

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA ET EXTRA"**OUTORGANTE:**

Nome: <u>Antonio Nailton Pereira da Silva</u>		Nacionalidade: <u>BRASILEIRA</u>	
Estado Civil: <u>Solteiro</u>	Profissão: <u>Agricultor</u>	Carteira de Identidade: <u>2009010350882</u>	
CPF nº: <u>063.547.673-86</u>	Residência: <u>Povoado Bruto, Zona Rural</u>		
Bairro: <u>Bruto</u>	Cidade: <u>Tamboril</u>	Estado/UF: <u>Leão</u>	CEP: <u>63.750-000</u>

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. 998-A, Centro, município de Crateús/CE, CEP nº 63.702-885; Celular/WhatsApp: (88) 99619-6396.

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**, inclusive pedido de Alvará Judicial, 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 medicas**, em nome do(a) outorgante, enfim todos os poderes necessários para o cumprimento amplo do objeto do presente mandato.

Crateús - Ce., 18 de Maio de 2019.

Impressão Digital do(a) Outorgante

Jose Alves Neto

Nome: JOSE ALVES NETO

RG: 2000002224527 e CPF nº. 115239.483-53

Assinatura de quem assina a rogo pelo(a) outorgante

Maria do Socorro Costa Ribeiro

Nome: MARIA DO SOCORRO COSTA RIBEIRO

RG: 344050712000 e CPF nº. 957.062.323-34

Assinatura da Testemunha

Leuda Costa Ribeiro

Nome: LEUDA COSTA RIBEIRO

RG: 2007693670-2 e CPF nº. 064.293.973-00

Assinatura da Testemunha



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

End. Profissional: Rua Dr. João Tomé, nº 998-A, Centro – Crateús-Ce
Cep. 63.702-885 – Celular/WhatsApp: (88) 99619 – 6396 – E-mail: deranysantos@hotmail.com

DECLARAÇÃO DE POBREZA

Declarante: <u>Antonio Nailton Perreira da Silva</u>		Nacionalidade: <u>Brasileira</u>
Residência: <u>Fazenda Bruto, Zona Rural</u>		Profissão: <u>Agricultor</u>
CPF nº: <u>063.547.673.86</u>	RG nº: <u>2009010350882</u>	Estado Civil: <u>Solteiro</u>
Bairro: <u>Bruto</u>	Cidade: <u>Tomboril</u>	Estado/UF: <u>Ceará</u>
CEP: <u>63450.000</u>	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., 18 de Março de 2019.


Declarante

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO NILTON BARBOSA DE SOUSA




NÃO ALFABETIZADO

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL 2009010350882 DATA DE
EXPIRAÇÃO 18/7/2009

NOME ANTONIO HAILTON PEREIRA DA SILVA

RUAÇÃO SERAFIM PEREIRA DA SILVA E MARI
A PEREIRA DA CONCEICAO

NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO

TAMBORIL-CE 28/2/1988

DOC. OFICIAL CERT. NASC. 11890 L A-44 F

OZ1 1 DF TAMBORIL-CE

CPF

Antônia Derany Mourao dos Santos

18/07/2009

CÓDIGO DE CONTROLE
47F2.EFCB.1A56.E86D

A autenticidade deste comprovante deverá
ser confirmada na Internet, no endereço

www.recelta.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 08:53:34 do dia 21/07/2011 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

063.547.673-86

Nome

ANTONIO HAILTON PEREIRA DA SILVA

Nascimento

28/02/1988

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



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

End. Profissional: Rua Dr. João Tomé, nº 998-A, Centro – Crateús-Ce
Cep. 63.702-885 – Celular/WhatsApp: (88) 99619 – 6396 – E-mail: deranysantos@hotmail.com

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Declarante: <u>Antonio Nailton Pereira da Silva</u>		Nacionalidade: <u>Brasileira</u>
Residência: <u>Pousado Bruto, Zona Rural</u>		Profissão: <u>Agricultor</u>
CPF nº: <u>063.547.673-86</u>	RG nº: <u>2009010350882</u>	Estado Civil: <u>Solteiro</u>
Bairro: <u>Bruto</u>	Cidade: <u>Tombasil</u>	Estado/UF: <u>Ceará</u>
CEP: <u>63.750.000</u>	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., 18 de Março de 2019.

(declarante)

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 559923428
Rota 41 39101 01 064000 - 5
Nome MARIA DO SOCORRO COSTA RIBEIRO
End. Postal PV BRUTO 00000
 BRUTO - TAMBORIL - 63750000
Medidor 11163087
Classe B1 - 01-RESIDENCIAL 07-BX. RENDA MONOFASICO
RG / CPF / CNPJ 957062323-34
Nome do Responsável CGF

DATAS			INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO		
Mês de Referência	Data da Apresentação	Provisão Próxima Leitura	Veja a legenda no verso desta conta.	Conjunto	Índice
Fev/2019	31/01/2019	27/02/2019	Mês	Dez 2018	9,19
ICMS			Padrão Individual		
Base de Cálculo (R\$)	Aliquota	Valor do Imposto	Mensal	Trim.	Anual
16,00			DIC	10,58	21,17
ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL			FIC	7,55	15,10
CCEP: 8776.4748.7526.E540.0700.7093.065F			DMIC	5,58	
INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO					
Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Const. Tot.
8569	8569	1,00	0	0,00	
31-01-19	29-12-18		33 T162	30	
VALOR (R\$)					Valor (R\$)
VALOR CONSUMO DO MÊS					5,28
ILUMINAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL					1,88
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA					0,57
SALDO PARA PAGAMENTO FUTURO					-26,46
COB. SALDO FATURA ANTERIOR					18,73

VENCIMENTO	08/02/2019	TOTAL PAGAR (R\$)	0,00
COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO		HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)	
Energia	2,72	72	0
Transmissão	0,56	58	82
Distribuição	0,41	93	68
Encargos Setoriais	0,30	70	77
Impostos (PIS e COFINS)	0,85	72	75
TOTAL		67	67
CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO ₂ (kg/kWh)		CONSCIÊNCIA ECOLÓGICA (NCO)	
Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.		0	
Emitido kg (CO ₂)	11,71	Compensado kg (CO ₂)	0,00

ATENÇÃO: VERIFIQUE SEU CONSUMO E EMISSÃO DE CO₂
 PARA CONFERENCIA: Esta fatura por ter valor inferior ao mínimo para cobrança, não necessita pagamento. Assim, este valor será acrescido na próxima fatura mensal sem qualquer incidência de multas ou encargos.

Nº do Cliente: 2565987
 Data de Emissão: 31/01/2019
 Nº da Nota Fiscal: 559923428
 Referência: Fev/2019
 Total a Pagar (R\$): 0,00
 Nº de Controle: 0002565987 00196 39302 60



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

BOLETIM DE Ocorrência Nº 581 - 6748 / 2016

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
 Data / Hora da Comunicação: **07/10/2016 11:13:36**
 Data / Hora da Ocorrência: **11/03/2016 20:00:00**
 Endereço da Ocorrência: **ESTRADA SITIO BRUTO**
 Complemento:
 Bairro: **ZONA RURAL** Município: **TAMBORIL/CE**
 Ponto de Referência: **ESTRADA CARROÇAL**

Noticiante(s)

Nome: **ANTONIO HAILTON PEREIRA DA SILVA**
 Nascimento: **28/02/1988** CPF:
 RG: **2009010350882** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
 Filiação: **MARIA PEREIRA DA CONCEIÇÃO**
SERAFIM PEREIRA DA SILVA
 Endereço: **SITIO BRUTO** CEP:
 Bairro: **ZONA RURAL**
 Município: **TAMBORIL/CE** Telefone:
 País: **BRASIL**

Histórico

O noticiante registra que no dia, horário e local supracitados, pilotava a moto HONDA/CG 125, PLACA HUH-2962/CE, REGISTRADA NO NOME DE ANTONIO PULU FILHO, quando ao tentar se desviar de um jumento que cruzou a via correndo, perdeu o controle, bateu no quadrúpede e tombou com a moto; Que na queda o noticiante sofreu fratura da clavícula esquerda e foi socorrido por populares, sendo levado ao hospital municipal de Tamboril/CE; E nada mais a registrar.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE SOBRAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO

PAULO MARTINS LOPES - MAT.: 151919-1-0

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO

VISTO DO DELEGADO(A) :

LUCAS SALDANHA DE ARAGÃO - MAT.: 300521-1-0

SUS: 702 8043 480 0365



BOLETIM DE ATENDIMENTO DE PACIENTE EXTERNO
 Secretaria Municipal de Saúde - SUS - CE
HOSPITAL MUNICIPAL DE TAMBORIL
 Crescimento com felicidade

Nº:

DATA: 11/03/16

1. IDENTIFICAÇÃO:

NOME: Antonio Hailton Pereira do Silva IDADE: 29 anos

Nº DO DOCUMENTO: _____ ÓRGÃO EMISSOR: _____ DATA DE EXPEDIÇÃO: ____/____/____

C.N.: _____ Fls.: _____ LIVRO: _____ DATA DE EMISSÃO: ____/____/____ CARTÓRIO: _____

NATURALIDADE: Tamboril PROFISSÃO: _____ DATA DO NASC.: 28/02/88

EST. CIVIL: Solteiro SEXO: M TELEFONE: _____ ESCOLARIDADE: _____

RELIGIÃO: _____ RAÇA/COR: P. alv

ENDEREÇO: Buito

FILIAÇÃO: Sra. Maria do Carmo do Carmo

2. QUEIXA PRINCIPAL:

3. HISTÓRIA ATUAL:

4. DIAGNÓSTICO:

5. CONDUTA:

6. EXAMES SOLICITADOS:

7. P.A.:

8. TEMP.:

9. PESO:

Fratura da clavícula esquerda
 por acidente de moto

Dr. Joaquin De La Puente
 MÉDICO - CIRURGIÃO
 Assinatura: _____

*

RELATÓRIO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

Atenção: A finalidade deste relatório é agilizar a avaliação da invalidez permanente, não sendo obrigatória a sua apresentação.

NOME DA VÍTIMA

NÚMERO DO SINISTRO

Antônio Hailton Pereira da Silva

DECLARAÇÕES DO PROFISSIONAL DE SAÚDE (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE

12/03/2014

DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO

12/03/2014

NOME COMPLETO (PROFISSIONAL DE SAÚDE)

LESÕES RESULTADAS DO ACIDENTE

Dr. Galvani D. Sales
Sequela da Fratura do 1/3 medial da clavícula
Esquerda

DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS).

Tratamento, consistindo: imobilização gessada + fisioterapia motora

EXISTE ALGUM DEFEITO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE?

[] SIM ☒ NÃO

CASO POSITIVO DESCREVER.

COM RELAÇÃO À INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE:

[] A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU CURA ATRAVÉS DO TRATAMENTO

☒ A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA

ESPECIFICAR A INCAPACIDADE FUNCIONAL DO ORGÃO OU SEGMENTO ATINGIDO

1. Fratura do 1/3 medial da clavícula pq. apresentando
2. no exame físico: deformidade, limitação para o
3. movimento de abdução do ombro afetado por
4. local e quando executar o movimento do om
5. braço esquerdo

AFIRMO QUE ASSISTI/OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE _____ A _____

SÃO COMPLETAMENTE VERDADEIRAS

Santa Quitéria, 08/09/2016

LOCAL

DATA

ANEXAR CÓPIA DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS RELATIVOS AO ACIDENTE

E QUE AS RESPOSTAS ACIMA
CFR - Clínica de Fisiatria Ltda
R. ...
P. ...
ASSINATURA E CARIMBO

ASSINATURA DO PACIENTE

SINISTRO 3160724772 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA ANTONIO HAILTON PEREIRA DA SILVA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO GENTE

SEGURADORA S/A

BENEFICIÁRIO ANTONIO HAILTON PEREIRA DA SILVA

CPF/CNPJ: 06354767386

Posição em 25-03-2019 21:15:00

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento. O valor abaixo será creditado na conta que você indicou no formulário de autorização de pagamento. O prazo para o banco confirmar o pagamento é de até 5 dias úteis. Caso não identifique o valor em sua conta após esse período, volte a consultar o processo aqui no site.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
13/04/2017	R\$ 2.531,25	R\$ 0,00	R\$ 2.531,25