

AS

Alencar, Ribeiro & Sombra
Advogados Associados

PROCURAÇÃO AD JUDICIA

OUTORGANTE:

Antônio José Sales de Souza, brasileiro, solteiro, autônomo, sem índices eletrônicos, portador do RG 200.721.798.50 SSP/DF/CE, e CPF nº 792-388-403-00, residente e domiciliado na Quadra 05 Lote 34 - loteamento Novo Genipabu, Bairro Novo Genipabu, cidade de Cauacema, estado do Ceará, CEP 61.600-000

OUTORGADOS: ALENCAR, RIBEIRO & SOMBRA ADVOGADOS

ASSOCIADOS S/S, registrada na OAB/CE sob o nº 0860, inscrição CNPJ nº 18.041.675/0001-44, endereço eletrônico: ars.juridico@gmail.com, através dos advogados FRANCISCO WAGNER BARBOSA DE ALENCAR FILHO, inscrito na OAB/CE sob o nº 29.811, ABELMAR RIBEIRO DA CUNHA NETO, inscrito na OAB/CE sob o nº 30.204 e FABIO LIMA SOMBRA, inscrito na OAB/CE sob o nº 27.447; com escritório profissional, à Av. Desembargador Moreira, nº 2120, sala 1304, Bairro Aldeota, CEP 60.170-002, Fortaleza – CE, onde receberão intimações.

PODERES: Por este instrumento particular de mandato, o OUTORGANTE confere ao OUTORGADO plenos poderes para o foro em geral, com a cláusula *ad judicium* et extra, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-lo nas contrárias, seguindo uma e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando, conferindo-lhe, ainda, os poderes especiais para receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, receber, dar quitação, firmar compromisso e assinar declaração de hipossuficiência econômica, conforme estabelecido no Art. 105 do Código de Processo Civil (Lei 13.105/2015), agindo em conjunto ou separadamente, podendo ainda substabelecer esta a outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, enfim, praticar todos os atos processuais que ache oportuno e conveniente para o fiel cumprimento deste mandato, dando tudo por bom, verdadeiro, firme e valioso.

Fortaleza - CE, 02 de julho de 2018.

ANTONIO JOSE SALES DE SOUZA
OUTORGANTE

ARS

Alencar, Ribeiro & Sombra
Advogados Associados**DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA**

Declaro, também, para os devidos fins, ser pobre, na forma e, sob as penas da Lei nº 7.115/83, não podendo, assim, arcar com as despesas advindas desse processo sem que haja prejuízo do sustento meu e de minha família.

Fortaleza - CE, ____ de ____ de 2018.

ANTONIO JOSE DE SOUZA

ASSINATURA

DO DECLARANTE

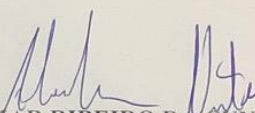
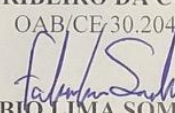


Alencar, Ribeiro & Sombra
Advogados Associados

SUBSTABELECIMENTO

EU, ABELMAR RIBEIRO DA CUNHA NETO, brasileiro, solteiro, advogado regularmente inscrito na OAB/CE sob o n. 30.204, portador do CPF de nº. 994.876.753-53 e **Dr. FABIO LIMA SOMBRA**, brasileiro, solteiro, advogado regularmente inscrito na OAB/CE 27.447, portador do CPF de nº 036.055.363-01, **SUBSTABELEÇEMOS SEM RESERVA** os poderes que nos foram conferidos por **ANTONIO JOSE SALES DE SOUZA**, para a advogada Dra. **SARAH BASTOS DE ALENCAR** – OAB/CE 33.781.

Fortaleza - CE, 18 de fevereiro de 2019.


ABELMAR RIBEIRO DA CUNHA NETO
OAB/CE 30.204

FABIO LIMA SOMBRA
OAB/CE 27.447

VALIA EM 1983
 D. TERRAÇO MAGNÊTICO
 1029421690

FRENTE PLASTIFICADA
 1029421690

NOME
 ANTONIO JOSE SALES DE SOUZA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
 20072179850 SSP/RS CE

CPF
 792.388.403-00

DATA NASCIMENTO
 14/06/1964

FILIAÇÃO
 ANTONIO RODRIGUES DE SOUZA
 MARIA SALES DE SOUZA

PERMISSÃO
 ACC
 CATHAR
 A

Nº REGISTRO
 04766523911

VALIDADE
 05/12/2019

1ª HABILITAÇÃO
 28/09/2009

OBSERVAÇÕES
 SEM OBSERVAÇÃO;

ANTONIO JOSE SALES DE SOUZA

LOCAL
 FORTALEZA, CE

DATA EMISSÃO
 11/12/2014

41180457100
 CE145097684

HONOR VASCONCELOS PONTES
 20072179850

RECIBO DE PAGAMENTO

8145094-0

Para pagar em dinheiro, utilize o talão
e pague em qualquer banco.

A Lei Social de Energia Elétrica
foi criada pela Lei nº 10.439
de 26 de Abril de 2002

Companhia Energética do Ceará
Rua Pedro Veloso, 150
CEP 60035-210 Fortaleza CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 IGP 06 105 R\$0.3

enel

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B

SÉRIE B-4 (Nº

493577935

Rota 11 22006 04 017800 - 3

Data de Emissão 18/09/2017

Nome ANTONIO ELIOEANGILLES SANTOS MOURA

End. Postal RD BR 222 GENIPABU 00034 00034 A FENRA FIRME QD 05
GENIPABU - CAUCAIA 61600000

Metro 7037187

Posto 0000 1995

Classe 01-RESIDENCIAL MONOFÁSICO

Fator de Potência 0,00

RG / CPF / CNPJ 037673993-02

CGF

Nome do Responsável

ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjeto (CENSA)

Jul 2017 LUSO 22,73

Set/2017 18/09/2017 19/10/2017 Mês

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

64,64 27,00% 17,45

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

ICMS 0764,11 EF 24,12 12,33 MD 0004,354E

Tarifa (R\$ kWh)			Apuração Individual		
Mensal	Tríp.	Anual	Mensal	Tríp.	Anual
DIC 10,70	26,40	42,12	4,50	0,00	0,00
FIC 7,67	15,34	30,68	2,00	0,00	0,00
DMIC 5,70			2,90		

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Consum. Incl.	Consum. Fat.	Tarifa (R\$ kWh)	Valor (R\$)
54	46	1,00	0,00	0,00	0,00	0,74	64,64

VALOR CONSUMO DO MÊS
MULTA MORATORIA REF 08/2017
JUROS DO MÊS
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL
CARTAO DE TODOS - 0000.233.8916
ADICIONAL BANDEIRA AMARELA MÊS (R\$ 3,14)

64,64
1,43
0,17
10,38
19,50

DECOMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	21,50
Transmissão	2,15
Distribuição	14,61
Impostos Setoriais	5,89
Tributos (ICMS FIC DMIC)	21,23
TOTAL	64,64

TOTAL A PAGAR (R\$)

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)											
Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

CONSUMO CONJUNTO EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Compensação das emissões pelo consumo de energia elétrica.
Emissão kg (CO₂) Compensado kg (CO₂)

37,60 0,00

Conselho Ecológico (ECO)

0,00

INFORMAÇÃO IMPORTANTE: SE AVISOS DE VENCIMENTO

Pago pelo celular
901 00 2017

Conta desta fatura R\$ 3,87, sendo R\$ 3,14 de ICMS e R\$ 0,73 de DMIC e FIC.

Nº do Cliente: 8145094-0
Data de Emissão: 18/09/2017
Nº da Nota Fiscal: 493577935
Subscrição: Set/2017
Total a Pagar (R\$): 96,12
Nº do Contrato: 0002145004 00007 39072 78

01000000000-9 061200100001 0001470910-1 000230072234-0



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL,
DELEGACIA DO 31. DISTRITO POLICIAL

8951 5219



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 131 - 423 / 2017

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **17/07/2017 14:50:31**
Data / Hora da Ocorrência: **07/04/2017 08:35:00**
Endereço da Ocorrência: **AVENIDA DOS COQUEIROS (CENTRAL)**
Complemento:
Bairro: **CUMBUÇO** Município: **CAUCAIA/CE**
Ponto de Referência: **POSTO DE GASOLINA**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **ANTONIO JOSE SALES DE SOUZA**
Nascimento: **14/07/1964** CPF:
RG: **20072179850** Orgão Emissor: **SSSPDS** UF: **CE**
Filiação: **MARIA SALES DE SOUZA**
ANTONIO RODRIGUES DE SOUZA
Endereço: **QUADRA 05 LOTE 34- LOTEAMENTO NOVO GENIPABU**
Bairro: **NOVO GENIPABU**
Município: **CAUCAIA/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **8951-5219**

Dados da(s) Veículo(s)

1) Placa: **PNY6550** Uf: **CE** Município: **CAUCAIA** Chassi:
9C2KC2210GR054532 Renavam: **1105262542** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CG 160 TITAN EX** Ano
Fabricação: **2016** Ano Modelo: **2016** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**
Cor: **PRETA** Proprietário: **ANTONIO ELIDEANGELLES S MOURA**
Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

Cineticado das penas cominas nos artigos 340 e 342 do CPB, afirma o declarante que na data e horário acima mencionados foi vítima de um acidente de trânsito; QUE é motociclista devidamente habilitado e que desenvolve a atividade de mecânico de motos prestando serviços para o diário do nordeste; QUE o acidente ocorreu quando um carro ao se dirigir em contra-fluxo, tendo como referencial a vítima que seguia sentido cumbuco-icaraí, tentou fazer uma conversão para entrar no posto e gasolina e veio a colidir de forma frontal com a vítima; QUE a vítima vinha pilotando uma motocicleta HONDA/CG 160 TITAN EX de placa PNY6550 de cor preta, inscrita no DETRAN/CE com chassi de número 9C2KC2210GR054532, registrada em nome de ANTONIO ELIDEANGELLES S MOURA, genro da vítima; QUE a pessoa de MADSON VIANA BERNARDINO MARTINS chegou logo em seguida e ajudou no socorro da vítima; QUE do acidente veio a sofrer ferimentos pelo corpo, principalmente contusões na parte posterior do corpo; QUE foi socorrido para o hospital Municipal Dr. Aberladrdo Gadelha da Rocha, localizado no município de Caucaia/CE; QUE todos os seus exames foram custeados de forma onerosa, realizando na rede privada; QUE não anotou a placa do veículo que causou o acidente, mas acredita que era um carro de cor vermelha, modelo corsa; E nada mais tendo a declarar, foi encerrado o presente registro.//////////

Madson Viana B. Martins

ANTONIO JOSE SALES DE SOUZA

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por SARAH BASTOS DE ALENCAR e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 24/02/2019 às 17:38, sob o número 01133003120198060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0113300-31.2019.8.06.0001 e código 44AAA0E.



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DO 31. DISTRITO POLICIAL

fls. 20



BOLETIM DE Ocorrência Nº 131 - 423 / 2017

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 31. DISTRITO POLICIAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

ALESANDRO WAGNER DOS SANTOS - MAT.: 30089715

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

ANTONIO JOSE SOLES DE SOUZA

VISTO DO DELEGADO(A) :

JURANDIR BRAGA NUNES - MAT.: 93141

Miriam Maria B. Martins



GOVERNO MUNICIPAL DE CAUCAIA
SECRETARIA DE SAÚDE

ATESTADO MÉDICO

Atesto que o(a) Segurado(a) ANDRÉ JOÃO SOARES DA
SOUZA

portador(a) da Carteira Profissional Nº _____

Necessita de 05 (cinco) dias de Afastamento

POR EXTENSO

do Trabalho, a partir desta data, por motivo de doença.

GOVERNO MUNICIPAL DE CAUCAIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DR. ARELARO GADILHA DA ROCHA
Hospital ou Ambulatório

07.4.17

Local e Data

Dr. Sérgio Marcallo
Médico
CRM-CE 8821
Ass. do Médico - CRM Nº _____

NOTA - Este atestado é válido para as finalidades previstas no Art 86
RGPS. Aprovado pelo Decreto nº 60.501, de 14-03-67 e será expedido
para justificativa de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho.



Prefeitura de
CAUCAIA
Secretaria de Saúde

Receituário

antonio joão Sales
R. Crisnevis - 010
Zona Rural - di
f. 2 2

Mário Jorge Gomes da Silva
Farmacêutico/Traumatologista
CREMEX 2845

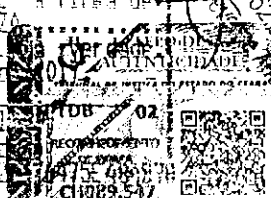
Alimente sua saúde

Coma mais frutas, legumes e verduras

CARTÓRIO FRANCISCO XIMENES DE MELO
 3. TABELIONATO DE NOTAS - CAUCAIA/CE
 R. Pedro B. Rocha - 732, Centro (85)3521-7150
 T. M. Bel. Ana Karla Lima Linhares Loinha
 Represento por AUTENTICAÇÃO a firma de
 ANTONIO JOSE DA SILVA SOUZA
 Dou Fe. Em Test.
 Caucaia-CE, 17 de outubro de 2019.

Luana Santos da Silva
 CPF: 062.848.222-05

Lucas Andrade Silva
 Es. Levença A. Ori
 4072-11475-4888-74
 11.01089.547




Bradesco

The resource of this report item is no

Ficha-Proposta Abertura de Conta(s) de Depósitos Pessoa Física

Agência 0295	Dig. 0	Nome Agência CAUCAIA	Conta 1001103	Dig. 5
Nome Completo (Sem Abreviações) ANTONIO JOSE SALES DE SOUZA			CPF 792.388.403	Contr 00

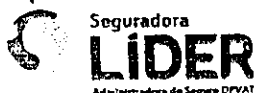
Declarações e Condições Gerais
Cliente(s)

Declaro(amos), para os devidos fins e sob as penas da Lei, que:

- a) são verdadeiras as informações por mim(nós) prestadas e constantes desta ficha-Proposta, da qual recebi(emos) um exemplar devidamente assinado pelas partes;
- b) manifestei(amos) a intenção de proceder(ermos) a abertura de Conta(s) de Depósitos, na(s) Modalidade(s) por mim/nós livremente escolhida, junto à Agência do **Bradesco**, também indicada nesta Ficha-Proposta, observadas todas as leis e normativos em vigor, bem como as disposições contidas no "Regulamento para Abertura de Contas de Depósito, Produtos e Serviços - Pessoa Física" ("Regulamento"), que faz parte integrante e indissociável desta Ficha Proposta, cujo exemplar tive(emos) acesso e recebi(emos) uma cópia neste ato ou e que tomei(amos) conhecimento e compreendi(emos) o seu teor, tendo aceitado todas as condições gerais para abertura, manutenção e movimentação da conta, razão pela qual terá força de contrato entre as partes que assinam esta Ficha-Proposta, sendo certo, ainda, que o mencionado Regulamento encontra-se registrado sob o n.º 211386, perante o 1º Oficial de Registro de Títulos e Documentos de Osasco (SP), em 27/06/2016;
- c) sem prejuízo das demais disposições aqui contidas, tomei(amos) conhecimento da previsão no Regulamento, dentre outras, das cláusulas a respeito das seguintes questões: a) condições para fornecimento de talonários de cheques; b) eventual exigência de saldo médio; c) obrigatoriedade de comunicação, pelo(s) Proponente(s), de qualquer alteração nos dados cadastrais e nos documentos apresentados para a abertura da conta de depósitos; d) devolução dos cheques em poder do(s) Proponente(s), em caso de inclusão do(s) seu(s) nome(s) junto ao CCF; e) informação de que os cheques liquidados, uma vez microfilmados, poderão ser destruídos; f) procedimentos para encerramento da conta de depósitos, independentemente do anteriormente disposto; e g) cobrança de tarifas;
- d) o(s) proponente(s) declara(m), neste ato, que fui(ram) informado(s) sobre a faculdade de optar(em), sem a necessidade de adesão ou contratação específica de pacote de serviços, pela utilização de serviços e pagamento de tarifas individualizados, além dos serviços essenciais gratuitos previstos na regulamentação vigente, declarando, ainda, que exerceu(ram) a opção conforme Termo de Opção à Cestas de Serviços;
- e) Fui(amos) informado(s) de que a Smart Conta possui condições específicas e diferenciadas de funcionamento, utilização e movimentação, conforme as disposições específicas, previstas no Regulamento para Abertura de Contas de Depósitos, Produtos e Serviços - Pessoa Física;
- f) li(emos), entendi(emos) e recebi(emos) prospecto contendo as informações essenciais da conta de depósito corrente/poupança.

Declaro(amos), ainda, para os devidos fins e efeitos de direito, em atendimento aos normativos em vigor, que utilizarei a Conta por mim(nós) escolhida para:

- ☐ Movimentação em Conta-Corrente/Aquisição de Produtos e Serviços/Investimentos/Poupança /
- ☐ Operações de Crédito e Cobrança (Financiamentos, Empréstimos e outros) /
- ☐ Operações com o Exterior (Remessas e Recebimentos) /
- ☐ Pagamento / Recebimento de Salário /
- ☐ Outros:



**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO
DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

... dos campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL.



Rio de Janeiro, 07 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: ANTONIO JOSE SALES DE SOUZA
Nº Sinistro: 3170631762
Vítima: ANTONIO JOSE SALES DE SOUZA
Data do Acidente: 07/04/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: JOSE DE MEDEIROS PAIVA

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número **3170631762**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusiva

A documentação deve ser entregue na Investprev Seguradora S/A, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00453 (00454 - carta_03 - INVALIDEZ

00470227



Carta nº 12068986

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

fls. 26

Eu, ANTONIO JOSÉ SALES DE SOUZA, portador da carteira de identidade nº 01766523911 e inscrito no CPF/MF sob o nº 79232840300, residente e domiciliado na RD BR 222, Cidade CAUCAIA, Estado CEARA, 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:

- (X) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

ANTONIO JOSÉ SALES DE SOUZA

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

FORTALEZA 13-11-2017

Local e data

PROCURAÇÃO PARTICULAR

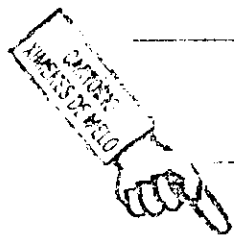
OUTORGANTE:

Nome: Antônio José Sales de Souza
Brasileiro Nacionalidade:
 Est.Civil: casado
 Profissão: Mecânico
20072179850 Identidade:
792.388.403.00 CPF:
 Endereço: terra firme, Rd 05, 34

OUTORGADO:

Nome: José de medeiros Pinna
Brasileiro Nacionalidade:
casado Est.Civil:
Corrente de seguros Profissão:
98010100041 Identidade:
043.895.678.88 CPF:
 Endereço: Av. Leneg de castro 4328, Parque São João

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meubastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, afim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica, solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT para a vítima.



Assinatura 17 de Outubro de 2017.

Local e data

Antônio José Sales de Souza

Assinatura do Outorgante

-(reconhecer firma por autenticidade)

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Antônio Elideangelles Santos Moura,RG nº 2002027022606, data de expedição 05 / 08 / 2007,Órgão SSP, portador do CPF nº 037 678 993-02, comdomicílio na cidade de Caucaia, no Estado deCeará, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)Quadra 05 lote 34, nº 34,

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima Ant^o José Sales de Souza, cujo o condutor eraAnt^o José Sales de Souza.Veículo: MotocicletaModelo: Honda / CG 160 Titan EXAno: 2016Placa: PNY 6550Chassi: 9C2K2210GR054532Data do Acidente: 07/04/2017Local e Data: Avenida dos Esqueiros (CUMBUÇO)Antônio Elideangelles Santos Moura
Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

Caucaia, 17 de Outubro de 2017.

CARTÓRIO FRANCISCO XIMENES DE MELO
TABELIONATO DE NOTAS - CAUCAIA/CE
R. Pedro G. Rocha, 732, Centro (85)3521-71521
Tab. Bel. Ana Karina Lima Linares Leão
Reconheço por AUTENTICIDADE a firma de
ANTÔNIO ELIDEANGELLES SANTOS MOURA
Dout. Fe. En Test. da Ver. 18/3
Caucaia-CE, 17 de Outubro de 2017

Lucas Andrade S
Escrevente Aut
Cartório 000042



Lucas Soares da Silva
CPF 002.945.223-05



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
CENTRO DE REGISTRO DE VEICULOS

POSS 01 1105262542 0000000000 2016

ANTONIO ELIDEANGELLES S MOURA
CAUCAIA/CE

03767899302 PNY6550

9C2KC2210GR054532

PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC. GASOL/ALCO

HONDA/CG 160 TITAN EX 2016

2P/OCV/162CC PARTIO PRETA

1	*****	**	**/**/**	1	*****
P	*****	**	**/**/**	2	*****
V	*****	**	**/**/**	3	*****
A	*****	**	**/**/**	4	*****

PREMIO TARIFARIO (R\$) 286.75 1.11 232.01 09/00/0000

AL.FID. BANCO HONDA S.A. *****

CAUCAIA 19/12/2015



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
CENTRO DE REGISTRO DE VEICULOS

03767899302 PNY6550

ANTONIO ELIDEANGELLES S MOURA
CAUCAIA/CE

03767899302 PNY6550

9C2KC2210GR054532

PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC. GASOL/ALCO

HONDA/CG 160 TITAN EX 2016

2P/OCV/162CC PARTIO PRETA

1	*****	**	**/**/**	1	*****
P	*****	**	**/**/**	2	*****
V	*****	**	**/**/**	3	*****
A	*****	**	**/**/**	4	*****

PREMIO TARIFARIO (R\$) 286.75 1.11 232.01 09/00/0000

AL.FID. BANCO HONDA S.A. *****

CAUCAIA 19/12/2015

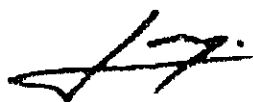
Qualidade de vida, o diagnóstico que projetamos para voc

Paciente **ANTONIO JOSE SALES DE SOUZA**
Médico **DR. MAGNO CESAR VIEIRA REGO**
Data **07/04/2017**
Nr.Fórmu. **79449**

RX COSTELAS (ARCOS COSTAIS) ESQUERDO

Aparentes traços de **fraturas** nas porções laterais e do 5º ao 8º arcos costais à esquerda, aumento do volume de partes moles adjacentes.

Demais estruturas ósseas avaliadas dentro da normalidade.



DR. LUCAS DE MESQUITA GONZAGA
MEDICO EM RADIOLOGIA E DIAGNOSTICO POR IMAGEM - CRM 7166

HOSPITAL OTOCLINICA

Av. Antônio Sales, 990 - Hospital Otológica
Fortaleza - Ceará CEP 60135-100
FONE (85) 3173-1000



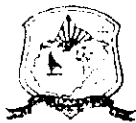
HOSPITAL OTOCLINICA

Rua Pedro Gomes da Rocha, 550
Centro - Caucaia - Ceará
FONE (85) 3173-1000

HOSPITAL OTOCLINICA

Rua Manoel Castelo Branco, 5
Messejana - Fortaleza - Ceará
FONE (85) 3023-1000

www.otoinagem.com.br



GOVERNO MUNICIPAL DE CAUCAÍ
SECRETARIA DE GESTÃO E PROMOÇÃO D SAÚDE
COORDENAÇÃO DE REDE HOSPITALR

fls. 31

SINAIS VITAIS			
Horário:			
PA:	126 x 80		
Temper:	36,2		
Peso:	72,5		
Estat:	1,75		

FICHA DE ATENDIMENTO EXTERNO DE EMERGÊNCIA

Data: 14/04/17	Horário: 09:14	Paciente chegou:	☐ Andando ☐ Ambulância	☐ Automóvel ☐ Outros
Paciente: Mr. José Sales de Souza				
Nome da Mãe: Mr. José Sales de Souza				
Idade: 52	Sexo: M	Data de Nascimento: 14/06/64	Identidade: 20.021.1250	Telefone p. contato:
Endereço (Rua, n°): Mr. Curitiba, S/A				
Bairro: Campina	Cidade: Caucaí	Estado: CE	Nome do Funcionário SAME: J. J. Silva	

PROCEDIMENTOS	OUTROS	TÍTULOS DE ATENDIMENTOS
02 021 01 3		Clínica Médica
07 011 01-6		Clínica Odontológica
07 011 04-0		Clínica Cirúrgica
História Clínica:		Clínica Obstétrica
		Traumatismo / Ortopedia

1) DOENÇA PREEXISTENTE DOENÇA CRÔNICA
2) DOENÇA DE SANGUE DE ALTO RISCO. MR. A DOENÇA DE
SANGUE DE ALTO RISCO. MR. A DOENÇA DE
SANGUE DE ALTO RISCO. MR. A DOENÇA DE
SANGUE DE ALTO RISCO. MR. A DOENÇA DE
SANGUE DE ALTO RISCO. MR. A DOENÇA DE

Diagnóstico: DOENÇA DE SANGUE DE ALTO RISCO. MR. A DOENÇA DE
SANGUE DE ALTO RISCO. MR. A DOENÇA DE
SANGUE DE ALTO RISCO. MR. A DOENÇA DE
SANGUE DE ALTO RISCO. MR. A DOENÇA DE
SANGUE DE ALTO RISCO. MR. A DOENÇA DE

EXAMES SOLICITADOS
1) _____ 3) _____
2) _____ 4) _____

Assinatura e Carimho do Profissional Responsável:

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIOS	OBSERVAÇÃO	ASSINATURA
14/04/17	DOENÇA DE SANGUE DE ALTO RISCO. MR. A DOENÇA DE SANGUE DE ALTO RISCO. MR. A DOENÇA DE SANGUE DE ALTO RISCO. MR. A DOENÇA DE SANGUE DE ALTO RISCO. MR. A DOENÇA DE SANGUE DE ALTO RISCO. MR. A DOENÇA DE			Dr. Sérgio Marcondes Bastos Médico CRM-CE 4821
14/04/17	DOENÇA DE SANGUE DE ALTO RISCO. MR. A DOENÇA DE SANGUE DE ALTO RISCO. MR. A DOENÇA DE SANGUE DE ALTO RISCO. MR. A DOENÇA DE SANGUE DE ALTO RISCO. MR. A DOENÇA DE SANGUE DE ALTO RISCO. MR. A DOENÇA DE			

DESTINO DO PACIENTE
☐ Alta ☐ Transferência ☐ Óbito

Motivo do Queda: _____

Assinatura do Paciente ou Responsável: _____

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por SARAH BASTOS, em 24/02/2019 às 17:38, sob o número 0113300-31.2019.8.06.pb01 e código 44AAA0E. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjfe.jus.br/pastadigital/pp/aprim>



GOVERNO MUNICIPAL DE CAUCAIA

SECRETARIA DE SAÚDE

ATESTADO MÉDICO

Atesto que o(a) Segurado(a) ANILTON JOSE SOARES DE
SOUZA
 portador(a) da Carteira Profissional Nº _____

Necessita de 05 (cinco) dias de Afastamento
 POR EXTENSO

do Trabalho, a partir desta data, por motivo de doença.

GOVERNO MUNICIPAL DE CAUCAIA
 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
 CARLOS DE ADELARDO GADELHA DA ROCHA
 Hospital ou Ambulatório

07.4.17

Local e Data

Dr. Sérgio Marcello
 Médico
 CRM-CE 8021

Ass. do Médico - CRM Nº _____

NOTA - Este atestado é válido para as finalidades previstas no Art 86
 RGPS. Aprovado pelo Decreto nº 60.501, de 14-03-67 e será expedido
 para justificativa de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho.



Prefeitura de
CAUCAIA
Secretaria de Saúde

fls. 33

Receituário

Antônio José Sales

R. Crisóculo - 01º
Zona Air de
F. 8 L

Assinado digitalmente por SARAHA BASTOS DE ALENCAR e Tribunal de Justiça do Ceará, protocolado em 24/02/2019 às 17:38, sob o número 01133003120198060001.
Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0113300-31.2019.8.06.0001 e código 444AA0E.

Assinado digitalmente por SARAHA BASTOS DE ALENCAR e Tribunal de Justiça do Ceará, protocolado em 24/02/2019 às 17:38, sob o número 01133003120198060001.
Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0113300-31.2019.8.06.0001 e código 444AA0E.

Alimente sua saúde
Coma mais frutas, legumes e verduras



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e de direito a quem de fato
possa interessar que o(a) paciente Antônio José
Sales de Sousa
no momento encontra-se em tratamento Fisioterapia
Apico nesta Clínica de
Reabilitação Psicomotora, com diagnóstico de Fratura
5º ao 6º crânio costais à E
Paciente realiza tratamento nessa unidade, e
medidas analgésica

Caucaia, 22 de Fevereiro de 20 18

Fisioterapeuta
CREFITO 17486 - P



SOCIEDADE BENEFICENTE JOAQUIM BENTO CAVALCANTE
FISIOTERAPIA

Dedicação

D, domo para os seus filhos,
que o sr. Antônio José Sales de
Souza, com diagnóstico de Fratura
do 5º ap 8º anos cortis e E,
recebeu tratamento fisioterapêutico
na Clínica de Reabilitação Prémiação,
no período de 21/08/2017 até
07/03/2018.

Cópia, 12 de março de 2018

José Joice Lima Rodrigues
Fisioterapeuta
CREFITO 21521-F