

Fábio Monteiro
Advocacia

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

Nome: ANTONIO FERNANDO LEITE DA SILVA	Data Nasc: 23/08/1977
Estado Civil: SOLTEIRO	Profissão: ADVOGADO
RG: 20083572893-SSPDS-CE	CPF: 929.045.003.68
Endereço: RUA ANGELO RODRIGUES MONTEIRO, S/N CAMARÁ	Nacionalidade: BRASILEIRA
Cidade: AQUIRAZ - CE	Telefone: (85) 98636622
	CEP: 61.700.000

OUTORGADOS: FÁBIO MONTEIRO ARRAIS MEDEIROS, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/CE de nº 23.738, com escritório profissional na Rua Visconde de Barbacena, nº 413, sala 42, Bairro: Cidade dos Funcionários, Fortaleza/CE, CEP: 60.822-488, Fone: (85) 9992-0059 / (85) 8839-8483.

PODERES: Concede amplos poderes com os da cláusula "AD JUDICIA" para o foro em geral, para ajuizamento de medida judicial aplicável para cobrar a diferença do Seguro DPVAT, acompanhando-a em todos os seus termos até o final, agravar ou apelar de qualquer despacho ou sentença, fazer e assinar requerimentos e os documentos necessários, produzir provas e justificações, transigir, acordar, endossar, desistir, renunciar ao direito em que se funda a ação, receber e dar quitação, finalmente tudo mais fazer, para o completo desempenho deste mandato, inclusive substabelecer, com ou sem reserva de iguais poderes.

DECLARAÇÃO: O (a) outorgante declara que não tem condições de arcar com as custas processuais sem prejuízo do sustento próprio e da família, necessitando, portanto, dos benefícios da justiça gratuita, nos termos da Lei 1.060/50.

Fortaleza (CE), 29 de julho de 2015.

Antonio Fernando Leite da Silva
OUTORGANTE

Pará

Fortaleza / Ceará
Rua Visconde de Barbacena, 413, Sl - 42
CEP: 60.822-488 Cidade dos Funcionários
fabio.mam@hotmail.com
(85) 9992-0059 / 8839-8483

Maranhão

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL		01/10/2012
2008357289 - 3	DATA DE EXPEDIÇÃO	
NOME: ANTÔNIO FERNANDO LEITE DA SILVA		
LUGAR: JOSÉ MARÇAL DA SILVA		
MARGARIDA MARIA LEITE DA SILVA		
NACIONALIDADE: AQUIRAZ - CE		
DATA DE NASCIMENTO: 23/08/1977		
CARTÃO: CEPT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: 1 OFÍCIO TERMO: 2086 FOLHA: 04		
LEITRO: A-11 AQUIRAZ - CE		
RG: ANT: 252610592		
P.: 1		
ASSINATURA DO DIRETOR		
LEI Nº 7.118 DE 29/08/83		

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
ESTADO DO CEARÁ	
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA	
DEPARTAMENTO DE IDENTIDADE	
Polegar Direito	
Aplonio Fernando Leite da Silva	
CARTEIRA DE IDENTIDADE	

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIAEu, Antonio Fernando Leite da SilvaRG nº 90083542893, data de expedição 01/10/12, Órgão SSP/CE

CPF nº 929.045.003-68, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Ângelo Rodrigues Monteiro</u>
Número	<u>S/N</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Pamará</u>
Cidade	<u>Aquiraz</u>
Estado	<u>CE</u>
CEP	<u>61.700-000</u>
Telefone de contato	
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Fortaleza/CE - 29/07/15Assinatura do Declarante: Antonio Fernando Leite da Silva

DELEGACIA METROPOLITANA DE AQUIRAZ
Rua Santos Dumont, 777 - Centro,

Pág. 1 de 1

Impresso em: 03/04/2015 11:39



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA METROPOLITANA DE AQUIRAZ

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 207 - 1096 / 2015

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **08/04/2015 11:33:06**
Data / Hora da Ocorrência: **01/03/2015 12:00:06**
Endereço da Ocorrência: **LOCALIDADE DE TELHA**

NAO INFORMADO AQUIRAZ /CE

Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **ANTONIO FERNANDO LEITE DA SILVA**
Nascimento: **23/08/1977**
RG: **20083572893** Órgão Emissor: **SSP** UF: **CE** - CPF: **92904300368**
Filiação: **JOSÉ MARÇAL DA SILVA**
MARGARIDA MARIA LEITE DA SILVA
Endereço: **R ANGELO RODRIGUES MONTEIRO**
CAMARÁ
AQUIRAZ CE BRASIL Telefone: **85983318**

Histórico

Que o declarante foi vítima de acidente de trânsito em data e horários já mencionados, quando vinha de carona na moto de **JOSE RIVELINO DE QUEIROZ HONDA CG 150 TITAN EX ANO 2013/2014 COR PRETA RENAVAL 999883178**, a referida moto foi fechada por veículo moto de placa desconhecida resultando na queda do declarante; que o declarante foi socorrido por populares e levado para o hospital de Aquiraz com as seguintes sequelas: pancadas no joelho direito e no pé direito. Nada mais disse.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA METROPOLITANA DE AQUIRAZ
RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

FRANCISCA MARIZA ALVES - MAT.: 023340-1-1

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: **Antonio Fernando Leite da Silva**

VISTO DO DELEGADO(A):

JOSÉ LIRA XIMENES - MAT.: 1518891X

Ref. José Lira Ximenes
Delegado de Polícia
Mat. 151.889-1

TÉCNICO

[Ir para conteúdo principal](#) [Ir para menu principal](#)



Seguro DPVAT, administrado pela Seguradora Líder-DPVAT – Site Oficial –

[Assista ao vídeo da Líder](#)

- [Home](#)
- [Seguradora
Líder-DPVAT](#)
- [Pontos de
Atendimento](#)
- [Fraude é crime
Denuncie aqui](#)
- [SAC
0800 0221204](#)
- [Auto
Atendimento](#)
- [Ouvidoria](#)
- [Email](#)
- [Chat](#)
- [Facebook](#)
- [Twitter](#)
- [YouTube](#)

Início do conteúdo

Acompanhe o processo de indenização

[voltar](#)

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de até 30 dias a contar da data da entrega da documentação completa.

[nova consulta](#)

SINISTRO 3150368380 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA ANTONIO FERNANDO LEITE DA SILVA

COBERTURA Invalidez

SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

BENEFICIÁRIO ANTONIO FERNANDO LEITE DA SILVA

CPF/CNPJ: 92904300368

Posição em 16-11-2015 17:20:14

Pagamento creditado conforme dados bancários informados na autorização de pagamento assinada pelo beneficiário.

Data do Pagamento	Valor da Indenizacao	Juros e Correção	Valor Total
03/08/2015	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50

Acessibilidade



[Tradução em Libras](#)

[Leitura de Páginas](#)

[Atalhos de teclado](#)

[Acessibilidade](#)

[Como dar entrada](#)

- [Como dar entrada - Dicas importantes](#)
- [Documentos despesas médicas](#)
- [Documentos invalidez permanente](#)
- [Documentos morte](#)
- [Onde dar entrada](#)
- [Dicas indispensáveis](#)

[Pague seguro](#)

- [Como pagar](#)
- [Consulta a pagamentos efetuados](#)
- [Informações gerais](#)

[Acompanhe o Processo](#)

- [Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização.](#)
- [Mapa do Site](#)
- [Dicionário do DPVAT](#)
- [Imprensa](#)
- [Outros serviços](#)
- [Blog Viver Seguro no Trânsito](#)

**PRONTO ATENDIMENTO MÉDICO
URGÊNCIA - EMERGÊNCIA**

NOME: Antônio Fernando Joaze da Silva	Nº ATEND.: 73
DATA DE NASCIMENTO: 23 / 8 / 77	PROFISSÃO:
ENDEREÇO: Telha	DATA: 13 / 11 / 15
PROCEDÊNCIA:	HORA: 12:03
CATEGORIA: Clínico	FONE: 85560907
RG: 4008357289-3 / CNS: 20084969517 00001	
SINAIS VITAIS:	PA: T: G: P:

ANAMNESE E EXAME FÍSICO

Q. Dor em dorso pé e Joelho, direitos.

Relata ser vítima de acidente de trânsito.
Caida de moto.

Ex. Bem, pequena, curvado, dorso com
pares de chavetas

EXAMES SOLICITADOS

LABORATÓRIO	RADIOLÓGICO	OUTROS
-------------	-------------	--------

2 - Rx pé direito AP/Oblíquo
- Rx joelho direito AP/Panor.

Dr. Jean Torres Coelho
CREMEC-9585

PRESCRIÇÃO - CONSULTÓRIO

RELATÓRIO

PRESCRIÇÃO	HORÁRIO DE APLICAÇÃO DE MEDICAMENTOS	OBSERVAÇÕES
------------	--------------------------------------	-------------

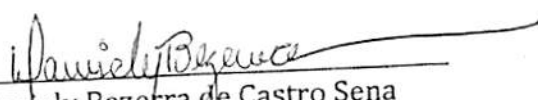
Prof. Fernando Joaze da Silva
Dr. Jean Torres Coelho
CREMEC-9585

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL: X ANTONIO FERNANDO JOAZE DA SILVA

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o paciente ANTÔNIO FERNANDO LEITE DA SILVA, vítima de acidente por veículo motocicleta ocorrido no dia 01/03/2015 aproximadamente às 12:00 min, fora socorrido por populares e conduzido para esta Unidade de Saúde, onde realizou os primeiros procedimentos.

Aquiraz, 17 de Março de 2015.


Danely Bezerra de Castro Sena
DIRETORA GERAL

SECRETARIA DE SAÚDE DE AQUIRAZ
HOSPITAL GERAL MANOEL ASSUNÇÃO PIRES
CNES: 2561395
CNPJ: 11.426.115/0001-69



PREFEITURA MUNICIPAL DE AQUIRAZ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins, o pedido que o (a) Sr. (a) Antonio

ferreiro. Leite da Silva

IDENT. OU REGISTRO

Foi atendido (a) Clinica geral

CLÍNICO OU SERVIÇO

do

Hospital Geral Manoel Assunção Pinheiro
Av. João Paulo II, 90 Centro
Aquiraz - Ceará

HOSPITAL / AMBULATÓRIO

no dia 1º/03/2015 às 12:03 horas, necessitando

de três (03) dias de repouso, por motivo de doença

CID S90.

Aquiraz, 1º/03/2015

Local e Data

Dr. Jean Torres Coelho
CREMEC - 9585

Assinatura do Médico / Odontólogo
(Carimbo Contendo Nome e Registro CRM/CRO)

Nota - Este Atestado é válido para finalidades prevista no art. 27 da CLPS, aprovado pelo Decreto nº 88.312 de 23/01/84, e será expedido para justificativa de 1 a 15 dias de afastamento no trabalho