



CAROLINA FREITAS  
ADVOCACIA

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

Outorgante: <u>JOSE ADALTON DE ARAUJO</u>		Data Nasc: <u>30.06.10</u>
Estado Civil: <u>SOLTEIRA</u>	Profissão: <u>AUTONOMO</u>	Nacionalidade: <u>BRASILEIRA</u>
RG: <u>91001023350</u>	CPF: <u>642 887 303 68</u>	
Endereço: <u>ALBERTO DE OLIVEIRA 1544 JARDIM TRACEMA</u>		
Cidade: <u>FORTALEZA - CE</u>	CEP:	

**OUTORGADO:** CAROLINA FREITAS MOREIRA, brasileira, solteira, advogada, inscrito na OAB/CE de nº23.787, com escritório profissional na Rua Pedro Borges, nº 33, sala 516, Ed. Palácio Progresso, Centro, Cep: 60.055-10, Fortaleza-CE, fone: (85) 3055 9918.

**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, juntar e retirar documentos, assinar livros, termos, recibos, dar ou receber quitações, fazer levantamento de valores depositados, 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), 26 de junho de 2017.

Jose Adalton de Araujo  
OUTORGANTE



CAROLINA FREITAS  
ADVOCACIA

**DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA**

Eu, JOSE ADALTON DE ARAUJO, brasileiro(a), CABADO, portador(a) de cédula de identidade nº 91001023350, inscrito(a) no CPF sob o nº 642 887 303 68, DECLARO que tenho domicílio e sou residente na ALBERTO DE OLIVEIRA, nº 1544 Bairro JO: TRACEMA, CEP: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_/CE, conforme comprovante de endereço anexo em meu nome.

Fortaleza, 26 de junho 2017.

*Jose Adalton de Araujo*

DECLARANTE

TESTEMUNHA:

1. \_\_\_\_\_

RG Nº:

CPF Nº:

2. \_\_\_\_\_

RG Nº

CPF Nº



CAROLINA FREITAS  
ADVOCACIA

**DECLARAÇÃO DE POBREZA**

Declaro para os devidos fins que eu,  
JOSE ADAILTON DE ARAUJO, residente e  
 domiciliado na ALBERTO DE OLIVEIRA, nº 1544,  
 bairro: JO. TRACEMA, na cidade de FORTALEZA, portador(a) do  
 RG nº 92007023350, inscrito(a) no CPF nº 642 887 303 68  
 estou impossibilitado(a) de custear despesas judiciais sem prejuízo de meu  
 próprio sustento e da família não podendo arcar com custas processuais pelo que  
 declara ser pobre nos termos da lei nº 7.115 de 29 de agosto de 1983, pelo que  
 assume inteira responsabilidade, requer os benefícios da Justiça Gratuita, com  
 esteio na lei nº 1060/05.

Fortaleza, 26 de junho de 2017.

Jose Adailton de Araujo  
DECLARANTE



CAROLINA FREITAS  
ADVOCACIA

**DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE**

Sr(a) JOSE ADILTON DE ARAUJO Pela presente, o (a) Declara para os devidos fins de direito que tem total e plena consciência da propositura da AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT em seu nome, e que a demanda judicial tramitará no Estado do Ceará, mais precisamente na Comarca de Fortaleza, ressaltando, ainda, que até a presente data, não propôs nenhuma ação judicial contra qualquer seguradora do consórcio de seguro DPVAT, referente aos fatos narrados e aos documentos ora apresentados.

Outrossim, DECLARA, ainda, estar ciente de sua responsabilidade (civil e criminal) pelos fatos, informações e documentos apresentados e anexados ao processo judicial de cobrança de seguro DPVAT, principalmente em caso de falsa declaração com o fim de alterar a licitude sobre fato juridicamente relevante, exonerando a Dra. CAROLINA FREITAS MOREIRA, OAB/CE Nº 23.787, de qualquer responsabilidade civil e/ ou criminal.

Fortaleza, 26 de julho 2017

*Jose Adilton de Araujo*

DECLARANTE

TESTEMUNHAS:

1. NOME:

CPF:

ASSINATURA:

2. NOME:

CPF:

ASSINATURA:



(1)

Buscar no site

Seguro DPVAT

## Acompanhe o Processo de Indenização

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 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

### SINISTRO 3160686102 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA JOSE ADAILTON DE ARAUJO

COBERTURA Invalidez

SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO Comprev Previdência S/A-Filial Fortaleza-CE

BENEFICIÁRIO JOSE ADAILTON DE ARAUJO

CPF/CNPJ: 64288730368

Posição em 12-01-2017 13:17:07

Pedido de indenização negado conforme carta enviada ao beneficiário.

#### ACESSIBILIDADE



(/Pages/Acessibilidade.aspx)



(/Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx)

A A A G

#### COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

Documentos Despesas Médicas (/Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx)

Documentos Invalidez Permanente (/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx)

Documento Morte (/Pages/Documentacao-Morte.aspx)

Dicas Indispensáveis (/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)

#### PAGUE SEGURO

Como Pagar (/Pages/Pague-Seguro.aspx)

Consulta a Pagamentos Efetuados (/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuos.aspx)

Informações Gerais (/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx)

#### ACOMPANHE O PROCESSO

Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização. (/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx)



**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**  
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
 POLÍCIA CIVIL  
 DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 5548 / 2016**

**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
 Data / Hora da Comunicação: **19/07/2016 09:40:08**  
 Data / Hora da Ocorrência: **19/03/2016 20:30:00**  
 Endereço da Ocorrência: **AVENIDA CORONEL DE CARVALHO**  
 Complemento:  
 Bairro: **BARRA DO CEARA** Município: **FORTALEZA/CE**  
 Ponto de Referência: **PROX. A IGREJA UNIVERSAL**

**Dados da(s) Vítima(s)**

Nome: **JOSÉ ADAILTON DE ARAÚJO**  
 Nascimento: **23/06/1976** CPF: **642.887.303-68**  
 RG: **91001023350** Orgão Emissor: **SSPCE** UF:  
 Filiação: **MARIA ESTELA DE ARAÚJO**  
**NÃO DECLARADO**  
 Endereço: **RUA ALBERTO DE OLIVEIRA, 1544 CASA A**  
 Bairro: **JARDIM IRACEMA** CEP: **60.835-820**  
 Município: **FORTALEZA/CE**  
 País: **BRASIL** Telefone: **98739-3952**

**Histórico**

AFIRMA O DECLARANTE QUE NA DATA, HORA E LOCAL CITADOS; QUE NÃO POSSUI HABILITAÇÃO. QUE PILOTAVA A MOTOCICLETA DA MARCA HONDA CG 125 TITAN KS, PLACA HYF5189/CE, COR PRETA, ANO 2003/2004 E LICENCIADO EM NOME DE ROBERTA MARIA LIMA DOS SANTOS. QUE TRAFEGAVA PELA AV. CORONEL DE CARVALHO QUANDO AO PARAR UMA MOTOCICLETA QUE NÃO SABE INFORMAR A PLACA, COLIDIU NA MOTO EM QUE ESTAVA A VITIMA. QUE O CAUSADOR DO ACIDENTE EVADIU-SE DO LOCAL SEM PRESTAR SOCORRO. QUE A VÍTIMA FOI AO SOLO E FICOU LESIONADO. QUE A VÍTIMA FOI SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADO PARA O IJF NO CENTRO. QUE A MOTO FICOU DANIFICADA. E NADA MAIS DISSE.//  
 OBS: - FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO NO ART. 340 DO CPB;  
 PRAZO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL: 6 MESES.

**DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO**

**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :**

  
**ADRIANA ARRAIS MOREIRA - MAT.: 300085-1-0**

**RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:**


**VISTO DO DELEGADO(A) :**

  
**CÉSAR WAGNER MAIA MARTINS - MAT.: 011201-1-5**

CPF- 642.887.303-68

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
PERICIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ  
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO HUMANA E PERICIAS BIOMÉTRICAS



Polegar Direito

*José Adailton de Araújo*

CPF: 642.887.303-68

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO SERIAL 71001023350

DATA DE EXPEDIÇÃO 30/06/2010

NOME JOSÉ ADAULTON DE ARAUJO

FILIAÇÃO

MARZA ESTELA DE ARAUJO

NATURALIDADE FORTALEZA - CE

DOC. ORIGEM

DATA DE NASCIMENTO 23/06/1976

CERT. NASCIMENTO - CARTÃO: 2 ZONA TERMO: 8733 FOLHA: 39 LIVRO: A

09 FORTALEZA - CE

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 20/09/88

P.: 179



MINISTÉRIO DA FAZENDA

**Receita Federal**  
Cadastro de Pessoas Físicas

**COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO**

Número  
**642.887.303-68**

Nome  
**JOSE ADAILTON DE ARAUJO**

Nascimento  
**23/06/1976**

**VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO**

**CÓDIGO DE CONTROLE**  
**EB46.19E1.70C7.AFED**

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  
em 24/05/2016 (hora e data de Brasília)  
às 20:27:46 do dia 24/05/2016 (hora e data de Brasília)  
digito verificador: 00





Nº de Inscrição:

011064664

**DADOS DO CLIENTE**

Nome: **HEIRILENE DE SOUZA BEZERRA**  
 End. Leitura: **RU ALBERTO DE OLIVEIRA, 1544, A, JARDIM IRACEMA**  
 Cidade: **FORTALEZA** CEP: **60835-820**  
 End. Entrega:  
 Cidade:  
 Local: **OC1** Setor: **0-12** Quadra: **0151** Lote: **0263** Comp: **0000**  
 Subsetor: **00** Subquadra: **00**

**ECONOMIAS**

Residencial: **001** Comercial: **000** Industrial: **000** Pública: **000**

**INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO**

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volumem <sup>3</sup>	Média Semestral(m <sup>3</sup> )
ÁGUA	RI-12-143314	181	195	14	14

**DATAS**

Leitura Atual: **17/05/2016** Emissão: **17/05/2016** Lacre Água: **38315**  
 Leitura Anterior: **16/01/2016** Próxima Leitura: **16/01/2016** Lacre Esgoto:

**QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 04/2016**

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coll
Exigidas	5-11	5-11	120	3-11	5-11
Analisadas	551	551	551	549	549
Em conformidade	5-17	5-16	5-16	525	549

**MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**

**MEDIA DE CONSUMO(OUT/14 A SEI/15): 11 m3 | META: 10 m3.**  
 Constatamos debito de R\$ 37,57. Caso pago, desconsiderar.  
**RELATORIO DA QUALIDADE DA AGUA VEJA NO SITE CAGECE**

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME		
		Mês/Ano	Água (m <sup>3</sup> )	Esgoto (m <sup>3</sup> )
ÁGUA	32,37	MAR/15	15	0
ACRESC. IMPONT. ÁGUA TARIF.	0,21	ABR/15	17	0
CORRECCAO MONETARIA TARIF.	0,12	MAY/15	17	0
MULTA DE	0,54	JUN/15	14	0
JUROS DE 0,033% AO DIA	0,29	JUL/15	15	0
TARIFA DE CONTINGENCIA	15,71	AGO/15	15	0
		SET/15	15	0
		OUT/15	16	0
		NOV/15	17	0
		DEZ/15	18	0
		JAN/16	15	0
		FEB/16	13	0
		MAR/16	13	0
		ABR/16	13	0

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO		SUBSÍDIO	
Descrição	Valor (R\$)	Descrição	Valor (R\$)
PIS	0,17	VALOR DO SERVIÇO	69,93
COFINS	2,35	VALOR DO SUBSÍDIO	20,69
		VALOR TOTAL A PAGAR	48,24

MÊS/ANO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
05/2016	06/06/2016	49,24

**ONDE PAGAR SUA FATURA**

Bancos: Bradesco, BNPar, BNB, BIC, Banco da Brasil, Caixa Econômica Federal, Santander, Zilangulic. Outros: PagFacil. A Cagece disponibiliza o serviço de débito em conta de sua fatura. Ative já este serviço. Consulte sua agência.



É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado em nosso sistema. Consulte a Cagece, conforme resoluções das Agências Reguladoras.

Maiores informações pelo telefone: 0800 275 0195, nas lojas de atendimento, de 8h às 17h, no site [www.cagece.com.br](http://www.cagece.com.br) ou na ouvidoria Cagece: 3101.1918, de 8h às 12h e 13h às 17h. Ouvidoria estadual: 155. Site da ARCE: [www.arce.ce.gov.br](http://www.arce.ce.gov.br)

Entidades Reguladoras: Fortaleza: **ACFOR** - Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental: 0800 285 1919 - Demais Localidades: **ARCE** - Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará: 0800 275 3838

## Registro de Atendimento Emergencial

### REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

DATA/HORA: 19/03/2016 21:14:38

#### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CNS: 898000502231809	NOME: JOSE ADAILTON DE ARAUJO	Registro: 5260068
CPF:	RG:	D. NASC: 23/06/1976
	ESTADO CIVIL:	SEXO: M
		RAÇA/COR: Parda
NOME DA MÃE: MARIA ESTELA DE ARAUJO	NOME DO PAI: SEM INFORMAÇÃO	
TIPO DE LOGRADOURO: Travessa	ENDEREÇO DO PACIENTE: LEONOR	Nº: 118
		BAIRRO: BARRA DO CEARA
COMPLEMENTO:	TELEFONE CONTATO: 32284241	MUNICÍPIO: FORTALEZA
		UF: CE
		CEP: 60330770

#### IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL

NOME: SAMU USB 73	PARENTESCO:	TELEFONE: 32284241
-------------------	-------------	--------------------

#### 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 a motor de duas ou três rodas
------------------------	---

QUEIXAS:	SINCOPE, TRAUMA DE FACE, ALCOÓLIZADO DOR TORACOABDOMINAL, E ESCOREAÇÕES, HA 1H
----------	--

OBSERVAÇÕES:	TCE HIST. DE INCONSCIENCIA
--------------	----------------------------

#### SINAIS VITAIS

LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Publica	Escala de Dor: Moderado	PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: AMARELO
-----------------------------------	-------------------------	------------------------------------

ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:	
-------------------------------	--

SERVIÇO DE PROTOCOLO - IJF  
RAE TIRADA  
PELO SISTEMA E-SUS  
DATA 17/05/2016  
MATRÍCULA 1967219  
SERVIDOR(A)



**Prefeitura de Fortaleza**

Instituto Dr. José Frota

Secretaria Municipal de Saúde

**SOLICITAÇÃO DE EXAMES**

5260068

Nome: <b>JOSE ADALTON DE ARAUJO</b>	Unid. Internação/ENF/LEITO: <b>CLINICA EMERG</b>	Idade:	Nº AIH/RAE:
Paciente Externo? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não			Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.

**JUSTIFICATIVA**

**PSA | PNE-OP | URGENTE**

**EXAMES RADIOLÓGICOS**

<input type="checkbox"/> Crânio	<input type="checkbox"/> Face	<input type="checkbox"/> Coluna Cervical __AP/P	<input type="checkbox"/> Clavicula __AP	<input type="checkbox"/> Coluna Dorsal AP/P
<input type="checkbox"/> Tórax __AP/P	<input type="checkbox"/> Ombro __AP/P	<input type="checkbox"/> Braço __AP/P	<input type="checkbox"/> Antebraço __AP/P	<input type="checkbox"/> Cotovelo __AP/P
<input type="checkbox"/> Punho __AP/P	<input type="checkbox"/> Mão __AP/OBL	<input type="checkbox"/> Bacia AP	<input type="checkbox"/> Quadril AP/AXIAL	<input type="checkbox"/> Fêmur __AP/P
<input type="checkbox"/> Escanometria dos MMII	<input type="checkbox"/> Perna __AP/P	<input type="checkbox"/> Joelho __AP/P	<input type="checkbox"/> Tornozelo __AP/P	<input type="checkbox"/> Pé __AP/OBL
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**EXAMES LABORATORIAIS**

<input checked="" type="checkbox"/> Hemograma	<input checked="" type="checkbox"/> <del>Sódio</del>	<input checked="" type="checkbox"/> Uréia	<input checked="" type="checkbox"/> Creatinina	<input type="checkbox"/> Potássio
<input type="checkbox"/> Cloro	<input type="checkbox"/> Sódio	<input type="checkbox"/> Plaquetas	<input type="checkbox"/> Cálcio	<input checked="" type="checkbox"/> TAP
<input checked="" type="checkbox"/> PTTA	<input type="checkbox"/> Lipase	<input type="checkbox"/> Amilase	<input type="checkbox"/> Colinesterase	<input type="checkbox"/> Sumário de Urina
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**ULTRA-SONOGRAFIA**

<input type="checkbox"/> Fast	<input type="checkbox"/> Abdome Total	<input type="checkbox"/> Tórax	<input type="checkbox"/> MSD	<input type="checkbox"/> MID	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> MSE	<input type="checkbox"/> MIE	<input type="checkbox"/>

**OUTROS EXAMES**

**Dr. Angelo L. S.**  
Cirurgião de Joelho  
CRM 8256

*(Handwritten signature and stamp)*

Assinatura e Carimbo do Solicitante:	Data: / /	Hora: h minutos
--------------------------------------	-----------	-----------------