

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

INTERMUNICIPA
VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1096917746

NOME
ANTONIO GOMES DO VALE JUNIOR

DOC/IDENTIDADE / CRO EMissor NF
20075246435 **SSPDS** **CE**

CPF
058.003.253-16 **DATA NASCIMENTO**
29/01/1995

IRACAO
ANTONIO GOMES DO VALE
HELENILCE MAGALHAES
FARIAS DO VALE

Nº REGISTRO
05966826108

PERMISSAO
VALIDEZ
21/06/2018 **1ª HABILITACAO**
28/01/2014

EXERCE ATIV REMUNERADA:

ASSINATURA DO EMISSOR
ANTONIO GOMES DO VALE JUNIOR
PORTALEZA, CE

DATA ENTREGA
14/04/2018

42135947906
CE147077753

PROIBIDO PLASTIFICAR
1096917746

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA SOB AS PENAS DA LEI**DECLARANTE:**

Nome: <u>ANTONIO GOMES DO VALE JUNIOR</u>			Nacionalidade: Brasileiro (a)
RG / Órgão Expedidor <u>20075246435 - SSP/CE</u>		CPF: <u>098.003.253-16</u>	Estado Civil: <u>SOLTEIRO</u>
Endereço: <u>RUA CAMELINA SAMPAIO</u>	Número <u>117</u>	Complemento <u>Apartamento</u>	Profissão: <u>Téc de enfermagem</u>
Bairro: <u>ALTO DO 2º MORA</u>	Cidade: <u>BOA VIAGEM</u>	Estado <u>CEARA</u>	
CEP: <u>63.870-000</u>	Telefone:		

DECLARO para os devidos fins de comprovação de residência, sob as penas da Lei (art. 2º da Lei 7.115/83) que sou residente e domiciliado(a) no endereço acima informado.

Declara ainda, estar ciente de que a falsidade da presente declaração pode implicar na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal, conforme transcrição abaixo:

"Art. 299 – Omitir, em documento público ou particular, declaração que nele deveria constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre o fato juridicamente relevante.
Pena: reclusão de 1 (um) a 5 (cinco) anos e multa, se o documento é público e reclusão de 1 (um) a 3 (três) anos, se o documento é particular."

Boa Viagem - CE, 05 de Dezembro de 2017.

Antonio Gomes do Vale Junior
DECLARANTE



PROCURAÇÃO "AD JUDICIA ET EXTRA"

OUTORGANTE:

Nome: <u>ANTONIO COMES DO VALE JUNIOR</u>		Nacionalidade: Brasileiro (a)	
RG / Órgão Expedidor <u>20075246439 - SSP/CE</u>		CPF: <u>055.003.253-16</u>	
Endereço: <u>RUA CARMELINA SAMPAIO</u>		Número <u>117</u>	Complemento <u></u>
Bairro: <u>Alto do Zé Rose</u>	Cidade: <u>BOA VIAGEM</u>	Estado <u>CEARA</u>	
CEP: <u>63.570-000</u>	Telefone: <u></u>		

OUTORGADO(S): VINÍCIUS PINHEIRO MELO, brasileiro, advogado, inscrito na OAB/CE 24.353, portador do CPF sob o nº. 016.548.623-63, sócio administrador na sociedade **PINHEIRO MELO - SOCIEDADE INDIVIDUAL DE ADVOCACIA**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº. 26.942.992/0001-60, inscrito na OAB/CE 1453, com escritório na Pça. Mons. José Candido, nº. 103, bairro Centro, cidade de Boa Viagem, estado do Ceará, CEP 63870-000, tel.: (88) 3427-2867;

Através do presente instrumento particular de mandato, a(s) parte(s) OUTORGANTE(s) nomeia(m) e constitui(em) como seu(s) procurador(es) o(s) OUTORGADO(s), conferindo-lhe(s) amplos poderes, inerentes ao bom e fiel cumprimento deste mandato, bem como para o foro em geral, conforme estabelecido no artigo 38 do Código de Processo Civil e art. 5º, §2º do Estatuto da OAB, com clausula "Ad Judicia Et Extra", para praticar todos atos perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, e órgãos da administração pública direta e indireta, praticar quaisquer atos perante particulares ou empresas privadas, **principalmente perante qualquer companhia de seguro conveniada ao FENASEG, participante do convênio DPVAT**, recorrer a quaisquer instâncias e tribunais, podendo atuar em conjunto ou separadamente, e os *especiais* para transigir, fazer acordo, firmar compromisso, substabelecer, renunciar, desistir, reconhecer a procedência do pedido, receber intimações, assinar livros, termos, recibos, receber e dar quitação, firmar autorizações de pagamento ou crédito de indenização de sinistro, prestar declarações, **declarar e requerer os benefícios da JUSTIÇA GRATUITA, anuir e receber alvarás judiciais de levantamento, podendo receber os valores neles expressos provenientes de depósitos feitos pela(s) SEGURADORA(S) pertencentes ao CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT e SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DPVAT S/A** junto à instituição financeira responsável pela guarda destes valores, podendo ainda receber e endossar cheque em nome do outorgante relativo a pagamento dos valores pleiteados junto as Seguradoras do Consórcio DPVAT, dando tudo por bom e valioso, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-lo(a) nas contrárias, seguindo uma e outras, até decisão final.

Boa Viagem - CE, 05 de Dezembro de 2017.

Antonio Gomes do Vale Junior
OUTORGANTE

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA**DECLARANTE:**

Nome: <u>ANTÔNIO GOMES DO VALE JÚNIOR</u>		Nacionalidade: Brasileiro (a)	
RG / Órgão Expedidor <u>20075246435 - SSP/CE</u>		CPF: <u>058.003.253-16</u>	
Endereço: <u>RUA CARMELINA SAMPAIO</u>		Número <u>117</u>	Complemento <u>Apartamento</u>
Bairro: <u>ALTO DO ZÉ ROCHA</u>	Cidade: <u>BOA VIAGEM</u>	Estado <u>CEARA</u>	
CEP: <u>63.870-000</u>	Telefone:		

DECLARO que, em função de minha condição financeira, não tenho condições de arcar com o pagamento das custas processuais, sob pena de implicar em prejuízo próprio e de minha família, nos termos do art. 5º, LXXIV, da Constituição da República e da Lei nº 1.060/50, com fundamento na Lei 7.115/83.

Boa Viagem - CE, 05 de 12 de 2017.

Antônio Gomes do Vale Júnior.
Declarante



BOLETIM DE Ocorrência Nº 428 - 1567 / 2016

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **24/08/2016 14:44:14**
Data / Hora da Ocorrência: **15/03/2015 19:00:00**
Endereço da Ocorrência: **ESTRADA CARROÇÁVEL DA LOCALIDADE**
Complemento:
Bairro: **ZONA RURAL** Município: **BOA VIAGEM/CE**
Ponto de Referência:

Noticiante(s)

Nome: **ANTONIO GOMES DO VALE JUNIOR**
Nascimento: **29/01/1995** CPF: **058.003.253-16**
CNH: **05988826108** Orgão Emissor: **DETRAN** UF: **CE**
Filiação: **HELENICE MAGALHAES FARIAS DO VALE**
ANTONIO GOMES DO VALE
Endereço: **RUA CARMELINA SAMPAIO, 117**
Bairro: **ALTO DO ZÉ ROSA** CEP:
Município: **BOA VIAGEM/CE**
País: **BRASIL** Telefone:

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **OIL3929** Uf: **CE** Município: **BOA VIAGEM** Chassi: **9C2KC1670CR583622**
Renavam: **494621826** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG**
150 FAN ESI Ano Fabricação: **2012** Ano Modelo: **2012** Combustível:
GASOLINA/ALCOOL Cor: **PRETA** Proprietário: **EVALDO FARIAS MATEUS** Situação:
NÃO INFORMADO Envolvimento: **NORMAL**

Histórico

Compareceu a esta delegacia a pessoa acima qualificada para informar que no dia 15/03/2015 por volta das 19 horas estava conduzindo a motocicleta acima citada quando ao desviar de um cachorro perdeu o controle e caiu; QUE foi socorrido para o hospital local sofrendo dor no joelho esquerdo, na cabeça e no ombro direito; QUE compareceram a esta delegacia como testemunhas do acidente Fernanda Batista de Oliveira e Francisco Adilson Alves da Silva. Nada mais disse.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE BOA VIAGEM

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

Larissa Crispim de Lima
LARISSA CRISPIM DE LIMA - MAT.: 300059-1-0

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Antonio Gomes do Vale Junior

VISTO DO DELEGADO(A) :

Edonaldo Gomes Pereira
EDONALDO GOMES PEREIRA - MAT.: 300524-1-2

Francisco Adilson Alves da Silva

Fernanda Batista de Oliveira

DETAN - CE Nº 011688908875
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

PLACA: 011688908875 ANO: 2017

DEBORA APARECIDO DE ARAUJO

XXXX-XXXX-XXXX-XXXX

XXXX-XXXX-XXXX-XXXX

XXXX-XXXX-XXXX-XXXX

05/749-749-749-749

CE 011688908875

PAS/MOTOCICLO/VEICULO/VEICULO

COMBUSTIVEL GASOL/ALCO

MONDA/CO/150

21/00000000

21/00000000

21/00000000

21/00000000

21/00000000

21/00000000

21/00000000

21/00000000

21/00000000

21/00000000

21/00000000

SEGURO OBRIGATORIO

DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATORIO
NAO VALIJO PARA TRANSFERENCIA

DETAN - CE Nº 011688908875
BILHETE DE SEGURO DPVAT

XXXX-XXXX-XXXX-XXXX

XXXX-XXXX-XXXX-XXXX

XXXX-XXXX-XXXX-XXXX

XXXX-XXXX-XXXX-XXXX

XXXX-XXXX-XXXX-XXXX

XXXX-XXXX-XXXX-XXXX

XXXX-XXXX-XXXX-XXXX

XXXX-XXXX-XXXX-XXXX

XXXX-XXXX-XXXX-XXXX

XXXX-XXXX-XXXX-XXXX

XXXX-XXXX-XXXX-XXXX

XXXX-XXXX-XXXX-XXXX

XXXX-XXXX-XXXX-XXXX

XXXX-XXXX-XXXX-XXXX

XXXX-XXXX-XXXX-XXXX

XXXX-XXXX-XXXX-XXXX

XXXX-XXXX-XXXX-XXXX

XXXX-XXXX-XXXX-XXXX

XXXX-XXXX-XXXX-XXXX

XXXX-XXXX-XXXX-XXXX

XXXX-XXXX-XXXX-XXXX

XXXX-XXXX-XXXX-XXXX

XXXX-XXXX-XXXX-XXXX

XXXX-XXXX-XXXX-XXXX

XXXX-XXXX-XXXX-XXXX

XXXX-XXXX-XXXX-XXXX

XXXX-XXXX-XXXX-XXXX

XXXX-XXXX-XXXX-XXXX

XXXX-XXXX-XXXX-XXXX

XXXX-XXXX-XXXX-XXXX

XXXX-XXXX-XXXX-XXXX

XXXX-XXXX-XXXX-XXXX

XXXX-XXXX-XXXX-XXXX

XXXX-XXXX-XXXX-XXXX

XXXX-XXXX-XXXX-XXXX

XXXX-XXXX-XXXX-XXXX

XXXX-XXXX-XXXX-XXXX

XXXX-XXXX-XXXX-XXXX

XXXX-XXXX-XXXX-XXXX

XXXX-XXXX-XXXX-XXXX

XXXX-XXXX-XXXX-XXXX

XXXX-XXXX-XXXX-XXXX



**PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VIAGEM
CSAM - CASA DE SAÚDE ADÍLIA MARIA**

Rua: São Vicente de Paula, Nº 100, Centro
Tel.: (88) 3427 1699 - (88) 3427 1136
CNPJ: 07.808.680/0001-84



FICHA DE SERVIÇO DE PRONTO ATENDIMENTO (SPA)

DATA DE ATENDIMENTO: 15 / 03 / 2015 HORÁRIO: 19:47 SEXO: AM () F

NOME: Antônio Gomes do Vale Júnior DATA DE NASC: 29/01/95

RG: _____ CPF: _____ CARTÃO DO SUS Nº: _____

PAI: Antônio Gomes do Vale MÃE: Elvilde Magalhães Farias

NATURALIDADE: BV - E PROCEDÊNCIA: Sus

ESTADO CIVIL: solteiro PROFISSÃO: tec. enfermagem

ENDEREÇO: P. Alfredo Inácio Nº: 701

Bairro: Centro CIDADE: BV UF: CE

QUEIXA PRINCIPAL: _____

HDA: subst. n. cel

EXAME FÍSICO: _____

EXAME SOLICITADOS: in. urina e u MicroL

EXAMES: _____

GUTEMBERG MENDES FARIAS FILHO

CPF: 472.081.123-04

CRM: 6087

CLÍNICO GERAL E OBSTETRÍCIAS

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM: _____

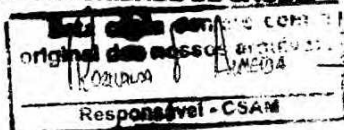
PESO: _____ TEMPERATURA: _____ PA: _____

Antônio Gomes do Vale Júnior

ASSINATURA DO PACIENTE / RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

ESTA FICHA SÓ TERÁ VALIDADE PARA REGISTRO DE ATENDIMENTO HOSPITALAR COM CARIMBO E ASSINATURA DA DIRETORA DESTA UNIDADE DE SAÚDE



**ROZIVALDA FERREIRA DE ALMEIDA
RESPONSÁVEL PELA C.S.A.M**

Casa de Saúde Adília Maria
Rua São Vicente de Paula, nº 100
Centro - CEP 63870-000
Fone: (88) 3427-1136
Rua Viagem - Ce



Dra. Ledjane Cavalcante Noronha
Fisioterapeuta
DECLARAÇÃO

Declaro para devidos fins, que o paciente Antonio Gomes do Vale Júnior, sofreu Trauma em joelho esquerdo.

Na avaliação funcional, paciente refere dor ao realizar flexão de joelho.

Apresenta diminuição de força no membro inferior esquerdo grau 3.

Teste específico gaveta posterior positivo. Instabilidade ligamentar.

Limitação de movimento para flexão de joelho 90°.

durante a marcha apresenta estalidos na articulação do tornozelo.

Antonio Gomes do Vale Júnior


Ledjane C. Noronha
Fisioterapeuta
Crefito - 174980 - F

Data: 22/04/2015

Carimbo e Assinatura
CREFITO - 174980 - F

**LÍDER**

Administradora do Seguro DPVAT

(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 3170004337 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** ANTONIO GOMES DO VALE JUNIOR**COBERTURA** Invalidez**SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO** Sabemi Seguradora S/A-Filial Fortaleza-CE**BENEFICIÁRIO** ANTONIO GOMES DO VALE JUNIOR**CPF/CNPJ:** 05800325316**Posição em 28-07-2017 07:38:15**

Pagamento liberado pela Seguradora Líder DPVAT.

Valor: R\$ 945,00

O prazo para recebimento da indenização no banco depende do tempo necessário ao processamento bancário, que é de até 5 dias úteis contados a partir da data de liberação.

Data do Pagamento	Valor da Indenizacao	Juros e Correção	Valor Total
31/07/2017	R\$ 945,00	R\$ 0,00	R\$ 945,00

ACESSIBILIDADE

(/Pages/Acessibilidade.aspx)



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

A A A O

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-Efetutados.aspx)

Cálculo de Atualização Monetária

Dados básicos informados para cálculo

Descrição do cálculo	Atualização do Pagamento Administrativo - Beneficiário: ANTONIO GOMES DO VALE JUNIOR- Sinistro: 3170004337
Valor Nominal	R\$ 945,00
Indexador e metodologia de cálculo	INPC-IBGE - Calculado pro-rata die.
Período da correção	15/3/2015 a 31/7/2017

Dados calculados

Fator de correção do período	869 dias	1,162291
Percentual correspondente	869 dias	16,229068 %
Valor corrigido para 31/7/2017	(=)	R\$ 1.098,36
Sub Total	(=)	R\$ 1.098,36
Valor total	(=)	R\$ 1.098,36

Memória analítica do cálculo

Valor inicial	945,00
Data inicial	15/3/2015
Data final	31/7/2017
Periodicidade	Mensal
Metodologia de cálculo	Calculado pro-rata die.

Termo inicial	Termo final	Variação do período	Valor
15/3/2015	1/4/2015	0,8253 (%)	952,80
1/4/2015	1/5/2015	0,7100 (%)	959,56
1/5/2015	1/6/2015	0,9900 (%)	969,06
1/6/2015	1/7/2015	0,7700 (%)	976,53
1/7/2015	1/8/2015	0,5800 (%)	982,19
1/8/2015	1/9/2015	0,2500 (%)	984,64
1/9/2015	1/10/2015	0,5100 (%)	989,67
1/10/2015	1/11/2015	0,7700 (%)	997,29
1/11/2015	1/12/2015	1,1100 (%)	1.008,36
1/12/2015	1/1/2016	0,9000 (%)	1.017,43
1/1/2016	1/2/2016	1,5100 (%)	1.032,79
1/2/2016	1/3/2016	0,9500 (%)	1.042,61
1/3/2016	1/4/2016	0,4400 (%)	1.047,19
1/4/2016	1/5/2016	0,6400 (%)	1.053,90
1/5/2016	1/6/2016	0,9800 (%)	1.064,22
1/6/2016	1/7/2016	0,4700 (%)	1.069,23
1/7/2016	1/8/2016	0,6400 (%)	1.076,07
1/8/2016	1/9/2016	0,3100 (%)	1.079,40
1/9/2016	1/10/2016	0,0800 (%)	1.080,27
1/10/2016	1/11/2016	0,1700 (%)	1.082,10
1/11/2016	1/12/2016	0,0700 (%)	1.082,86
1/12/2016	1/1/2017	0,1400 (%)	1.084,38
1/1/2017	1/2/2017	0,4200 (%)	1.088,93
1/2/2017	1/3/2017	0,2400 (%)	1.091,55
1/3/2017	1/4/2017	0,3200 (%)	1.095,04
1/4/2017	1/5/2017	0,0800 (%)	1.095,92
1/5/2017	1/6/2017	0,3600 (%)	1.099,86
1/6/2017	1/7/2017	-0,3000 (%)	1.096,56
1/7/2017	31/7/2017	0,1645 (%)	1.098,36

Acréscimos de juro, multa e honorários

Sub Total	(=)	R\$ 1.098,36
Valor total	(=)	R\$ 1.098,36

Retornar Imprimir