



Mônica Almeida
ADVOCACIA

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

OUTORGANTE: Antonio Gabriel da Silva brasileiro(a), estado
civil SOLTEIRO, profissão DESEMPREGADO inscrito(a) sob o CPF nº
047.879.023-90 e RG nº 71, residente e domiciliado na
Rua Pompeu Carriões nº 518, Bairro Bonsucesso,
na cidade de Fortaleza, telefone 8957-2309 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 judicium e et extra judicium", para sua representação e defesa, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, nos termos do artigo 5º, parágrafo 2º da Lei n.º 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 201 9.

Antonio Gabriel da Silva

OUTORGANTE

Fortaleza-CE

85 98834.5308 | monicaalmeida.adv@gmail.com



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA 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. JOSÉ 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:

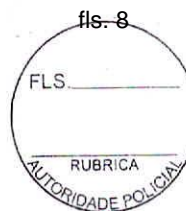
Antonio Gabriel da Silva

VISTO DO DELEGADO(A) :

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

05 FEV. 2019

07 MAR. 2019





INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

Registro de Atendimento Emergencial



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

Por: EDUARDO MOREIRA

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	ENDEREÇO DO PACIENTE: SÃO 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:			COSIDO 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 CRÂNIO 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:							
Conduta:							
<div style="text-align: center;"> </div>							
TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:							
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:							
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:							
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:				CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:			

05 FEV. 2019

07 MAR. 2019



INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

"24 horas de proteção à vida"

do punaros

Sm

Boletim de Emergência Reg.:

5584831

O Sr.(a)

Antônio Gabriel de Sales

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

Tendo como causa do socorro

Prontidão natural de socorro
de muito valimento e as fraturas
de ossos do dente. Necessidade de gesso
e trabalho por 30 dias

Observações:

Dr. Antônio Magalhães
Médico Dentista
Ortopedia Traumatologia
CRM-19.137

Fortaleza, 13 de Outubro de 2018

Médico de Plantão - CRM:

CPF:

Meus doc's Word/CPL Boletim de Emergência Reg.doc

cancelado
dia 16/10

05 FEV. 2019

07 MAR. 2019

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
ANTONIO GABRIEL DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
2007009078159 SSP CE

CPF
047.874.023-90

DATA NASCIMENTO
10/07/1989

PRIMAÇÃO
ANTONIA DA SILVA

PERMISSÃO
ACC CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO
04975834806

VALIDADE
08/03/2021

1ª HABILITAÇÃO
01/07/2010

OBSERVAÇÕES
A ;

Antonio Gabriel da Silva
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
FORTALEZA, CE

DATA EMISSÃO
10/05/2016

Isor Vasconcelos Ponte
ASSINATURA DO EMISSOR

95508151856
CE152463232

PROIBIDO PLASTIFICAR
1284506053

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1284506053

DETALHE C (CEARA)

05 FEV. 2019

07 MAR. 2019



Nº de Inscrição:

010058680

DADOS DO CLIENTE

Nome: ANTONIO GABRIEL DA SILVA

End. Leitura: RU POMAR CARIOCA, 518, 71, BONSUCESSO

CEP: 60541-660

Cidade: FORTALEZA

End. Entrega:

CEP:

Cidade:

Comp: 0000

Local: 001

Setor: 029

Quadra: 0261

Lote: 0238

Subsetor: 00

Subquadra: 00

ECONOMIAS

Residencial: 001

Comercial: 000

Industria: 000

Público: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	VOLUME (m³)	Média Semestral (m³)
AGUA	A08F465538	750	752	2	2

DATAS

Leitura Atual: 14/12/2018

Emissão: 14/12/2018

Lacre Água: 2702004

Leitura Anterior: 14/11/2018

Proxima Leitura: 14/01/2019

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
Analisadas	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 saúde.

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

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

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO	Valor (R\$)	SUBSÍDIO	Valor (R\$)
Descrição	Valor (R\$)	Descrição	Valor (R\$)
PIS	0,42	VALOR DO SERVIÇO	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

MOBILIZ

É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme resoluções das Agências Reguladoras. Entidades Reguladoras: Fortaleza: ACFOR – 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.

consumidor.gov.br

E seu. É fácil. Por favor, registre-se.

155

OUVIDORIA DO ESTADO



Fatura Mensal

Via do agente arrecadador

05 FEV. 2019

DADOS DO CLIENTE

357015053499171 - 1845

Inscrição: 010058680

Código de Responsável:

Mês/Ano:

Local: 001

Setor: 029

Quadra: 0261

Lote: 0238

Comp: 0000

Subsetor: 00

Subquadra: 00

Cidade: FORTALEZA

Vencimento: 04/01/2019

Total (R\$): 43,92

82680000000 0 43920009000 9 01005868001 7 01006922015 9



Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (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: ANTONIO GABRIEL DA SILVA CPF: 047.874.023-90

Profissão: RECUSO Endereço: K-POMAR CARIOCA Número: 518 Complemento: CASA

Bairro: BOUSUCESSO Cidade: FORTALEZA Estado: CEARÁ CEP: 60541-660

E-mail: NÃO TENHO Tel.(DDD): (85)98957-2309

DADOS CADASTRAIS

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

RENDA MENSAL:

☒ 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 OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 4690 CONTA: 3845 3

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder 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 Líder 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.

INVALIDEZ PERMANENTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles 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, FORTALEZA - 04 - 02 - 2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

05 FEV. 2019

(*) 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



H.M.A.B.H.
Hospital Municipal Dr. Argemiro Borges F. Costa

RECEITUÁRIO MÉDICO

A ~~ATENÇÃO~~ GABRIEL DA SILVA

SOLICITO 35 SESSÕES

DE FISIOTERAPIA

Dr. Guilherme de Castro
Médico de:
CREMEC N.º 15.901

09/11/18

ASS: J

47 MAR. 2019

Relatório

Relatório para os devidos fins que o paciente Antônio Gabriel da Silva de Rf: 2007009078159 e Cpf: 047874023-90 malixen 35 anos de idade, nascido no dia 23 de maio de 1983, a uma prótese de classificação D. Paciente muito bom e limitado no movimento e força. Foi realizado exame pl. para de força e amplitude de movimento com o objetivo que o mesmo entregue o seu AUD's.

Dra. Anna Bandeira
Fisioterapeuta
CRP-128349-F

Foi realizado 23 de maio de 2019