



**PROCURAÇÃO**

Francisco Erick Braga Pinheiro, brasileiro (a),  
sócio, agricultor, portador(a) do CPF  
068.153.603-93, RG n. 2006005163292 SSP-CE,  
residente e domiciliado na  
Cir. Dr. Wilson Pinheiro, n. 09, Bairro  
Centro, Milhã /CE, CEP 63635-000, pelo  
presente instrumento de procuração, nomeia e constitui seus  
bastantes procuradores, **MARCOS BONIECK OLIVEIRA LIMA**,  
brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB-CE no. 34.411, com  
escritório profissional situado à Rua Joaquim Cavalcante, 82,  
Centro - Pedra Branca/CE, CEP 63.630-000, fone: (088) 3515-1630,  
a quem confere amplos poderes para o fôro em geral, com a  
cláusula ad-judicial, em qualquer juízo, Instância ou Tribunal,  
podendo propor contra quem de direito as ações competentes e  
defender nas contrárias, seguindo umas e outras, até final  
decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os,  
conferindo-lhes ainda poderes especiais para confessar,  
desistir, renunciar direitos, transigir, firmar compromissos ou  
acordos, receber e dar quitação, receber alvará de levantamento  
de depósito judicial, pedir desistência, propor execução,  
habilitar crédito, ação ordinária, procedimento sumaríssimo,  
embargos, agravos, pedir desistência de ação judicial,  
representando ainda o(s) outorgante(s), agindo em conjunto ou  
separadamente, podendo ainda substabelecer esta a outrem, com ou  
sem reservas de iguais poderes, dando tudo por bom firme e  
valioso.

Milhã / CE, 10 de Outubro 2018.

Francisco Erick Braga Pinheiro

## SUBSTABELECIMENTO

Substabeleço, SEM RESERVAS, na pessoa do Dr. **RAFAEL SOUTO ATAIDE GOMES**, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/CE sob o nº 21.725, os poderes que me foram outorgados por procuração pelo Sr (a).

---

Toda e qualquer intimação ou publicação referente a este processo deverá ser realizada exclusivamente na pessoa do advogado RAFAEL SOUTO ATAIDE GOMES – OAB/CE 21.725, com endereço para intimações localizado na Rua Osvaldo Cruz, 01, SL 1910/1911, Meireles, Fortaleza/CE, CEP 60.125-150, sob pena de nulidade.

Fortaleza, 12 de maio de 2016.



**MARCOS BONIECK OLIVEIRA LIMA**  
OAB/CE 34.411

898002164213575

## OCORRÊNCIA N° 11

Solicitação → 16780002129

		Nome do Paciente: <i>Francisco Erik Braz Pinheiro</i> RG: _____ D.N. <i>24/10/98</i>			
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS Prefeitura Municipal de Milhã Secretaria Municipal da Saúde					

Idade <i>18</i>	Cor <i>—</i>	Sexo <i>m</i>	Estado Civil <i>Solteiro</i>	Naturalidade <i>Senador Rom</i>	Profissão <i>agricultor</i>
Residência <i>Av. Dr. Wilson</i>			Telefone: _____		
Unidade de Emergência <i>Hospital</i>		Pai: <i>Luiz Silvannildo Pinheiro</i>	Filiação <i></i>	Mãe: <i>Maria da Fátima Cruz Pinheiro</i>	
O paciente chegou ao hospital <input type="checkbox"/> Andando <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> De Automóvel <input type="checkbox"/> Passando Mal <input type="checkbox"/> Ambulância <input type="checkbox"/> Comatoso <input type="checkbox"/> Aparentemente bem <input type="checkbox"/> Com Hemorragia			Atendimento <i>Milhã</i>	Data <i>07/06/15</i>	Hora <i>09:40hs</i>
			Local		

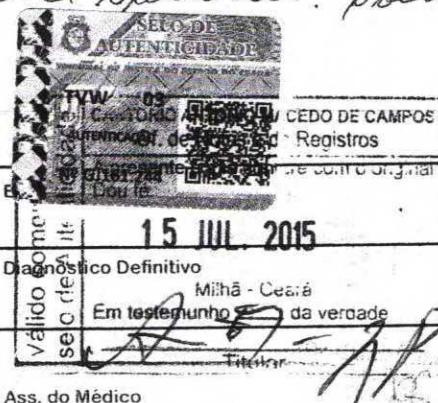
## Queixa principal e Resumo da Doença Atual

Paciente havia apresentado Fractura de Perna e  
muita dor e inchaço. Desse corte entrou em  
contacto de fratura por acidente de moto (sic)

D A D O S C L Í N I C O S				DIAGNÓSTICO
PRESSÃO ARTERIAL		PULSO	TEMPERATURA	Fractura de perna e
MÁX. <i>140</i>	MIN. <i>100</i>		AXILIAR   RETAL	

## TRATAMENTO:

- U.C. 1. Fingiu de ferir com 5%.
- Voltar 25 mg - 20
  - Encaminhado para radiologia e operação. para constatação de fratura
  - Injetaram anestesia
  - Instalaram membro.
  - Duplicou 1g + 1g ev.



COD. 0003

DESTINO DADO AO PACIENTE		Data: <i>15/06/2015</i> Diagnóstico Definitivo Milhã - Ceará Em testemunho <i>✓</i> da verdade Ass. do Médico <i>Antonio Gessimar Pinheiro</i> Titular de Ofício de Notas e de Registros Fone/Fax (88) 3529 1450
<input type="checkbox"/> Residência	<input type="checkbox"/> Internado	
<input type="checkbox"/> Em Observação	<input type="checkbox"/> Transferido	
Encaminhado ao Ambulatório		
Óbito às _____ horas após chegada A.U.E		
<input type="checkbox"/> Óbito sem tratamento		

Ass. do Paciente ou Responsável *Luiz Silvannildo Pinheiro*



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

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 551 - 2148 / 2015**

**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
 Data / Hora da Comunicação: **31/07/2015 14:31:30**  
 Data / Hora da Ocorrência : **07/06/2015 09:40:00**  
 Endereço da Ocorrência: **R BOM ACERTO**

**NAO INFORMADO MILHA /CE**

Ponto de Referência:

**Dados da(s) Vítima(s)**

Nome: **FRANCISCO ERIK BRAZ PINHEIRO**  
 Nascimento : **24/10/1996**  
 RG: **2006005163242** Órgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE** - CPF: **06815360393**  
 Filiação: **LUIZ SILVANNILDO PINHEIRO**  
**MARIA DE FATIMA BRAZ PINHEIRO**  
 Endereço: **AV DR WILSON PINHEIRO 403**  
**CENTRO**  
**MILHA CE BRASIL** Telefone:

**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 conduzia a motocicleta de marca HONDA/CG 125 FAN ES, cor VERMELHA, ano/modelo 2011, placa OCJ-3634, chassi 9C2JC4120BR525847, licenciada nome de Maria de Fátima Braz; Que o declarante afirma que conduzia a motocicleta, momento em que perdeu o controle da mesma ao tentar passar por cima de um arame, vindo enganxar os arames nos pneus da motocicleta, vindo o declarante a cair ao solo; Que o declarante afirma que foi socorrido pela pessoa de Antonio Andreson Pinheiro, para o hospital local em Milhã; Que o declarante afirma que em decorrência do acidente sofreu o que se encontra descrito na documentação em anexo; Que a qualificação da testemunha do acidente é a seguinte; Antonio Andreson Pinheiro, RG 20076827717 CPF 064.609.133-66, filho de Francisco Sildenilson Pinheiro e Maria Ostanilda de Assis Pinheiro, residente no Sítio Monte Belo, Município de Milhã; 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 :** *Diony Mary* **DIANY MARY FALCÃO ALVES - MAT.: 300030-1-2**

**RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO :** *Francisco Erik Braz Pinheiro*

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

**DOCUMENTO**  
**2136590-3**

A Yndia Sistech de Energia Elétrica  
 Só credito para faturamento, não  
 é possível pagar contas.  
 Companhia Energética do Ceará  
 Rua Frederico Vasconcelos, 190  
 CEP 60130-040 Fortaleza - CE  
 CNPJ 07.005.000/0001-10 CNAE 4520

**enel**

**NOTA DE FATTURA - BLOCO TRIPLO 01 SÉRIE 0-4 | 10**

**Nota** 02 14060 01 274000 - 7 **Data de Emissão** 03/05/2018 **523741156**

**End. Padrão** LUTZ SILVANILDO PINHEIRO **Posto** 0000 0000

**Medidor** 9181394 **Classe** 01-RESIDENCIAL 01-NORMAL MONOFASICO **RG / CPF / CNPJ** 00000000053421477191 **CGF**

**Nome do Responsável**

DADOS			DETALHAMENTO DO FORNECIMENTO									
Mês da Referência	Data da Apresentação	Próximo Leitura	Veja a legenda no verso desta fatura.									
Mar/2018	03/05/2018	05/06/2018	<b>Conjunto SENIOR HOME</b> <b>Mês</b> Mar/2018 <b>Base de Cálculo (R\$)</b> 715,54									
			<b>Padrão</b> <b>Alíquota</b> <b>Valor do Imposto</b> <b>DIC</b> 5,14 11,28 23,77 <b>Apuração Individual</b> <b>FIC</b> 5,30 11,58 24,28 <b>DMIC</b> 2,94 6,00 12,00									
			<b>RESERVADA AO CONTROLE FISCAL</b> 5649.170.475.009.6026.5714-220.214E									
			<b>DETALHAMENTO DO PESAMENTO DO CONSUMO</b> Leit. Atual 81843 Leit. Anterior 80621 Const. 1.00 Consumo (kWh) 1022 Conta. Incl. 0,00 Conta. Falt. 0,00 Tarifa (R\$/kWh) 0,71454 Valor (R\$) 715,54									
			<b>VALOR CONSUMO DO MES</b> <b>ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL</b> <b>ADICIONAL BANDEIRA AMARELA MES ( R\$ 1,48 )</b> 715,54 41,59									
<b>VENIMENTO</b>			<b>10/05/2018</b>			<b>TOTAL A PAGAR (R\$)</b> 757,13						
<b>DETALHAMENTO DO VALOR DE CONSUMO</b>			<b>DETALHAMENTO DE CONSUMO (máximo 12 meses)</b>									
Área ..... 265,42	1109	1022	1081	1135	1086	1098	1145	1302	1079	1193	1015	1034
2515590 ..... 251,51	1022	1081	1135	1086	1098	1145	1302	1079	1193	1015	1034	1022
71016120 ..... 41,15	1109	1022	1081	1135	1086	1098	1145	1302	1079	1193	1015	1034
7905 Setoriais ..... 222,73	1081	1135	1086	1098	1145	1302	1079	1193	1015	1034	1022	1022
7105 (10% PIS/COFINS) ..... 715,54	1135	1086	1098	1145	1302	1079	1193	1015	1034	1022	1022	1022
<b>VALOR DE CONSUMO (R\$/kWh)</b>												
Reduzir suas emissões pelo consumo de energia elétrica.												
Compensado kg (CO <sub>2</sub> )   Consciência Ecológica (%CO <sub>2</sub> )												

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

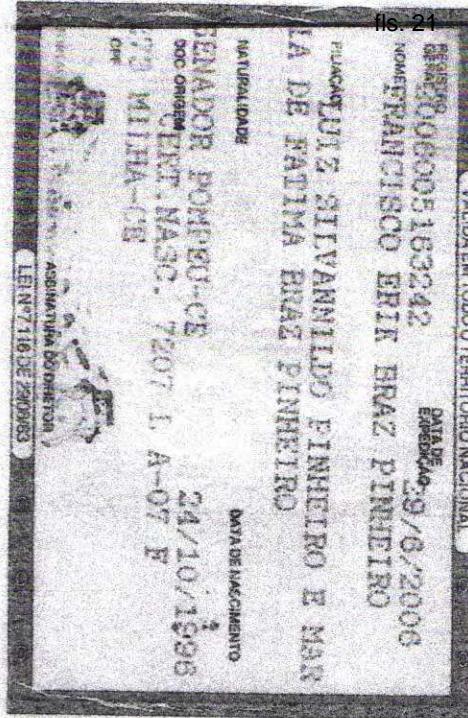
ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DE JUSTIÇA E CIDADANIA  
DIRETORIA DE POLÍTICA PÚBLICA  
REGISTRO DE IDENTIFICAÇÃO



Francisco Ezechiel Souza Pinheiro

CARTERA DE IDENTIDADE

00000000000000000000000000000000



066.153.603-93



SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VÉHICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU, OU SEGURO DIPAV

DETTRAN - CE		Nº011973153335	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VÉHICULO		EXERCÍCIO 2015	
CÓD. DE NAVAR		B110RC	
VA 01 003361134B2		0000000000	
PPT		PPT	

DENATRAN

CONTINUATION

<b>CE Nº 011973153335 BILHETE DE SEGURO DPVAT</b>	
<b>ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA</b>	
<b>WWW.dpvatsegurodotransito.com.br SAC DPVAT 0800 022 1204</b>	
<b>EXERCÍCIO 2015 DATA EMISSÃO 08/06/2015</b>	
<b>PLACA OCJ3634</b>	
<b>CPF/CNPJ 161319200885</b>	
<b>MARCA/Modelo HONDA/CB 125 FAN ES</b>	
<b>Nº CLASSE 9C2JC4120BR525647</b>	
<b>PRÊMIO TARIFÁRIO</b>	
<b>DENATRAN (R\$) 14,34</b>	
<b>CUSTO DO SEGURO (R\$) 143,38</b>	
<b>TOTAL SERVIDOR/PRO SEGURO (R\$) 292,01</b>	
<b>PAGAMENTO PARCELADO</b>	
<b>COTA UNICA</b>	
<b>DATA DE QUITAÇÃO 18/06/2015</b>	
<b>SEGURADORA LIDER - DPVAT</b>	
<b>ONP J 08 248 6080001-04</b>	
<b>WWW.seguradoralider.com.br</b>	
<b>MOTOR: JC41 E 2B3125347 01419</b>	

**SEGURADORA LÍDER - DPVAT**  
01419  
MOTOR: JC41E2B525B47  
www.seguradoralider.com.br  
0328306001-04  
CNPJ 05.268.306/0001-04

ALTA 17

10

CONTINUOUS SPEEDOMETER

卷之三

三

AL4474

10

CONTINUOUS SPEEDOMETER

卷之三

三



**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 3180278267 - Resultado de consulta por beneficiário**

**VÍTIMA FRANCISCO ERIK BRAZ PINHEIRO  
COBERTURA Invalidez  
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE  
INDENIZAÇÃO GENTE SEGURADORA S/A  
BENEFICIÁRIO FRANCISCO ERIK BRAZ PINHEIRO  
CPF/CNPJ: 06815360393**

### **Posição em 10-10-2018 08:58:27**

Seu pedido de indenização foi avaliado por nossa equipe técnica e identificamos pendências na documentação apresentada que impedem a conclusão de seu processo. Por favor, regularize os documentos listados abaixo e entregue-os, o quanto antes, no mesmo local onde você deu entrada para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Descrição	Tipo	Status	Nome
Declaração do Proprietário do Veículo	Vitima	Não Conforme	
Procuração	Beneficiário	Não Conforme	MARCOS BONIECK OLIVEIRA LIMA

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

**Rio de Janeiro, 17 de Dezembro de 2018**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3180278267**

**Vítima: FRANCISCO ERIK BRAZ PINHEIRO**

**Data do Acidente: 07/06/2015**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: MARCOS BONIECK OLIVEIRA LIMA**

**Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO**

**Senhor(a), FRANCISCO ERIK BRAZ PINHEIRO**

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento e oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

