



Pos. Lúcia Alves de Oliveira
Advogada
OAB/CE 33.519

(88) 9 9752-9569/ (88) 9 9226-4041
Rua Salustiano de Pinho, nº 331-B, Viçosa do Ceará.



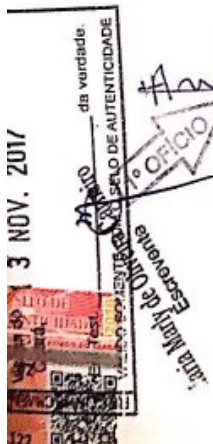
PROCURAÇÃO

Mediante o presente instrumento a Outorgante,
Antônio Juanildo Silva do Nascimento, brasileiro, casado,
agricultor, inscrito no RG: 2002002206290 e CPF: 430.
033.703.94, residente e domiciliado no Sítio Macapuba,
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 judicia 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, 13 / 11 / 2017.

Antônio Juanildo Silva do Nascimento

Outorgante





Declaração de Residência

(Lei nº 7.115/53)

Eu, Antônioivanildo Silva do Nascimento abaixo assinado, brasileiro(a), estado civil casado, profissão Agricultor, portador(a) do RG nº 2002002206290 SSP/ce e CPF nº 430-033-703-91, filho de pai Jose Mateus do Nascimento Filho e mãe Maria Antônia da Silva DECLARO, para os devidos fins, conforme artigo 1º da Lei 7.115/83, que sou residente e domiciliado na Rua Macaetuba, nº 54 bairro Zona rural, na cidade de Vitoria da Conquista - ce ponto de referência (próximo à) cambo.

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.

Vitoria da Conquista - ce, 13/11/2017.

Antônioivanildo Silva do Nascimento



DECLARAÇÃO DE POBREZA

Eu Antônio Ivanildo Silva do Nascimento,
nacionalidade Brasileiro, estado civil casado,
profissão Agricultor, RG nº 2002002206290 SSP/CE,
CPF nº 430.033.703-91, residente e domiciliado(a) na
Sítio Macajetuba, nº SN, bairro Zona rural,
na cidade de Vicosa 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 possuo 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.

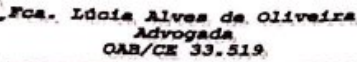
Declaro ainda, que tenho conhecimento das sanções penais que estarei sujeito caso
inverídica a declaração prestada, sobretudo a disciplina no art. 299 do Código Penal.

Por ser verdade, firmo o presente.

Vicosa do Ceará, de 13 de Novembro de 2014.

Antônio Ivanildo Silva do Nascimento

Assinatura



JUNTADA DE SUBSTABELECIMENTO

Pelo instrumento, Substabeleço com reserva de poderes, em favor do(a) advogado(a) SPULO MOURA GADELHA, OAB-CE 25.057, (onde recebe intimações e avisos), os poderes que me foram outorgados no processo nº de fmp. 8944105-1, demandado perante a Vara Única da Comarca de Viçosa do Ceará, passando este(a) a ser representante legal da parte autora.

Viçosa do Ceará, 06/06/2018.

Assinatura
F^{te} Lúcia A. de Oliveira
ADVOGADA
OAB/CE: 33519

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 3170573748 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA ANTONIO IVANILDO SILVA DO NASCIMENTO

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO AQUOR CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME

BENEFICIÁRIO ANTONIO IVANILDO SILVA DO NASCIMENTO

CPF/CNPJ: 43003370391

Posição em 10-11-2017 10:58:20

Pagamento liberado pela Seguradora Líder DPVAT.

Valor: R\$ 1.350,00

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 Indenização	Juros e Correção	Valor Total
13/11/2017	R\$ 1.350,00	R\$ 0,00	R\$ 1.350,00

ACESSIBILIDADE

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

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)

PAGAR SEGURO

- Pagar (/Pages/Pague-Seguro.aspx)
- Consultar Pagamentos Efetuados (/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetutados.aspx)

dr. Lucídio

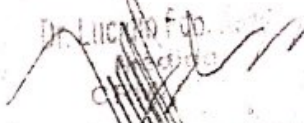
Olhando por você
clínica



CLINICA Dr. LUCIDIO F. XAVIER
RUA ARISTIDES BARRETO - 934
São Benedito - Ceara / fone 3626-2264

A. T. E. S. T. A. D. O.

Atestamos para os devidos fins que o paciente ANTONIO IVANILDO SILVA DO NASCIMENTO. Vitima de acidente automobilístico, ocorrido no dia 17/12/2016. Sendo socorrida para o Hospital Municipal de Viçosa do Ceará - Ce, e TRANSFERIDO para Santa Casa de Sobral-CE submetido a tratamento CONSERVADOR. O referido paciente foi assistido nesta clínica, com o seguinte diagnóstico: (1) Politrauma. (2) Fratura do Osso da face. (3) Ruptura canal lacrimal esquerdo. (3) Trauma na mão direita. (4) Fratura do osso nasal. Onde apresenta as seguintes sequelas: (1) Perda de 75% da função mimica facial. (2) Perda de 75% da função respiratória. (3) Perda de 50% da função MMSS direito. (4) Perda de 100% da função do canal lacrimal esquerdo. (5) Faz uso lacrifilm® e cromolerg®. Alta definitiva a partir desta.


Dr. LUCIDIO F. XAVIER
CRM 6831- Ce

SÃO BENEDITO/CE, 11/10/2017.

E-mail: novamente@oi.com.br

Rua Aristides Barreto, 934/C
Fone: (086) 3626-2264 / 99961-3503
CEP: 64.370-000 - São Benedito-Ce

BOLETIM DE ATENDIMENTO

Data: 17-12-2016 Hora: 09:51

Por: SIMONE MARIA DE OLIVEIRA

Incluído/Atualizado por: SIMONE



ANTONIO IVANILDO SILVA DO NASCIMENTO

MASCULINO

MARIA ANTONIA DO NASCIMENTO

SITIO MACAJETUBA

Data de Nascimento: 31-05-1964 Idade: 52a Com 17d
 Pai: JOSE MATEUS FILHO DO NASCIMENTO
 Cor: Ocupação:
 Nacionalidade: FONE:
 CPF: SisPrenatal:
 Numero: CEP:
 Cidade: ()
 DOCUMENTO: CPF:

DADOS DE ATENDIMENTO

SUS - PRONTO ATENDIMENTO
 Especialidade:

Urgência: EMERGENCIA HMVVC

160/110 mmHg PULSO: [] TEMP: [] PESO: [] ESTATURA: []
 COMPLEMENTARES: [] RAIOX [] SANGUE [] URINA [] TC
 445 mg/dl [] LIQUOR [] EG [] ULTRASONOGRAFIA
 HISTÓRIA DE VIOLENCIA OU OUTROS TRATOS.: [] SIM [] NÃO
 DATA PRIMEIROS SINTOMAS: / /

Paciente com história de acidente de trânsito apresentando dor, deformidade e obstrução nasal.

HISTÓRIA DA ENFERMAGEM: 17.12.16 às 14:30 h por vítima de acidente de carro apresentando lesão no nariz não refere nem urina nem normalidade pH = 140x80. Com 17/12/16 às 20:40 h paciente foi p/ sobreaviso.

DIAGNÓSTICO: # Politrauma / Proprius / Hipoglicemia

CID: 5 SF 0,5 / 2000ml EV

TRATAMENTO: 1 Voltaren 75mg (H) 12:30
 2 Referencia p/ Espinalistas
 3 Paracetamol 02g (SC) 12:30
 4 Furosemida 40mg (EV) 12:30

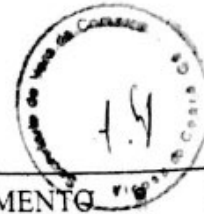
HORÁRIO DA MEDICAÇÃO: 1 Imunizar regular 12:00 (SC)
 2 Reavaliar após 1h

INFORMAÇÕES DE SAÍDA

DATA DA SAÍDA: HORA DA SAÍDA:
 TIPO DE SAÍDA: [] DESEMPENHO MEDICO [] A PEDIDO [] EVASÃO [] DESISTÊNCIA [] ENCAMINHADO AO AMBULATÓRIO
 ORIENTAÇÃO DO PRÓPRIO HOSPITAL (SETOR):
 ORIENTAÇÃO (UNIDADE DE SAÚDE):
 SITUAÇÃO: [] ATÉ 48HS [] APOS 48HS [] FAMÍLIA [] IML [] ANATOMIA PATOLÓGICA

Paulo Victor Rodrigues
 ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL



REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

Id: 4710145 | Paciente: 798519 - ANTONIO IVANILDO SILVA DO NASCIMENTO
Data e Hora do Acolhimento: 17/12/2016 20:54:19

IDADE 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 capotamento sem uso de cinto segurança apresentando edema e hematoma em olho direito
sentindo parestesia em nariz

Sinais Vitais do Paciente:

Pressão Arterial: 130/80, Nº Pulso: 74, Nº Freq. Resp: , DX: , Temperatura:

FORMAÇÕES SOBRE O ACIDENTE DO PACIENTE:

Objeto Corto Contuso ☐ Arma de Fogo ☐ Afogamento ☐ Choque Elétrico

Queda? Descrição da Queda:

Intoxicação ☐ Queimadura Tipo de Queimadura: Causa da Queimadura:

Atropelamento Tipo de Atropelamento: ☐ Carro ☐ Utilizava cinto

Moto ☐ Utilizava Capacete

Mordedura de Animais Tipo de Animal:

Agressão Física ☐ Outros

Descrição do Local do Acidente:

História da Doença Atual:

PRIMA NASAL

Exame Físico:

Destino do Atendimento: ALTA

ADERBAL BEZERRA MARTINS - CRM: 10754

Santa Casa de M. de Sobral
ONFERE COM O ORIGINAL
LUIZ CARLOS MONTENEGRO
CIRURGIÃO



BOLETIM DE Ocorrência N° 570 - 5 / 2017

Dados da Ocorrência



Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Data / Hora da Comunicação: **02/01/2017 10:56:49**

Data / Hora da Ocorrência: **17/12/2016 09:00:00**

Endereço da Ocorrência: **CE 187**

Complemento:

Bairro: **ZONA RURAL**

Município: **VICOSA DO CEARA/CE**

Ponto de Referência: **PROXIMO A VILA DE INHARIM**

Noticiante(s)

Nome: **ANTONIO IVANILDO SILVA DO NASCIMENTO**

Nascimento: **31/05/1964** CPF: **430.033.703-91**

CARTEIRA DE RESERVISTA: Orgão Emissor: **MEX**

UF:

251412010182

Filiação: **MARIA ANTONIA DA SILVA**

JOSÉ MATEUS DO NASCIMENTO FILHO

Endereço: **SITIO MACAJITUBA**

CEP:

Bairro:

Município: **VICOSA DO CEARA/CE**

País: **BRASIL**

Telefone:

Histórico

O NOTICIANTE AFIRMA QUE NO LOCAL E DATA SUPRACITADOS, VINHA DE PASSAGEIRO NO VEÍCULO GM/CHEVROLET D20 CUSTOM, 1989/1989, VERMELHA, PLACA JTH2958, CHASSI 9BG244NNKKC033940, DE PROPRIEDADE DE ANTONIO IVANILDO SILVA DO NASCIMENTO, ENVOLVEU-SE EM ACIDENTE DE TRANSITO, QUANDO O PNEU TRASEIRO DIREITO DO VEÍCULO SAIU DO CARRO, RESULTANDO NO CAPOTAMENTO DO VEÍCULO, FICANDO O NOTICIANTE COM LESÕES CORPORAIS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE DE TRANSITO, CONFORME OS DOCUMENTOS EM ANEXO, ESTE B. O. É PARA FINS DE DPVAT.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE VICOSA DO CEARA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

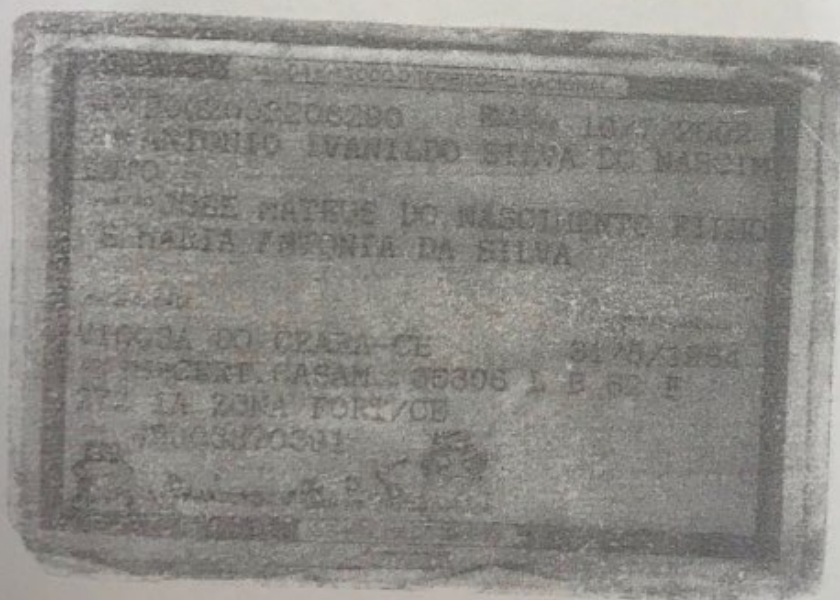
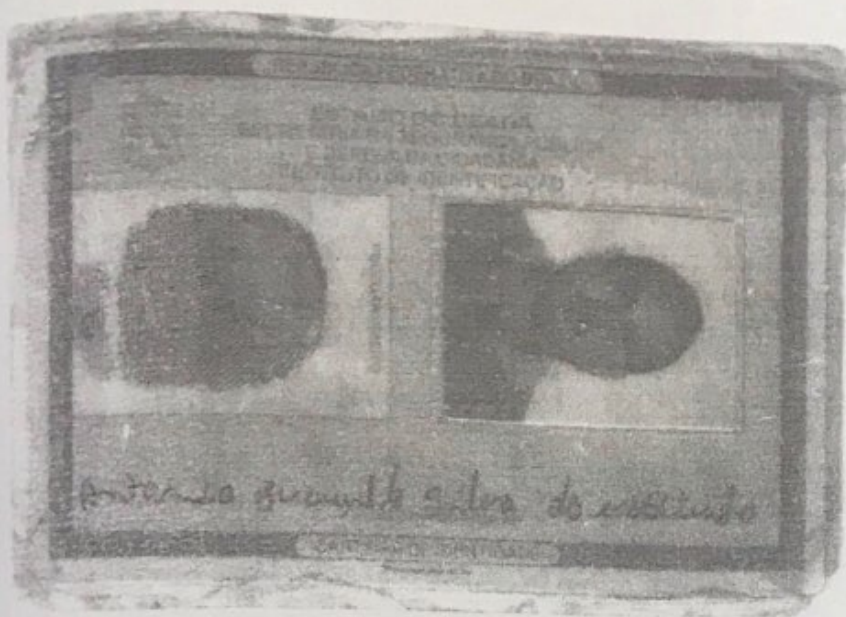
SERGIO HEINIQUE OLIVEIRA FERREIRA - MAT.: 300265-1-9

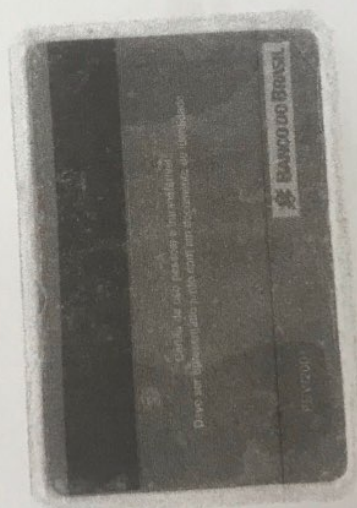
RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Antônio Ivanildo Silva do Nascimento

VISTO DO DELEGADO(A):

GREGÓRIO JOSE DE OLIVEIRA NETO - MAT.: 198805-1-6





Nº DO CLIENTE

1440008-1

Para explicar seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Vieira, 150
CEP 60035-040 | Fortaleza - CE
CNPJ 07.047.291/0001-70 | CPF 06.105.848-3

enel

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº

491994247

Rota 25 31144 02 030000 - 5

Data de Emissão 09/09/2017

Nome MARIA ELIENE DE OLIVEIRA SILVA
End. Postal ST MACAJETUBA 00000
- VICOSA CEARA - 62300000

Medidor 7145650

Poste 0000 0000

Classe 04-RURAL MONOFASICO

Fator de Potência

RG/CPF/CNPJ 000891553-94

CGF

Nome do Responsável

DADOS

Mês de Referência 09/10/2017
Data de Apresentação 09/10/2017
Previsão Próxima Leitura

ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunta VIOSA DO CEARÁ

Mês JUL/2017

EJED 12,44

Set/2017 09/10/2017 09/10/2017

ICMS

Base de Cálculo (R\$) Aliquota Valor do imposto

ISENTO

Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC	10,73	21,46	42,92	0,00	0,00
FIC	7,55	15,10	30,33	0,00	0,00
DMIC	5,78			0,00	

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

B5D1.9X09.74F1.2222.ED69.062E.87D0.5162

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Const. Ind.	Const. Fat.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
24252	24175	1,00	77	0,00	0,00	0,3847	29,38
05/09/17	08/08/17		72 Dias				

DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)
VALOR CONSUMO DO MES	29,38
MULTA MORATORIA REF 06/2017	0,55
JUROS DO MES	0,42
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	3,34
TIT CAPITAL BOA ACÃO BOA SORTE-0800 600 0560	2,99
ADICIONAL BANDEIRA AMARELA MES - (R\$ 2,23)	

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR (R\$)

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

Energia	13,72
Transmissão	5,47
Distribuição	2,99
Encargos Setoriais	3,20
Tributos (ICMS PIS/COFINS)	1,75
TOTAL	29,38

75	77	65	79	72	80	71	83	54	89	61	94	78
----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

CONSUMO CONSCIENTE EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO₂)Compensado kg (CO₂)Consciência Ecológica (%CO₂)

33,28

0,00

0%

100

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

CONTAS EM ATRASO

Prezado Cliente, notificação de suspensão do fornecimento de energia elétrica. O não pagamento da dívida implica na possibilidade de suspensão do fornecimento da energia em 15 dias após a entrada desta, conforme previsto na Res. ANEEL 414/10, Arts. 172 c/c 173, bem como o envio das informações aos ÓRGÃOS DE PROTEÇÃO AO CRÉDITO E CARTÓRIO DE PROTESTO. Caso já tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar o aviso.

NÃO FOI POSSÍVEL COLHER LEITURA POR: FAT MÉDIA-LEIT BIMESTRAL ART 86 RES 414

Consta desta fatura 25% de desconto sobre o PIS e COFINS. Alíquotas: PIS: 1,07% e COFINS: 4,92%

PIS: 1,07% e COFINS: 4,92%

DEBITOS ANTERIORES

Mês Anterior

Valor R\$

07/2017 35,41

08/2017 30,41

Total 65,82

Nº do Cliente:

1440008-1

Referência:

Set/2017

Data de Emissão:

09/09/2017

Total a Pagar (R\$):

36,68

Nº da Nota Fiscal:

491994247

Nº de Controle:

0001440008 00517 39522 00

8380000000-9 36680031000-6 00014400080-6 05173952203-0

