

CONTRATO DE HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

1. PARTES

Sinador Tompau da Aguiar Enaque da Silva
 brasileiro (a), estado civil Casado, profissão Agricultor, portador (a) do RG nº 3694805-88, Órgão Expedidor 599-PE, CPF nº 289.830.903-44, com endereço Rua Raimundo Pimenta 81 Jandaia, Nº 07, bairro Centro, Cidade Sinador Tompau, doravante

denominado de CONTRATANTE e de outro lado o Dr. ANTONIO RUBENS LIMA DE SOUSA, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/CE 29.284, com endereço profissional à Av. Dr. Wilson Pinheiro, nº 462, CEP.: 63.635-000, Centro, Milhã-Ceará e o Dr. CARLOS BOLÍVAR PONTES PIMENTEL, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/CE 16.825, com endereço profissional à Rua Pedro Teles de Menezes 133, Bairro: Duque de Caxias, CEP: 63.800-000. Quixeramobim-CE, aqui denominados de CONTRATADOS.

2. FINALIDADE DO CONTRATO: O(A) CONTRATANTE contrata os serviços do(s) CONTRATADO(S), para que este(s) ajuíze ação de cobrança referente ao seguro DPVAT, no Juizado Especial Cível Estadual bem como ação previdenciária em face do INSS.

3. DESEMPENHO DO MANDATO: A CONTRATADA postulará em todas as instâncias, através de recursos adequados para o fiel cumprimento do mandato outorgado pelo(a) CONTRATANTE.

4. HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS:

4.1. O(a) CONTRATANTE pagará aos CONTRATADOS, a título de honorários advocatícios, o valor de 30% (trinta por cento) sobre todos os valores recebidos judicial ou administrativamente pelo(a) CONTRATANTE em decorrência da ação proposta. Porém, nas ações previdenciárias, quando os valores recebidos pelo CONTRATANTE forem inferiores a R\$ 9.000,00 (nove mil reais), este deverá pagar a títulos de honorários o valor de R\$ 3.000,00 (três mil reais), salvo auxílio maternidade.

4.2. Caso o(a) CONTRATANTE tenha seu benefício concedido administrativamente após o ajuizamento da ação, haverá a cobrança da integralidade dos honorários aqui pactuados.

4.3. Havendo acordo entre o(a) contratante e a parte contrária, não restará prejudicado o recebimento dos honorários contratados.

4.4. No caso de desistência do processo antes da sentença ou ausência injustificada em audiência, o contratante se compromete a pagar a título de honorários advocatícios, pelo trabalho já então realizado, a importância fixa de 01 (um) salário, salvo se for ajuizar novo processo após a prolação de sentença, representado pela contratada.

4.5. No caso de desistência do processo após prolação da sentença, o contratante fica obrigado a pagar os honorários advocatícios na sua integralidade.

4.6. O (a) CONTRATANTE autoriza, expressamente, o desconto dos valores aqui contratados quando da expedição da RPV, precatório, alvará ou depósito decorrente da ação proposta.

4.7. As partes estabelecem que havendo atraso no pagamento dos honorários serão cobrados juros de mora na proporção de 1% (um por cento) ao mês, além de correção monetária.

4.8. Os honorários de sucumbência eventualmente estipulados pelo Juiz ou Tribunal em favor do representante jurídico é verba pertencente a este entrará no cálculo dos honorários acima apontados.

5. CLÁUSULA DE RISCO: Em caso de insucesso da ação proposta, o/a CONTRATANTE não desembolsará quaisquer valores a(o) CONTRATADO, inclusive os gastos havidos com demanda.

6. RESCISÃO: Agindo o CONTRATANTE de forma dolosa ou culposa em face do(a) CONTRATADO(a), restará facultado a este, rescindir o contrato, subestabelecendo sem reservas de iguais poderes e se exonerando de todas as obrigações.

7. FORO: As partes desde já elegem o Foro da Comarca de Milhã para dirimir quaisquer litígios acerca do presente contrato, por mais privilegiado que seja qualquer outro.

E por estarem assim, justos e contratados, assinam o presente instrumento em duas vias para que possa produzir seus jurídicos efeitos legais.

Sinador Tompau, em 29 de junho de 20 20.

CONTRATANTE

CONTRATADO – OAB/CE 29.284

TESTEMUNHAS: 1. _____ CPF _____
 2. _____ CPF _____

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Francisco de Assis Enogue da Silva,
brasileiro (a), estado civil casado, profissão Agricultor,
portador (a) do RG nº 1692805-88, Órgão Expedidor
SSP-CE, CPF nº 499.830.903-44, com
endereço Rua Raimundo Clemente Holanda, nº 07, bairro
Centro, Cidade Senador Pompeu.

OUTORGADO: **Dr. ANTONIO RUBENS LIMA DE SOUSA**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na Ordem dos Advogados do Brasil, Seção do Ceará, OAB/CE 29.284, com endereço eletrônico e-mail: rubenslima111@hotmail.com e profissional na Av. Dr. Wilson Pinheiro, nº 462, CEP.: 63.635-000, Centro, Milhã-Ceará e o **Dr. CARLOS BOLÍVAR PONTES PIMENTEL**, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/CE 16.825, com endereço eletrônico e-mail: bolivarpimentel.adv@gmail.com e profissional à Av. Dom Luís 1.200, Condomínio Pátio Dom Luís, Torre Business, Sala: 811, Bairro: Meireles, CEP: 60.160-230, Fortaleza CE.

PODERES: Os contidos na cláusula "ad judícia" especificamente para propor ação em qualquer instância ou tribunal, na defesa do interesse do(a) outorgante, contestando, ajuizando, reconvidando, atuando como terceiro interessado ou oponente, inclusive representando-o extrajudicialmente, requerendo documentos junto aos órgãos administrativos e propondo medidas preventivas ou acauteladoras de seus interesses, substabelecer com ou sem reserva os poderes ora outorgados, procedendo, enfim, da maneira que se fizer necessária ao bom e fiel cumprimento do presente mandato.

PODERES ESPECÍFICOS: A presente procuração outorgada aos advogados acima descritos, os poderes para receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, receber, dar quitação, firmar compromisso, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica em conformidade com a norma do art. 105, do NCPC/2015.

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

DECLARAÇÃO: O(a)s outorgante(s) **DECLARA(M)**, para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que não tem condições de arcar com as despesas inerentes à presente ação, sem prejuízo de seu sustento e de sua família, necessitando, portanto, da gratuidade judiciária, indicando como seu(s) advogado(s) o(s) outorgado(s) acima nomeado(s), nos termos do § 4º, do artigo 5º, da Lei 1.060/50.

Senador Pompeu -CE, 29 de junho de 20 20.



OUTORGANTE



Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO 3350996383

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Francisco de Assis Enoque da Silva,
 PORTADOR(A) DO RG Nº 3694805-88 EXPEDIDO POR SSP-PE EM 20/08/88 E
 CPF 429830703-24 / CNPJ 000000000-00000000, PROFISSÃO AGRICULTOR
 E RENDA MENSAL DE R\$ 300,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Francisco de Assis E. da Silva, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 001 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0239-9 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 124 738

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

San Paulo - CE, 29 de setembro de 2015 KEINA MARIA DI ALMEIDA
 LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Francisca Antonia Lopes de Lima
 RG nº 2007261729-1, data de expedição / /
 Órgão SSP/CE, portador do CPF nº 022.751.913-21
 com domicílio na cidade de Milhã, no Estado de Ceará
 onde resido na Sítio Açude (Rua/Avenida/Estrada) nº , complemento ,
 declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
 mencionado ainda consta/constava em meu nome na data do acidente ocorrido com a
 vítima Francisco de Assis Enoque da Silva.

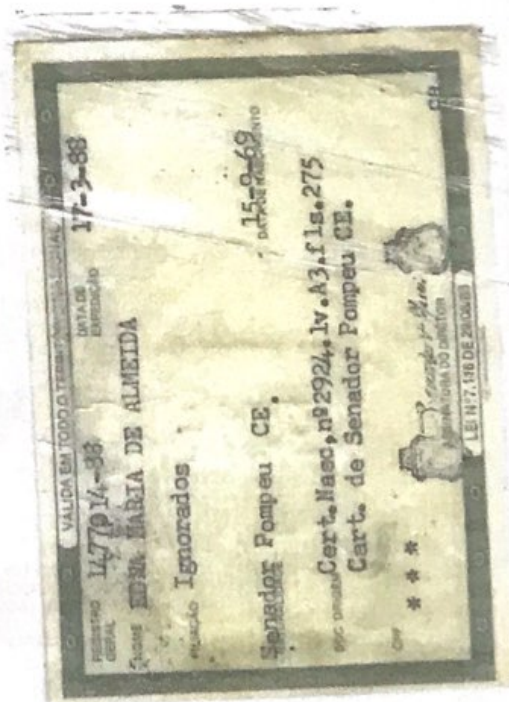
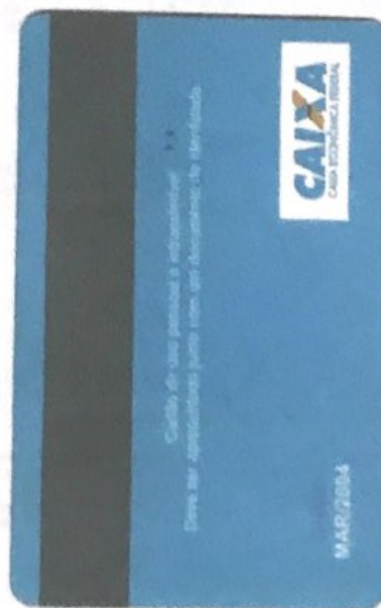
Veículo: motocicleta
 Ano: 1989 / 1989
 Modelo: Honda / XL 125 DUTY
 Placa: HUY 1975
 Chassi: 9E22D0801KR 202 714
 Data do Acidente: 24 / 06 / 15

Local e Data: Milhã-Ce. 27/08/2015

Francisca Antonia Lopes de Lima

Assinatura do Declarante





Cagece



020364172

EDNA MARIA DE ALMEIDA

RU ADALBERTO MARI CARVALHO, 73, CENTRO
SENADOR POMPEU

63600-000

018	005 00	0147 00	0289	0000
001	000	000	000	000
AGUA	A10F556152	639	653	14 8

23/09/2015
21 08.201523/09/2015
23/10.2015
08/2015

606375

023	023	010	023	023
025	025	012	025	025
025	025	012	024	025

CARO CLIENTE, ENCONTRAM-SE QUITADAS AS FATURAS DE SUA TITULARIDADE, PARA ESTA UNIDADE CONSUMIDORA, VENCIDAS EM 2014, CONFORME A LEI N. 12.007/2009. ESTA DECLARACAO SUBSTITUI OUTRAS QUITACOES DO PERIODO. AGRADECEMOS SUA PONTUALIDADE. AGUA TRATADA E SAUDE.

AGUA
JUROS DE 0,033% AO DIA
MULTA DE 2"

27.12	SET/14	0	0
0.05	OUT/14	23	0
0.32	NOV/14	5	0
	DEZ/14	10	0
	JAN/15	5	0
	FEV/15	9	0
	MAR/15	4	0
	ABR/15	10	0
	MAY/15	9	0
	JUN/15	10	0
	JUL/15	8	0
	AGO/15	8	0

PIS 0,26
COFINS 1,31

VALOR DO SERVICO 37,75
VALOR DO SUBSIDIO 10,26
VALOR TOTAL A PAGAR 27,49

09/2015

07/10/2015

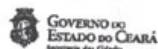
27,49

É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme resoluções das Agências Reguladoras.

Maiores informações pelo telefone: 0800-0000000; nas lojas de atendimento, de 8h às 17h, no site www.cagece.com.br ou na Ouvidoria Cagece: 3101.1918, de 8h às 12h e 13h às 17h. Ouvidoria estadual: Site da ARCE: www.arce.ce.gov.br

Entidades Reguladoras: Fortaleza: ACFOR - Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental; - Demais Localidades: ARCE - Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará.

Cagece



020364172

352967053941344 - 0432

09/2015

018	005 00	0147 00	0289	0000
SENADOR POMPEU		07/10/2015		27,49

8261000000 7 27490008500 2 02036417201 3 00065122015 4



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Edna Maria de Almeida,RG nº 3477034-88, data de expedição 31/03/88, Órgão SSP-CE,

CPF nº 600.518.663-90, 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 (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Adalberto Mano Camacho</u>
Número	<u>73</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>Senador Pompeu</u>
Estado	<u>Ceará</u>
CEP	<u>63600-000</u>
Telefone de Contato	
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Senador Pompeu 29/09/2015

Assinatura do Declarante: Edna Maria de Almeida

LIVRO Nº 087

FOLHAS Nº 193

CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO DE SENADOR POMPEU ESTADO DO CEARÁ

REGISTRO CIVIL DE PESSOAS NATURAIS – TABELIONATO DE NOTAS – REGISTRO DE TÍTULOS E DOCUMENTOS –
REGISTRO CIVIL DE PESSOA JURÍDICA – TABELIONATO DE PROTESTO – DISTRIBUIÇÃO

Av. Francisco França Cambraia, 319, Centro
CEP 63600-000, Senador Pompeu – Ceará – Brasil
CNPJ/MF- 05674080/0001-84

Telefone: (88) 3449 0275
dylcartorio@hotmail.com

DILVÂNIA MARIA MACHADO VIEIRA
Tabeliã e Registradora Pública Interina

TRASLADO DE PROCURAÇÃO BASTANTE QUE FAZ(EM):
FRANCISCO DE ASSIS ENOQUE DA SILVA à EDNA MARIA DE ALMEIDA, na
forma abaixo:

SAIBAM quantos este Público Instrumento de Procuração virem, que em trinta e um (31) de Agosto (8) de dois mil e quinze (2015), nesta cidade e comarca de Senador Pompeu, Estado do Ceará, compareceu(ram) como **OUTORGANTE(S): FRANCISCO DE ASSIS ENOQUE DA SILVA**, brasileiro, casado, agricultor, portador(a) da cédula de identidade nº 1694805-88-SSP/CE, inscrito(a) no CPF/MF sob o nº 429.830.703-44, com endereço rua José Clemente, s/n, bairro Caracará, Senador Pompeu - CE., assinando a rogo: **JOÃO PAULO GONÇALVES DE BRITO**, brasileiro, solteiro, universitário, portador(a) da cédula de identidade nº 2007007289-7-SSP/CE, inscrito(a) no CPF/MF sob o nº 043.447.213-14, com endereço distrito de Engenheiro José Lopes, Senador Pompeu - CE.. E pelo(a)(s) qual(is) me foi dito que por este instrumento e na melhor forma de direito, nomeia(m) e constitui(em) seu (sua) bastante **PROCURADOR(A): EDNA MARIA DE ALMEIDA**, brasileira, solteira, do lar, portador(a) da cédula de identidade nº 1477014-88-SSP/CE, inscrito(a) no CPF/MF sob o nº 600.518.663-90, com endereço rua Francisco Leandro, 05, , Centro, Senador Pompeu - CE.. Conhecidos como os próprios por mim, Tabeliã Interina, através de seus documentos de identificação, de cuja identidade e capacidade jurídica dou fé, e, a justo título e na melhor forma de direito, diz(em) o(a)(s) outorgante(s) que **confere(m) amplos e ilimitados poderes para:** especialmente para dar encaminhamento e/ou receber junto a Seguradora Líder, no Estado do Rio de Janeiro, e onde mais se tornar necessário, o Seguro DPVAT a que tem direito, referente ao acidente automobilístico ocorrido aos 14/06/2015 na Estrada que liga Catarina à Acopiara / CE, podendo para isso, transigir, requerer, assinar todo e qualquer documento, inclusive a autorização de pagamento/crédito de indenização de sinistro DPVAT, dar quitação, total ou parcial, receber ordem de pagamento, junto as instituições bancárias, preferencialmente Banco Brasil S/A, agência - 0239-9; conta/poupança - 124738, agência de Senador Pompeu-CE; juntar e retirar documentos, prestar esclarecimentos, solicitar certidões, conferindo amplos e ilimitados poderes para constituir advogados se necessário, usando dos poderes com **Cláusula "Ad Judicia"**, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, enfim praticar todos os atos admitidos em direitos, e necessário ao fiel desempenho deste mandato, cujos poderes aqui outorgados são específicos e restritivos para o recebimento do Seguro Obrigatório DPVAT, e as respectivas ações judiciais e/ou extra judiciais, em consequência do sinistro (caso sejam necessárias), inclusive substabelecer com ou sem reservas de

ANEXO II

DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT. Contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Edna Maria de Almeida, portador(a) do

RG nº 32479014-88, expedido por SSP PE, em

37 / 03 / 88, CPF/CNPJ nº 600.518.663-90,

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Manoelino

de Azeiteiro Enoque da Silva do sinistro de DPVAT da natureza Acidente

da vítima Manoelino de Azeiteiro Enoque da Silva, e conforme

determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Agricultor Renda Mensal: R\$ 300,00

Documentos comprobatórios: _____

Edna Maria de Almeida
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

LIVRO Nº 087**FOLHAS Nº 193V**

poderes.. Assim o disse, do que dou Fé. Lida a presente ao(s) outorgante(s), achou-a em tudo conforme, outorgou, aceitou e assina. Custas na forma da Lei, incluindo o FERMOJU e SELO. EU, Dilvânia Maria Machado Vieira, Tabeliã Interina, digitei e subscrevi. O referido é verdade. Dou Fé. Senador Pompeu - Ceará, 31 de Agosto de 2015.

Em Test.º  da Verdade

Dilvânia Maria Machado Vieira
Tabeliã Interina



CARTÓRIO 1º OFÍCIO
DILVANIA MARIA MACHADO VIEIRA
Titular Interina
(85) 3163-9275 - Senador Pompeu/CE

EMOLUMENTOS: R\$ 21,48 - FERMOJU: R\$ 2,70 - SELO: R\$ 3,48 - N° DO SELO: _____
VÁLIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICIDADE

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE (Beneficiário)

Nome: Manoel de Abreu Enoque da Silva
 Nacionalidade: Mangueira Estado Civil: casado
 Profissão: Agricultor
 Identidade: 1892805-88 CPF: 229.830.903-24
 Endereço: Rua Raimunda Clemente Soledade Bairro: Centro
 Cidade: Simão Pompeu CEP: 63.600.000

OUTORGADO (Procurador)

Celso Pinheiro ME, CNPJ nº 20.905.851/0001-00, com endereço profissional Rua Paulo Gomes, 226, Bairro: Parque Soledade: Cidade: Caucaia- Ceará, CEP: 61000-600.

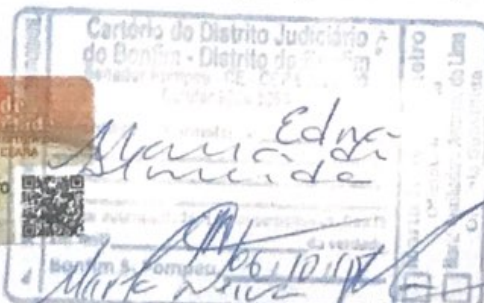
Com este documento particular de procuração, autorizo ao meu procurador representar-me perante a Seguradora Líder dos Consórcios DPVAT ou qualquer outra Seguradora conveniada ao Seguro Obrigatório DPVAT, para que em meu nome possa efetuar assinaturas nos formulários relacionados ao Seguro Obrigatório DPVAT e para acompanhamento de meu(s) sinistro(s) DPVAT, no entanto esta procuração NÃO oferece poderes para que meu procurador ou qualquer outra pessoa receba a indenização em meu nome.

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio **poderes específicos** para representar-me perante a **Seguradora Líder dos consórcios DPVAT** ou qualquer outra Seguradora conveniada ao Seguro Obrigatório DPVAT, podendo para tanto efetuar em meu nome assinaturas nos formulários de Protocolo de Recepção de Documentos, Autorização de Pagamento de Indenização do Seguro DPVAT, Declaração de Ausência de Laudo do IML e demais documentos e formulários relacionados ao Seguro Obrigatório DPVAT, podendo ainda acompanhar meu sinistro perante qualquer Seguradora, requerer e assinar em meu nome o que necessário for, enfim praticar todos os atos de direito, permitidos para perfeito cumprimento deste mandato.

Local e data:

_____, ____ de _____ de 2 ____.

Edna Maria da Almeida
 Assinatura do Outorgante (Beneficiário)



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Francisco de Assis Enogue da Silva,

RG nº 3694805 88, data de expedição 20/08/88, Órgão SSP-PE,

CPF nº 429.830.703.44, 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 (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Raimunda Clemente Holanda</u>
Número	<u>07</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>Senador Pompeu</u>
Estado	<u>Ceará</u>
CEP	<u>63.600.000</u>
Telefone de Contato	
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Senador Pompeu - CE 29/09/2015

Assinatura do Declarante: Elma Maria da Almeida

LIVRO Nº 090

FOLHAS Nº 075

**CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO DE SENADOR
POMPEU****ESTADO DO CEARÁ**REGISTRO CIVIL DE PESSOAS NATURAIS – TABELIONATO DE NOTAS – REGISTRO DE TÍTULOS E
DOCUMENTOS – REGISTRO CIVIL DE PESSOA JURÍDICA – TABELIONATO DE PROTESTO – DISTRIBUIÇÃO

Av. Francisco França Cambraia, 319, Centro

Telefone: (88) 3449 0275

CEP 63600-000, Senador Pompeu – Ceará – Brasil

www.cartoriosenadorpompeu.com

CNPJ/MF- 05674080/0001-84

DILVANIA MARIA MACHADO VIEIRA

Tabeliã e Registradora Pública Designada

TRASLADO DE PROCURAÇÃO BASTANTE QUE FAZ(EM):
FRANCISCO DE ASSIS ENOQUE DA SILVA à DR. ANTONIO RUBENS LIMA DE
SOUSA; DR. CARLOS BOLIVAR PONTES PIMENTAL, na forma abaixo:

SAIBAM quantos este Público Instrumento de Procuração virem, que em vinte e nove (29) de Junho (6) de dois mil e dezesseis (2016), nesta cidade e comarca de Senador Pompeu, Estado do Ceará, compareceu(ram) como **OUTORGANTE(S): FRANCISCO DE ASSIS ENOQUE DA SILVA**, brasileiro, casado, agricultor, nascido(a) em: 11/09/1954, portador(a) da cédula de identidade nº 169480588 SSPCE, expedida em: 20/08/1988, inscrito(a) no CPF/MF sob o nº 429.830.703-44, filiação: Francisco Enoque da Silva e Maria do Espírito Santo da Silva, endereço: rua Raimunda Clemente, 7, bairro centro, Senador Pompeu - CE., assinando a rogo: **JOÃO PAULO GONÇALVES DE BRITO**, brasileiro, solteiro, universitário, portador(a) da cédula de identidade nº 20070072897-SSPDSCE, inscrito(a) no CPF/MF sob o nº 043.447.213-14, endereço: distrito de Engenheiro José Lopes - Senador Pompeu - CE.. E pelo(a)s qual(is) me foi dito que por este instrumento e na melhor forma de direito, nomeia(m) e constitui(em) seu (sua) bastante **PROCURADOR(A): DR. ANTONIO RUBENS LIMA DE SOUSA**, brasileiro, solteiro, advogado, endereço: av. Dr. Wilson Pinheiro, nº 462. CEP - 63635-000, centro, Milhã - CE., OAB/CE- 29.284. Endereço Eletrônico: email: rubenslima111@hotmail.com; **DR. CARLOS BOLIVAR PONTES PIMENTAL**, brasileiro, casado, advogado, endereço: av. Dom Luís, 1200, Condomínio Pátio Dom Luís, Torres Business, sala 811, bairro Meireles, CEP - 60.160-230, Fortaleza - CE, OAB/CE- 16.825, com endereço eletrônico: email- bolivarpimentel.adv.@gmail.com. Conhecidos como os próprios por mim, Tabeliã Interina, através de seus documentos de identificação, de cuja identidade e capacidade jurídica dou fé, e, a justo título e na melhor forma de direito, diz(em) o(a)s outorgante(s) que **confere(m) amplos e ilimitados poderes para:** os contidos na cláusula "ad judícia" especialmente para propor ação em qualquer instância ou tribunal, na defesa do interesse do outorgante, contestando, ajuizando, reconvindo, atuando como terceiro interessado ou opoente, inclusive representando-o extrajudicialmente, requerendo documentos junto aos órgãos administrativos e propondo medidas preventivas ou acauteladoras de seus interesses, substabelecer com ou sem reserva os poderes ora outorgados, procedendo, enfim, da maneira que se fizer necessária ao bom e fiel cumprimento do presente mandato. **PODERES ESPECÍFICOS:** A presente procuração outorgada aos advogados acima descritos, os poderes para receber citação,

MINISTÉRIO DA FAZENDA
SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL
DEPARTAMENTO DE REGISTRO E IDENTIFICAÇÃO

425930703 44

FRANCISCO DE ASSIS ENOQUE DA SILVA

NASCIMENTO

11.09.54

CPF 08 156302

CPF COMPLETO

COMUNICAÇÃO

TERA VALIDADE ESPERANTE COM A APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTO DE IDENTIDADE

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

ESTE CARTÃO É O CEE-SERVÇO DE REGISTRAÇÃO DE INSCRIÇÃO NO CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF E
DE USO OBRIGATORIO NOS CASOS DE TITULAVENTE DETERMINADOS.

NAMA CLASSE DE INSCRIÇÃO DA NATIVIDADE TRIBUTARIA, RESPEITE A UNIDADE LOCAL DA SECRETARIA
DA RECEITA FEDERAL.

— COPIADO DO ACQUÍTO ENVIADO —

33090 / 1555
06/09/90
RF - SENADOR PR - CE

81754503

CARTE MANTENHA E ASSINATURA DO INTERESSADO NESTA ÚLTIMA COLUNA
APRESENTANDO POR INSCRIÇÃO NÚMERO DE 14 Dígitos

REGISTRO
GERAL

1694.305-88

VALIA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

DATA DE
Emissão

20-8-88

ALICAÇÃO

FRANCISCO DE ASSIS ENOQUE DA SILVA

Francisco Enoque da Silva e
Maria do Espírito Santo da Silva

Maranguape CE.

11-9-54

local ondata Cert. Cas. nº 455. lv. B3. fls. 237

Cart. de Senador Pompeu CE.

DATA

ASSINATURA DO JACITOR

LEIA Nº 116 DE 1968

ca

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Francisco de Assis Enogue da Silva, brasileiro(a),
 estado civil casado, profissão Agricultor,
 natural de Maranguape, estado Ceará
 nascido aos 33 / 09 / 1954, filho de Francisco Enogue da Silva
e Maria do Espírito Santo da Silva,
 portador(a) do RG nº 36921805-88 Órgão Expedidor
SSP-CE, CPF nº 499.830.703-44, **DECLARO** conforme
 artigo 1º, da Lei 7.115/83, que resido no seguinte endereço:
Rua Raimundo Clemente Holanda, 07, Centro, Senador Pompeu - CE.

DECLARO ainda ser conhecedor das sanções civis, administrativas e
 criminais a que estarei sujeito, caso o quanto aqui declarei não porte
 estritamente a verdade.

Senador Pompeu - CE., 20 de junho de 2020.



DECLARANTE

21/03/2016

Seguradora Líder-DPVAT Acompanhe o Processo

SINISTRO 3150996383 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA FRANCISCO DE ASSIS ENOQUE DA SILVA**COBERTURA** Invalidez**SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO** Investprev Seguradora S/A**ENDEREÇO** Rua Dom Jaime Câmara, 170 Conjuntos 101 e 102, Centro, Florianópolis - 24, CEP: 88015-120**BENEFICIÁRIO** FRANCISCO DE ASSIS ENOQUE DA SILVA**CPF/CNPJ:** 42983070344**Posição em 21-03-2016 10:45:41**

Pagamento liberado pela Seguradora Líder DPVAT.

Valor: R\$ 4.725,00**Data de liberação do pagamento:** 22/03/2016

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 da liberação.

Data do Pagamento	Valor da Indenizacao	Juros e Correção	Valor Total
22/03/2016	R\$ 4.725,00	R\$ 0,00	R\$ 4.725,00

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Inocencio de Amorim Enoque da Silva, portador da carteira de identidade nº 3694805-88 e inscrito no CPF/MF sob o nº 499.830.703-44, residente e domiciliado na Rua Raimundo Clemente Alcantara, Cidade Senador Pompeu, Estado Pernambuco, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- (X) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Alma Maria Ld Almeida

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Senador Pompeu - PE 29/09/2015

Local e data

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 010309954328

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

GEOR 01 422246123 0000000000 2014

FRANCISCA ANTONIA LOPES DE LIMA

MILHA/CE

02275191321

02275191321

9C2JD0801KR502714

GASOLINA

BRANCA

1989

1989

1989

1989

1989

1989

1989

1989

1989

1989

1989

1989

1989

1989

1989

1989

1989

1989

1989

1989

1989

1989

1989

1989

DETRAN - CE Nº 010309954328

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

GEOR 01 422246123 0000000000 2014

FRANCISCA ANTONIA LOPES DE LIMA

MILHA/CE

02275191321

02275191321

9C2JD0801KR502714

GASOLINA

BRANCA

1989

1989

1989

1989

1989

1989

1989

1989

1989

1989

1989

1989

1989

1989

1989

1989

1989

1989

1989

1989

1989

1989

1989

1989

DETRAN - CE Nº 010309954328

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

GEOR 01 422246123 0000000000 2014

FRANCISCA ANTONIA LOPES DE LIMA

MILHA/CE

02275191321

02275191321

9C2JD0801KR502714

GASOLINA

BRANCA

1989

1989

1989

1989

1989

1989

1989

1989

1989

1989

1989

1989

1989

1989



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE SENADOR POMPEU

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 551 - 2270 / 2015

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
 Data / Hora da Comunicação: **13/08/2015 14:58:48**
 Data / Hora da Ocorrência : **14/06/2015 10:00:00**
 Endereço da Ocorrência: **ESTR CATARINA Á ACOPIARA**

NAO INFORMADO ACOPIARA /CE

Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **FRANCISCO DE ASSIS ENOQUE DA SILVA**
 Nascimento : **11/09/1954**
 RG: **169480588** Órgão Emissor: **SSP UF: CE - CPF: 42983070344**
 Filiação: **FRANCISCO ENOQUE DA SILVA**
MARIA DO ESPIRITO SANTO DA SILVA
 Endereço: **R RAIMUNDA CLEMENTE HOLANDA 7**
CENTRO
SENADOR POMPEU CE BRASIL

Telefone:

Celso Pinheiro
(85) 99989.0779
(85) 98721.2741

Histórico

Compareceu em cartório desta, a pessoa acima qualificada, afirmando o seguinte; Que na data, hora e local, acima citado, o declarante afirma ter sofrido um acidente de trânsito, quando vinha na garupa da motocicleta de marca HONDA/XL 125 DUTY, cor BRANCA, ano/modelo 1989, placa HUY-1975, chassi 9C2JD0801KR502714, licenciada nome de Francisca Antônia Lopes de Lima; Que o declarante afirma que o condutor da motocicleta, este Gilberto Brito de Oliveira, CNH 04900619528, conduzia a motocicleta já descrita no B.O, quando perdeu o controle da mesma ao derrapar; Que afirma o declarante que foi atendido no hospital em Senador Pompeu/CE; Que o declarante em decorrência do acidente sofreu trauma no braço e ombro esquerdo; Que a qualificação da testemunha do acidente é a seguinte; Gilberto Brito de Oliveira, RG 294825095, CPF 913.458.203-72, filho de Raimundo Leandro de Oliveira e Francisca Brito de Oliveira, residente no Município de Senador Pompeu; Que o declarante procurou esta delegacia para registrar o Boletim de Ocorrência; Que as informações prestadas neste Boletim de Ocorrência são de sua inteira responsabilidade; Que está ciente que no caso das informações inseridas neste documento forem falsas, responderá pelo crime de falsidade ideológica de acordo com o artigo 299 do Código Penal Brasileiro. E nada mais disse.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE SENADOR POMPEU

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : **Diany Mary**
DIANY MARY FALCÃO ALVES - MAT.: 300030-1-2

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO : **Jefferson**

VISTO DO DELEGADO(A) : **Jefferson**
JEFFERSON LOPES CUSTODIO - MAT.: 404548-1-0

Dr. Fernando Higor Fayal Fernandes Vieira

Médico CRM 12721

Praça da Juventude SM Senador Pompeu - Ce

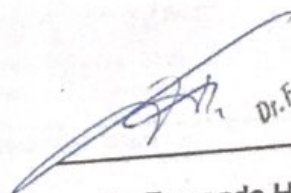
Relatório Médico

Relato para os devidos fins, junto ao DPVAT. Que o Sr. (a): Francisco
de Assis Aragão da Silva

Foi vítima de acidente de trânsito dia 14/06/15 onde o mesmo sofreu:
quebra de Molinete com faca no braço esquerdo; lesão de
ligamento e ruptura longitudinal do Super Esôfago
e Bursite sub acromia sub Deltóide.

E submeteu-se a tratamento: ☒ Clínico; ☐ Cirúrgico; ☐ Fisioterapêutico; ☐
Conservador; complementando com: Analgésicos; AINES; Taping

Encontrando-se de alta clínica e apresenta invalidez permanente, com grau de
incapacidade funcional irreversível de: 70% Debilidade MIE


Dr. Fernando Higor
CRM 12721
MÉDICO

Dr. Fernando Higor

CRM: 12721

FICHA DE OCORRÊNCIA

Documento de Identificação

H

MATERNIDADE E HOSPITAL
SANTA ISABEL
Rua Joaquim F. de Magalhães, 997
Fone: 88 9971 3132
SENADOR POMPEU-CEARÁ

Nome do Paciente

D.N. 31/09/54

Francisco de Assis Enoque da Silva

Profissão Agricultor	Idade 60	Cor P	Sexo M	Estado Civil Casado	Naturalidade maranguape	Nac.
Residência José Clemente - S/N. Caracara						
Pai João Enoque da Silva						
Mãe Má do Espírito Santo da Silva						
Responsável						Telefone:

O Paciente chegou ao hospital

- | | |
|--|---|
| ☐ Andando | ☐ Regular |
| ☐ De Automóvel | ☐ Passando Mal |
| ☐ Ambulância | ☐ Comatoso |
| ☐ Aparentemente bem | ☐ Com Hemorragia |

Atendimento

SUS

Data

31/06/15

Hora

10:00

☐ Acidente de Trabalho

Local

Queixa principal e Resumo da Doença Atual

Pct vítima de acidente com motorizada
caindo pela beira da estrada do bairro
Lagoa.

DADOS CLÍNICOS

DIAGNÓSTICO

PRESSÃO ARTERIAL		PULSO	TEMPERATURA		PESO
MAX	MIN		AUXILIAR	RETAL	
160	100				

TRATAMENTO:

Rx de bronco e anti-ácido

1) Voltam + Dica LAMP IM 11/00

CONFERE COM ORIGINAL

24/06/2015

RESPONSÁVEL - SAME

M.H.S.

CNPJ 07.802.697/0002-44

DESTINO DADO AO PACIENTE

- | | |
|---|--------------------------------------|
| ☒ Residência | ☐ Internado |
| ☐ Em Observação | ☐ Transferido |
| ☐ Encaminhado ao Ambulatório | |
| ☐ Óbito às _____ horas após chegada A.U.E. | |
| ☐ Óbito sem tratamento | |

Assinatura do Paciente ou Responsável

Medicação Administrada por:

Exames Complementares

Diagnóstico Definitivo

Ass. do Médico

João Paulo C. C.
CRM 115821
MÉDICO

FICHA DE OCORRÊNCIA

Documento de Identificação

PREFEITURA MUNICIPAL
DE SENADOR POMPEU

Nome do Paciente

D.N. 11/04/54

Fco de Brás Roque da Silva

Profissão <i>Agricultor</i>	Idade <i>60</i>	Cor <i>ros</i>	Sexo <i>M</i>	Estado Civil <i>casado</i>	Naturalidade <i>maranhense</i>	Nac. <i>Prac.</i>
Residência <i>Rua José Clemente - 07 - Caxarara</i>						
Pai <i>Fco de Brás Roque da Silva</i>						
Mãe <i>Infância Anônima da Silva</i>						
Responsável						Telefone:

O Paciente chegou ao hospital		Atendimento	Data	Hora
☐ Andando	☐ Regular	<i>SUS</i>	<i>04/08/15</i>	<i>16:25</i>
☐ De Automóvel	☐ Passando Mal	☐ Acidente de Trabalho		
☐ Ambulância	☐ Comatoso	Local		
☐ Aparentemente bem	☐ Com Hemorragia			

Queixa principal e Resumo da Doença Atual

*P.T. com dor no abd. reg. baixo e ligamento - após
dada a medicação por 12 dias.*

DADOS CLÍNICOS

DIAGNÓSTICO

PRESSÃO ARTERIAL		PULSO	TEMPERATURA		PESO
MÁX	MÍN		AUXILIAR	RETAL	
<i>140</i>	<i>60</i>				

Doença Hipertensão

TRATAMENTO:

Demomitor 1un EV lento - 16:45h

DESTINO DADO AO PACIENTE

- ☒ Residência ☐ Internado
☐ Em Observação ☐ Transferido
☐ Encaminhado ao Ambulatório
☐ Óbito às _____ horas após chegada A.U.E.
☐ Óbito sem tratamento

Assinatura do Paciente ou Responsável

CONFERE COM ORIGINAL
21/08/2015
 RESPONSÁVEL - SAME
 M.H.S.
 CNPJ 07.802.697/0002-44

Medicação Administrada por:

Exames Complementares

Diagnóstico Definitivo

Ass. do Médico

Dr. Fernando Manoel Fagundes
 CREMEC 12721
 MÉDICO



PREFEITURA MUNICIPAL DE SENADOR POMPEU - CE.
Secretaria Municipal de Saúde
SUS - Sistema Único de Saúde

Senador Pompeu



FICHA DE REFERÊNCIA

Nome: fio da Anca Enaque do Siqueira
Sexo: M Idade: 60 Profissão: _____

Nome do Pai: _____

Nome da Mãe: _____

Unidade Adscritiva: _____

Agente de Saúde: _____

Encaminhado do(a): MUS

Para: Traumatologista / Ortopedista

Motivo do Encaminhamento:

- Lesão traumática da Sepia esquerda
- Burnte Sub acromial Sub deltóide

Dr. Fernando Hugo F. V. Vieira
CREMEC 12721
MEDICO
Encaminhamento _____ Função _____

Data 17/08/15

CONTRA REFERÊNCIA OU CONDUTA REALIZADA (Solicitamos o envio desta pelo Motorista ou pelo Paciente)

Nome: _____

Procedimentos: _____

Data: ____/____/____

Consultante

Paciente: Francisco de Assis Enoque da Silva

Idade: 60 anos

Solicitante: Dr. Fernando Higor

Senador Pompeu, 17 / 08 / 2015

O rastreamento ultra-sônico do ombro esquerdo revelou:

Pele: espessura normal

Tendão do músculo supra-espinhal: com ecogenicidade , espessura alterada com ruptura.

Tendão do músculo sub-escapular: com ecogenicidade preservada, espessura normal sem ruptura.

Tendão do músculo infra-espinhal: com ecogenicidade preservada, espessura normal sem ruptura.

Tendão do bíceps: com ecogenicidade preservada, espessura normal sem ruptura.

Tendão do músculo redondo menor: com ecogenicidade preservada, espessura normal sem ruptura.

Ausência de derrame articular

OPINIÃO: Ruptura transfixante do supra espinha
Bursite sub acromial, sub deltoidea.

DR . VANDERLAN GONÇALVES DOS SANTOS
CREMEC 6224

