



DANIEL FARIAS PORTO
ADVOGADOS ASSOCIADOS

PROCURAÇÃO
"AD JUDICIA ET EXTRA"

OUTORGANTE: Antonio Carlos Rodrigues Camurça

RG: 20072115240 SSP Ce

CPF: 050.814.023-46

Nacionalidade: Brasileiro

Estado Civil: Solteiro

Profissão: Motociclista

Residente e domiciliado: Rua Cajazeiras, 447, Laaga Redonda

Cidade: Fortaleza Estado: Ceará CEP: 60.000-000

Tel: 89430483186906969

OUTORGADO: DR. DANIEL FARIAS PORTO, brasileiro, casado, advogado, OAB-CE nº 20334, e Dra. ALESSANDRA ERIKA MAIA BARROS, solteira, advogada, OAB - CE nº 21113, com escritório na cidade de Fortaleza-Ce, Rua Pereira Filgueiras, 181, Centro CEP 60160-150 Fone: (85)30478110.

Pelo presente instrumento particular de **PROCURAÇÃO**, o **outorgante** nomeia e constitui seu bastante procurador o **outorgado**, para o fim especial de agir judicialmente em ação de seu interesse, a fim de defender seus direitos perante qualquer Juízo, instância ou Tribunal, repartição pública, autarquia ou entidade paraestatal, propondo ou respondendo ação judicial de DPVAT, em que o **outorgante** figure em qualquer dos pólos, podendo responder, receber e levantar alvará judicial ou guia de retirada, reclamar, conciliar, desistir, transigir, fazer acordo, recorrer, receber, dar quitação, confessar, requerer inventário ou arrolamento, firmar compromisso, prestar declarações, receber citação, bem como substabelecer a presente, com ou sem reservas de poderes, se assim convier, praticando todos os atos necessários ao satisfatório desempenho deste mandato dando tudo por firme e valioso.

Fortaleza, 29 de 10 de 2014

Antonio Carlos Rodrigues Camurça
OUTORGANTE

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

NOME: Antonio Carlos Rodrigues Camurça
CPF: 050.814.023-46
ESTADO CIVIL: solteiro
PROFISSÃO: motorista

Declaro para os devidos fins que sua atual condição econômica não permite demandar em juízo sem prejuízo do seu sustento próprio e da sua família, pelo que peço os benefícios da justiça gratuita previstos na **Carta Constitucional de 1988**, e mais precisamente, com fulcro no artigo 4º, caput da **Lei 1.060/50** (estabelece normas para a concessão da assistência judiciária aos necessitados), consorciado com o artigo 1º da **Lei 7.115 de 29 de agosto de 1983**, indicando para o patrocínio de minha causa o advogado em **PROCURAÇÃO**.

Fortaleza - Ce 29 de 10 de 2014

Declarante

Antonio Carlos Rodrigues Camurça

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Pela _____ presente, _____ o _____ (a)
Sra(a) Antônio Carlos Rodrigues Camurça

Declara para os devidos fins de direito, ser responsável (civil e criminal) pelos fatos, informações e documentos apresentados e juntos ao processo judicial de cobrança de seguro DPVAT, em desfavor de qualquer seguradora do consórcio de seguro DPVAT, exonerando o **Dr. DANIEL FARIAS PORTO – OAB/CE 20.334** de qualquer responsabilidade civil e/ ou criminal.

Fortaleza-Ce 29 de 10 2014.

Antônio Carlos Rodrigues Camurça

DECLARANTE

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Antonio Carlos Rodrigues Camurça,
 portador(a) da Identidade nº 20072115240 e inscrita no C.P.F sob o nº
050.814.023-46. Declaro para devidos fins que resido no endereço (Rua)
Rua Cajazeiras, 447
 _____, (Complemento) _____ (Bairro) Coqueiros Redonda
 (Cidade) Fortaleza (Estado) CE, CEP 60.000-000
 Declaro que as informações acima descritas são verdadeiras.

29 / 10 / 2014

Antonio Carlos Rodrigues Camurça
 Assinatura

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO MULTIMÉDICA DE SOUSA

Polg. Direto

Antonio Carlos Rodrigues Camurça

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

MAQUETA DO TÍTULO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2007211524 0

DATA DE EXPEDIÇÃO 13/10/2008

NOME

ANTONIO CARLOS RODRIGUES CAMURÇA

FILIAÇÃO

JOSÉ EDECILO CAMURÇA

MARIA JOSÉ RODRIGUES CAMURÇA

NATURALIDADE

MULUNGU - CE

DATA DE NASCIMENTO

10/06/1985

DOC. ORIGEM

CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: 18 FICIO TERMO: 5713 FOLHA: 172

LIVRO: A-06 MULUNGU - CE

CPF

1 VIA

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

P. 12

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

CPF

050.814.023-46

ANTONIO CARLOS RODRIGUES CAMURÇA

10/06/1985



SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DO 6. DISTRITO POLICIAL



fls. 15

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 106 - 3291 / 2014

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Data / Hora da Comunicação: **28/03/2014 09:46:00**

Data / Hora da Ocorrência: **25/01/2014 04:30:00**

Endereço da Ocorrência: **AV JOR. TOMAZ COELHO COM PADRE PEDRO DE AL
MESSEJANA FORTALEZA /CE**

Ponto de Referência: **IGREJA MATRIZ**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **ANTÔNIO CARLOS RODRIGUES CAMURÇA**

Nascimento : **10/06/1985**

RG: **20072115240** Órgão Emissor: **SSP** UF: **CE** - CPF:

Filiação: **JOSÉ EDECIO CAMURÇA**

MARIA JOSÉ RODRIGUES CAMURÇA

Endereço: **R CAJAZEIRAS 447**

LAGOA REDONDA

FORTALEZA CE BRASIL

Telefone: **8690-6969**

Histórico

Informa a vítima que na hora e data supracitada, estava guiando a motocicleta de marca/modelo **HONDA/XR 200R**, ano **1999/1999**, de cor **PRETA**, de placa **HVT-0035/CE-FORTALEZA**, chassi **9C2MD2800XR007797**, de propriedade de **RICARDO JOSÉ RODRIGUES DA SILVA**, pela Av. Jornalista Tomaz Coelho, quando no cruzamento com a Rua Padre Pedro de Alencar, um ônibus de placas não anotadas, avançou o sinal vermelho e veio a colidir com a motocicleta guiada pela vítima; Que, a vítima foi socorrida por uma ambulância do **SAMU** e levada para o **IUF CENTRO**. E nada mais disse. ///

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 6. DISTRITO POLICIAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : _____

MATRÍCULA: 003197-1-6

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO : _____

VISTO DO DELEGADO(A) : _____

MATRÍCULA: 082779-1-5

INSTITUTO DR. JOSE FROTA

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL				DATA/HORA: 25/01/2014 05:10:21	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE					
CNS: 70007790909503	NOME: ANTONIO CARLOS RODRIGUES CAMURCA			Registro: 5272495	
CPF:	RG:	D. NASC: 10/08/85	ESTADO CIVIL:	SEXO: M	RAÇA/COR: Branca
NOME DA MÃE: MARIA JOSE RODRIGUES CAMURCA			NOME DO PAI: JOSE EDECIO CAMURCA		
TIPO DE LOGRADOURD:	ENDEREÇO DO PACIENTE: URUCU		Nº: S/N	BAIRRO: COCO	
COMPLEMENTO:	TELEFONE CONTATO:	MUNICÍPIO: MULUNGU	UF: CE	CEP: 62764000	
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL					
NOME: SAMU USB 71		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 veículo de transporte pesado ou um ônibus					
QUEIXAS: COLISÃO MOTO X ÔNIBUS PAC. APRESENTOU SÍNCOPE.					
OBSERVAÇÕES:					
SINAIS VITAIS					
PRESSÃO ARTERIAL	NI		MMHG		
FREQÜÊNCIA RESPIRATÓRIA	NI		MRM		
FREQÜÊNCIA CARDÍACA	NI		BCM		
TEMPERATURA	36,00		°C		
GLICEMIA	NI		MG/DL		
SATURAÇÃO DE O2	NI		O2		
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Pública	Escala de Dor: Forte	PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: AMARELO			
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO: CLÍNICO GERAL					

SERCOPRO - UF
 ESTA CÓPIA CONFERE
 COM A ORIGINAL
 DATA: 01/04/2014

[Assinatura]



ATESTADO MÉDICO

O Sr (a): Antonio Carlos

Foi atendido (a) neste hospital: Adm. Juss

Dia 27 de 01 de 14 às hs

Tendo como causa do atendimento: Fratura

de patela CID:

1. (☐) Paciente foi atendido nesta instituição às hs e pode retornar à suas atividades.

2. (☒) Necessitando de quase 15 dias de afastamento de suas atividades laborais ou escolares por motivo de doença ou agravos. CID:

3. (☐) Encontra-se a (☐) APTO (☐) INAPTO a prática curricular de Educação física.

4. (☐) Não apresenta, no momento, sinais e/ou sintomas de doenças ou agravos que o (a) incapacitem para o trabalho.

5. (☐) Paciente encaminhado à especialidade

Fortaleza 27 de 01 de 14

Dr. Maria Jéssica Gomes da Silva
Traumatologista e Ortopedista
CREMC 2815
Médico - CRM

HOSPITAL DISTRITAL DR. EVANDRO AYRES DE MOURA
Rua Cândido Mota, 294 - Antº Bezerra
Fortaleza-Ceará
Telefone: (85) 3488 32 10



HOSPITAL DISTRITAL DR. EVADRO AYRES DE MOURA
RUA CANDIDO MAIA, 294 - ANTÔNIO BEZERRA
FORTALEZA-CE - CEP: 60.356-830 - PABX: 3488-3210



RECEITA

conforme "Cartão"
de controle nº 014
sem exp. de 6'84

Dr. Mário Jorge Gomes da Silva
Traumatologista e Ortopedista
CREMEC 2615

AO RETORNAR AO MÉDICO LEVE SUA RECEITA

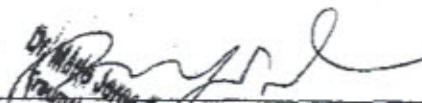
O USO DE DROGAS, BEBIDAS ALCOÓLICAS E CIGARROS PREJUDICAM
A SUA SAÚDE. PERGUNTE AO SEU MÉDICO.

**ATESTADO MÉDICO**O Sr (a) Antônio Carlos RodriguesFoi atendido (a) neste hospital. CamurêDia: 10 de 02 de 14 às _____ hsTendo como causa do atendimento: Fraturado joelho

CID: _____

1. () Paciente foi atendido nesta instituição às _____ hs
e pode retornar às suas atividades.2. (✓) Necessitando de _____ () dias de afastamento
de suas atividades laborais ou escolares por motivo de doença
ou agravos. CID: _____3. () Encontra-se a () APTO () INAPTO a prática
curricular de Educação física.4. () Não apresenta, no momento, sinais e/ou sintomas de
doenças ou agravos que o (a) incapacitem para o trabalho.

5. () Paciente encaminhado à especialidade _____

Fortaleza, 10 de 02 de 14

CRM
CREMC 2015HOSPITAL DISTRITAL DR. EVANDRO AYRES DE MOURA
Rua Cândido Mala, 294 - Ant. Bezerra
Fortaleza-Ceará
Telefone: (85) 3488 32 10



ARTICULAR
Clínica Médica e Fisioterapia

Av. Humberto Monte, 1440 - Parquelândia - CEP: 60450-000
Telefone: (85) 3283.4784 / 8800.0778

RECEITUÁRIO

Atestado

*Atestado para o divi-
des Luis 5º ano Antonio
Carlos Rodrigues Camargo
Sobrinho neto de Rafaela
moraes 25/01/2014, submeter-
se a tratamentos, curativos
e imobilizações, encon-
tre e sem impedimentos par-
ciais de trabalho no período
de imobilização e tratamentos
de movimento, a este
Médico definitivo*

Dr. João Batista Gomes da Silva
Médico - CRM: 5155
CPF: 228.775.923/94

Fortaleza,

25/03/14

DADOS DO PAGAMENTO

2014/503587	ANTONIO CARLOS RODRIGUES CAMURCA	17/09/2014	2.531,25
-------------	----------------------------------	------------	----------