

SABOYA & BRANDÃO ADVOGADOS ASSOCIADOS

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

OUTORGANTE	JOSE WILSON FERREIRA DA SILVA		
Nacionalidade	BRASILEIRO	Natural	F. PUEIRAS/CE
Estado Civil	SOLTEIRO	RG nº	2006.02102925
Profissão	AUTÔNOMO	CPF nº	043.817.323 - 9
Endereço	LOCALIDADE CHILÓ PEREIRA S/N		
Bairro	ZONA RURAL	CEP	62230-000
Município/UF	F. PUEIRAS/CE		

OUTORGADOS: BRUNO PEREIRA BRANDÃO, brasileiro, solteiro, advogado devidamente inscrito na OAB-CE sob o nº 22.013, THIAGO SABOYA PIRES DE CASTRO, brasileiro, solteiro, advogado devidamente inscrito na OAB-CE sob o nº 24.156 e MARCELO PEREIRA BRANDÃO, brasileiro, solteiro, advogado devidamente inscrito na OAB-CE sob o nº 26.103, todos com endereço profissional para receber intimações na Rua São Paulo - nº 32 - 2º Andar - Sala 204 - Bairro Centro - CEP: 60.030-100 - Fortaleza/CE, Tel.: (85) 9863-8013 / (85) 863030 / (85) 8853-0089 / (85) 3022-0470. E-mail: brunop.brandao@yahoo.com.br / thiago_cs@hotmail.com / marcelobrandao@hotmail.com.

PODERES: Os poderes para o foro em geral, com a cláusula "ad judicium" e "extra", a fim de que, possa defender os interesses e direitos outorgante perante Juízo, Instância ou Tribunal, repartição pública autarquia ou entidade parastatal, propondo ação competente em a outorgante seja autora ou reclamante, defendendo-a quando for interessada ou requerida, podendo reclamar, conciliar, desistir, transigir, recorrer, receber e dar quitação de quaisquer valores, fim compromisso, podendo ainda subestabelecer o presente com ou sem reservas de poderes, bem como realizar endosso em cheque nominal emitido em nome do outorgante, deslugar advogado(s), se assim convier, praticando todos os atos necessários para o bom e desempenho deste mandato, dando tudo por bom, firme e valioso.

Fortaleza/CE, 30 de OUTUBRO de 2015

Jose Wilson Ferreira da Silva
OUTORGANTE

RUA SÃO PAULO - Nº 32 - 2º ANDAR - SALA 204 - BAIRRO CENTRO - CEP: 60.030-100 - FORTALEZA/CE
Tel.: (85) 3022-0470 / (85) 9863-8013 / (85) 863030 / (85) 8853-0089
E-mail: brunop.brandao@yahoo.com.br / thiago_cs@hotmail.com / marcelobrandao@hotmail.com

SABOYA & BRANDÃO ADVOGADOS ASSOCIADOS

DECLARAÇÃO

DECLARANTE	JOSE WILSON FERREIRA DA SILVA		
Nacionalidade	BRASILEIRO	Natural	IPUEIRAS/CE
Estado Civil	SOLTEIRO	RG nº	9006021029695
Profissão	AUTONOMO	CPF nº	043.817.323-67
Endereço	LOCALIDADE CHICO PEREIRA S/N		
Bairro	ZONA RURAL	CEP	62.230-000
Município/UF	IPUEIRAS/CE		

DECLARO, para os devidos fins de direito e sob as penas legais, que sou nobre na forma da lei, não possuindo condições financeiras para arcar com as custas processuais e honorários advocatícios, sem prejuízo próprio e de sua família, nos termos do Art. 5º, LXXIV, bem como de acordo com os mandamentos previstos na Lei nº 1.060/50.

Fortaleza/CE, 30 de OUTUBRO de 2015.

Jose Wilson Ferreira da Silva

DECLARANTE

RUA SÃO PAULO - Nº 32 - 7º ANDAR - SALA 304 - BARRIO CENTRO - CEP: 60050-100 - FORTALEZA/CE

Tel.: (85) 3023-0470 / (85) 3063-3013 / (85) 3065-3010 / (85) 3063-3009

E-mail: brunop.brandao@vaima.com.br thiagom.wilbrandao@vaima.com.br

SABOYA & BRANDÃO ADVOGADOS ASSOCIADOS

EU, JOSE WILSON FERREIRA DA SILVA
BRASILEIRO(A) SOLTEIRO ESTADO CIVIL AUTÔNOMO (PROFISSÃO)
PORTADOR DO RG Nº 200602/29695, INSCRITO NO CPF SOB O Nº 04381732367
RESIDENTE E DOMICILIADO(A) NO ENDEREÇO
LOCALIDADE CHICO PEREIRA SIN IPUEIRAS/CE

DECLARO PARA TODOS OS FINS A QUE ESTA SE DESTINAR QUE FUI DEVIDAMENTE ESCLARECIDO PELOS DRS. BRUNO PEREIRA BRANDÃO, BRASILEIRO, SOLTEIRO, ADVOGADO DEVIDAMENTE INSCRITO NA OAB-CE SOB O Nº 22.013, THIAGO SABOYA PINES DE CASTRO, BRASILEIRO, SOLTEIRO, ADVOGADO DEVIDAMENTE INSCRITO NA OAB-CE SOB O Nº 24.156 E MARCELO PEREIRA BRANDÃO, BRASILEIRO, SOLTEIRO, ADVOGADO DEVIDAMENTE INSCRITO NA OAB-CE SOB O Nº 26.308, TODOS COM ENDEREÇO PROFISSIONAL NA RUA SÃO PAULO - Nº 32 - 2º ANDAR - SALA 204 - BARRIO CENTRO - CEP: 60.090-100 - FORTALEZA/CE, ACERCA DOS DOCUMENTOS NECESSÁRIOS A SEREM APRESENTADOS PARA INSERIR COM A PRESENTE AÇÃO JUDICIAL DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT, ASSUMINDO, ASSIM, DE FORMA PLENA, ÚNICA E INTEGRAL A RESPONSABILIDADE POR TODA DOCUMENTAÇÃO ACOSTADA AO PROCESSO JUDICIAL, SEM COMO PELOS FATOS NARRADOS NESTE.

DESTA FORMA, FIZENDO O EXCENTRO SANCIA & BRANDÃO ADVOGADOS ASSOCIADOS, REPRESENTADO ATRAVÉS DOS ADVOGADOS BRUNO PEREIRA BRANDÃO, BRASILEIRO, SOLTEIRO, ADVOGADO DEVIDAMENTE INSCRITO NA OAB-CE SOB O Nº 22.013, THIAGO SABOYA PINES DE CASTRO, BRASILEIRO, SOLTEIRO, ADVOGADO DEVIDAMENTE INSCRITO NA OAB-CE SOB O Nº 24.156 E MARCELO PEREIRA BRANDÃO, BRASILEIRO, SOLTEIRO, ADVOGADO DEVIDAMENTE INSCRITO NA OAB-CE SOB O Nº 26.308, TODOS COM ENDEREÇO PROFISSIONAL NA RUA SÃO PAULO - Nº 32 - 2º ANDAR - SALA 204 - BARRIO CENTRO - CEP: 60.090-100 - FORTALEZA/CE, TEL.: (85) 3853-8013 / (85) 3853-3080 / (85) 3853-0069, DE TODA E QUALQUER RESPONSABILIDADE JUDICIAL, 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 DECRETOS EM MENCIONADOS DOCUMENTOS, ASSUMINDO ÚNICA E EXCLUSIVAMENTE ESTAS RESPONSABILIDADES SOBRE TALS NARRAÇÕES.

"AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NO PROCESSO INDENIZATÓRIO DPVAT SÃO DE RESPONSABILIDADE DO BENEFICIÁRIO, SENDO O MESMO INFORMADO QUE A COMUNICAÇÃO DE FATO NÃO OCORRIDO OU INEXISTENTE É CRIME PUNÍVEL NA FORMA DA LEI [ART. 359 E 340] DO CPB."

CIENTE DE MEUS DIREITOS E OBRIGAÇÕES, SEM COMO DA VALIDADE DE MENCIONADO DOCUMENTO, FIZENDO O PRESENTE, O QUAL PASSA A VALER A PARTIR DESTA DATA.

FORTALEZA/CE 30, DE OUTUBRO DE 2015.

Jose Wilson Ferreira da Silva
DECLARANTE

TESTEMUNHA

CPF:

TESTEMUNHA

CPF:

RUA SÃO PAULO - Nº 32 - 2º ANDAR - SALA 204 - BARRIO CENTRO - CEP: 60.090-100 - FORTALEZA/CE

Tel.: (85) 3853-8013 / (85) 3853-3080 / (85) 3853-0069

marcelobrandao@hotmail.com

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL

IDENTIFICAÇÃO

Nome: **JOSE WILSON FERREIRA DA SILVA**

CPF: **043.817.323-67**

DATA DE NASCIMENTO: **17/08/1988**

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL: **2006021029695**

DATA DE EMISSÃO: **05/03/2012**

NOME: **JOSE WILSON FERREIRA DA SILVA**

FILIAÇÃO: **JOSE FERREIRA LIMA**
JOANA ROMARATO DA SILVA

NATURALIDADE: **IPUEIRAS - CE**

DATA DE NASCIMENTO: **17/08/1988**

DOC. ORIGIN: **CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: SÃO JOSE DE LONTRAS TERMO: 1224**
FOLHA: 20 V LIVRO: A 03 IPUEIRAS - CE

CPF: **043.817.323-67**

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

P.: 54

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

043.817.323-67

Nome

JOSE WILSON FERREIRA DA SILVA

Nascimento

17/08/1988

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE

6795.80FF.BD17.ADC9

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela

Secretaria da Receita Federal do Brasil

às 09:39:25 do dia 12/04/2012 (hora e data de Brasília)

dígito verificador: 00

DECLARAÇÃO DE RESIDENCIA

Eu, JOSE WILSON FERREIRA DA SILVA
RG 2006021029695 data de expedição PS, 03, 2012
Órgão SSP/CE CPF 043817323-67 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 LOCALIDADE CHICO PEREIRA
Número SIN
Bairro ZONA RURAL
Cidade IPAUEIRAS
Estado CE
CEP 02.230-000

Por ser verdade, firmo-me.

Local e data. IPAUEIRAS, 30/10/2015

X José Wilson Ferreira da Silva
Assinatura do beneficiário



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
DELEGACIA MUNICIPAL DE POLÍCIA CIVIL
FRECHEIRINHA/CE.

BOLETIM DE OCORRÊNCIA - B.O.

No. 1647/2015

DADOS DA OCORRÊNCIA

NATUREZA DO FATO: ACIDENTE DE TRÂNSITO
DATA/HORA DA COMUNICAÇÃO: 22/07/2015 13:05HS
DATA/HORA DA OCORRÊNCIA: 22/05/2015 21:00HS.
ENDEREÇO DA OCORRÊNCIA: ESTRADA CARROÇAL DA LOCALIDADE RURAL DENOMINADA SÍTIO TROMBETA, IPUEIRAS/CE.

DADOS DA(S) NOTICIANTE/VITIMA(S)

NOME: JOSÉ WILSON FERREIRA DA SILVA
NASCIMENTO: 17/08/1988
PROFISSÃO: AGRICULTOR
EST. CIVIL: CONVIVENTE
DOC: RG 2006021029695/SSP-CE.
FILIAÇÃO: PAI: JOSÉ FERREIRA LIMA
MÃE: JOANA HONORATO DA SILVA
ENDEREÇO: LOCALIDADE RURAL DENOMINADA "CHICO PEREIRA", IPUEIRAS/CE.

Histórico: O NOTICIANTE REGISTRA O ACIDENTE E TRÂNSITO OCORRIDO NO DIA, HORÁRIO E LOCAL SUPRACITADOS; QUE NAQUELA OCASIÃO O NOTICIANTE PILOTAVA A MOTO HONDA/CG 150 TITAN K, PLACA MOF-8674/CE, REGISTRADA NO NOME DE JOÃO BATISTA FERREIRA, QUANDO AO TENTAR SE DESVIAR DE UM CACHORRO QUE CRUZOU A VIA, PERDEU O CONTROLE E CAIU; QUE SOFREU "TCE" E TRAUMAS NO JOELHO E COTUVELO DIREITOS, SENDO SOCORRIDO POR POPULARES E LEVADO AO HOSPITAL MUNICIPAL DE IPUEIRAS/CE, DE ONDE, NO DIA SEGUINTE, FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL SÃO LUCAS DA CIDADE DE CRATEÚS/CE; QUE FAZ ESTE REGISTRO PARA FINS DE SEGURO "DPVAT"; E NADA MAIS A REGISTRAR.

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: Renato Martins Lopes
MATRÍCULA: 151.919-1-0 Escritório de Polícia
MAT. 151.919-1-0

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: x José Wilson Ferreira da Silva



HOSPITAL E MATERNIDADE OTACÍLIO MOTA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CNPJ: 11.172.188/0001-71

Rua Vicente Ferreira Lima, 438 - Praça do Cristo - Ipueiras - Ce.

Fone: (88) 3685 1377 / Fax (88) 3685 1144 / CEP. 62230.000 e-mail: hmom.ips@hotmail.com / EMERGÊNCIA LIGUE (88) 3685 1565



FICHA DE CONSULTA URGÊNCIA/EMERGÊNCIA

Nome: **JOSE WILSON FERREIRA DA SILVA**

Código: **23662**

Sexo: **Masculino** Cor: **P** Est. Civil: **Sol.** Data Nasc.: **17/8/1988** Idade **26 anos, 9 meses e 5 dias**

Convênio: **SUS** Naturalidade: **CNS:** CPF: **R.G: 20060210296**

Certidão Nasc. Livro: **Fis.:** Termo: **Matrícula:**

Endereço: **CHICO PEREIRA**

Tel.:

Bairro: **ZONA RURAL**

Cidade: **IPUEIRAS**

CEP: **62230**

Estado: **CE**

Data de Atendimento: **22/05/2015** Hora de Atendimento: **22:12:00** Atendente: **Junior Farias**

Médico: **RANNIERI ROLIM**

Nome da Mãe: **JOANA HONORATO DA SILVA**

Nome do Pai: **JOSE FERREIRA LIMA**

ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

() Vermelho () Laranja () Amarelo () Verde () Azul

Queixa Principal:

TCE + POLITRUMAS SECUNDÁRIO
ACIDENTE MOTOCICLISTICO

E.V.A.: _____

Sinais Vitais:

P.A.: _____ mmHg P: _____ bpm T: _____ °C FR: _____ rpm Peso: _____ Kg Dx: _____ mg/ml

Alergia Medicamentosa:

() Não () Sim

Enfermeiro: _____ Téc. Aux.: _____

ATENDIMENTO MÉDICO:

Exame Físico: **TÓRAX SEM ALTERAÇÃO**

COTOVELO (D): LIG + ESEM + TENDINITE (FRATURA)

Hipótese Diagnóstica: **POLITRUMAS**

Procedimento Médico:

(1) **ASSESSIA**
 (2) **ANALGÉSIA**
 (3) **IMOBILIZAÇÃO PRIMEIRA**
 (4) **MIO X POLITRUMAS**

Destino do Paciente: () Alta () Internação () Observação () Transf. () Óbito

Assinatura do Médico / CRM: _____

Assinatura do Paciente / Responsável: **Antônia Flávia Gomes de Sousa**

S.A.M.E. - HMOM

Serviço de Arquivo Médico e Estatístico

Nº Protocolo: **5415.06/194**

Entregue: **16/06/15**

SINISTRO 3150698775 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** JOSE WILSON FERREIRA DA SILVA**COBERTURA** Invalidez**SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO** ARUANA SEGUROS S/A**BENEFICIÁRIO** JOSE WILSON FERREIRA DA SILVA**CPF/CNPJ:** 04381732367**Posição em 22-11-2015 21:59:54**

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

Data do Pagamento	Valor da Indenizacao	Juros e Correção	Valor Total
04/09/2015	R\$ 2.362,50	R\$ 0,00	R\$ 2.362,50