



NAJMA SAID

Advocacia e Consultoria

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE	ANTONIO MARCOS HOLANDA DA SILVA		
NACIONALIDADE	BRASILEIRA	NATURAL	
RG	2000010225936	ESTADO CIVIL	SOLTEIRO
CPF	913.159.133-72	PROFISSÃO	VENDEDOR
ENDEREÇO	AV. VALPARAISO DO CONS. PALMEIRAS, 594		
BAIRRO	CONJUNTO PALMEIRAS	CEP	60410-000
MUNICIPIO / UF	FORTALEZA - CEARA		
FONES	(85) 199825.1428 / 3269.4704		
E-MAIL	rc.527310@gmail.com 85.999764066		

OUTORGADA: NAJMA MARIA SAID SILVA, brasileira, solteira, advogada, devidamente inscrita na OAB/CE sob o nº 28.394, portadora do RG nº 93002103354 SSP/CE e CPF nº 694.678.033-72, com escritório profissional na Rua Antônio Drumond, 1051, Monte Castelo – Fortaleza – CEP 60.325-700.

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, desistir, renunciar, juntar e retirar documentos, assinar livros, termos, recibos, receber e dar 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), 09 de SETEMBRO de 20 20

x Antônio Marcos Holanda da Silva.
outorgante

Najma Said

OAB/CE 28.394

☎ 85. 98799.2088 / 99955.5507

✉ najma.said.adv@gmail.com

📄 najmasaid.adv

📍 Rua Antonio Drumond, 1051,
Loja C, Monte Castelo



NAJMA SAID

Advocacia e Consultoria

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIENCIA

Eu, ANTONIO MARCOS HOLANDA DA SILVA
 Brasileiro(a), SOLTEIRO, VENDEDOR, portador da Carteira de
 Identidade/RG nº 20000 10 22 5936 -SSP/CE, e inscrito no CPF/MF sob o nº
913.159.133-72, residente e domiciliado na cidade de
FORTALEZA, estado Ceará, na Rua
AV VALPARAISO CONT PALMEIRAS Nº 894, CONJUNTO PALMEIRAS
 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 1.050/60.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

Fortaleza (CE), 09 de SETEMBRO de 20 20

x Antônio Marcos Holanda da Silva

Declarante

Najma Said

OAB/CE 28.394

☎ 85. 98799.2088 / 99955.5507

✉ najma.said.adv@gmail.com

📧 najmasaid.adv

📍 Rua Antonio Drumond, 1051,
Loja C, Monte Castelo





NAJMA SAID

Advocacia e Consultoria

DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA E RESPONSABILIDADE

Eu, ANTONIO MARCOS HOLANDA DA SILVA, portador (a) do RG nº 2000010225936, e CPF 913.159.133-72, declaro para todos os fins a que se destinar, que compareci ao escritório da Dra. Najma Maria Said Silva, OAB/CE 28.394, localizado na Rua Antônio Drumond, nº1051, Loja C, no bairro Monte Castelo, em Fortaleza/CE, e tenho total e plena consciência da existência da Ação de Cobrança de Indenização de Seguro DPVAT, referente ao acidente ocorrido na data de 18/03/2018, proposta contra a Seguradora Líder. Assumo de forma plena, única e integral a responsabilidade da veracidade por toda documentação/ informação acostada aos presentes autos.

Declaro ainda, para todos os fins a que se destinar, que fui devidamente esclarecido a cerca dos documentos necessários para ingressar com a presente AÇÃO JUDICIAL e que a demanda judicial tramitará no Estado do Ceará, na Comarca de Fortaleza, ressaltando ainda, que até a presente data, não possuo nenhuma ação judicial contra qualquer seguradora do consorcio de seguro DPVAT, assumindo assim de forma plena, única e integral a responsabilidade por toda documentação acostada ao presente processo judicial, bem como pelos fatos narrados neste.

Desta forma, ISENTO a **Dra. NAJMA MARIA SAID SILVA**, brasileira, solteira, advogada devidamente inscrita na OAB-CE sob o nº 28.394, com escritório profissional a Rua Antônio Drumond, nº 1051, Loja C, bairro Monte Castelo, CEP 60.325-700, Fortaleza-CE, de toda e qualquer responsabilidade jurídica (cível, criminal, tributária, previdenciária) e, ou administrativa no que tange a autenticidade, litispendência (existência de processo com os mesmos documentos e/ou dados) e veracidade dos fatos narrados e descritos em mencionados documentos, assumindo única e exclusivamente estas responsabilidades sobre tais informações.

"AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NO PROCESSO INDENIZATÓRIO DPVAT SÃO DE RESPONSABILIDADE DO BENEFICIÁRIO, SENDO O MESMO INFORMADO QUE A COMUNICAÇÃO DE FATO NÃO OCORRIDA OU INEXISTENTE É CRIME PUNÍVEL NA FORMA DA LEI, ART. 339 E 340 DO CPB."

Ciente de meus direitos e obrigações, bem como da validade de mencionado documento, firmo o presente, o qual passa a valer a partir desta data.

Fortaleza (CE), 09 de SETEMBRO de 20 20.

x Antônio Marcos Holanda da Silva.
Declarante.

TESTEMUNHA:

CPF:

Najma Said

OAB/CE 28.394

TESTEMUNHA:

CPF:

☎ 85. 98799.2088 / 99955.5507

✉ najmasaid.adv@gmail.com

📍 najmasaid.adv

📍 Rua Antonio Drumond, 1051,
Loja C, Monte Castelo



NAJMA SAID

Advocacia e Consultoria

DECLARAÇÃO DE RESIDENCIA

Eu, ANTONIO MARCOS HOLANDA DA SILVA,
 Brasileiro(a), VENDEDOR, portador da cédula de Identidade Nº
20000 10 22 59 36 E CPF Nº 913.159.133-72, capaz,
 nesta oportunidade, DECLARO que resido no seguinte endereço:
Av VALPARAISO DO CONJUNTO PALMEIRAS, 194
Conjunto Palmeiras
 na Cidade de FORTALEZA, Estado CEARA, CEP
60110-000, 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, 09, de SETEMBRO, de 2020.

Antônio Marcos Holanda da Silva

DECLARANTE

Najma Said

OAB/CE 28.394

☎ 85. 98799.2088 / 99955.5507

✉ najmasaid.adv@gmail.com

@ najmasaid_adv

📍 Rua Antonio Drumond, 1051,
Loja C, Monte Castelo

22

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

NOME
ANTONIO MARCOS HOLANDA DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
2000010225936 SSP CE

CPF
913.159.133-72

DATA NASCIMENTO
11/05/1983

FILIAÇÃO
FRANCISCO FARIAS DA SILVA
IOLANDA HOLANDA DA SILVA

PERMISSÃO
[]

ACC
[]

CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO
05036046800

VALIDADE
03/06/2020

1ª HABILITAÇÃO
20/09/2010

OBSERVAÇÕES
EXERCE ATIV REMUNERADA;

Antonio Marcos Holanda da Silva

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
FORTALEZA, CE

DATA EMISSÃO
08/06/2015

Igor Vasconcelos Ponte
IGOR VASCONCELOS PONTE

ASSINATURA DO EMISSOR

10202346030
CE147879248

DETRAN - CE (CEARA)

PROIBIDO PLASTIFICAR
VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1151121180

Scanned by CamScanner



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
 POLÍCIA CIVIL
 DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO
 Impresso nº 2020439459



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 1168 / 2020

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
 Data / Hora da Comunicação: **23/07/2020 14:09:45**
 Data / Hora da Ocorrência: **18/03/2018 00:35:00**
 Endereço da Ocorrência: **AV VAL PARAISO , CONJUNTO PALMEIRAS - FORTALEZA/CE**
 Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **ANTONIO MARCOS HOLANDA DA SILVA**
 Nascimento: **11/05/1983** CPF: **913.159.133-72**
 RG: **2000010225936** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
 Filiação: **IOLANDA HOLANDA DA SILVA**
FRANCISCO FARIAS DA SILVA
 Endereço: **AVENIDA VAL PARAISO , 894**
 Bairro: **CONJUNTO PALMEIRAS**
 Município: **FORTALEZA/CE** CEP:
 País: **BRASIL** Telefone: **(85) 9976-4066**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **OCR5386** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi:
9C2KD0550BR042870 Renavam: **347146325** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/NXR150 BROS ES** Ano
 Fabricação: **2011** Ano Modelo: **2011** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**
 Cor: **VERMELHA** Proprietário: **JOSE FILHO DOS SANTOS** Situação:
NÃO INFORMADO Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

COMPARECE A ESTE ESPECIALIZADA A FIM DE REGISTRAR QUE NA DATA CITADA, A VITIMA TRANSITAVA PILOTANDO UMA MOTO DE PLACA OCR-5386 NA AV. VAL PARAÍSO QUE AO TENTAR ULTRAPASSAR UM CARRO DE PLACAS NÃO ANOTADAS, A VITIMA PERDEU O CONTROLE DA MOTO E CAIU NO ASFALTO, FICANDO LESIONADA E SENDO SOCORRIDA POR MEIOS PRÓPRIOS PARA HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA - MESSEJANA. E NADA MAIS DISSE. ///////////////
 OBS: FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO NO ARTIGO 340 DO CPB.
 PRAZO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL: 6 MESES.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

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

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: *Antonio Marcos Holanda da Silva*

VISTO DO DELEGADO(A) :

MARIA CAROLINA SANTOS BARREIRA - MAT.: 404579-1-7



Prefeitura de Fortaleza

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA MESSEJANA

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

NOME DO PACIENTE ANTONIO MARCOS HOLANDA DA SILVA		DADOS PESSOAIS		Nº DO PRONTUÁRIO 5101396	Nº DO ET 265523
CAUSAS		NASCIMENTO 11/05/1983 (34 ANOS)	SEXO M	RACIA/COR PARDO	
NOME MAE IOLANDA HOLANDA DA SILVA		NOME RESPONSÁVEL NI			
ENDEREÇO RUA VALPARAÍSO 894 CONJUNTO PALMEIRAS		MUNICÍPIO FORTALEZA	UF CE		
CONTATO		CEP 60.870-440			
LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/DADOS DO ACIDENTE					
QUEIXA TRAUMA DE CLAVICULA ESQUERDA HÁ 1 DIA		CLASSIFICAÇÃO DE RISCO MOTIVO ACIDENTE DE MOTO			
SINTOMAS NI		ESCALA DE DOR 5 (ADULTO)			
PESO NI KG		PRESSÃO ARTERIAL NI/NI		SINAIS VITAIS	
TEMPERATURA NI °C		SAT O2 NI%		PULSO NI	
CLASSIFICAÇÃO VERDE		ALERGIAS NEGA		GLICEMIA NI	
RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO FRANCISCA MORAES DA SILVA		DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO 18/03/2018 12:56:50			
ÁREA DE ATENDIMENTO 02 - EMERGENCIA TRAUMATOLOGICA		ÁREA ATENDIMENTO			
ANAMNESE		ATENDIMENTO MÉDICO			
<i>lito acidente motorocultivo e trauma nse</i> <i>RA = Fratura 1/3 lateral da ulna</i>					
DIAGNÓSTICO		COD. PROCEDIMENTO			
SADT SOCIALIZADO () HC () SU () US ABDOMINAL () TC CRANIO () RAIO-X <i>ulna</i> () OUTROS		CID <i>ABRIT + IP</i>			
MÉDICAMENTO		PRESCRIÇÃO MÉDICA			
<i>Soluto amiguo</i> <i>30309007</i>		APRAZAMENTO			
		OBSERVAÇÕES <i>Ortopedia e Traumatologia</i> <i>CREMEC 12218 / TEOT 13</i>			
		TIPO DE ALTA/SAÍDA			
ALTA/SAÍDA () DECISÃO MÉDICA () A PEDIDO () EVASÃO () TRANSFERÊNCIA () INTERNAÇÃO ÓBITO: () ATÉ 48 HORAS () APÓS 48 HORAS					
DESTINO DO CORPO: () FAMÍLIA () IML () ANAT. PATOL.					
DATA E HORA DO ATENDIMENTO		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA			

Impresso por francisca moares da silva em 18/03/2018 12:56:50

Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 299 do Código Penal.

CONFERE COM ORIGINAL

16/10/18

Xofu

Antônio Marcos Holanda da Silva
antonio marcos holanda da silva

04.535.157/0012-05

HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON
BARROS DE OLIVEIRA

Av. Jamilista Tornaz Coelho, 1578
Messegana - CEP 60.874-810

Fortaleza

CE



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

7 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME COMPLETO

6 - Nº PRONTUÁRIO

1 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DO NASCIMENTO

9 - SEXO

Masculino ☒ Feminino ☐

10 - NOME DA VÁ DE RESPONSÁVEL

DDD

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA Nº PARAL)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CÓD. IBGE MUNIC

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

CNS ☐ CPF ☐

29 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Dr. Felipe Brasil
Otorrinolaringologista
CRM-CE-10871

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRANSPORTE

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

35 - ACIDENTE DE TRABALHO ATÍPICO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ DA EMPRESA

40 - CNAE EMPRESA

41 - CSUR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

☐ EMPREGADO

☐ EMPREGADOR

☐ AUTÔNOMO

☐ DESEMPREGADO

☐ APOSENTADO

☐ NÃO SEGURADO

43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

AUTORIZAÇÃO

44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - Nº AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

CNS ☐ CPF ☐

47 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

48 - DATA DO DOCUMENTO

49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

50 - DATA DE EMISSÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

CONFERE COM ORIGINAL
26/04/18
Kefur

Av. ... 1578
... 804-810

Gráf. HDEBO-SAME-AIH-005

Fortaleza

Ceará

 HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA		 FORTALEZA		REGISTRO EMERGÊNCIA	MATRICULA DO HOSPITAL
PACIENTE MATHEUS MARCOS HOLINIM A Silva					
DATA OPERAÇÃO 23/03/20		ENFERMARIA		LEITO	
1º AUXILIAR Dr. W. DEL		2º AUXILIAR		INSTRUMENTADOR	
ANESTESISTA Dr. J. J. M.		TIPO DE ANESTESIA		DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO	
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO					
RELATÓRIO IMEDIATO PATOLOGISTA					
EXAME RADIOLOGICO NOATO					
ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO					

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO	
VIA DE ACESSO - TÁTICA - LIGADURAS - DRENAGEM - SUTURA - MATERIAL EMPREGADO - ASPECTOS VISCERIAS	
1	Aberto em abdômen
2	Amarelo + líquido de entre
3	gônada de esp. 4/10 cm
4	Amarelo + líquido de entre
5	Amarelo + líquido de entre
6	Amarelo + líquido de entre
7	Amarelo + líquido de entre
8	Amarelo + líquido de entre
9	Amarelo + líquido de entre
10	Amarelo + líquido de entre

CONFERE COM ORIGINAL
26/04/20
[Assinatura]

04.835.197/0012-05
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON
BARROS DE OLIVEIRA
Av. Jamilista Tormaz Coelho, 1578
Meossyana - CEP 60.864-810

GRUPO DEBEC-SAME Desc Oper - 003

SINISTRO 3200265793 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA ANTONIO MARCOS HOLANDA DA SILVA
COBERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO INVESTPREV
Seguradora S/A-Filial Fortaleza - CE
BENEFICIÁRIO ANTONIO MARCOS HOLANDA DA SILVA
CPF/CNPJ: 91315913372

Posição em 09-09-2020 15:03:08

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
18/08/2020	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50