

PROCURAÇÃO AD JUDICIA**OUTORGANTE:**

Nome: ANTÔNIO IVANILDO DA SILVA		Nacionalidade: BRASILEIRO	
Estado Civil: CASADO	Profissão: RECICLADOR	Carteira de Identidade: 2075691/90	
CPF nº: 518.433.663-04	Residência: R. PITOMBEIRA, 46		
Bairro: AUTRAN NUNGS	Cidade: FORTALEZA	Estado: CE	CEP: 60000-000

OUTORGADO:

ANTONIO KAIRO RODRIGUES SILVA, brasileiro, solteiro, advogado, OAB/CE – 24.805, com escritório profissional na rua Barbara de Alencar, nº 1920, apto 301, bloco,E, aldeota, Fortaleza - CE CEP: 60.140-000, fone: **(85) 9657.0528**
e-mail: KAIRO_AKRS@YAHOO.COM.BR

PODERES:

Amplos poderes para o foro em geral, bem como nas vias administrativas, em qualquer juiz, instancia ou Tribunal, Superior ou não, Repartição Pública, podendo promover contra quem de direito as ações que julgarem convenientes e defendê-lo (a) nas contrárias, interpor recursos, com especiais poderes para, agindo em conjunto ou em separado, receber citações, renunciar e desistir de direitos decorrentes deste mandato e dos oriundos desta ação, desistir, transigir, interpor todos os recursos permitidos em direito, produzir e requerer provas e justificações, opor embargos, prestar compromisso de inventariante e assinar o respectivo termo, fazer declarações de lei, requerer remissão, adjudicação de bens, ordenar protestos de títulos, levantar depósitos judiciais em nome do(s) outorgantes, assinar recibos, representá-los em quaisquer repartições federais, estaduais, municipais ou autarquias, fazer tudo o que for necessário para o bom e fiel cumprimento da presente, inclusive substabelecer, com ou sem reserva de iguais poderes, o que darei tudo por firme, justo e valioso como próprio fora, dando a mesma caráter irrevogável.

FORTALEZA (CE), 23 de Fevereiro de 2018.

x Antônio Ivanildo da Silva
Outorgante

DECLARAÇÃO

Eu, ANTONIO IVANILDO DA SILVA,
brasileiro(a), CASADO, RECLUSOR, portador da Carteira de Identidade/RG nº 2075691/90, e inscrito no CPF/MF sob o nº 518.433.663-04, residente e domiciliado na cidade de FORTALEZA, estado do Ceará, na Rua PITOMBEIRA, nº 46, declaro para os devidos fins que possuo hiposuficiência 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.

FORTALEZA (CE), 23 de FEVREIRO de 2.018.

x Antonio Ivanildo da Silva

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

FLS. _____

RUBRICA

AUTORIDADE POLICIAL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 5070 / 2017**Dados da Ocorrência**Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**Data / Hora da Comunicação: **03/10/2017 10:14:57**Data / Hora da Ocorrência: **12/09/2017 23:30:00**Endereço da Ocorrência: **AVENIDA MISTER HULL**

Complemento:

Bairro: **ANTONIO BEZERRA**Município: **FORTALEZA/CE**

Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)Nome: **ANTONIO IVANILDO DA SILVA**Nascimento: **11/02/1975** CPF: **518.433.663-04**RG: **2075691/90**Orgão Emissor: **SSP**UF: **CE**Filiação: **FRANCISCA ALVES DA SILVA****JOSE VALTER SILVA**Endereço: **RUA PITOMBEIRA , 46**Bairro: **AUTRAN NUNES**Município: **FORTALEZA/CE**

CEP:

País: **BRASIL**Telefone: **(85) 98532-1379****Histórico**

AFIRMA O DECLARANTE QUE NA DATA, HORA E LOCAL CITADOS; QUE, ESTAVA EMPURRANDO UM CARRINHO DE RECICLAGEM NA AV. MISTER HULL, QUANDO FOI ATROPELADO POR UM VEICULO CARRO (PLACAS NÃO ANOTADAS) NA VIA; QUE, COM O IMPACTO, A VITIMA FOI AO SOLO E FICOU LESIONADA; QUE, O CAUSADOR DO ACIDENTE EVADIU-SE DO LOCAL; QUE, A VITIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU E FOI LEVADA PARA ATENDIMENTO NO IJF/CENTRO E SO FOI ATENDIDO NO DIA SEGUINTE. E NADA MAIS DISSE.//

OBS: FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO ART. 340 DO CPB.

PRAZO PREVISTO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL: 6 MESES.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :** _____**CRISTIANO ALEX NOGUEIRA DA SILVA - MAT.: 300518-1-5****RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:** _____**Antonio Ivanildo da Silva****VISTO DO DELEGADO(A) :** _____**MARIA CÂNDIDA BRUM - MAT.: 126913-1-9**



Seguradora Líder • DPVAT

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML DO SEGURO DPVAT

Eu, Antonio Juamildo da Silva,
Portador da carteira de identidade nº 207569190, e inscrito no CPF/MF sob o nº 518.433.663-04,
Reside e domicilia na Rua: Pitombeira
Número: 48, Bairro: Autran Nunes, Cidade: Fortaleza, Estado: CE

sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal – IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro Obrigatório DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- () Não há estabelecimento do IML localizado no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro Obrigatório DPVAT; ou
- ☒ O estabelecimento do IML localizado no município em que resido realiza perícias com prazo superior a **90 noventa** dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro Obrigatório DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causa diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal – IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins 1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

LOCAL Fortaleza/CE DATA 06 / 10 / 17

Antonio Juamildo da Silva

Assinatura do declarante conforme
documento de identificação.

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento ao Sr. **Antonio Ivanildo da Silva**, no dia **12/09/2017**, às **23h42min**, na **Avenida Mister Hull**, no **Bairro Antonio Menezes**, vítima de acidente de trânsito.

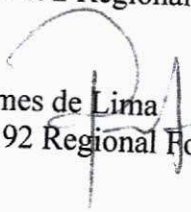
Documento requerido pela Sra. **Maria Tereza dos Santos**, Processo nº **P857629/2017**.

Fortaleza, 28 de setembro de 2017.

Atenciosamente,


Esther Cunha

Coord. SAME do SAMU 192 Regional Fortaleza


Roberto Gomes de Lima
Protocolo do SAMU 192 Regional Fortaleza



INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

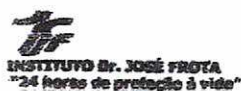


Emitido em: 14/09/2017 16:31:21

Registro de Atendimento Emergencial

Por: JOSE URBANO DA MOTA COELHO

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL				DATA/HORA: 13/09/2017 00:15:23	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE					
CNS: 702402578162120	NOME: ANTÔNIO IVANILDO DA SILVA			Registro: 5527541	
CPF: 51843366304	RG:	D. NASC: 11/02/1975	ESTADO CIVIL:	SEXO: M	RAÇA/COR: Parda
NOME DA MÃE: FRANCISCA ALVES DA SILVA			NOME DO PAI: JOSE VALTER SILVA		
TIPO DE LOGRADOURO: Travessa	ENDEREÇO DO PACIENTE: PITOMBEIRAS		Nº: 46	BAIRRO: AUTRAN NUNES	
COMPLEMENTO:	TELEFONE CONTATO:	MUNICÍPIO: FORTALEZA	UF: CE	CEP: 60527275	
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL					
NOME: SAMU USA 15 COND FRANCISCO JOSE		PARENTESCO: SAMU		TELEFONE:	
ACIDENTE DE TRABALHO					
TIPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:	COSIDO DO CNAER:		
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO					
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidentes com pedestre, Colisão entre duas pessoas					
QUEIXAS: PTE VITIMA DE ATROPELAMENTO, APRESENTA DESORIENTAÇÃO, DESMAIOS E NEGA VÔMITOS.					
OBSERVAÇÕES:					
SINAIS VITAIS					
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Publica	Escala de Dor: Moderado		PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: LARANJA		
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:					
ATENDIMENTO MÉDICO					
Anamnese:					
Exame Físico:					
Conduta:					
TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:					
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:					
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:					
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:			



RECEITUÁRIO

Nome: Antônio Geraldo de Silva BE/Prontuário: _____

Uso Oral

R
 1) Nipivona 500 mg 30 comp
 Tomar 1 comprimido até de 6 em
 6 horas, se tiver dor.

OBS :- Lavar o ferimento com
água e sabão neutro 2x/dia
 - Retirar pontos em Posto de
 Saúde após 7 dias.
 - Atualizar imunização antite-
 tânica no Posto de Saúde.

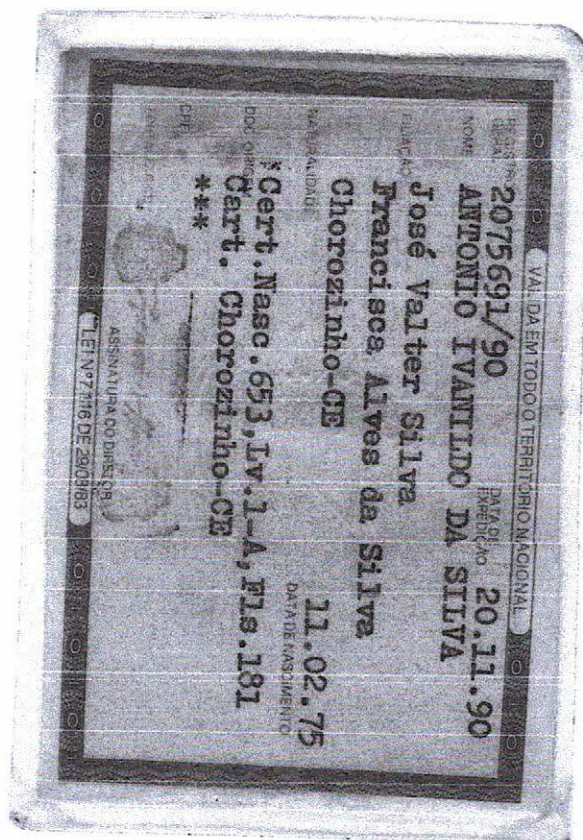
Data: 13/09/17

Desirée Castro Cordeiro
 Médica
 CREMEC 17.569

Assinatura e Carimbo do Médico

PROCURE O IJF SOMENTE NOS CASOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
 Rua Barão do Rio Branco, 1816 - Centro. CEP 60.025-061. Fone: 255-5000

NA 000.003 Versão 1 - 01/SET/06 - Via Única - Formato A5 (148x210).





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de **titularidade do BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

518.433.663-04

Nome completo da vítima

Antonio Ivanildo da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo		CPF titular da conta		Profissão	
Antonio Ivanildo da Silva		518.336.663-04		recusou	
Endereço		Número		Complemento	
Rua Pitomberra		48			
Bairro	Cidade	Estado	CEP		
Autran Nunes	Fortaleza	CE	60527-275		
Email			Telefone (DDD)		
			(85) 987940318		

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

- ☒ RECUSO INFORMAR
 ☐ SEM RENDA
 ☐ ATÉ R\$ 1.000,00
 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
 ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00
 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00
 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ BRADESCO (237)
 ☐ BANCO DO BRASIL (001)
 ☐ ITAÚ (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

NRO.

1887

(Informar dígito se existir)

D/V

CONTA

NRO.

45069

(Informar dígito se existir)

D/V

1

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Fortaleza/CE, 06 de Outubro de 17

Local e Data

Antonio Ivanildo da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

CAIXA
CAIXA ECONOMICA FEDERAL

AUTO-ATENDIMENTO - AGENCIA IRACEMA

DATA: 03/10/2017

TERMINAL: 003111146

HORA: 15:37:39

CONTROLE: 003111460584

CONTA CREDITADA:

NOME:

1887.013.00045069-1

ANTONIO IVANILDO DA SILVA

(85) 987740318
(85) 988994932
(85) 30356947

77



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | S érie B-4 | N
Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135-040 | Fortaleza a CE
CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

487268838

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

197
294
C

DADOS DO CLIENTE

Rota 20 01240 15 520200 - 3 Medidor 2163552 Poste 0000 SMC
Nome ANTONIO IVANILDO DA SILVA 008002158082
Endereço Postal RU PITOMBEIRA 00046 - AUTRAN NUNES - FORTALEZA
CEP 60000-000
End. da Unidade RU PITOMBEIRA 00046 - FORTALEZA
Consumidora
RG / CPF / CNPJ 518433663-04 CGF
Classe RESIDENCIAL MONOFASICO BAIXA RENDA Fator de Potência 0,00

JUL/2017

Utilize o nº abaixo sempre
que entrar em contato conosco

Nº DO CLIENTE
3126389 5

VENCIMENTO
10/08/2017

TOTAL A PAGAR (R\$)
42,52

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual 10348 Leitura Anterior 10282 Constante 1 Consumo (kWh) 66 Consumido 0 66
28/07/17 28/08/17 30 DIAS

DESCRIÇÃO DA CONTA

Quantidade Tarifa Valor (R\$)
VALOR CONSUMO DO MES 16,15
JUROS DO MES Ref. 05/2017 0,26
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA 0,74
DOB. SALDO FATURA ANTERIOR 17,94
TAXA DE RELIGACAO 7,43
ADICIONAL BANDEIRA AMARELA MES [R\$ 0,61]

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/ Apresentação 03/08/2017 Prev. Próxima Leitura 30/08/2017

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

F0D9.92D0.4D03.706E.7A95.3A57.F3CE.3711

ICMS

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

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia 7,67
Transmissão 0,77
Distribuição 5,21
Encargos Setoriais 1,60
Tributos [ICMS PIS/COFINS] ... 1,44
Total 16,99

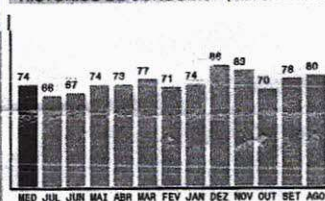
INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto PICI
Mês MAI/2017 - EUSO 8,41

	Padrão Individual Mensal	Trim.	Anual	Apuração Individual Mensal	Trim.	Anual
DIC (h)	4,95	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
FIC (wh)	3,11	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
DMIC (h)	2,77			0,00		

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



FAIXAS CONSUMO BAIXA RENDA

Faixa 0 a 30 30 0,17618 5,28
Faixa 31 a 100 36 0,30203 10,87

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.
Emitido kg (CO₂) Compensado kg (CO₂) Consciência Ecológica (%CO₂)
29 0 0%

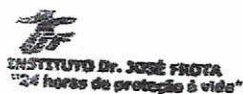
INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

Consta desta fatura R\$ 1,44 referente a PIS e COFINS. Aliquotas: PIS: 0,78% e COFINS: 3,61%. [Art. 9 Res. 100/2006 - ANEEL e leis n. 10.637/02 e 10.833/03]
A bandeira para o mês de julho será amarela, com acréscimo de R\$ 2,00
[este tributo] a cada 100 kWh. O fator

000100-4-010105-02

XML PS - FOL = 100

no



RECEITUÁRIO

Nome:

Adriano Trindade de G. Silva

BE/Prontuário:

R

uso oral

1) Alga e 1000 — O/A
Tomar Ocomp VO 8/8h
durante O4 dias

Data: *13/09/17*

Dr. Daniel Miná
 Ortopedia e Traumatologia
 JEOT 13919 CREMEC 10290

Assinatura e Carimbo do Médico

PROCURE O IJF SOMENTE NOS CASOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
 Rua Barão do Rio Branco, 1816 - Centro. CEP 60.025-061. Fone: 255-5000

NA 000.003 Versão 1 - 01/02/06 - Via Única - Formato A5 (148x210).

DR. ADROALDO SILVEIRA ARAGÃO
CMR - 1600

RELATÓRIO MÉDICO

Refato para os senhores fms, que o Sr.
Arpini Francisco da Silva, sofreu acidente
de trânsito, tendo TCE - Concussão cerebral
e permanece após ferimentos clínicos
e cefalalpia recorrentes, dependente de
medicação analgésica, necessitando alta
deputada, e eventuais clínicas de
uso continuadas de analgesia.

Comprometimento funcional 25%

Adroaldo Silveira Aragão
MÉDICO
CRM/CE 1600

Adroaldo Silveira Aragão
MÉDICO
CRM/CE 1600

807 CO

FORTALEZA 11 DE NOVEMBRO DE 2017