, caso lhe seja solicitado.

QUINTO: As partes elegem o foro de Fortaleza(CE), para dirimir dúvidas oriundas do presente contrato.

SEXTO: A **CONTRATANTE** se obriga a comunicar aos **CONTRATADOS** qualquer modificação de seu endereço.

E, por estarem assim justos e contratados, assinam este instrumento em duas vias de igual teor e forma na presença das testemunhas abaixo, de livre e espontânea vontade declarando o pleno conhecimento das cláusulas acima expostas.

Fortaleza (CE), 19 de abril de 20 13.

X Antonio Alencar Silva

CONTRANTE

Carolina F. Moreira

CONTRATADO

TESTEMUNHA

TESTEMUNHA

DECLARAÇÃO

Eu, Antonio Alves da Silva, Brasileiro (a),
Solturo, portador (a) de Identidade nº 2006009110178 (SSP/CE), e
CPF nº 313362723-68, capaz, nesta oportunidade, DECLARO que resido no seguinte
endereço: Rua Parana n: 148 Pan Americano
Cidade: Fortaleza
Estado: Ceara, CEP 62042000, e forneço os meus dados pessoais,
documentos e demais declarações para a propositura de Ação Judicial em desfavor de qualquer seguradora
conveniada DPVAT-FENASEG, sendo de minha total responsabilidade a declaração de invalidez ou óbito
fornecida.

Fortaleza/CE, 19 de Julho de 2013.

Antonio Alves da Silva
DECLARANTE

DECLARAÇÃO

Eu, Antonio Alves da Silva
Estado Civil: Solteiro Profissão: Comerciante
CPF: 313.362.723-68 Identidade: 2006009110178
Endereço: Rua Paraná nº 148 PanAmericano
CEP: 60442-000 Município: Fortaleza Estado: Ceará

DECLARO para os devidos fins que possuo **Hipossuficiência Financeira**, não tendo, pois, condições de arcar com custas processuais e honorários advocatícios sem prejuízo do meu próprio sustento e o de minha família, consoante o que dispõe a Lei nº 1.050/60.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente para que surta seus devidos fins e efeitos.

Fortaleza-CE, 19 de Abril de 2013.

Antonio Alves da Silva
DECLARANTE



JOSE WILSON GOMES FARIAS | alterar senha | institucional | sair

CADASTRO
DE PROCESSOVISUALIZAR
PROCESSOCADASTROS
GERAISARQUIVO
MORTO

Processo da: <MATRIZ - CURITIBA>

VISUALIZAR PROCESSO

Voltar

PROCESSO

Número do Sinistro 2012/514061 (TOTAL)

Vítima	ANTONIO ALVES DA SILVA	Filial	MATRIZ - CURITIBA
Data Cadastro	09/10/2012	Garantia	INVALIDEZ
Data Sinistro	13/02/2012	Data Recepção	09/10/2012
Analista	Silas	Categoria	09 - MOTO
Seguradora	Capemisa Vida e Previdência	Situação	PAGO

CORRETORA

Nome	JOSE WILSON GOMES FARIAS	Responsável	FARIAS
------	--------------------------	-------------	--------

PROCURADOR

Nome	Email
Telefone	CPF
Celular	

ENVIO À SEGURADORA LÍDER

Data Envio	Data Carta
10/10/2012	RECALL.

BENEFICIÁRIOS / PAGAMENTOS

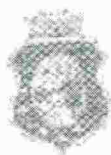
Data Pagto	Data Receio	Beneficiário - CPF/CNPJ	Valor Indenização	Valor Pleitado	Diferença	Dados Bancários
29/10/2012	26/10/2012	ANTONIO ALVES DA SILVA 313.362.723-68	1.687,50	13.500,00	-11.812,50	2 104/ 1956/ 596429/

DOCUMENTOS

Data Emissão	Data Recepção	Descrição
10/10/2012		SEGUE LIDER.

GLOSA OU RELATÓRIO

CARTA



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DO 11. DISTRITO POLICIAL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 111 - 1999 / 2012

Dados da Ocorrência

Nome do Fato: LESÃO CORPORAL CULPOSA - TRANSITO
Data, Hora da Comunicação: 25/09/2012 09:53:46
Data, Hora da Ocorrência: 13/02/2012 11:06:00
Endereço da Ocorrência: R PARA
BELA VISTA FORTALEZA /CE
Ponto de Referência: C/ RUA GUANABARA

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: ANTONIO ALVES DA SILVA
Nascimento: 20/04/1963
RG: 1326707 Órgão Emissor: SSP UF: CE - CPF: 31336272368
Filiação: MANDEL ALVES DA SILVA
SANTILIA REINALDO
Endereço: R PARANÁ 148
PAN AMERICANO
FORTALEZA CE BRASIL
Telefone: 4827111

Histórico

PIZ, QUE CONDUZIA A MOTOCICLETA DE MARCA HONDA, COR PRETA, CHASSI Nº 9CJ041209R093953, PLACA NQN1546-CE., PELA RUA PARA, QUANDO NO CRUZAMENTO COM A RUA GUANABARA, COLIDIU COM OUTRA MOTOCICLETA; QUE DEVIDO O ACIDENTE FOI SOCORRIDO POR UMA VIATURA DO "SAMU", PARA O HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ OLIVEIRA, III BARROS

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 11. DISTRITO POLICIAL
RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:
MATRÍCULA: 12818-1-X
RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:
VISTO DO DELEGADO(A): _____

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA ECONOMIA PÚBLICA
E DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

2006009110178
ANTONIO ALVES DA SILVA

11/5/2006

MANOEL ALVES DA SILVA E SANTILIA REINALDO

IGUATU-CE
CERT.NASC. 4.802 L A-16 F
108 JOSE DE ALENCAR IGUATU/CE

25/4/1963

ANTONIO ALVES DA SILVA

fls. 9



ARTICULAR

Av. Humberto Matte 1440 - Puquibilla Csp 624 50 400
Tel 3283 4784/8500 0778

RECEITA

2521

[illegible]

Dr. João Roberto Gomes, Jr. MD
Medico - CRM 2165
CRM, ZEA 773025-9

Fortaleza.

$$\overline{28 \over 109 \over 12}$$



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DIST. MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA
FOTOLINA DE PARANÁ
AV. Carlos de Paula, 1117 - Maracá - CEP 60.110-000 - Fortaleza (CE) - Brasil
(85) 3101-1111



RECEITA

Autore: 10 de Jul

Síndrome Fatores Anticid e

potência em Ovario (C)

, Hb. Fatores (C) (Hb. Fatores)

- 2038-

DATA 11/03/12

Dr. Felipe D. Silva
Médico (a)
CRM 1384863

1384863



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA
HOSP. SIST. MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA
PROTEÇÃO DE TABAGARÁ
AV. Odebrecht, nº 1117 - Parque de Tabagará - CEP 60.729-000
Fortaleza-Ceará - Telefone: (85) 3131.1322



ATESTADO MÉDICO DE COMPARECIMENTO

Boletim de Emergência - CAD. 1038215

Atesto que o (a) Sr (a) ANTONIO AUGUSTO DA SILVA
foi atendido (a) nesta Unidade de Saúde no dia 22/02/12 às 14:31 hs.
Tendo como causa de socorro TRAUMA

Necessita de 01 dias de afastamento das suas funções para recuperação. Apresentando o seguinte diagnóstico (CID) Protrusão da Cartilagem

Intussuscepção

Observações: 1. Trauma

1. Facilitar (Zurro)

Fortaleza-Co. 24 de Febrero de 2012

[Assinatura]
Médico (a)

Obs.: Este atestado é válido para as finalidades previstas no art. 86 do R.G.P.S., aprovado pelo Decreto N.º 60.501 de 14/03/67, e será expedido para justificativa de 01 (um) a 15 (quinze) dias de afastamento.



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
HOSPITAL DIST. MARIA JOSÉ SARGENTIL DE OLIVEIRA
FRUTIMHA DE PAAIACABA
Av. Diogo de Barros nº 1117 - Pajuçara - CEP 60.720-001 - FORTALEZA, CE
Telefone: (81) 3111-7337



RECEITA

NOME

Antônio Alves da Silva

N

Px

Uso Interno

* Xefo

01 Caixa

Tomar 01 Comprimido de 12/12h

Por 07 dias

ORIENTAÇÕES

* RETORNAR DIA: 22 / 02 / 12 - Manhã () / Tarde ()

13 / 03 / 12 - Manhã (X) / Tarde ()

23 / 04 / 12 - Manhã (X) / Tarde ()

* DECLARO QUE O PACIENTE ACIMA COMPARECEU À
EMERGÊNCIA TRAUMATOLÓGICA DESTA HOSPITAL NO DIA
DE HOJE.

DATA 13 / 02 / 12

CRM Médico (a)

Assinatura

ATESTADO MÉDICO DE COMPARECIMENTO

Boletim de Emergência - CAD: 103XIC19

Atesto que o (a) Sr. (a) Lucia das Neves
 foi atendido (a) nesta Unidade de Saúde no dia 12 de dez de 2013 às 11 30 hs
 Tendo como causa de socorro Transtorno Obsessivo

Necessita de 20 dias de afastamento das suas funções para recuperação. Apresentando o seguinte diagnóstico (CID) S-542

Observações: 1. 1ª consulta
Transtorno Obsessivo

Fortaleza-Ce, 12 de dez de 2013



 CRM - Médico (a)

Obs.: Este atestado é válido para as finalidades previstas no art. 66 do R.G.P.S., aprovado pelo Decreto N.º 60.501 de 14/03/67, e será expedido para justificativa de 01 (um) a 15 (quinze) dias de afastamento.