

SABOYA & BRANDÃO ADVOGADOS ASSOCIADOS

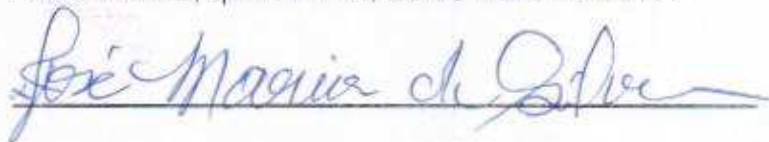
PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

OUTORGANTE	JOSE MARIA DA SILVA
Nacionalidade	BRASILEIRO (A)
Natural	ITAPIPOCA-CE
Estado Civil	SOLTEIRO (A)
RG nº	91002103463 SSP-CE 16/10/2012
CPF nº	136.273.503-59
Profissão	COMERCIAN TE
Endereço	TV ANDRADE ,39
Complemento	
Bairro	DEMOCRITO ROCHA
CEP	60.000-000
Município/UF	FORTALEZA-CE
Telefones	(85)98523-3342 OI (85)99157-7904 CLARO

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 Doutor Carlos Ribeiro Pamplona, 100, Sala 108, Bairro Edson Queiroz, CEP 60811-695 – Fortaleza/CE, Tel.: (85) 9963-8013 / (85) 8636-3030 / (85) 8853-0069 / (85) 3022-0470. E-mails: 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 "et extra", a fim de que, possa defender os interesses e direitos da outorgante perante Juízo, Instância ou Tribunal, repartição pública, autarquia ou entidade paraestatal, propondo ação competente em que a outorgante seja autora ou reclamante, defendendo-a quando for réu, interessada ou requerida, podendo reclamar, conciliar, desistir, transigir, recorrer, receber e dar quitação de quaisquer valores, firmar compromisso, podendo ainda substabelecer o presente com ou sem reservas de poderes, bem como destituir advogado(s), se assim lhe convier, praticando todos os atos necessários para o bom e fiel desempenho deste mandato, dando tudo por bom, firme e valioso.

Fortaleza/CE, quinta-feira, 25 de maio de 2017.



Rua Doutor Carlos Ribeiro Pamplona, 100, Sala 108, Bairro Edson Queiroz, CEP 60811-695 – Fortaleza/CE

Tels.: (85) 3022-0470 / (85) 9963-8013 / (85) 8636-3030 / (85) 8853-0069

E-mails: brunop.brandao@yahoo.com.br thiago_cs@hotmail.com marcelobrandao@hotmail.com

SABOYA & BRANDÃO ADVOGADOS ASSOCIADOS

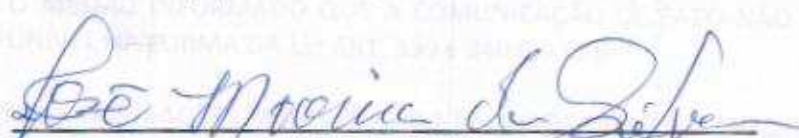
fls. 16

DECLARAÇÃO

DECLARANTE	JOSE MARIA DA SILVA
Nacionalidade	BRASILEIRO (A)
Natural	ITAPIPOCA-CE
Estado Civil	SOLTEIRO (A)
RG n°	91002103463 SSP-CE 16/10/2012
CPF n°	136.273.503-59
Profissão	COMERCIAN TE
Endereço	TV ANDRADE ,39
Complemento	
Bairro	DEMOCRITO ROCHA
CEP	60.000-000
Município/UF	FORTALEZA-CE
Telefones	(85)98523-3342 OI (85)99157-7904 CLARO

DECLARO, para os devidos fins de direito e sob as penas legais, que sou pobre 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, quinta-feira, 25 de maio de 2017.


DECLARANTE

Rua Doutor Carlos Ribeiro Pamplona, 100, Sala 108, Bairro Edson Queiroz, CEP 60811-695 – Fortaleza/CE

Tels.: (85) 3022-0470 / (85) 9963-8013 / (85) 8636-3030 / (85) 8853-0069

E-mails: brunop.brandao@yahoo.com.br thiago_es@hotmail.com marcelobrandao@hotmail.com

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

fls. 17

EU, JOSE MARIA DA SILVA, BRASILEIRO (A), SOLTEIRO (A), COMERCIANTE, PORTADOR DO RG Nº 91002103463 SSP-CE 16/10/2012, INSCRITO NO CPF SOB Nº 136.273.503-59, RESIDENTE E DOMICILIADO(A) NA TV ANDRADE, 39, DEMOCRITO ROCHA, 60.000-000, FORTALEZA-CE, Telefone(s) (85)98523-3342 OI (85)99157-7904 CLARO,

DECLARO PARA TODOS OS FINS A QUE ESTA SE DESTINAR QUE FUI DEVIDAMENTE ESCLARECIDO PELO SR. NAZARENO GOMES DE SOUSA, BRASILEIRO, CASADO, AUTÔNOMO, PORTADOR DO RG Nº 8912005003649 SSPCE, INSCRITO NO CPF SOB O Nº 314.320.693-49 E PELA SRA. SORAYA CRISTINA GOMES BARBOSA, BRASILEIRA, CASADA, AUTÔNOMA, PORTADORA DO RG Nº 4.340.774-0 SSPPR, INSCRITA NO CPF SOB O Nº 590.270.379-49, TODOS COM ENDEREÇO PROFISSIONAL NA RUA SÃO PAULO – Nº 32 – 6º ANDAR – SALA 609 – BAIRRO CENTRO – CEP: 60.030-100 – FORTALEZA/CE, ACERCA DOS DOCUMENTOS NECESSÁRIOS A SEREM APRESENTADOS PARA INGRESSAR 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 PRESENTE PROCESSO ADMINISTRATIVO, BEM COMO PELOS FATOS NARRADOS NESTE.

DESTA FORMA, ISENTO o escritório SABOYA & 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 PIRES DE CASTRO, brasileiro, solteiro, advogado, devidamente inscrito no OAB-CE sob o Nº 24.156, e MARCELO PEREIRA BRANDÃO, brasileiro, solteiro, advogado devidamente inscrito na OAB-CE 26.103, todos com endereço profissional a Rua São Paulo, 32 2º Andar sala 204 Bairro Centro, CEP – 60.030-100 Fortaleza-CE, DE TODA E QUALQUER RESPONSABILIDADE JURÍDICA (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 DESCRITOS EM MENCIONADOS DOCUMENTOS, ASSUMINDO ÚNICA E EXCLUSIVAMENTE ESTAS RESPONSABILIDADES SOBRE TAIS INFORMAÇÕES.

"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. 339 E 340 DO CPB."

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

FORTALEZA/CE, quinta-feira, 25 de maio de 2017.

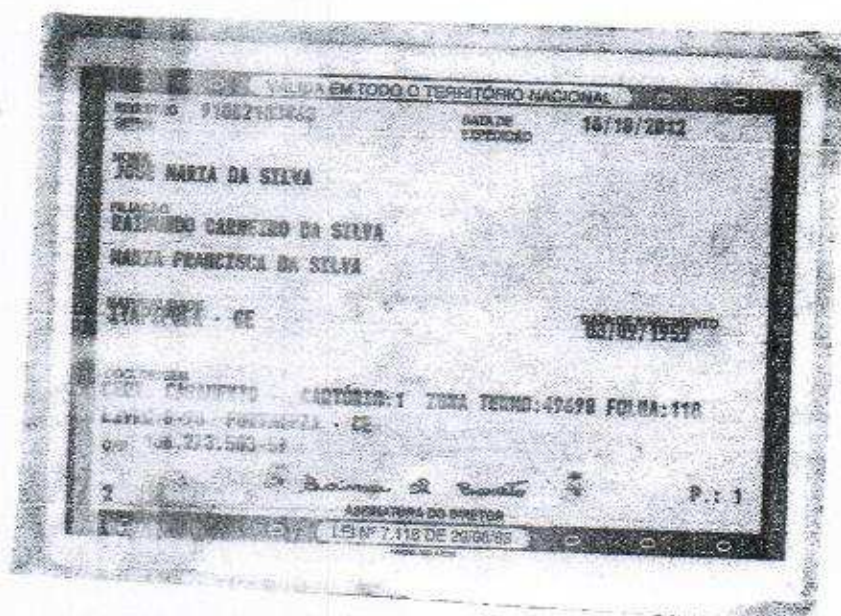
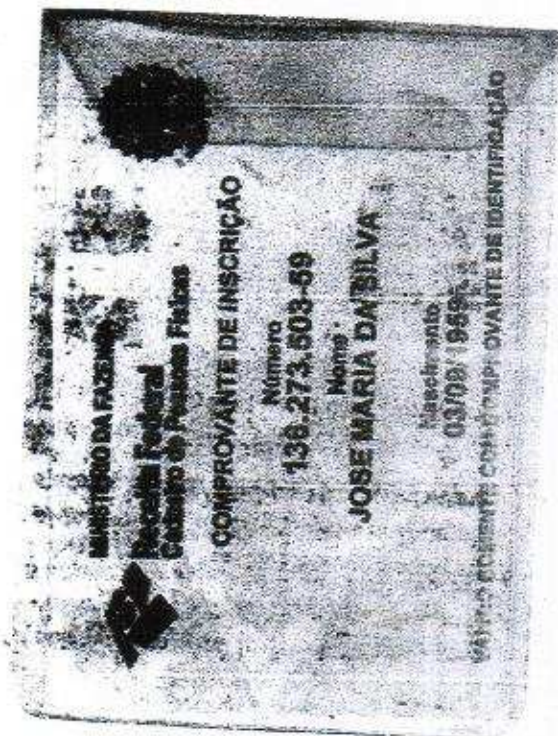

DECLARANTE

TESTEMUNHA

CPF:

TESTEMUNHA

CPF:



026-90000000-2810000000-0115004 900-801000731025-2



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 105 - 7251 / 2016

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **LESAO CORPORAL DOLOSA**
Data / Hora da Comunicação: **10/11/2016 16:00:26**
Data / Hora da Ocorrência: **09/11/2016 16:00:00**
Endereço da Ocorrência: **RUA AMAPÁ**
Complemento:
Bairro: **DEMOCRITO ROCHA** Município: **FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência: **PROXIMO AO POSTO DE GASOLINA**

Dados do(s) Vítima(s)

Nome: **JOSE MARIA DA SILVA**
Nascimento: **03/09/1959** CPF: **136.273.503-59**
RG: **91002103463** Orgão Emissor: **SSP** UF:
Filiação: **MARIA FRANCISCA DA SILVA**
RAIMUNDO CARNEIRO DA SILVA
Endereço: **TRAVESSA ANDRADE, 39** CEP:
Bairro: **DEMOCRITO ROCHA**
Município: **FORTALEZA/CE**
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98795-1716**

Histórico

INFORMA O DECLARANTE QUE TEM UMAS CASAS NO BAIRRO DO PICI, NA REINTEGRAÇÃO DE POSSE DOS SEUS IMOVEIS, A PESSOA DE NOME LUIZA LIGOU PARA UNS INDIVDUOS DIZENDO QUE O DECLARANTE ESTAVA CHEGANDO, E O DECLARANTE AFIRMA QUE ELES O CONHECIA, POIS OS INDIVDUOS JÁ TINHAM FURTADO A BATERIA DE SEU AUTOMOVEL, QUANDO CHEGOU NO LOCAL SUPRACITADO, UM INDIVDUO QUE ESTAVA CONDUZINDO UM VEICULO, BATEU EM SUA BICICLETA E O DECLARANTE FOI AO SOLO, E COMEÇARAM A AGREDI-LO COM SOCOS, CHUTES TENDO VARIAS LESÕES PELO CORPO VINDO A DESMAIAR E SENDO SOCORRIDO PELO SAMU AO IJF CENTRO, ROUBARAM AINDA A SUA BICICLETA, RG, RELOGIO DE PULSO FOLHEADO E NADA MAIS DISSE!!!

DELEGACIA DESTINO: **DELEGACIA DO 5.º DISTRITO POLICIAL**

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

"ESCRIVÃO AD HOC" - MAT.:

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A):

RAIMUNDO ROCHA DE ANDRADE JUNIOR - MAT.: 13385610

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, e em virtude da faculdade que lhe é conferida por lei, e ao processo nº P461796/2016, que o SAMU 192 Regional Fortaleza prestou atendimento ao Sr. José Maria da Silva, no dia 09/11/2016, às 18h30min, na Avenida Mister Hull, no Bairro Antônio Bezerra, vítima de acidente de trânsito. Paciente atendido no local e removido para o Hospital Distrital Evandro Ayres de Moura.

Fortaleza, 5 de dezembro de 2016

Atenciosamente,


Esther Cunha

Coord. SAME do SAMU 192 Regional Fortaleza


Rita Lima

Ouvidora do SAMU 192 Regional Fortaleza

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

DADOS PESSOAIS			
NOME DO PACIENTE JOSE MARIA DA SILVA	DATA DE NASCIMENTO 03/09/1959 (57 ANOS)	Nº DO PRECATÓRIO 91803	Nº DO SE 98409
SEXO M	RAÇA MESTIÇO	RESPOSTA 99 (ADULTO)	RESPOSTA 99 (ADULTO)
NOME DO RESPONSÁVEL US\$ 94		MUNICÍPIO CE	
ENDEREÇO OC AV MISTER HULL 3280 ANTONIO BEZERRA		CEP NI	
LOCAL DA OCORRÊNCIA / TRANSPORTADOS DO ACIDENTE			
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO			
DOENÇA COLISÃO MOTO BICICLETA COM ESCORIAÇÕES NA FACE.		MOTIVO ACIDENTE DE MOTO	
SINTOMAS COLISÃO MOTO BICICLETA COM ESCORIAÇÕES NA FACE.		SINAIS VITAIS 99 (ADULTO)	
PESO NI KG	PRESSÃO ARTERIAL NI/NI	TEMPERATURA NI °C	FREQUÊNCIA NI
CLASSIFICAÇÃO VERDE	RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO RENATO RAFAEL COSTA LIMA	DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO 09/11/2016 19:04:08	
ÁREA DE ATENDIMENTO ATENDIMENTO TRAUMA			
ATENDIMENTO MÉDICO			
DIAGNÓSTICO			
SOLICITAÇÃO () HC () SU () US ABDOMINAL () TC CRÂNIO () RAIO-X () OUTROS			
MEDICAMENTO		APRAZAMENTO	
PRESCRIÇÃO MÉDICA			
TIPO DE ALTA/SAÍDA			
DECISÃO MÉDICA () A PEDIDO () EVASÃO () TRANSFERÊNCIA () INTERNAÇÃO. ÓBITO: () SEM APOSIÇÃO DE ASSINATURA () APOSIÇÃO DE ASSINATURA			
DESTINO DO CORPO: () FAMÍLIA () IML () ANAT. PATOL.			
DATA E HORA DO ATENDIMENTO			

Handwritten signatures and stamps:
- Signature: *Renato Rafael Costa Lima*
- Stamp: *Dr. Cirio José Pereira da Costa - Traumatologia / Ortopedia - CRM/CE 3359*


HOSPITAL DISTRITAL EVANDRO AYRES DE MOURA
PROFESSOR ANTONIO BEZERRA

Miranda Menezes Marques Soares
Tel. 45300.31
Coordenadora SAMF - HDEAM

Assinado por RENATO RAFAEL COSTA LIMA em 09/11/2016 às 19:04:08
plano serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 299 do Código Penal.

Handwritten signatures and initials:
- Signature: *JOSE MARIA DA SILVA*
- Initials: *24*, *35*



INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

Registro de Atendimento Emergencial



Emitido em: 22/11/2016 11:58:17

Por: JOSE URBANO DA MOTA COELHO

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

DATA/HORA: 09/11/2016 23:35:27

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CNS: 706409378536190	NOME: JOSE MARIA DA SILVA	Registro: 5477031
CPF:	RG:	D. NASC: 03/09/1969
	ESTADO CIVIL:	SEXO: M
	RAÇA/COR: Pardo	
NOME DA MÃE: MARIA FRANCISCA DA SILVA	NOME DO PAI: RAIMUNDO CARNEIRO DA SILVA	
TIPO DE LOGRADOURO: Rua	ENDEREÇO DO PACIENTE: ALCIR SAMPAIO	Nº: 130
	BAIRRO: PRESIDENTE KENNEDY	
COMPLEMENTO:	TELEFONE CONTATO:	MUNICÍPIO: FORTALEZA
	UF: CE	CEP: 60620790

IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL

NOME: JOSE MARIA DA SILVA	PARENTESCO:	TELEFONE:
---------------------------	-------------	-----------

ADIDENTE DE TRABALHO

TIPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADO:	GNPJ DO EMPREGADOR:	CÓDIGO DO CNAER:
------------------	-------------------	---------------------	------------------

ACIDENTE E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com automóvel / microônibus (acidente de carro). Ocupante de um veículo traumatizado em acidente de transporte sem colisão. Injúria: capotamento, queda
QUEIXAS: HOJE ATROPELAMENTO, DESMAIO, VÔMITOS
OBSERVAÇÕES: MECANISMO DE TRAUMA SIGNIFICATIVO

SINAIS VITAIS

LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Pública	Estado de Con: Livre	PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: LARANJA
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:		

ATENDIMENTO MÉDICO

Anamnese:

Exame Físico:

Conduta:

SERVIÇO DE PROTOCOLO - UF
RAE TIRADA
PELO SISTEMA E-SUS
DATA 22/11/2016
MATRÍCULA 13046
SERVIDOR

TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:

EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:

DATA E HORA DO ATENDIMENTO:

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Paciente: JOSE MARIA DA SILVA		ID Paciente: 5477021
Data de Nascimento: 03/09/1959	Idade: 57 anos	Sexo: M
Médico Solicitante: (Sem nome)		Data do Exame: 10/11/2016
LAUDO		

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO e FACE – URGÊNCIA

TÉCNICA: Exame realizado em tomógrafo multislice com aquisição volumétrica do crânio, sem administração de contraste iodado:

- Parênquima encefálico com valores de atenuação normais ✓
- Sistema ventricular anatômico. ✓
- Linha média centrada. ✓
- Sistemas preservadas ✓
- Fossa posterior sem alterações significativas ✓
- Não evidenciado hematoma extra-axial ✓
- Traço de fratura nasal ✓

SILVANA PINHEIRO
CRM-CE 3914



Dr. Pedro Coutinho

Dr. Arnaldo

22/06 - Quinta-feira

15:00hs per ordem de chegada

Avenida Aguanambi, 332 - Bairro de Fátima - CEP: 60055-402 - Fortaleza - Ceará

www.uniclinic.com.br - uniclinic@uniclinic.com.br

PABX: (85) 3311.6000

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA EXECUTIVA REGIONAL IV
DISTRITO DE SAÚDE
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - CAPS GERAL SÉR IV



Prefeitura de
Fortaleza
Secretaria Municipal

Declaração

Declaro, para os devidos fins, que o Sr. José Maria da
Silva faz acompanhamento nesta Caps desde 15/03/16 e
comprometeu a este serviço para atendimento psicoló-
gico no turno da tarde.

Em 02.06.17


Gildésio Moreira Carvalho
Psicólogo
CRP - 11/08958

CAPS GERAL SÉR IV,
AV. BORGES DE MELO 201, ESQUINA C/ JORGE DUMAR - JARDIM AMÉRICA
CEP: 60415-730 - Fortaleza-CE. Telefone: (85) 3131.1690 - capsgeralser4@yahoo.com.br

Receita de Controle Especial

fls. 27

1ª via - Retenção da Farmácia 2ª via - Orientação ao Paciente

Identificação do Emitente	
Nome completo:	Tácito Yuri Melo
CRM:	Ortopedia - Traumatologia
Endereço:	Av. Aguanambi, 882 - Centro de Fátima
Telefone:	3311.6000
Cidade:	Fortaleza
UF:	CE

Tácito Yuri Melo
Ortopedia - Traumatologia
CRM - 14108
Carimbo e assinatura do médico

Paciente: José Maria da Silva

Endereço: R. Pe. Alziro Sampaio, 130 - A. Weigand

Prescrição: Orel

① Revanage Os comp 818h 1.2.2.2

Data: 02/06/17

Identificação do Comprador	
Nome:	
Ident.:	Org. Emissor:
End.:	
Cidade:	UF:
Telefone:	

Identificação do Fornecedor	
Assinatura do farmacêutico	
Data: / /	



Rio de Janeiro, 23 de Maio de 2017

Carta nº: 11021964

A/C: JOSE MARIA DA SILVA

Sinistro: 3170262462 ASL-0180910/17
Vitima: JOSE MARIA DA SILVA
Data Acidente: 09/11/2016
Natureza: INVAIDEZ
Procurador: NAZARENO GOMES DE SOUSA

Ref.: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Prezado(a) Senhor(a),

Após avaliação dos documentos que nos foram enviados, a assessoria médica verificou que os danos pessoais decorrentes do seu acidente, após o tratamento médico, não resultaram em invalidez permanente.

Como o Seguro DPVAT somente paga indenização a pessoas que tenham invalidez permanente, o seu pedido foi negado.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04, ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01-4593-01-0000 - carta_04

