



Rua Senhor de Castro, nº 49-A, Centro
Barreira - CE. Cep: 62795-000

(85) 98205-6900



PROCURAÇÃO PARA A CLÁUSULA AD JUDICIA "ET EXTRA"

OUTORGANTE: ADRIANO DA SILVA SALES

Nacionalidade: BRASILEIRO

Estado Civil: SOLTEIRO

Profissão: GARI

Rg: 2002015100372, SSP-CE

CPF: 663.851.993-04

Endereço: RUA LEANDRO GOMES COSTA, 1447, CENTRO, PIMENTAL, CEP: 62960-000

Email:

Telefone:

OUTORGADOS: DIEGO VICTOR LOBO SILVEIRA, inscrito na OAB/CE sob nº 25.815, e JONATHAN BEZERRA DOS SANTOS, brasileira, casado, inscrito na OAB/CE sob o nº 34.128, ambos com telefone profissional (85) 98205-6900, endereço eletrônico advocaciadiegossilveira@gmail.com, domicílio profissional situado na Rua Senhor de Castro, nº 49-A, Centro, Barreira – CE, CEP: 62795-000 e Av. Washington Soares, nº 800, Patrolino Ribeiro, Fortaleza – CE.

PODERES: Para o foro em geral, conforme estabelecido no artigo 105 do Código de Processo Civil, e os especiais para transigir, firmar acordos, receber valores em processos judiciais, dar quitação, receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, desistir, renunciar ao direito sob o qual se funda a ação, recorrer, fazer acordo, firmar compromisso, substabelecer, renunciar, recorrer a quaisquer instâncias e tribunais, podendo operar em conjunto ou separadamente, dando tudo por bom e valioso, bem como para receber alvarás judiciais para levantamento de valores perante quaisquer órgãos e instituições bancárias, podendo para tanta tais alvarás judiciais serem expedidos em favor dos outorgados e assinar declaração de hipossuficiência econômica, devendo os outorgados adotarem todos os atos necessários ao cumprimento do múnus assumido junto ao outorgante.

Para que surta os jurídicos e legis efeitos, ao final, o outorgante firma a presente.

Fortaleza/CE, 02 de JULHO de 2020.

ADRIANO DA SILVA SALES



Rua Senhor de Castro, nº 49-A, Centro
Barreira - CE, Cep: 62795-000

(85) 98205-6900



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Declarante:

Nome: ADRIANO DA SILVA SALES

Nacionalidade: BRASILEIRO

Estado Civil: SOLTEIRO

Profissão: GARS

Rg: 2002015100372, SSP-CE

CPF: 663.851.993-04

Endereço: R. LEANDRO GOMES COSTA, 1447, CENTRO, PINDORETAMA, CEP: 62860-000

Email:

Telefone:

Declaro para os devidos fins de Direito nos termos do art. 98 do NCPD que não tenho condições de arcar com o pagamento de despesas processuais sem comprometer a minha sobrevivência.

Para que surta os jurídicos e legais efeitos, ao final, o outorgante firma a presente.

Fortaleza-CE, 02 de JULHO de 2020.

ADRIANO DA SILVA SALES

Assinatura do Declarante

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2002015100372 DATA DE EXPEDIÇÃO 3/10/2002

NOME ADRIANO DA SILVA SALES

FILIAÇÃO CARLITO MOURA SALES E FRANCISCA DA SILVA SALES

NATURALIDADE CASCATEL-CE

DATA DE NASCIMENTO 15/5/1979

DCC ORIGEM CERT. NASC. 9172 L A09 F

102 PINDORETAMA/CE

ID. 301345696

LEI Nº 7.116 DE 25/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

POLÍCIA DEPARTAMENTAL

ADRIANO DA SILVA SALES

CARTEIRA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número 663.851.993-04

Nome ADRIANO DA SILVA SALES

Nascimento 15/05/1979

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

fls. 13

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: **663.851.993-04** 4 - Nome completo da vítima: **ADRIANO DA SILVA SALES**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: **ADRIANO DA SILVA SALES** 6 - CPF: **663.851.993-04**
7 - Profissão: **AUTÔNOMO** 8 - Endereço: **RUA LEANDRO GOMES COSTA** 9 - Número: **1447** 10 - Complemento:
11 - Bairro: **CENTRO** 12 - Cidade: **PIM DORETANA** 13 - Estado: **CEARA** 14 - CEP: **6286000**
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): **(85) 988573375**

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

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

AGÊNCIA: **1958** **13** CONTA: **00026207** **6**
(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 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.

22 - 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- ☒ 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - 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.

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, _____

ADRIANO DA SILVA SALES
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por JONATHAN BEZERRA DOS SANTOS e TRIBUNAL DE JUSTICA DO ESTADO DO CEARA, protocolado em 07/07/2020 às 16:12, sob o número 02371031720208060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0237103-17.2020.8.06.0001 e código 6CE7728.

3200115334



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CML
DELEGACIA MUNICIPAL DE PINDORETAMA
Impressão nº 2020190438



BOLETIM DE OCORRENCIA Nº 573 - 373 / 2020

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **05/03/2020 13:23:27**
Data / Hora da Ocorrência: **23/06/2019 14:35:00**
Endereço da Ocorrência: **AV VALE ALBINO, CENTRO - PINDORETAMA/CE**
Ponto de Referência: **POSTO ABN**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **ADRIANO DA SILVA SALES**
Nascimento: **15/05/1979** CPF: _____
RG: **2002015100372** Órgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **FRANCISCA DA SILVA SALES**
CARLITO MOURA SALES
Endereço: **RUA LEANDRO GOMES COSTA, 1447 CASA**
Bairro: **CENTRO**
Município: **PINDORETAMA/CE** CEP: _____
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 99122-8294**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **01H6954** Uf: **CE** Município: **PINDORETAMA** Chassi: **9C2KC1650CR551238** Renavam: **471953377** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 150 TITAN ESD** Ano: **2012** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **PRETA** Proprietário: **EDUARDO HOLANDA LIMA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolgimento: **NORMAL**

Histórico

QUE ESTAVA PILOTANDO A MOTO DE PLACA 01H-6954, EM NOME DE EDUARDO HOLANDA LIMA, QUANDO UM VEICULO NÃO IDENTIFICADO REALIZOU UMA MANOBRÁ INDEVIDA E FREIO BRUSCAMENTE NA FRENTE DO DECLARANTE; QUE NÃO DEU TEMPO DESVIAR E ACABOU COLIDINDO NA TRASEIRA DO VEICULO; QUE FOI SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADO PARA INSTITUTO DOUTOR JOSE FRDIA COM FRATURA NA TIBIA DA PERNA DIREITA; QUE DIANTE O EXPOSTO PROCUROU ESTA DPC PARA COMUNICAR O OCORRIDO.

DELEGACIA DESTINUI: DELEGACIA MUNICIPAL DE PINDORETAMA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: _____

"ESCRIVÃO AD HOC" - MAT.: _____

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: **ADRIANO DA SILVA SALES**

VISTO DO DELEGADO(A): _____

ALESSANDRA ALBUQUERQUE GUEDES - MAT.: 301193-2-0

DELEGACIA MUNICIPAL DE PINDORETAMA

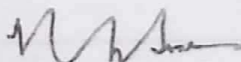
Página 1 de 1



CERTIDÃO NARRATIVA

CERTIFICAMOS, em virtude da faculdade que nos é conferida por lei e, tendo em vista requerimento por escrito da parte interessada, que o **SAMU 192 CEARÁ** realizou atendimento pré hospitalar ao **Sr. ADRIANO DA SILVA SALES**, portador do RG n.º 2002015100372, SSP-CE, inscrito no CPF n.º 663.851.993-04, no dia 23/06/2019 às 14h35, no Município de Pindoretama-CE, na Avenida Vale Albino, Bairro Centro, vítima de acidente de trânsito, colisão entre carro e motocicleta, sendo removido para o **hospital local** e em seguida para o **IJF – Instituto Doutor José Frota**. E para constar eu, _____ Eliete Gomes Pereira Loiola, Assessora Técnica, lavrei a presente Certidão, a qual vai datada e assinada por **MARIA DAS GRAÇAS TORRES, ASSESSORA EXECUTIVA**.

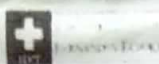
Eusébio, 13 de agosto de 2019.


Maria das Graças Torres
ASSESSORIA EXECUTIVA

SAMU 192 CEARÁ
Rua da Paz nº 29 e 30 - Centro Eusébio - CE
Fone: (85) 3433 7434

Registro de Atendimento Emergencial

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL				DATA/HORA: 23/06/2019 15:19:46	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE					
CNS: 705600449866513	NOME: ADRIANO DA SILVA SALES			Registro: 5622867	
CPF: 66385199304	RG: 2002015100372	D. NASC: 15/05/1979	ESTADO CIVIL:	SEXO: M	RAÇA/COR: Branca
NOME DA MÃE: FRANCISCA DA SILVA SALES			NOME DO PAI: CARLITO MOURA SALES		
TIPO DE LOGRADOURO: Rua	ENDEREÇO DO PACIENTE: MANUEL RIBEIRO		Nº: 1080	BAIRRO: CENTRO	
COMPLEMENTO:	TELEFONE: 992521452	MUNICÍPIO: PINDORETAMA	UF: CE	CEP: 62860000	
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL					
NOME: FABIANA - SAMU CEARA USB 110, COND. MARCELO		PARENTESCO:		TELEFONE:	
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, Colisão com um carro, pick up ou camionete					
QUEIXAS: PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU, RELATO DE COLISÃO MOTO X CARRO, ABRASÃO EM REGIÃO FRONTAL DACABEÇA. FRATURA EXPOSTA EM					
OBSERVAÇÕES: MTD (TIBIA E FIBULA), LACERAÇÃO EM PÉ DIREITO.					
SINAIS VITAIS					
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Publica	Escala de Dor: Moderado	PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: AMARELO			
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:					
ATENDIMENTO MÉDICO					
Anamnese:					
Exame Físico:					
Conduta:					
TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:					
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:					
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:					
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:			



HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES TÁVORA
SOLICITAÇÃO DE CÓPIA DE DOCUMENTO



2ª Via - Solicitante

Senhor Diretor,

ADRIANO DA SILVA SALES, portador do(a) RG nº 2002015100372, residente e domiciliado em PINDORETAMA/CE no(a) RUA LEANDRO GOMES, 1447 - CENTRO, vem, pela presente, solicitar à esta instituição de saúde, a cópia do(a) PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO, datada de 26/06/2019.

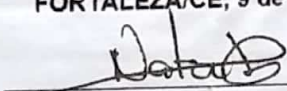
Motivo: SOLICITAÇÃO DE DPVAT.

Entrega prevista para 23/04/2020

FORTALEZA/CE, 9 de Março de 2020

Atendente

9 de Março de 2020


MÁRIA NATALY DE SOUSA

****NÃO ESQUECER DE TRAZER ESTA VIA PARA RETIRADA DO DOCUMENTO****

Avenida Francisco Sá, 5445 - Bairro Álvaro Weyne - Fortaleza/CE CEP 60310-002

Nexcon © 2015 SARAH Vt 3540



H O S P I T A L
FERNANDES TÁVORA

Atestado médico

Atestado médico de Adilson
e fle sal, 40s, e
o teste de Reginal. Guedes
e Gene Q, Ste d
Atte Honorário de
alprando

09030

CLÁUDIO EUGENIO
SERGIO DE MOURA
CRM 12.1078

Instituto Clínico de Fortaleza S/C Ltda.
Av. Francisco Sa, 5445 - Álvaro Weyne - Fortaleza - CE. CEP 60.310-002
Fone/Fax: (85) 3228.2555
www.hospitalfernandestavora.com.br
E-mail: hospitalfernandestavora@gmail.com

MODELO 4

Rio de Janeiro, 29 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200112551

Vítima: ADRIANO DA SILVA SALES

Data do Acidente: 23/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ADRIANO DA SILVA SALES

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

inferiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

Recebedor: ADRIANO DA SILVA SALES

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 104

Agência: 000001958

Conta: 0000026207-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

