

PROCURAÇÃO

Mediante o presente instrumento a Outorgante,
Sebastião Souza da Silva, Brasileiro, casado, Agricultor,
RG: 2007299496-1, CPF: 057.329.103-95, Residente e
domiciliado no st. Boqueirão São Gonçalo, Rua e
Viçosa do Ceará, nomeia e constitui como sua procuradora, a Outorgada
FRANCISCA LÚCIA ALVES DE OLIVEIRA, brasileira, advogada, OAB/CE 33.519,
 com escritório profissional na Rua Salustiano de Pinho, 331-B, Viçosa do Ceará-CE,
 a quem confere poderes da cláusula "ad judicium et extra", para representa-lo em qualquer
 Juízo, Instância ou Tribunal, ou fora deles, e defendendo-o, propondo contra quem de
 direito as ações competentes e defendendo seus interesses nas divergentes, seguindo
 umas e outras, até final decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os,
 conferindo-lhes, ainda, poderes especiais para confessar, desistir, transigir, firmar
 compromissos ou acordos, receber e dar quitação, reconhecer procedência de pedido,
 renunciar a direito no qual se funda ação agindo em conjunto ou separadamente,
 podendo ainda substabelecer estes poderes a outrem, com ou sem reservas de iguais
 poderes, cumprindo fielmente o mandato, especialmente para representa-lo perante a
ACÇÃO DE COBRANÇA DE DIFERENÇA DE VALOR EM SEGURO OBRIGATÓRIO
DPVAT OU ACÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT (no caso de óbito) em
 desfavor da Seguradora Líder.

Viçosa do Ceará, 30 / 06 / 2017.

Sebastião Souza da Silva

Outorgante

08

DECLARAÇÃO DE POBREZA

Eu Sebastião Sousa da Silva
 nacionalidade Brasileiro estado civil casado
 profissão Agricultor RG nº 2007299496-1 SSP/CE
 CPF nº 057.329.103-95 residente e domiciliado(a) na
St. Boqueirão São Gonçalo SN bairro Rural
 na cidade de Uíçora do Ceará, venho por meio desta, Declarar, nos
 termos da Lei nº 7.115, de 29 de agosto de 1983 e, para todos os fins de direito, que
 não possui condições financeiras de arcar com o pagar com o pagamento de custas
 processuais, honorários advocatícios e demais cominações legais sem prejuízo próprio
 e familiar, vindo requerer perante este Nobre Juízo, os benefícios da Justiça Gratuita
 sob as penas da Lei.

Declaro ainda, que tenho conhecimento das sanções penais que estarei sujeito caso
 inverídica a declaração prestada, sobretudo a disciplina no art. 299 do Código Penal.

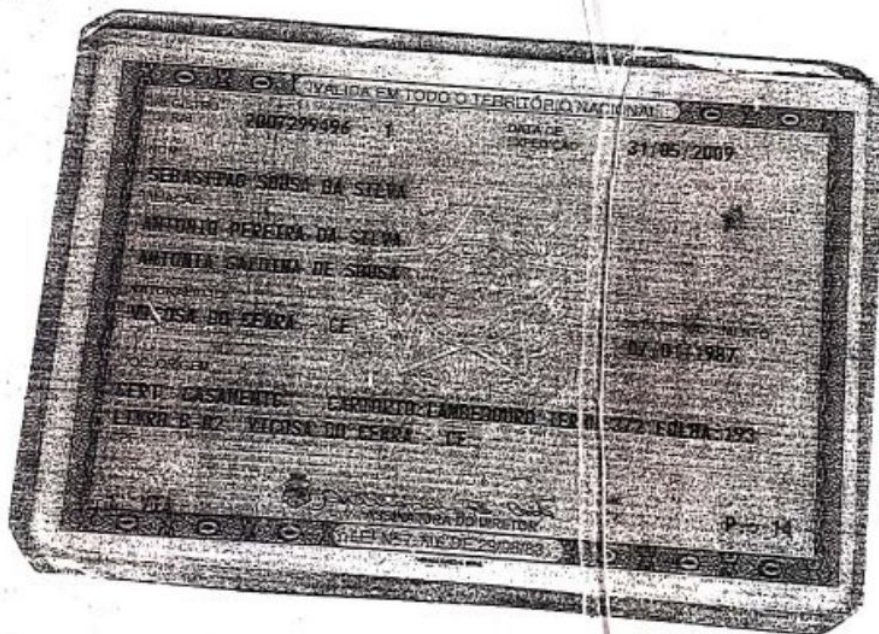
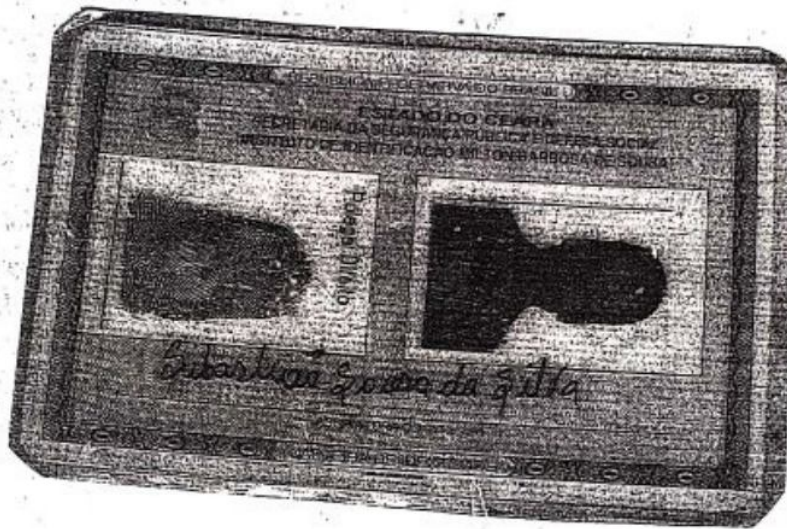
Por ser verdade, firmo o presente.

Uíçora do Ceará, em 30 de Junho de 2017.

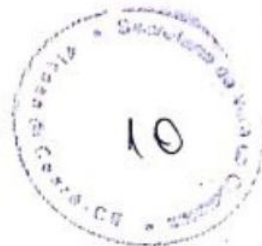
x Sebastião Sousa da Silva

Assinatura

09







Declaração de Residência(Lei nº 7.115/53)

Eu, Sebastião Sousa da Silva, abaixo assinado, brasileiro(a), estado civil casado, profissão Agrônomo portador(a) do RG nº 2007299496-1 SSP/CE e CPF nº 057-329-103-95, filho de pai Antonio Pereira da Silva e mãe Antônia Galvão de Sousa DECLARO, para os devidos fins, conforme artigo 1º da Lei 7.115/83, que sou residente e domiciliado na St. Boqueirão São Gonçalo nº 50 bairro Zona rural, na cidade de Quipora do Ceará ponto de referência (próximo à) _____.

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

Por ser a expressão da verdade, firmo a presente declaração para que surta seus efeitos legais.

Quipora do Ceará - CE, 30/06/2017.

Sebastião Sousa da Silva

CNEI

COMPANHIA ENERGETICA DO CEARA
CNPJ 07.047.251/0001-70 - C.G.F. 06.106.848-3

Nota Fiscal Grupo B

Série Unica - 1

453.289.349

ENDEREÇO: ST BOQUEIRAO SAO GONCALO 00000
BAIRRO: AREA RURAL
MUNICIPIO: VICOSA CEARACEP: 62300000
ESTADO: CE

RECIBO DE SEGUNDA VIA DE CONTA - SVI

Nº DO CLIENTE: 4034424 DV: 0 ROTA: 27 31142 01 088600 - 8
MUNICIPIO: VICOSA CEARA PERÍODO / REF.: 11/2016
NOME: DIANA FONTENELE LINHARES DA SILVA
ENDEREÇO: ST BOQUEIRAO SAO GONCALO 00000
DOC.: C.P.F. - 00000000000049679973-84

SAO BENEDITO

VENCIMENTO: 05/01/2017
FATURAMENTO: 14/11/2016
CLASSIFICAÇÃO: T:93 C:04 S:10
CEP: 62300000

SEQUENCIAL:

ENERGIA ATIVA - kWh	FAT	LIDA
ENERGIA ATIVA - kWh HR	0	76
DEM FAT KW FP	0,00	0,00
FATOR DE POTÊNCIA	0,0000 %	
CC.NS. INCLUIDO	0	

VALOR CONSUMO DO MES	19,14
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA	1,13
SALDO PARA PAGAMENTO FUTURO	-20,27
ADICIONAL BANDERA AMARELA MES (R\$ 0,23)	

ENERGIA ATIVA - kWh	ATUAL	ANT
ENERGIA ATIVA - kWh HR	5750	5674
DEMANDA FP	0	0

BASE CÁLCULO	19,14	%	00,00	VALOR	0,00
ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL					

D91A.7962.15B7.FA12.738C.C3DB.F924.BF0E

INFORMAÇÕES

CONFORME LEGISLAÇÃO VIGENTE A CONTA PAGA APÓS A DATA DO VENCIMENTO SOFRERÁ MULTA
E PODERÁ PROVOCAR A SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO
PAGUE SUA CONTA SOMENTE EM BANCOS E AGÊNCIAS AUTORIZADAS
COBRANÇA DE EVENTUAL MULTA POR ATRASO DE PAGAMENTO SERÁ FEITA EM CONTA POSTERIOR

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

TOTAL A PAGAR 0,00

CNEI
COMPROVANTE COELCEPERÍODO / REF 11/2016
MUNICIPIO VICOSA CEARA

VENCIMENTO 05/11/2017

ROTA 27 31142 01 088600 - 8 TOTAL A PAGAR 0,00

CONTA PAGA

DO CLIENTE 4034424-0

GUNDA VIA-SVI(43)

Buscar no site

Seguro DPVAT
Acompanhe o Processo de Indenização

Consulta

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 a emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3170312389 - Resultado de consulta por beneficiário

SEBASTIAO SOUSA DA SILVA

INVALIDEZ

SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO

UNião Seguradora S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA-Filial Fortaleza-CE

BENEFICIÁRIO SEBASTIAO SOUSA DA SILVA

CNPJ: 05732910395

Consulta em 27-06-2017 08:32:26

Pagamento liberado pela Seguradora Líder DPVAT.

Valor: R\$ 1.687,50

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 Indenização	Juros e Correção	Valor Total
06/2017	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50

INFORMAÇÕES

[Acessibilidade.aspx](#)  [\(/Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx\)](#)

A A A O

PEDIR INDENIZAÇÃO



[Despesas Médicas \(/Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx\)](#)

[Invalidez Permanente \(/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx\)](#)

[Morte \(/Pages/Documentacao-Morte.aspx\)](#)

[Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx\)](#)

PAGAMENTO



[\(/Pages/Pague-Seguro.aspx\)](#)

[Pagamentos Efetuados \(/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetutados.aspx\)](#)

[Gerais \(/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx\)](#)

SEGUIR O PROCESSO



Hospital
HOSPITAL MUNICIPAL DE VIÇOSA DO CEARÁ

HMMVC - HOSPITAL E
MATERNIDADE MUNICIPAL DE
VIÇOSA DO CEARÁ



Emissão em: 16/01/2017 14:43

BOLETIM DE ATENDIMENTO

Por: ESUS DESENVOLVIMEN

PE.....

Data: 16-01-2017 Hora: 14:43

Incluído/Atualizado por:

Nome: SEBASTIÃO SOUSA DA SILVA

Nome do Pai:

Sexo: MASCULINO

Nome da Mãe: ANTONIA GALDINA DE SOUSA

Idade:

Local de Nascimento: VIÇOSA DO CEARÁ

Endereço:

Endereço: RUA MUNICIPAL DO SANTO ANTONIO

Endereço: ZONA RURAL

Responsável:

Data do Nascimento: 16-01-2017

Endereço: RUA MUNICIPAL DO SANTO ANTONIO

Cor:

Endereço: RUA MUNICIPAL DO SANTO ANTONIO

Endereço: RUA MUNICIPAL DO SANTO ANTONIO

Endereço: RUA MUNICIPAL DO SANTO ANTONIO

Endereço: RUA MUNICIPAL DO SANTO ANTONIO

Endereço: RUA MUNICIPAL DO SANTO ANTONIO

Endereço: RUA MUNICIPAL DO SANTO ANTONIO

Endereço: RUA MUNICIPAL DO SANTO ANTONIO

Endereço: RUA MUNICIPAL DO SANTO ANTONIO

Endereço: RUA MUNICIPAL DO SANTO ANTONIO

Endereço: RUA MUNICIPAL DO SANTO ANTONIO

Endereço: RUA MUNICIPAL DO SANTO ANTONIO

Endereço: RUA MUNICIPAL DO SANTO ANTONIO

Endereço: RUA MUNICIPAL DO SANTO ANTONIO

Endereço: RUA MUNICIPAL DO SANTO ANTONIO

Endereço: RUA MUNICIPAL DO SANTO ANTONIO

Endereço: RUA MUNICIPAL DO SANTO ANTONIO

Endereço: RUA MUNICIPAL DO SANTO ANTONIO

Endereço: RUA MUNICIPAL DO SANTO ANTONIO

Endereço: RUA MUNICIPAL DO SANTO ANTONIO

Endereço: RUA MUNICIPAL DO SANTO ANTONIO

Endereço: RUA MUNICIPAL DO SANTO ANTONIO

Endereço: RUA MUNICIPAL DO SANTO ANTONIO

Endereço: RUA MUNICIPAL DO SANTO ANTONIO

Endereço: RUA MUNICIPAL DO SANTO ANTONIO

Endereço: RUA MUNICIPAL DO SANTO ANTONIO

Endereço: RUA MUNICIPAL DO SANTO ANTONIO

Endereço: RUA MUNICIPAL DO SANTO ANTONIO

Endereço: RUA MUNICIPAL DO SANTO ANTONIO

Endereço: RUA MUNICIPAL DO SANTO ANTONIO

Endereço: RUA MUNICIPAL DO SANTO ANTONIO

Endereço: RUA MUNICIPAL DO SANTO ANTONIO

Endereço: RUA MUNICIPAL DO SANTO ANTONIO

Endereço: RUA MUNICIPAL DO SANTO ANTONIO

Endereço: RUA MUNICIPAL DO SANTO ANTONIO

Endereço: RUA MUNICIPAL DO SANTO ANTONIO

Endereço: RUA MUNICIPAL DO SANTO ANTONIO

Endereço: RUA MUNICIPAL DO SANTO ANTONIO

Endereço: RUA MUNICIPAL DO SANTO ANTONIO

Endereço: RUA MUNICIPAL DO SANTO ANTONIO

Endereço: RUA MUNICIPAL DO SANTO ANTONIO

Endereço: RUA MUNICIPAL DO SANTO ANTONIO

Endereço: RUA MUNICIPAL DO SANTO ANTONIO

Endereço: RUA MUNICIPAL DO SANTO ANTONIO

Endereço: RUA MUNICIPAL DO SANTO ANTONIO

Endereço: RUA MUNICIPAL DO SANTO ANTONIO

Endereço: RUA MUNICIPAL DO SANTO ANTONIO

Endereço: RUA MUNICIPAL DO SANTO ANTONIO

Endereço: RUA MUNICIPAL DO SANTO ANTONIO

Endereço: RUA MUNICIPAL DO SANTO ANTONIO

Endereço: RUA MUNICIPAL DO SANTO ANTONIO

Endereço: RUA MUNICIPAL DO SANTO ANTONIO

Endereço: RUA MUNICIPAL DO SANTO ANTONIO

Endereço: RUA MUNICIPAL DO SANTO ANTONIO

CEB DA ENFERMAGEM:

FRATURA CLAVÍCULA E POR ACIDENTE
MOTOCICLISTA

INFORMACOES DE SAIDA

Endereço: RUA MUNICIPAL DO SANTO ANTONIO

Endereço: RUA MUNICIPAL DO SANTO ANTONIO

Endereço: RUA MUNICIPAL DO SANTO ANTONIO

Endereço: RUA MUNICIPAL DO SANTO ANTONIO

Endereço: RUA MUNICIPAL DO SANTO ANTONIO

Endereço: RUA MUNICIPAL DO SANTO ANTONIO

Endereço: RUA MUNICIPAL DO SANTO ANTONIO

Endereço: RUA MUNICIPAL DO SANTO ANTONIO

Endereço: RUA MUNICIPAL DO SANTO ANTONIO

Endereço: RUA MUNICIPAL DO SANTO ANTONIO

Endereço: RUA MUNICIPAL DO SANTO ANTONIO

DR. CAUBI FILHO
CRM 15.166
ASSINATURA:

FICHA DE REFERÊNCIA



PREFEITURA DE
VICOSA DO CEARÁ
TRADIÇÃO RENOVADA

UNIDADE ÚNICA DE SAÚDE - SUS / CEARÁ

Unidade de Origem: _____

Distrito Sanitário: _____

Nome: _____

Município: _____

Sexo: ☐ M ☐ F

Data de Nascimento: _____

Prontuário Nº: _____

Endereço: _____

Ocupação: _____

Bairro: _____

Município: _____

Fone: _____

Motivo do Encaminhamento: _____

Resultado do(s) Exame(s): _____

PET VÍTIMA QUEM

Cintya Sá

Fátima Cintya Sá Pitombeira
da Cunha - CPF: 766.617.763-11
Secretária de Saúde

Conduta já Realizada: _____

DE FOTO EVOLUINDO

Pressão Diagnóstica: _____

COM FRATURA DE CLAVÍCULA
FRATURA CLAVÍCULA ESQUERDA

DR. CAUBI FILHO

CRM 15.166

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

Função

16.01.17

Data

Hora

Encaminhamento para Atendimento: _____

Medicamento: _____

☐ Ambulatorial

☐ Hospitalar

☐ Auxílio Diagnóstico

Idade de Referência: _____

Profissional: _____

Ortopedista

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

Função

Data

Hora

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA(*)

Idade de Referência: _____

Prontuário Nº: _____

Prontuário Nº

Data da Alta: _____

14.02.17

[Assinatura]

Resultado do(s) Exame(s): _____

Diagnóstico: Principal _____

Secundário 1 _____

Secundário 2 _____

CID: _____

CID: _____

CID: _____

Indicação de Consulta para seguimento: _____

Justificou a referência? Sim ☐ Não ☐

O motivo da referência coincide com o diagnóstico

HOSPITAL E MATERNIDADE
MADALENA NUNES

SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO
HOSPITAL E MATERNIDADE MADALENA NUNES
Guia de atendimento - AMBULATORIO

Impressão: 17/01/2017 08:11

Página 1/2010

DADOS DO PACIENTE

Atendimento 0001 Nome do Paciente SEBASTIAO SOUSA DA SILVA
CNS 700407402089143 Guia de Autorização
Idade 37 Local VICOSA DO CEARA/CE. Estado Civil Casado(a) Sexo Masculino
Mãe ANTONIA GALDINA DE SOUSA Idade 30 Ano(s)
Bairro ZONA RURAL CEP 62300-000 Município VICOSA DO CEARA UF CE
Empresa TOR Telefone 88 94521125
CPF do Responsável Endereço SÍTIO BUQUEIRAO DO SAO GONCALO, SN Município VICOSA DO CEARA UF CE
Data/Hora 08:57 Convênio SUS
Matrícula CID
CRM/UF 16409/SP Tipo Atendimento ENCAMINHADO P/CONSULTA
Funcionário RENATA VIEIRA BEZERRA DE AGUIAR
Data/Hora Liberação
Altura (cm) T (°C) P (bpm) R (rpm) PA (mmHg)

Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)



grande no abdômen
dor + limitação
de flexão
e extensão
dos membros
inferiores
e superiores
e hipotensão
8 posturas

Dr. Danilo Conserva Arruda
ORTOPEDIA E TRAUMA
CRM: 16409

CONSERVA ARRUDA - CRM: 16409

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: SEBASTIAO SOUSA DA SILVA

14/01/17
12..



REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

Atendimento: 4734579 | Paciente: 897931 - SEBASTIAO SOUSA DA SILVA
Data e Hora do Acolhimento: 14/01/2017 16:57:51

TIPO DE ACOLHIMENTO: ADULTO
TIPO DE ATENDIMENTO: CIRÚRGICO
CLASSIFICAÇÃO: VERDE

Paciente Referência: NÃO / Paciente Regulado: NÃO / SAMU: NÃO

Descrição da História Prévia do Atendimento:

Paciente vítima de colisão moto x moto sem capacete, teve perda da consciência após trauma, epistaxe. Algia em clavícula E.

Sinais Vitais do Paciente:

Pressão Arterial: 130/80, Nº Pulso: 84, Nº Freq. Resp.: DX: , Temperatura:

INFORMAÇÕES SOBRE O ACIDENTE DO PACIENTE:

☐ Objeto Corto Contuso ☐ Arma de Fogo ☐ Afogamento ☐ Choque Elétrico
☒ Queda? Descrição da Queda: Colisão moto x moto.
☐ Intoxicação ☐ Queimadura Tipo de Queimadura:
☐ Atropelamento Tipo de Atropelamento: ☐ Carro Causa da Queimadura:
☒ Moto ☐ Utilizava Capacete ☐ Utilizava cinto
☐ Mordedura de Animais Tipo de Animal:
☐ Agressão Física ☐ Outros

Descrição do Local do Acidente:

História da Doença Atual:

Malito etílico e dor no ombro e e sonolento e vomitos

Exame Físico:

e te de crânio

Destino do Atendimento: OUTROS

ADERBAL BEZERRA MARTINS - CRM.: 10754

Santa Casa de M. de Sobral
CONFERE COM O ORIGINAL
M. Pereira
Andréia R. Montenegro
COORDENADORA

18



PREFEITURA DE
VICOSA
DO CEARÁ
TRADIÇÃO RENOVADA

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE



RECEITUÁRIO MÉDICO AMBULATÓRIO

laudo Médico

Sobrinho Sampaio Silva

*— Paciente vítima de acidente automobilístico
com histórico clínico de fratura de fêmur (E)*

Maximiliano Camargo

*Paciente apresenta dor intensa pda de
mobilidade devido a fratura motorizada
deprimida por trauma*

O mesmo encontra-se de alta Médica

7

Dr. Antônio César V. Ribeiro
MÉDICO - CRM 8037
CPE 233.254-14
11.04.18

AO RETORNAR, FAVOR TRAZER ESTA RECEITA



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE COREAU



BOLETIM DE Ocorrência Nº 444 - 327 / 2017

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **03/05/2017 11:06:39**
Data / Hora da Ocorrência: **14/01/2017 16:57:00**
Endereço da Ocorrência:
Complemento:
Bairro:
Município: **COREAU/CE**
Ponto de Referência: **PROXIMO AO POSTO NERES**

Nome: **SEBASTIAO SOUSA DA SILVA**
Nascimento: **07/01/1987** CPF:
RG: Orgão Emissor:
Filiação: **ANTONIA GALDINA DE SOUSA**

UF:

Endereço: **SITIO BUQUEIRÃO DO SÃO GONÇALO**
Bairro: **ZONA RURAL**
Município: **VICOSA DO CEARA/CE** CEP:
País: **BRASIL**

Telefone: **(88) 98146-2735**

Histórico

O noticiante compareceu a esta delegacia para informar que se dirigia na motocicleta de seu primo FRANCISCO IRAM NASCIMENTO DE ARA, MARCA/MODELO HONDA/CG 150 TITAN ESD, PLACA OIJ 3624 CE, CHASSI 9C2KC1650CR547747, ANO FAB/MOD 2012/2012, no dia, local e endereço acima citados; QUE reside em Viçoso do Ceará e veio para Ubaúna visitar parentes; QUE em determinado momento, uma motocicleta que ia na sua frente entrou abruptamente em uma curva sem sinalizar; QUE não conseguiu frear a tempo e colidiu contra a traseira dessa motocicleta; QUE foi levado para o Hospital de Sobral pelo seu primo Robson; QUE como consequência do acidente, teve a sua clavícula fraturada, sofreu lesão na cabeça e escoriações nos braços; QUE não foi submetido a fisioterapia nada mais disse.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE COREAU

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

JOSE GILLANO MOREIRA DA SILVA - MAT.: 300627-1-

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Sebastião Sousa da Silva

VISTO DO DELEGADO(A) :

ELLEN ALBUQUERQUE DE OLIVEIRA - MAT.: 3008511