



ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS – ADVOGADA - OAB/CE Nº. 34.613
ADVOCACIA: TRABALHISTA, CÍVEL, CRIMINAL E PREVIDENCIÁRIA

End. Profissional: Rua Dr. João Tomé, nº 979, Sala 103, Fátima I – Crateús-Ce
Cep. 63.700-000 - **Tel.:** (Fax): (88) 3692 – 3794 – **E-mail:** deranysantos@hotmail.com

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

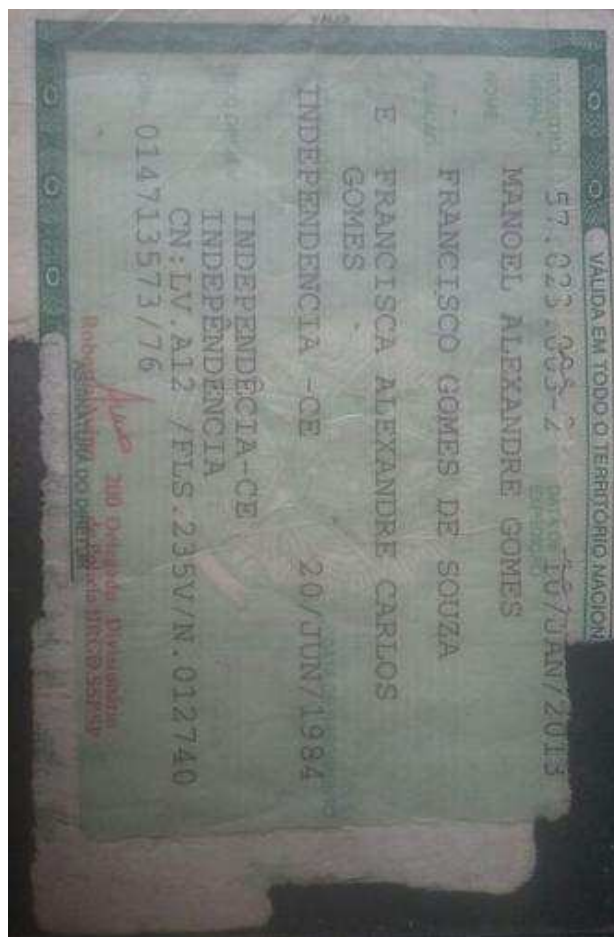
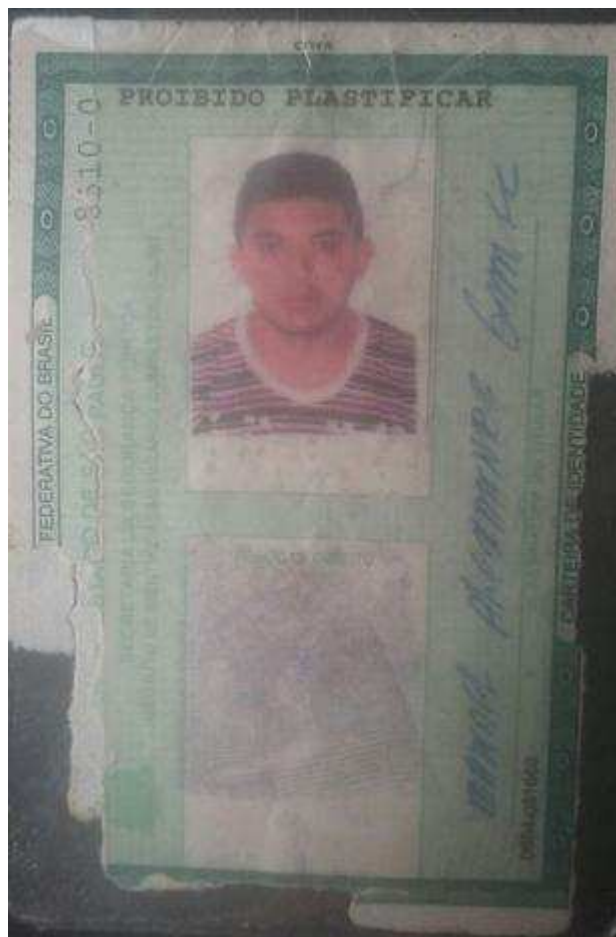
Nome: <i>Manoel Alexandre Gomes</i>		Nacionalidade: BRASILEIRA
Estado Civil: <i>Casado</i>	Profissão: <i>Agricultor</i>	Carteira de Identidade: <i>57.023.003-2</i>
CPF nº: <i>034.713.573-76</i>	Residência: <i>St. Bondono, S/Nº</i>	
Bairro: <i>Zona Rural</i>	Cidade: <i>Quitarionopolis</i>	Estado/UF: CEP: <i>CE 63.650-000</i>

OUTORGADO: ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS, brasileira, solteira, advogada inscrita na OAB/CE sob o nº 34.613; com endereço profissional na Rua Dr. João Tomé, nº. 979, Sala 103, Fátima I, Crateús/CE, CEP nº 63.700-000; Fone/Fax: (88) 3692.3794.

PODERES: Pelo presente instrumento particular de procuração, o(a) outorgante nomeia e constitui, o outorgado, seu bastante procurador, conferindo-lhe os poderes da cláusula "ad judicium et extra", podendo agir em conjunto ou separadamente perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, bem como conferindo os poderes especiais para promover a Ação Judicial competente para o **recebimento da indenização que lhe cabe, como beneficiário, em virtude de acidente de trânsito, cobertos pelo seguro DPVAT**, junto a qualquer companhia de seguro conveniada a SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT, participante do Convenio DPVAT, podendo firmar compromissos, contratos, promover ações de seu interesse, podendo representar em qualquer juízo com poderes para promover; acordos judiciais e extrajudiciais e demais atos necessários dos interesses dos serviços contratados podendo ainda, transigir, requerer, juntar e retirar documentos, assinar livros, termos, recibos, dar ou receber quitações, firmar autorizações de pagamentos ou créditos de indenização de sinistro **receber intimações para audiência e perícias médicas**, em nome do(a) outorgante, substabelecer com ou sem reservas, enfim todos os poderes necessários para o cumprimento amplo do objeto do presente mandato.

CRATEÚS – CE., 26 de março de 2018.

Manoel Alexandre Gomes
 (outorgante)





ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS - ADVOGADA - OAB/CE Nº. 34.613
ADVOCACIA: TRABALHISTA, CÍVEL, CRIMINAL E PREVIDENCIÁRIA

End. Profissional: Rua Dr. João Tomé, nº 979, Sala 103, Fátima I – Crateús-Ce
Cep. 63.700-000 - Tel.: (Fax): (88) 3692 – 3794 – E-mail: deranysantos@hotmail.com

DECLARAÇÃO

Declarante: <i>Manoel Alexandre Gomes</i>		Nacionalidade: Brasileira
Residência: <i>St. Bonifácio, S/Nº</i>		Profissão: <i>Agricultor</i>
CPF nº: <i>014.713.573-76</i>	RG nº: <i>57.023.003-2</i>	Estado Civil: <i>Casado</i>
Bairro: <i>Zona Rural</i>	Cidade: <i>Crateús</i>	Estado/UF: <i>CE</i>
CEP: <i>63.650-000</i>	Telefone: _____	

DECLARO para os devidos fins que possuo hipossuficiência financeira, não possuindo condições de arcar com custas processuais e honorários advocatícios sem prejudicar o meu sustento próprio e o de minha família, consoante o que dispõe a Lei nº 1.050/60.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

Crateús - CE., *26* de *março* de *2018*.

x MANOEL ALEXANDRE GOMES

Declarante



ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS – ADVOGADA - OAB/CE Nº. 34.613
ADVOCACIA: TRABALHISTA, CÍVEL, CRIMINAL E PREVIDENCIÁRIA

End. Profissional: Rua Dr. João Tomé, nº 979, Sala 103, Fátima I – Crateús-Ce
 Cep. 63.700-000 - Tel.: (Fax): (88) 3692 – 3794 – E-mail: deranysantos@hotmail.com

DECLARAÇÃO

Declarante: <i>Manoel Alexandre Gomes</i>		Nacionalidade: Brasileira
Residência: <i>St. Biondono, S/Nº</i>		Profissão: <i>Agricultor</i>
CPF nº: <i>014.713.573-76</i>	RG nº: <i>57.023.003-2</i>	Estado Civil: <i>Casado</i>
Bairro: <i>Zona Rural</i>	Cidade: <i>Distritomopolis</i>	Estado/UF: <i>CE</i>
CEP: <i>63.650-000</i>	Telefone:	

DECLARO que resido no endereço acima citado e forneço os dados pessoais, documentos e demais declarações para a propositura de Ação Judicial em desfavor de qualquer seguradora conveniada DPVAT- FENASEG, E QUE FUI VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO. Sendo de minha total responsabilidade a declaração de invalidez ou óbito fornecida.

Crateús - CE, 26 de *março* de 2018.

Manoel Alexandre Gomes
 (declarante)



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° 514386870

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135 040 | Fortaleza CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

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

Esta é a segunda via de
FEV/2018

Utilize o n° abaixo sempre
que entrar em contato conosco

N° DO CLIENTE
2258479 DV **0**

VENCIMENTO
02/04/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)
53,79

DADOS DO CLIENTE
Rota 37 037042 30 054500 Medidor Poste
Nome FRANCISCO GOMES DE SOUSA 23893925 0000 0000
Endereço Postal

End. da Unidade Consumidora ST BANDARRO 01080 DT SAO FRANCISC QUITERIANOPOLIS
63650000

RG / CPF / CNPJ 149.174.008-64 CGF
Classe 04-RURAL, MONOFASICA, BAIXA RENDA Fator de Potência 0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual	Leitura Anterior	Constante	Consumo (kWh)	Consumo Incl.	Consumo Faturado
FP 15481	15325	1	156	0	156

DESCRIÇÃO DA CONTA	Quantidade	Tarifa	Valor (R\$)
ENERGIA			
Consumo faixa 0-30 Kwh	156	0,34474	53,77

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/ Apresentação	Prev. Próxima Leitura
23/03/2018	23/03/2018

AREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

E94B.3034.17A9.A4DE.CF4B.3C0E.56CC.CB39

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
ISENTO		

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

ENERGIA	25,68
TRANSMISSÃO	2,57
DISTRIBUIÇÃO	17,44
ENCARGOS SETORIAIS	6,04
TRIBUTOS (ICMS, PIS/COFINS)	2,04

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

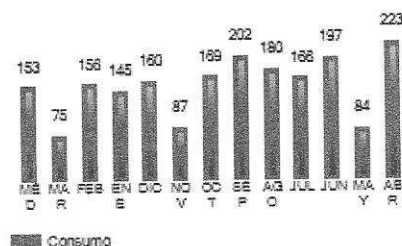
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 25,20

Conjunto CRATEUS

Mês DEZ/ 2017

	Padrão Mensal	Individual Trim.	Individual Anual	Apuração Mensal	Individual Trim.	Individual Anual
DIC (h)	10,87	21,74	43,49	0,07	1,32	23,36
FIC (un)	7,52	15,04	30,09	1,00	3,00	6,00
DMIC (h)	5,88			0,00		

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

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

0 100

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

A ENEL AGRADECE E PARABENIZA PELA PONTUALIDADE NOS SEUS PAGAMENTOS.

"PARA CADASTRAR SUA CONTA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZE

SEU NÚMERO DO CLIENTE SEGUIDO DO DÍGITO VERIFICADOR."

Chame os vizinhos e amigos e entre no combate ao mosquito transmissor

NAO FOI POSSIVEL COLHER LEITURA POR: - FAT MEDIA-
LEIT BIMESTRAL ART 86 RES 414

Caro Cliente, constam quitadas as faturas de consumo de energia elétrica desta unidade consumidora vencidas até 31/12/2017, conforme comunicação feita ao cliente, razão substitui quitacoes anteriores.

N° do Cliente: **2258479-0** N° da Nota Fiscal: **514386870** Total a Pagar (R\$): **53,79**
Data de Emissão: **20/04/2018** Referência: **FEV/2018** N° de Controle:

FATURA PAGA, NÃO RECEBER

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 24/04/2018 às 14:53, sob o número 01267870520188060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0126787-05.2018.8.06.0001 e código 359DC73.



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 538 - 149 / 2016

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Data / Hora da Comunicação: **07/07/2016 09:22:00**

Data / Hora da Ocorrência: **09/06/2016 18:30:00**

Endereço da Ocorrência: **SITIO RODOVIA 187**

Complemento:

Bairro:

Município: **QUITERIANOPOLIS/CE**

Ponto de Referência: **LOCALIDADE BANDAR**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **MANOEL ALEXANDRE GOMES**

Nascimento: **20/06/1984** CPF: **014.713.573-76**

RG: **57.023.003-2** Orgão Emissor: **SSP**

UF: **SP**

Filiação: **FRANCISCA ALEXANDRE CARLOS GOMES**

FRANCISCO GOMES DE SOUZA

Endereço: **SITIO BANDAR**

Bairro: **ZONA RURAL**

CEP:

Município: **INDEPENDENCIA/CE**

País: **BRASIL**

Telefone: **(88) 99873-0898**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **PMV2679** Uf: **CE** Município: **QUITERIANOPOLIS** Chassi: **9C2JB0100GR019808**

Renavam: **1067417238** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/POP**

110I Ano Fabricação: **2015** Ano Modelo: **2016** Combustível: **GASOLINA** Cor:

VERMELHA Proprietário: **MARIA ALEXANDRE GOMES** Situação: **NÃO INFORMADO**

Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

Informa a vítima que no dia, hora e local acima citados, quando pilotava a motocicleta acima caracterizada, ao tentar desviar um ciclista que atravessava a via, perdeu o controle DA motocicleta caindo ao chão no meio da via e que em consequencia da queda quebrou o braço direito. Acrescenta que foi socorrido por populares para o Hospital Quitéria de Lima, Quiterianópolis/CE e no dia seguinte foi para o hospital São lucas na cidade de Crateús/Ce, onde engessou o braço. acrescenta que não teve ajuda do Corpo de Bombeiros, SAMU ou Autarquia Municipal de Trânsito e que tomaram conhecimento do acidente as pessoas de ANTONIA EMANUELA CARDOSO DO NASCIMENTO EGLEIVANIA ROSA DA SILVA MACEDO. E nada mais disse. A vítima/noticiante ficou ciente de que as informações contidas no presente Boletim de Ocorrência são de sua inteira responsabilidade e também das sanções previstas no Artigo 299 do CPB.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE QUITERIANOPOLIS DE SOUSA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

ANTONIO WILSON DE SOUSA - MAT.: 404661-1-8

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

MANOEL ALEXANDRE GOMES

VISTO DO DELEGADO(A) :



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 538 - 149 / 2016

MARCUS VINICIUS AZEVEDO DAMASCENO - MAT.: 300535-1-6



PREFEITURA DE
QUITERIANÓPOLIS
Cuidando bem do Povo

FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem: H.M.O. L
 Distrito Sanitário: 15ª Município: Quiterianópolis
 Nome: Renato Alexandre Gomes Prontuário Nº: _____
 Sexo: M ☒ F ☐ Data de Nascimento: 20/06/84 Ocupação: _____
 Endereço: St. Bandeira Bairro: Paraíso Tel.: _____

Motivo do Encaminhamento?

Solicito Rx do punho (D) + avaliação do to
talogista; paciente vítima de queda de moto
 Resultado de Exames: _____

Conduta já Realizada

Dr. Renato Junior
 Médico
 CRM 146428
 Assinatura do Encaminhante

AGENDAMENTO

Encaminhamento para Atendimento: Ambulatorial ☐ Hospitalar ☒ Auxílio ☐
 Procedimento: Rx + Avaliação Profissional: _____
 Unidade de Referência: _____ Data: _____

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA (*)

Unidade de Referência: _____
 Município: _____ Prontuário Nº: _____ Alta: _____

Assunto Clínico/Cirúrgico

Resultado de Exames

Diagnóstico: Principal _____ CID _____
 Secundário 1 _____ CID _____
 Secundário 2 _____ CID _____

Impressão de Conduta para seguimento

O profissional justifica a referência? Sim ☐ Não ☐ O motivo da referência coincide com o da solicitação? _____

SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO
HOSPITAL SAO LUCAS
CRATEUS - CE
Guia de atendimento - CONSULTORIOS

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 111631	Atendimento 0001	Nome do Paciente MANOEL ALEXANDRE GOMES	CMS 200558561810007	Guia de Autorização
Documento(s) Identidade: 570230032			Estado Civil Casado(a)	Sexo Masculino
Data de Nascimento 20/06/1984	Local INDEPENDENCIA/CE	Pai FRANCISCO GOMES DE SOUZA	Mãe FRANCISCA ALEXANDRE CARLOS	Idade 31 Ano(s)
Endereço CAMPO BANDARRO, SN	Bairro ZONA RURAL	CEP 63650-000	Município QUITERIANOPOLIS	UF CE
Profissão	Empresa	Cônjuge	Telefone 88 98730898	
Responsável MANOEL ALEXANDRE GOMES	CPF do Responsável	Endereço CAMPO BANDARRO, SN	Município QUITERIANOPOLIS	UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 10/06/2016	Hora 12:31	Convênio SUS	Matrícula	CID
Profissional do Atendimento ADRIANO DOS SANTOS SCATENA			CRM/UF 16761/CE	Tipo Atendimento CONSULTA ORTOPEDICA/TRAUMATO
Indicador de Acidente			Funcionário MARAIZA VIEIRA BARBOSA	
Observação trouxe guia				
Saia	Data/Hora Liberação	às	hs.	Tipo de Saída () Alta () Internação () Óbito
Sinais Vitais				
Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)	R (mpm)
				PA (mmHg)

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

RX pulso AP, P

Tratado com analgésico

Tal com pulso

Dr. Adriano Scatena
Ortopedia e Traumatologia
CRM-CE 16.761

ADRIANO DOS SANTOS SCATENA - CRM: 16761

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: MANOEL ALEXANDRE GOMES

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 111631	Atendimento 0004	Nome do Paciente MANOEL ALEXANDRE GOMES	CNS 200558561810007	Guia de Autorização
Documento(s)	Identidade: 570230032	Estado Civil Casado(a)	Sexo Masculino	
Data de Nascimento 20/06/1984	Local INDEPENDENCIA/CE	Mãe FRANCISCA ALEXANDRE CARLOS	Idade 31 Anos	
Pai FRANCISCO GOMES DE SOUZA	Bairro ZONA RURAL	CEP 63650-000	Município QUITERIANOPOLIS	UF CE
Endereço CAMPO BANDARRO, SN	Empresa	Cônjuge	Telefone 88 98730898	
Profissão	CPF do Responsável	Endereço CAMPO BANDARRO, SN	Município QUITERIANOPOLIS	UF CE
Responsável MANOEL ALEXANDRE GOMES				

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 11/06/2016	Hora 08:42	Convênio SUS	Matrícula	CID
Profissional do Atendimento ADRIANO DOS SANTOS SCATENA	CRM/UF 16761/CE	Tipo Atendimento CONSULTA ORTOPEDICA/TRAUMATO	Funcionário MARIA RODRIGUES MACEDO DE SOUSA	
Indicador de Acidente				
Observação guia 10/06/2016	Data/Hora Liberação	às	hs.	Tipo de Saída () Alta () Internação () Óbito
Sala				
Sinais Vitais	Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)
				R (mpm)
				PA (mmHg)

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

Rx punho AP, P
(cont.)

Dr. Adriano Scatena
Ortopedia e Traumatologia
CRM-CE 16.761

Uso 2x1w. Pe/ra

Dr. Adriano Scatena
Ortopedia e Traumatologia
CRM-CE 16.761

ADRIANO DOS SANTOS SCATENA - CRM: 16761

MANOEL ALEXANDRE GOMES
Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: MANOEL ALEXANDRE GOMES

SINISTRO 3170071822 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA MANOEL ALEXANDRE GOMES

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO Sabemi
Seguradora S/A-Filial Fortaleza-CE

BENEFICIÁRIO MANOEL ALEXANDRE GOMES

CPF/CNPJ: 01471357376

Posição em 19-04-2018 10:12:06

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento na conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
27/03/2017	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50