



PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

OUTORGANTE: Antônio Gabinho da Silva, brasileiro(a), estado
civil Sócio, profissão Desenhador, inscrito(a) sob o CPF nº
047.874.023-90 e RG nº _____, residente e domiciliado na
Rua Pomar Rosas, nº 71, nº 518, Bairro Bonsucesso,
na cidade de Fortaleza, telefone (85) 9957-2309 abaixo firmado, nomeia e constitui o seu bastante
procurador judicial:
60.541-660

OUTORGADO: MÔNICA ALMEIDA DA SILVA, brasileira, divorciada, advogada devidamente inscrita na OAB-CE sob o nº **25.813**, sócia da **MÔNICA ALMEIDA SOCIEDADE INDIVIDUAL DE ADVOCACIA**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº **24.878.656/0001-70**, e no Registro de Sociedade de Advogados OAB/CE sob o nº **1219**, com endereço profissional, para onde deverão ser encaminhadas às intimações e notificações, Rua Professor Francisco Gonçalves, nº **1300**, Bairro Dionísio Torres, Fortaleza-Ceará, telefones:(85) 98834.5308.

PODERES: Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante acima qualificado nomeia e constitui seu bastante procurador o outorgado também supra qualificado, ao qual concede procuração para o foro em geral, com os poderes das cláusulas "**ad judicia e et extra judicia**", para sua representação e defesa, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, nos termos do artigo 5º, parágrafo 2º da Lei n.: 8.906/94, podendo portanto, promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, assinar termo, substabelecer com ou sem reserva de poderes, e praticar ainda, todos e quaisquer atos necessários e convenientes ao bom e fiel desempenho deste mandato.

Ficando acertado que o Outorgante pagará ao Outorgado o montante pecuniário correspondente a trinta por cento do valor recebido em face da intervenção judicial.

PODERES ESPECÍFICOS: A presente procuração outorga ao Advogado(a) acima descrito, os poderes para receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, desistir, transigir, renunciar o direito em que se funda a ação, **firmar compromissos e acordos, ratificar em Juízo, receber, dar quitação, receber alvará judicial, pedir justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica** requerer falência ou concordata, podendo, ainda, o outorgado, substabelecer, com ou sem reserva de iguais poderes.

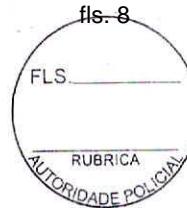
Fortaleza (CE), 10 de Julho de 2019.

Antônio Gabinho da Silva

OUTORGANTE



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO



Impresso nº 2018243398

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 5002 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **21/11/2018 16:14:48**
Data / Hora da Ocorrência: **13/10/2018 14:31:00**
Endereço da Ocorrência: **AVENIDA DUQUE DE CAXIAS, 560**
Complemento:
Bairro: **CENTRO** Município: **FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **ANTONIO GABRIEL DA SILVA**
Nascimento: **10/07/1989** CPF: **047.874.023-90**
RG: **2007009078159** Orgão Emissor: **SSP** UF:
Filiação: **ANTONIA DA SILVA**
N/C
Endereço: **RUA POMAR CARIOCA, 514 TV. POMAR CARIOCA, 71**
Bairro: **BONSUCESSO**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP: **60.000-000**
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98957-2309**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **HWI3524** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi:
9C2KC08105R852083 Renavam: **858353741** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CG 150 TITAN KS** Ano
Fabricação: **2005** Ano Modelo: **2005** Combustível: **GASOLINA** Cor:
PRETA Proprietário: **ANTONIO GABRIEL DA SILVA** Situação: **NÃO
INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

QUE, COMPARECE A ESTA ESPECIALIZADA A FIM DE REGISTRAR QUE, NA DATA CITADA, TRANSITAVA PILOTANDO A MOTO DE PLACA HWI-3524 NA AV. DUQUE DE CAXIAS QUANDO A VITIMA COLIDIU NA TRASEIRA DE UM CARRO DE PLACAS NÃO ANOTADAS, CAINDO A VITIMA NO ASFALTO, FICANDO LESIONADA SENDO SOCORRIDA PELO SAMU PARA O INSTITUTO DR. JOSE FROTA. E NADA MAIS DISSE./////////
OBS:COMUNICAÇÃO Falsa É CRIME CAPITULADO NO ART.340 DO CPB.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

FRANCISCO DELÂNIO CAMPELO ALMEIDA - MAT.: 404836-1-6

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

x Antônio gabriel da silva

VISTO DO DELEGADO(A) :

JOSE RODRIGUES JUNIOR - MAT.: 126788-1-9

05 FEV. 2019

07 MAR. 2019

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

Consolidado em: 21/11/2018 16:20:55

Pág. 1 de 1

Impresso em: 21/11/2018 16:20:55



INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA



Emitido em: 26/10/2018 10:12:35

Por: EDUARDO MOREIRA

Registro de Atendimento
Emergencial

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL				DATA/HORA: 13/10/2018 15:18:36	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE					
CNS: 702307199068318	NOME: ANTONIO GABRIEL DA SILVA			Registro: 5584811	
CPF: 04787402390	RG:	D. NASC: 10/07/1989	ESTADO CIVIL:	SEXO: M	RAÇA/COR: Parda
NOME DA MÃE: ANTONIA DA SILVA		NOME DO PAI: SEM INFORMAÇÃO			
TIPO DE LOGRADOURO: Rua		ENDERECO DO PACIENTE: SAO CARLOS	Nº: 71	BAIRRO: BOM SUCESSO	
COMPLEMENTO:		TELEFONE: 33152425, 989572309	MUNICÍPIO: FORTALEZA	UF: CE	CEP:
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL					
NOME: ANTONIO GABRIEL DA SILVA		PARENTESCO:	TELEFONE: 33152425		
ACIDENTE DE TRABALHO					
TIPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:	CÓDIGO DO CNAER:		
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO					
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motociclista, Acidente de transporte sem colisão. Inclui: capotamento, queda ou projeção de uma motocicleta					
QUEIXAS: PACIENTE, 29 ANOS, TRAZIDO PELO SAMU-USA COM HISTÓRIA DE TRAUMA CONTUSO NO CRANIO HÁ 01 HORA COM RELATO DE PERDA DE CONSCIÊNCIA					
OBSERVAÇÕES: TCE HISTÓRIA DE INCONSCIÊNCIA					
SINAIS VITais					
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Residência	Escala de Dor: Moderado	PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: AMARELO			
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:					
ATENDIMENTO MÉDICO					
Anamnese:					
Exame Físico:					
Conducta:					
TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO: <i>06/10/2018</i>					
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:					
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:					
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:			

05 FEV. 2019

01 MAR. 2019



INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

"24 horas de proteção à vida"

SM

Boletim de Emergência Reg.: 5584831

O Sr.(a) Antônio Gabriel da Silva

Foi atendido (a) neste Hospital no dia 13/10/18, às : h.

Tendo como causa do socorro Punho retum de punho

de molto volumoso essa fratura
de fêmur direito. Necrose de gordão.
E instabilitade por 30 dias

Observações:

Dr. Antônio Magalhães
 Médico Residente
 Ortopedista e Traumatologista
 CRM/CETRIVEC 19.187

Fortaleza, 13 de Outubro de 2018

Médico de Plantão - CRM: _____

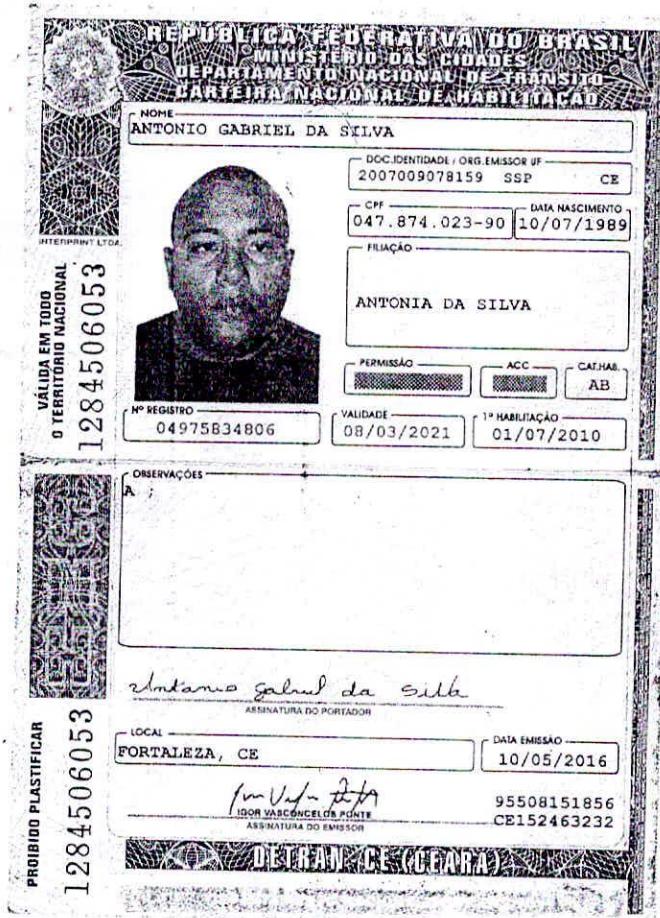
CPF: _____

Mais doc\Arq Word\CPDN Boletim de Emergência Reg.doc

*Caderno de
dia 16/10*

05 FEV. 2019

11 MAR. 2019



05 FEV. 2019

07 MAR. 2019



Nº de Inscrição:

010058680

DADOS DO CLIENTE

Nome: ANTONIO GABRIEL DA SILVA
 End. Leitura: RU POMAR CARIOSA, 518, 71, BONSUCESSO
 Cidade: FORTALEZA
 End. Entrega:
 Cidade:
 Local: 001 Setor: 029 Quadra: 0261 Lote: 0238 CEP:
 Subsetor: 00 Subquadra: 00 Comp:0000

CEP: 60541-660

ECONOMIAS

Residencial: 001	Comercial: 000	Industria: 000	Público: 000
------------------	----------------	----------------	--------------

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIDA

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volume(m³)	Média Semestral(m³)
ÁGUA	A08F465538	750	752	2	2

DATAS

Leitura Atual: 14/12/2018 Emissão: 14/12/2018 Lacre Água: 2702004
 Leitura Anterior: 14/11/2018 Próxima Leitura: 04/01/2019 Lacre Esgoto:

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 10/2018

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Exigidas	533	533	126	533	533
Analysadas	560	560	560	559	559
Em conformidade	552	557	553	545	559

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

MÉDIA DE CONSUMO(OUT/14 A SET/15): 6 m³ | META: 10 m³.

Agradecemos sua pontualidade. Água tratada e saude.

DIGITE ARCE NA PLAY STORE E BAIXE O APPLICATIVO DA ARCE.

DESCRICAÇÃO DOS SERVIÇOS	Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME		
		Mês/Ano	Água (m³)	Esgoto (m³)
ÁGUA	24,40	dez/17	5	4
ESGOTO	19,52	jan/18	7	5
		fev/18	4	3
		mar/18	3	2
		abr/18	3	2
		mai/18	4	3
		jun/18	3	2
		jul/18	4	3
		ago/18	2	1
		set/18	3	2
		out/18	1	0
		nov/18	0	0

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO		SUBSÍDIO	
Descrição	Valor (R\$)	Descrição	Valor (R\$)
PIS	0,42	VALOR DO SERVICO	68,30
COFINS	2,09	VALOR DO SUBSÍDIO	24,38
		VALOR TOTAL A PAGAR	43,92
MÊS/ANO		VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
12/2018		04/01/2019	43,92

I:357015053499171 L:1845 H:09:32:15 R:081 P:001

ONDE PAGAR SUA FATURA

Bancos: Bradesco, BNB, Itaú, BIC, Banco do Brasil, Caixa Econômica Federal, Santander, Triângulo. Outros: PagFácil. A Cagece disponibiliza o serviço de débito em conta de sua fatura. Ative já este serviço. Consulte sua agência.

Central de Atendimento
Cagece
0800 275 0195

Cagece
MOBILE

consumidor.gov.br
É seu E-mail Particular
consumidor@consumidor.gov.br



É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme resoluções das Agências Reguladoras.
 Entidades Reguladoras: Fortaleza: ACPOR – Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental: 0800 285 1919. Demais localidades: ARCE – Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará: 0800 275 3838. Ouvidoria estadual: 155. Site da ARCE: www.arce.ce.gov.br.
 Mais informações pelo telefone: 0800 275 0195, nas lojas de atendimento, de 8h às 17h, no site www.cagece.com.br ou na Ouvidoria da Cagece: 3101.1918, de 8h às 12h e 13h às 17h.



Fatura Mensal
Via do agente
arrecadador

05 FEB. 2019

DADOS DO CLIENTE		357015053499171 - 1845				Mês/2018	
Inscrição:	010058680	Código de Responsável:					
Local: 001	Setor: 029	Quadra: 0261	Lote: 0238	Comp: 0000			
	Subsetor: 00	Subquadra: 00					
Cidade: FORTALEZA	Vencimento:	04/01/2019	Total (R\$):	43,92			



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

fls. 13

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMIS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:		
	047.874.023-90	ANTONIO GABRIEL DA SILVA		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
Nome completo:		CPF:		
Profissão: RECUSO	Endereço: K- POMAR CARIOCA	Número: 518	Complemento: CEASA	
Bairro: BONSUCESSO	Cidade: FORTALEZA	Estado: CEARA	CEP: 60543-660	Tel.(DDD): (85)98857-2309
E-mail: NÃO TENHO				

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:

- RECUSO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

- CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **4690** CONTA: **3845** **3**
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

- CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo / Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos:
 Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data, **FORTEALEZA - 04 - 02 - 2019**

Nome: _____

CPF: _____

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

05 FEV. 2019

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



Prefeitura de
Maranguape



RECEITUÁRIO MÉDICO

Dr. MONIQUE GABRIEL DA SILVA

SOLICITO 35 SESSÕES

DE FISIOTERAPIA

Dr. Edilsonme de Castro
Médico
CRM/CE N° 15.901

09/11/18

ASS.

4 / MAR. 2019

Declaracão

Declaro para os devidos fins que o paciente
Antônio Fabrício da Silva de nº: 2007009078159 e
Cpf: 047874023-90 mulher 35 anos de fisioterapeuta
motorista dirigindo a um paciente de classificação
a D. Paciente mulata bastante doente e limitado nos
movimentos e braçs. Foi indicado ultrassom p/ varizes
de forca e axilas e amplitude dos movimentos
com o objetivo que o mesmo melhorasse suas
AUD's.

Dra. Ana Bandeira
CRM-CE 12340-F


Fortaleza 23 de junho de 2019