

PROCURAÇÃO

NOME: <u>JOÃO AFONSO MAGALHÃES</u>	
RG: <u>2008099241856</u>	CPF: <u>093.088.143.53</u>
NACIONALIDADE: <u>BRAS</u>	ESTADO CIVIL: <u>CASADO</u> PROFISSÃO: <u>AGRICULTOR</u>
RESIDÊNCIA: <u>QU CAMARA DOS BASÍLIOS</u>	
CIDADE: <u>BOA VIMAGEM</u>	ESTADO: <u>CEARA</u> CEP: <u>63880-000</u>

OUTORGADO: Dra. Ana Maria Albuquerque Machado, brasileira, divorciada, advogada, inscrita na OAB/CE sob o nº 10.338, com escritório na cidade de Monsenhor Tabosa-Ce, na Rua João Pamplona, nº 05, Centro. Fone: (88) 36961566.

PODERES: Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante nomeia e constitui, os outorgados, suas bastantes procuradores, conferindo-lhe 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 de 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; 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 audiências e perícias médicas, em nome do outorgante, enfim todos os poderes necessários para o cumprimento amplo do objeto do presente mandato.

MONS. TABOSA /Ce. 03/ Junho /2019

João Afonso Magalhães

Outorgante

DECLARAÇÃO DE POBREZA

NOME: <u>JOÃO AFONSO MAGALHÃES</u>		
RG: <u>1008099241856</u>	CPF: <u>093.088.143-53</u>	
NACIONALIDADE: <u>BRAS</u>	ESTADO CIVIL: <u>CASADO</u>	PROFISSÃO: <u>AGRICULTOR</u>
RESIDÊNCIA: <u>PU CAMARA DOS BASÍLIOS</u>		
CIDADE: <u>BOA VIAGEM</u>	ESTADO: <u>CEARA</u>	CEP: <u>63870-000</u>

DECLARO para os devidos fins que possuo hipossuficiência financeira, não possuindo condições de arcar com custas processuais e honorários advocatícios sem prejudicar o meu sustento próprio e o de minha família, consoante o que dispõe a LEI nº 13.105 de 16 de março de 2015 do Novo Código de Processo Civil.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

MONS. TABOSA /Ce., 03/ Junho/ 2019.

João Afonso Magalhães

Declarante

DECLARAÇÃO

NOME:	João Afonso Magalhães		
RG:	2008099241856	CPF:	093.088.143-53
NACIONALIDADE:	BRAS	ESTADO CIVIL:	CASADO
PROFISSÃO:	Agricultor		
RESIDÊNCIA:	PU CAMARA DOS BASILIOS		
CIDADE:	BOA VIAGEM	ESTADO:	CEARA
CEP:	63870-000		

DECLARO que resido no endereço acima citado e forneço os 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.

MONS. TABOSA /Ce., 03/5unho/2019

João Afonso Magalhães

Declarante

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO

NOME: <u>JOÃO AFONSO MAGALHÃES</u>
RG: <u>2008099241856</u> CPF: <u>093.088.143.53</u>
NACIONALIDADE: <u>BRAS</u> ESTADO CIVIL: <u>CASADO</u> PROFISSÃO: <u>AGRICULTOR</u>
RESIDÊNCIA: <u>RU CAMARA DOS BASILIOS</u>
CIDADE: <u>BOA VIZAGEM</u> ESTADO: <u>CEARA</u> CEP: <u>63870-000</u>

Doravante denominada **CONTRATANTE**, e de outro lado, **Dra. Ana Maria Albuquerque Machado**, brasileira, divorciada, advogada, inscrita na OAB/CE sob o nº 10.338, com escritório na cidade de Monsenhor Tabosa-Ce, na Rua João Pamplona, nº 05, Centro. Fone: (88) 36961566., doravante denominada **CONTRATADO**, ajustam o seguinte:

PRIMEIRO: O **CONTRATADO** se obriga a prestar serviços advocatícios ao **CONTRATANTE**, na defesa dos direitos deste, no que diz respeito a promover todas as medidas judiciais cabíveis contra as seguradoras conveniadas a FENASEG referentes exclusivamente a propositura de Ação de recebimento de seguro DPVAT;

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 óbito, 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 serão devidos, a título de honorários advocatícios, o valor correspondente a 30% (TRINTA POR CENTO) do benefício patrimonial conseguido com 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 da ação ou nenhum valor seja recebido pelo contratante, nada será devido por esse ao contratado, se responsabilizando o contratante por todo ou qualquer ônus sucumbencial de houver.

Parágrafo Segundo: Os honorários de sucumbência são exclusivamente do advogado, não podendo ser descontados os percentuais recebidos no valor do presente contrato.

QUARTO: O **CONTRATADO** 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 o **CONTRATADO** qualquer modificação de seu endereço. E, por estarem assim justos e contratados, firmam o presente contrato em três vias de igual teor para a mesma finalidade, para que se produzam efeitos legais e jurídicos.

MONS. TABOSA -Ce, 03 de Junho de 2019.
João Afonso Magalhães _____
 Contratante Contratado

Testemunha: _____

Ana Maria Albuquerque
 OAB-CE 10.338

	GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
	SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
	POLÍCIA CIVIL
	UNIDADE POLICIAL DE CARIDADE/CE

BOLETIM DE OCORRÊNCIAS B.O.

➤ DADOS DA OCORRÊNCIA

NATUREZA DO FATO: ACIDENTE DE TRÂNSITO

Nº B.O.: 0756/2017

DATA/HORA DA COMUNICAÇÃO: 01/09/2017 às 9h:15 min.

DATA/HORA DA OCORRÊNCIA: 22/06/2017 às 8:00 hs.

ENDEREÇO DA OCORRÊNCIA: LOCALIDADE CAMARÁ DO BASÍLIO - BOA VIAGEM/CE



HISTÓRICO: O queixoso informa que no dia e hora acima citados, que encontrava-se pilotando a motocicleta de marca HONDA/CG 125 FAN KS, placa OCQ 323E/CE, ano 2011/2012, cor VERMELHA, chassi 9CZJC4110CR44353E, licenciada em nome de FRANCISCO MONTEIRO DA LUZ, relata que saía de sua residência e ia com destino ao trabalho, quando no meio do trajeto, ia subindo um alto, quando foi trocar de marcha, perdeu o controle da motocicleta e veio a cair ao solo, a vítima foi socorrido para o Hospital e Maternidade Francisquinha Farias Leitão em Monsenhor Tabosa e logo em seguida foi transferido para o Hospital em Sobral com lesão no punho direito, onde passou por 2 duas intervenção cirurgicas. NADA MAIS DISSE, E NEM LHE FOI PERGUNTADO, ONDE VAI DEVIDAMENTE ASSINADO.

➤ DADOS DA VITIMA (A).

NOME: JOÃO AFONSO MAGALHÃES

RG: 2008009241856 SSPDS/CE

CPF: 093.088.143-53

DATA DE NASCIMENTO: 04/09/1948

FILIAÇÃO: Higinio Pasciencia Magalhães
Raimunda Alves Magalhães

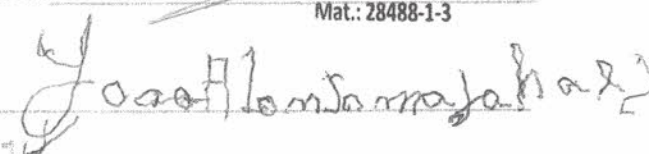
ENDEREÇO: Pq Camará dos Basilio - Guia - Boa Viagem/Ce.

SERVIDOR RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

MATRÍCULA: 28488-1-3


Cláudio Sérgio Landim Barrocas
Chefe da Unidade Policial
Mat.: 28488-1-3

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:


João Afonso Magalhães

	GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
	SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
	POLÍCIA CIVIL
	UNIDADE POLICIAL DE CARIDADE/CE

BOLETIM DE OCORRÊNCIAS B.O.

➤ DADOS DA OCORRÊNCIA

NATUREZA DO FATO: ACIDENTE DE TRÂNSITO

Nº B.O.: 0756/2017

DATA/HORA DA COMUNICAÇÃO: 01/09/2017 às 9h:15 min.

DATA/HORA DA OCORRÊNCIA: 22/06/2017 às 8:00 hs.

ENDEREÇO DA OCORRÊNCIA: LOCALIDADE CAMARÁ DO BASÍLIO - BOA VIAGEM/CE



HISTÓRICO: O queixoso informa que no dia e hora acima citados, que encontrava-se pilotando a motocicleta de marca HONDA/CG 125 FAN KS, placa OCQ 323E/CE, ano 2011/2012, cor VERMELHA, chassi 9C2JC4110CR44353E, licenciada em nome de FRANCISCO MONTEIRO DA LUZ, relata que saía de sua residência e ia com destino ao trabalho, quando no meio do trajeto, ia subindo um alto, quando foi trocar de marcha, perdeu o controle da motocicleta e veio a cair ao solo, a vítima foi socorrido para o Hospital e Maternidade Francisquinha Farias Leitão em Monsenhor Tabosa e logo em seguida foi transferido para o Hospital em Sobral com lesão no punho direito, onde passou por 2 duas intervenção cirurgicas. NADA MAIS DISSE, E NEM LHE FOI PERGUNTADO, ONDE VAI DEVIDAMENTE ASSINADO.

➤ DADOS DA VITÍMA (A).

NOME: JOÃO AFONSO MAGALHÃES

RG: 2008009241856 SSPDS/CE

CPF: 093.088.143-53

DATA DE NASCIMENTO: 04/09/1948

FILIAÇÃO: Higinio Pasciencia Magalhães
Raimunda Alves Magalhães

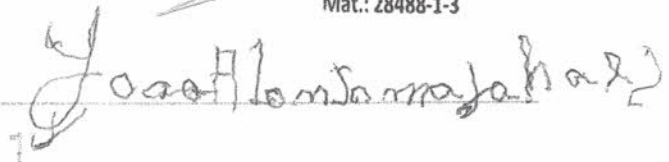
ENDEREÇO: Pq Camará dos Basílio - Guia - Boa Viagem/Ce.

SERVIDOR RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

MATRÍCULA: 28488-1-3


Cláudio Sérgio Landim Barrocas
Chefe da Unidade Policial
Mat.: 28488-1-3

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:


1

Nº DO CLIENTE

1757535-4

Para agilizar seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 150

CEP 60135 040 | Fortaleza CE

CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3



CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº

Rota

Nome 37 36042 01 249000 - 9

Data de Emissão

478685024

24/05/2017

End. Postal MARIA LUCIA DE SOUSA MAGALHAES

PV CAMAR?? DOS BAS??LIOS 000000

GUIA - BOA VIAGEM - 63870000

Medidor

8545954

Poste

Classe

04 - RURAL MONOFASICO

Fator de Potência 9999 B24W

RG / CPF / CNPJ

848745113-68

CGF

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência	Data da Apresentação	Previsão Próxima Leitura
Mai/2017	23/06/2017	23/06/2017

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
ISENTO		

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

F496 5305 0998 F005 5026 8028 48F3 0D21

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. Fat.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
24010	23882	1,00	128	0,00	128	0,37691	48,24
24/05/17	24/04/17		30 DIAS		128		48,24

VALOR CONSUMO DO MES

48,24

DEV. IMPORTE FAT. A MAIOR S/ICMS

-0,13

COB. SALDO FATURA ANTERIOR

11,65

ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 4,11)

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunta

Mês

BOA VIAGEM

Mar/2017

EUSD 22,29

Padrão Individual			Apuração Individual		
Mensal	Trím.	Anual	Mensal	Trím.	Anual
10,58	21,17	42,34	5,03	5,50	0,00
7,67	15,34	30,69	2,00	3,00	0,00
5,68			4,66		



Prefeitura de
Monsenhor Tabosa
Estado do Ceará

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE PACIENTE EXTERNO

HOSPITAL E MATERNIDADE FRANCISQUINHA FARIAS LEITÃO.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

fls. 15

Horário: _____

Atendente: Renato

DATA: 22/06/19

CARTÃO SUS: 209514431910007

1. NOME: João Afonso Magalhães RG: 200800924

Estado Civil: Casado Sexo: M Data Nas: 04/09/48 Idade: 67

Naturalidade: B.V Profissão: Aposentado

Procedência: Zona Rural Residência: Câmara dos Basílios

Filiação: Higino Pasciencia Magalhães / Raimundo Alves Magalhães

2. QUEIXA PRINCIPAL: - Pr. ulceração de pele
- Corte entre os dedos do pé

HISTÓRIA ATUAL:

4. PESO: 70 KG 5. P.A.: 120 X 6. TEMPERATURA: _____

7. EXAMES SOLICITADOS: _____

Kleber S. Caceres Morales
MÉDICO
CRM-CE 12959

FABIANO DE SOUZA MAGALHÃES

Ass. do Paciente ou Responsável

Ass. do Médico



VÁLIDO SOMENTE COM
SELO DE AUTENTICIDADE

DATA	RUBRICA
<u>22/06/19</u>	<u>Ref. a...</u>
<u>22/06/19</u>	<u>Kleber S. Caceres Morales</u> MÉDICO CRM-CE 12959
<u>22/06/19</u>	CARTÓRIO LEITÃO COMARCA DE MONSENHOR TABOSA - CE MÁRIA DE FÁTIMA LEITÃO DAMASCENO Tribunal PEL BRUNO LEITÃO DAMASCENO Escritor de Cartório ANA JARDILINA S. DA SILVA MÊSQUITA Escritor de Cartório Av. Rondonio Melo, 182 Centro Monsenhor Tabosa - CE - Fone/Fax 08-3664047
<u>22/06/19</u>	AUTENTICAÇÃO A presente cópia contém como original que me foi apresentado. Dou Fé Monsenhor Tabosa, 18/08/19 Mônica de Fátima Rufino da Silva Carta de Escritor de Cartório Tribunal de Justiça do Estado do Ceará



VÁLIDO SOMENTE COM
O SELO DE AUTENTICIDADE



Dr. Anderson Vieira Oliveira Sampaio
Fisioterapeuta

Contato: (85) 9-9634-8580

DECLARAÇÃO

A vítima João Afonso Magalhães
sofreu acidente automobilístico na
data de dia 22/06/17, no qual
teve uma fratura na mão
direita, perdendo 75% do movimento
do punho direito, e perdendo
75% do movimento dos dedos
da mão direita, e o membro
está de alta definitiva

João Afonso Magalhães
Assinatura Paciente

Anderson Sampaio
Fisioterapeuta
REFITO - 240264/F

Data: 24/10/2017

Carimbo e Assinatura
CREFITO - 240264/F

SINISTRO 3170539295 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA JOAO AFONSO MAGALHAES

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO Sabemi Seguradora S/A-Filial Fortaleza-CE

BENEFICIÁRIO JOAO AFONSO MAGALHAES

CPF/CNPJ: 09308814353

Posição em 29-10-2019 16:13:47

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R\$00.000,00

Juros e Correção: R\$00.000,00

Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
06/03/2018	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50