



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

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Nome: <u>Jose Rafael da Silva</u>		Nacionalidade: BRASILEIRA	
Estado Civil: <u>Solteiro</u>	Profissão: <u>Mecânico</u>	Carteira de Identidade: <u>2006019184581</u>	
CPF nº: <u>021.770.823-40</u>	Residência: <u>R. Trau-nabor B. Moura</u>		
Bairro: <u>Outra banda</u>	Cidade: <u>Acarau</u>	Estado/UF: <u>Ceara</u>	CEP: <u>62.580.000</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**, 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.

Acarau – CE., 19 de novembro de 2019.

Jose Rafael da Silva
(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 998-A, Centro – Crateús-Ce
 Cep. 63.702-885 – Celular/WhatsApp: (88) 99619 – 6396 – E-mail: deranysantos@hotmail.com

DECLARAÇÃO DE POBREZA

Declarante: <u>Jose Rafael da Silva</u>		Nacionalidade: Brasileira
Residência: <u>R- Tratorador B Moura</u>		Profissão: <u>Mecânico</u>
CPF nº: <u>021.770.823-40</u>	RG nº: <u>2006019184581</u>	Estado Civil: <u>Solteiro</u>
Bairro: <u>Outra banda</u>	Cidade: <u>Acarau</u>	Estado/UF: <u>Ceara</u>
CEP: <u>62.580.000</u>	Telefone: <u>(88) 996919968</u>	

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.

Acarau - Ce., 19 de novembro de 2019.

Jose Rafael da Silva
 Declarante

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS e Tribunal de Justiça do Ceará, protocolado em 06/01/2020 às 13:53 , sob o número 02006632220208060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0200663-22.2020.8.06.0001 e código 5B4B197.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA CARIACI
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO PATRIM BARRALIN COMA

Nome: Rafael da Silva

fls. 10

CARTeira DE IDENTIDADE

VANUATU EM 100% O TERRITÓRIO NACIONAL

NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO: 2006019184581 DATA DE EMISSÃO: 08/11/2006

SOLTEIRO JOSE RAFAEL DA SILVA

FILIAL FRANCISCO RAIMUNDO DA SILVA E MARIA DA CONCEICAO SILVA

NACIONALIDADE DATA DE NASCIMENTO
ACARAU-CE 4/11/1985

OBSERVAÇÃO CERT.NASC. 33775 L A-29 F
ACARAU/CE

ASSINATURA DO DIRETOR

1955 013 60045-5



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>Jose Rafael da Silva</u>		Nacionalidade: Brasileira
Residência: <u>R. Trau mabor B Moura</u>		Profissão: <u>Mecânico</u>
CPF nº: <u>021.770.823-40</u>	RG nº: <u>2006019184581</u>	Estado Civil: <u>Solteiro</u>
Bairro: <u>Outra banda</u>	Cidade: <u>Acarau</u>	Estado/UF: <u>Ceará</u>
CEP: <u>62.580.000</u>	Telefone: <u>(88) 996919968</u>	

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.

Acarau - Ce., 19 de novembro de 2019.

+ Jose Rafael da Silva
(declarante)

Nº do Cliente
1493832

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

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | Nº **012695643**

Rota: AU009U09 - 2420
 Nome: RITA FERREIRA QUINTINO
 Endereço: RUA TRAV NABOR B MOURA, 01476, OUTRA BANDA, 62580-000, ACARAU
 Classificação: Residencial Pleno
 Modalidade Tarifa: B1 RESIDENCIAL
 Ligação: Monofásico

ÁREA RESERVADA AO FISCO

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

Companhia Energética do Ceará
 Rua Pedro Valdevino, 150
 CEP 60135-040 | Fortaleza CE
 CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 05.105.849-3

Referência 09/2019

Emissão 13/09/2019
Medidor 4282016-CPN-308

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)

DATAS DE LEITURA P.F.: 28 dias

Anterior	Atual	Próxima prevista
19/08/2019	15/09/2019	14/10/2019

DADOS DA MEDIÇÃO

Posto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo Mês (kWh)	Consumo Ind. (kWh)	Consumo Fat. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FF	9,241	9,163	1,00	173	00	173	0,77266	133,67

DADOS DO FATURAMENTO

	TARIFA	VALOR (R\$)
CIP - ILUM PUB PREF MUNIC	-	24,17
CONSUMO	0,77266	133,67
ADICIONAL BAND. VERMELHA	0,05832	10,00
DMIC	-	-1,45

Tributo: Base (R\$): Aliquota (%): Valor (R\$):

ICMS	143,76	27,00	38,81
PIS	143,76	0,81	1,15
COFINS	143,76	3,69	5,29

PAGAMENTO 30/09/2019

CONSUMO CONSCIENTE

EMISSIONES DE CO₂ (kg/kWh): Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO₂) 67,53 Compensado kg (CO₂) 0,00

CONDIÇÃO ECOLÓGICA (NCO₂) 0

TOTAL A PAGAR (R\$) 166,48

CPF/CNPJ 356.827.103-63

PREVIO AVISO NOTIFICACAO DE SUSPENSÃO DE FORNECIMENTO DE ENERGIA ELÉTRICA Você possui conta(s) em atraso (Ref:2019/08 Valor R\$141,50). A inadimplência possibilita a suspensão do fornecimento de energia (Res. ANEEL 414/10 Arts. 171 c/c 172) e o envio aos ORGÃOS DE PROTEÇÃO AO CRÉDITO e CARTÓRIO DE PROTESTO. Poderá ser faturado custo de disponibilidade no ciclo que ocorrer a suspensão do fornecimento ou a religação da UC. Res ANEEL 414/10 Art.173. Ao lado, detalhe do débito para pagamento. Caso já tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar este aviso. Nº Cliente: 000001493832.

Períodos: Band. Tarif.: vermelha : 12/08 - 13/09

SINISTRO 3190514533 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA JOSE RAFAEL DA SILVA****COBERTURA Invalidez****PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO Comprev****Previdência S/A-Filial Fortaleza-CE****BENEFICIÁRIO JOSE RAFAEL DA SILVA****CPF/CNPJ: 02177082340****Posição em 19-12-2019 15:20:18**

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R\$00.000,00

Juros e Correção: R\$00.000,00

Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
19/11/2019	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50

Guia de atendimento - RECEPCAO

Prontuário: 057906

Paciente: JOSE RAFAEL DA SILVA

Doc.: Ignorado

CNS:

Pai: FRANCISCO AIRTON DA SILVA

Endereço: TRAVESSA MANOEL LOUSADA, SN

Bairro: PEDRINHAS

Profissão:

Convênio: SUS

Cônjuge:

Endereço: TRAVESSA MANOEL LOUSADA, SN

Data Atendimento: 04/08/2019 Hora: 19:23

Médico: THYAGO HALLISSON CARNEIRO RIOS

Tipo Atendimento:

Peso:

kg

Sinais Vitais:

T (°C):

CID:

Indicador de Acidente:

P (bpm):

R (mpm):

Glicemia(mg/dL):

CRM/UF: 15154/CE

Funcionário: JEANE FARIAS CÂNDIDO

PA (mmHg):

X

Atendimento: 0005

Guia Aut:

Sexo: M

Data Nascimento: 04/11/1985

Idade: 33 Ano(s)

Mãe: MARIA DA CONCEIÇÃO DA SILVA

Telefone: 88 99530716

Município: ACARAU

UF: CE

Empresa:

Matrícula:

Responsável: MARIA DA CONCEIÇÃO

Município: ACARAU

UF: CE

Sala:

Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta

- () Consulta Simples () Consulta com Medicação ☒ Observação () Encaminhado p/ Internação () Curativo
() Procedimento Enfermagem () Sutura () Procedimento Cirúrgico () Não Aguardou Atendimento

Q.P.

HDA Paciente vítima de queda de moto, sem capacete, bastante alcoolizado. Na entrada choroso e inquieto. GCS=15.

Exame Físico

Refere dor em punho ☒ e punho ☒
Perda de substância em p ☒

Exames Solicitados

Trauma costal em supercílio D.

Sem sinais ou sintomas de Trauma abdominal ou torácico

Diagnóstico

Febre estável

Prescrição Médica

	Horário
1) Dieta líquida	
2) SGF 2000 - EV 28 gts/min	8h00
3) Dipirona 2g EV agora	8h00
4) Bromoprida 10g EV agora	8h00

Evolução Médica

OBS reanu por 12 hrs.

Alta em / /

Tipo de Alta: () Alta () Internação () Referência () Retorno () Retorno com SADT () Óbito

Thyago Hallisson C. Rios
CIRURGIÃO GERAL
CRM 15154

THYAGO HALLISSON CARNEIRO RIOS - CRM: 15154

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: MARIA DA CONCEIÇÃO

Nome:

Jan' Rayane dos Anjos

Enf.:

Leito:

EVOLUÇÃO

5/8/19

Paciente com TCE leve. Respostas a estímulos
sem déficit motor ou sensitivo. Pupilas iso-
côricas e fotoreativas. Refere náuseas e vômitos.
Pele marmosa, não fez os testes de diátese.

CD: Distúrbio anular

Assinado
João Paulo Ribeiro Silva
Cirurgia Geral
CREMEC: 13455 RQE: 9537

Exo: fratura de fíbula

CD: A Suíte Casa

Assinado
João Paulo Ribeiro Silva
Cirurgia Geral
CREMEC: 13455 RQE: 9537

RELATORIO MÉDICO

Atesto para os devidos fins DPVAT que a vítima:

Jonas Raphael da Silva
sofreu acidente de trânsito na data: 06/08/19

Com histórico de:

PRESENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO, AUTORA, DEU
ENTRADA EM HOSPITAL TENDENDO COM NECESSIDADE
DE CIRURGIAS

Submetido a tratamento:

TRATAMENTO CIRÚRGICO + TRATAMENTO MEDICAMENTOSO

Apresenta :

- Fratura de Tíbia (D)
- Dor à mobilização e caminhada

Dr. Glécio Aguiar Brito
Médico
CRM/MEC 18944



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 403 - 1884 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **LESAO CORPORAL CULPOSA - TRANSITO**
Data / Hora da Comunicação: **03/09/2019 10:25:35**
Data / Hora da Ocorrência: **04/08/2019 19:10:00**
Endereço da Ocorrência: **AV CAPITÃO DIOGO LOPES, CENTRO - ACARAU/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **JOSÉ RAFAEL DA SILVA**
Nascimento: **04/11/1985** CPF: **021.770.823-40**
RG: **2006019184581** Orgão Emissor: UF: **CE**
Filiação: **MARIA DA CONCEIÇÃO SILVA**
FRANCISCO RAIMUNDO DA SILVA
Endereço: **RUA "NÃO SOUBE INFORMAR"**
Bairro: **SÍTIO BURITI**
Município: **ACARAU/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 9688-9590**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **POK4500** Uf: **CE** Município: **ACARAU** Chassi: **9C2KD0810FR202526** Renavam: **1074208444** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/NXR160 BROS ESDD** Ano Fabricação: **2015** Ano Modelo: **2015** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **VERMELHA** Proprietário: **RAIMUNDO CLEONARDO NASCIMENTO DE CASTRO** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **NORMAL**

Histórico

Compareceu o declarante a esta Delegacia de Polícia para informar que na data e hora supra citadas sofreu um acidente de trânsito no momento em que guiava a motocicleta Honda/NXR 160 bROS de placa POK-4500; Que trafegava pela Av. Capitão Diogo Lopes, no centro desta cidade, momento no qual foi colhido por um automóvel de placa não identificada; Que a colisão aconteceu no semáforo do cruzamento da Av. Capitão de Diogo Lopes com a Av. João Jaime, onde sinal estava verde para o declarante, sendo que quando este fez o cruzamento, foi surpreendido pelo sobredito automóvel que trafegava na Av. João Jaime e avançou o sinal vermelho; Que o motorista do automóvel empreendeu fuga do local sem prestar socorro ao declarante, tão pouco sem ser identificado; Que o declarante sofreu um fratura em seu pé direito e foi socorrido ao Hospital Moura Ferreira por populares, onde lá recebeu os primeiros cuidados médicos, sendo transferido em seguida para Santa Casa de Misericórdia de Sobral-CE, onde ali recebeu atendimento médico especializado; Que nada mais disse

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE ACARAU

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : _____

José Rafael da Silva

[Assinatura]



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE ACARAU
Impresso nº 2019613401



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 403 - 1884 / 2019

Lauro Florentino Silva
Escrivão de Polícia Civil
de Classe Especial
Mat.: 097059-1-0

LAURO FLORENTINO SILVA - MAT.: 097059-1-0

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Francisco Alailton Arruda de Andrade

VISTO DO DELEGADO(A) :

FRANCISCO ALAILTON ARRUDA DE ANDRADE - MAT.: 30120302