



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>Antônio Ferreira da Silva</u>		Nacionalidade: <u>BRASILEIRA</u>	
Estado Civil: <u>Solteiro</u>	Profissão: <u>Agricultor</u>	Carteira de Identidade: <u>2005021071103</u>	
CPF nº: <u>045.886.113-80</u>	Residência: <u>st baixo 1</u>		
Bairro: <u>Matriz</u>	Cidade: <u>Bela Cruz</u>	Estado/UF: <u>Ceará</u>	CEP: <u>62570-000</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 LIDER 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 ser reservas, enfim todos os poderes necessários para o cumprimento amplo do objeto do presente mandato.

Acarau – CE., 03 de Dezembro de 2019.

Antônio Ferreira 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>Antônio Ferreira da Silva</u>		Nacionalidade: Brasileira
Residência: <u>St. baixo 1</u>		Profissão: <u>Agricultor</u>
CPF nº: <u>045.886.113-89</u>	RG nº: <u>2005021071103</u>	Estado Civil: <u>Solteiro</u>
Bairro: <u>Matriz</u>	Cidade: <u>Bela Cruz</u>	Estado/UF: <u>Ceará</u>
CEP: <u>62.530.000</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., 03 de Dezembro de 2019.

Antônio Ferreira da Silva
Declarante





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

End. Profissional: Rua Dr. João Tomê, 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>Antônio Ferreira da Silva</u>		Nacionalidade: Brasileira
Residência: <u>St. baixo 1</u>		Profissão: <u>Agricultor</u>
CPF nº: <u>045.886.113-80</u>	RG nº: <u>2005021071103</u>	Estado Civil: <u>Solteiro</u>
Bairro: <u>Matriz</u>	Cidade: <u>Bela Cruz</u>	Estado/UF: <u>Ceará</u>
CEP: <u>62.570.000</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., 03 de Dezembro de 2019.

Antônio Ferreira da Silva
(declarante)

Nº DO CLIENTE
6024092
Para agilizar seu atendimento utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

Ata Social da Energia Elétrica foi criada pela Lei Nº 10.438 de 26 de abril de 2002
Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07.047.331/0001-70 | CEF 06.105.948-9

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 543695980

Nota 22 35042 05 023700 - 2 Data de Emissão 02/10/2018

Nome MARIA GLEICIANE ALVES
End. Postal ST BAIXIO I 00000 00000
MATRIZ - BELA CRUZ - 62570000

Medidor 736794 Poste 0000 B03S

Classe B1 - 01-RESIDENCIAL 07-BX. RENDA MONOFASICO BAIXA RENDA
RG / CPF / CNPJ 604212433-17 CGF

Nome do Responsável

DATAS
Mês de Referência 01/11/2018 Data da Apresentação 01/11/2018 Previsão Próxima Leitura

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO
Veja a legenda no verso desta conta.
Conjunto CRUZ
Mês Ago 2018 EUSD 8,00

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

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL
1134,0270,7001,0441,7082,8043,5000,6607

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO
Leit. Atual Leit. Anterior Const. Consumo (kWh) Cons. Incl. Cons. Fat. Tarifa (R\$/kWh) Valor (R\$)

FP 0001 0000 1,00 78 0,00 48 0,10884 16,36

02/10/18 01/09/18 29 DIAS 78 22,32

VALOR CONSUMO DO MES 22,32
QUOTA PARCELAMENTO 1/5 43,89
MULTA MORATORIA REF 07/2018 0,59
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL 4,36
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA 1,74
-ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 2,13)

VENCIMENTO 02/12/2018 **TOTAL A PAGAR (R\$)** 72,90

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	11,24
Transmissão	1,20
Distribuição	0,41
Encargos Setoriais	1,72
Tributos (PIS, COFINS)...	0,49
TOTAL	24,06

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

79	78	91	73	101	65	92	63	89	62	106	77
Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)
Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.
Emitido kg (CO₂) 30,45 Compensado kg (CO₂) 0,00 Consciência Ecológica (%CO₂) 0%

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

PARA DEMONSTRAR SUA CONTA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZE SEU NÚMERO DO CLIENTE SEM O DÍGITO VERIFICADOR.

Cheie os vidros e abraços e entre no combate ao mosquito transmissor da dengue, zika e chikungunya. Ministério da Saúde, Gov. Federal

NÃO É POSSÍVEL COLHER LEITURA POR: FAT MEDIA-LEIT BIMESTRAL ART 66 RES 414

Conta desta fatura R\$ 0,49 referente a PIS e COFINS. Aliquota: PIS(0,65%) e COFINS(16,5%).

Bandeira amarela em 02/18 com custo de 1,00 real a cada 100kWh (quilowatt-hora).

Informações: www.enel.ce.br

Nº do Cliente: 6024092 Referência: Out/2018
Data de Emissão: 02/10/2018 Total a Pagar (R\$): 72,90
Nº da Nota Fiscal: 543695980 Nº de Controle: 0006024092 00055 39592 04

83820000000-2 729000031000-2 00060240920-9 00553959297-9

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 03/01/2020 às 11:34, sob o número 02002579820208060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0200257-98.2020.8.06.0001 e código 5B42EEF2.

Rio de Janeiro, 09 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190563599

Vítima: ANTONIO FERREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 01/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), ANTONIO FERREIRA DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem: Hospital Municipal Gabriel Brando de Sousa
Distrito Sanitário: _____ Município: Jijoca de Jericoacoara

Nome: Adriano F. de S. S. Prontuário Nº _____

Sexo: M ☒ F ☐ Data de Nascimento: 06/06/89 Ocupação: _____

Endereço: _____ Bairro: _____ Fone: _____

Pai: _____

Mãe: _____

Motivo do Encaminhamento: paciente vítima de acidente de motocicleta na zona rural de Jericoacoara, estado do Ceará, com lesões em membros superiores e inferiores.

Resultado de Exames: Exame físico com lesões em membros superiores e inferiores, com fraturas de rádio e ulna esquerda e fêmur direito. Exames de imagem: Raio X de membros superiores e inferiores, tomografia computadorizada de crânio e coluna cervical.

Consulta já realizada: PR 20/06/20

PR 20/06/20, Cataplasma em lesões

Impressão Diagnóstica: LCR

Assinatura do médico: Dr. Elenilson Lira Função: _____ Data: 01/09/18 Hora: _____

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: Ambulatorial ☐ Hospitalar ☐ Auxílio Diagnóstico ☐

Procedimento: Atendimento Profissional: Neurologia

Unidade de referência: _____ Data: 1/1 Hora: _____

FICHA DE CONTRA REFERÊNCIA (*)

Unidade de Referência: SUS

Município: Sobral Prontuário Nº: 5297679 Alta: 25/07/20

Resumo: Clínico/Cirúrgico

Paciente com lesões em membros superiores e inferiores, com fraturas de rádio e ulna esquerda e fêmur direito. Exames de imagem: Raio X de membros superiores e inferiores, tomografia computadorizada de crânio e coluna cervical.

Resultado de Exames

Santa Casa de M. de Sobral
SAME
CONFERE COM O ORIGINAL
Maria Cleide da Silva
COORDENADORA

Diagnóstico: Principal LCR CID: _____

Secundário 1 _____ CID: _____

Secundário 2 _____ CID: _____

Proposta de Conduta para seguimento

O problema justifica a referência? ☒ Sim ☐ Não ☐ O motivo da referência coincide com o diagnóstico? ☒ Sim ☐ Não ☐

Assinatura do consultante - Nº Registro _____ Função _____ Data _____

(*) Utilizar também como resumo de alta



PREFEITURA DE JIJOCA DE JERICOACOARA
HOSPITAL MUNICIPAL DE JIJOCA GABRIEL BRANDÃO DE SOUZA

Declaração

Declaro para os devidos fins de direitos ou a quem possa interessar, que **ANTONIO FERREIRA DA SILVA**, paciente vítima de acidente de moto, apresentado traumatismo craniano, tce e escoriações. Realizado os procedimentos de urgência e encaminhado para Santa Casa de SOBRAL ce.

Jijoca de Jericoacoara 12 de novembro

de 2018.

Atenciosamente,
SANDRA ALVES DO NASCIMENTO
Respondendo pela Direção do Centro de Saúde

AVENIDA JERICOACOARA, S/N CEP62598-000, JIJOCA DE JERICOACOARA-CE
TELEFAX (88)3669 1299

RELATORIO MÉDICO

Atesto para os devidos fins DPVAT que a vítima:

Antônio Ferreira da Silva
sofreu acidente de trânsito na data: 01/09/18

Com histórico de:

Paciente vítima de queda de moto por falta de atenção
durante entrada na Santa Casa de Sobral por TCE

Submetido a tratamento:

- Grávido com desbridamento + enxerto

Apresenta :

- Desorientação em tempo e espaço
- Letargia crônica
- Cuidado semi-vigília prejudicado

Dr. Glicio Arruda Brito
Médico
CRM 112.199/24

Hospital Municipal Gabriel Brandão de Sousa

DATA: 01 / 04 / 18

HORA: _____

fls. 17

REGISTRO DE ATENDIMENTO

ETIQUETA DE CLASSIFICAÇÃO

HORA DA CLASSIFICAÇÃO: _____

NOME: ANTONIO FERREIRA DA SILVA IDADE: _____☐ MORADOR: _____ ☐ TURISTA: _____

ATENDIMENTO

☐ ADULTO ☐ PEDIÁTRICO Resp: _____PROCUROU PSF: SIM ☐CAUSAS: ☐ ENCAMINHAMENTO
☐ NÃO TINHA FICHA PARA CONSULTA
☐ NÃO TINHA MÉDICO
☐ POSTO ESTAVA FECHADO
☐ NÃO RESOLVEU O PROBLEMANÃO ☐☐ NÃO É EFICIENTE
☐ LONGE DE CASA
☐ NUNCA TEM MÉDICO
☐ ESTAVA FECHADO

TRIAGEM:

ALÉRGICO: ☐ ☐ SIM __________
ASSINATURA DO ENFERMEIRO - COREN

HORA DO ATENDIMENTO MÉDICO: _____

fls. 18

HDA DO MÉDICO: PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO
TCE GRAVE, TRAUMATISMO CRANIANO ESCORIAÇÕES

CONDUTA: MEDICAÇÃO + TRANSPERÊNCIA

DIAGNÓSTICO: TCE + TRAUMA

Antonio Wendell Pinter Paiva
CRM: 22056
Médico

ASSINATURA DO MÉDICO - CRM

MOTIVO DO ATENDIMENTO

- | | |
|---|--|
| ☐ CLÍNICO | ☐ CARDIOLÓGICO |
| ☐ CIRÚRGICO | ☐ TRAUM. ORTOPÉDICO |
| ☐ TENT. SUICÍDIO | ☐ OUTROS: _____ |

DESTINO DO ATENDIMENTO

- | | | | |
|--|--|--|----------------------------------|
| ☐ CONSULTA: | ☐ Com medicação | ☐ Sem medicação | |
| ☐ INTERNAÇÃO: | ☐ Até 06h | ☐ 06h - 12h | ☐ 12h-24h |
| ☐ TRANSFERÊNCIA | | | |

ALTA DO PACIENTE

DATA: ____/____/____

HORA: _____

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE JIJOCA DE JERICOACOARA



Impresso nº 2018237925

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 578 - 1632 / 2018

Dados da OcorrênciaNatureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**Data / Hora da Comunicação: **20/11/2018 08:53:46**Data / Hora da Ocorrência: **01/09/2018 08:00:00**Endereço da Ocorrência: **SITIO CORREGO DO MOURÃO**

Complemento:

Bairro: **ZONA RURAL**Município: **JIJOCA DE JERICOACOARA/CE**

Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)Nome: **ANTONIO FERREIRA DA SILVA**Nascimento: **06/06/1989** CPF: **045.886.113-80**RG: **2005021071103**Orgão Emissor: **SSPDS**UF: **CE**Filiação: **ANGELITA FERREIRA DE SOUSA SILVA****ANTONIO GERARDO DA SILVA**Endereço: **SITIO BAIXIO I, MATRIZ**Bairro: **ZONA RURAL**Município: **BELA CRUZ/CE**CEP: **62.570-000**País: **BRASIL**Telefone: **(88) 8806-1160****Dados do(s) Veículo(s)****1) Placa: OCD5700** Uf: **CE** Município: **JIJOCA DE JERICOACOARA** Chassi:**9C2JC4110CR304533** Renavam: **411435655** Tipo do Veículo:**MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 FAN KS** AnoFabricação: **2011** Ano Modelo: **2012** Combustível: **GASOLINA** Cor:**PRETA** Proprietário: **FRANCISCO FREIRE FILHO** Situação: **NÃO****INFORMADO** Envolvimento: **NORMAL****Histórico**

Afirma o noticiante que dia 1/9/2018, por volta das 8h00min, trafegava pela localidade de Córrego do Mourão, zona rural, Jijoca de Jericoacoara-CE, conduzindo a motocicleta HONDA/CG 125 FAN KS, ano 2011/2012, placa OCD5700/CE, renavam 00411435655, chassi 9C2JC4110CR304533, de cor PRETA, documentada em nome de FRANCISCO FREIRE FILHO (CPF nº 857.777.303-53), quando inesperadamente perdeu o controle da motocicleta e caiu no chão, ao passar por uma lombada, possivelmente contruída por moradores locais; Que ficou inconsciente após o ocorrido, tendo sido socorrido ao Hospital Municipal Gabriel Brandão de Sousa de Jijoca de Jericoacoara-CE, em caminhonete modelo D-20 que passava pelo local; Que sofreu TRAUMATISMO CRANIANO, TCE e ESCORIAÇÕES, após realizado os procedimentos clínicos de urgência, foi encaminhado para a Santa Casa de Misericórdia, em Sobral-CE; Que indica como testemunhas: VALDECIR ALBUQUERQUE SOUSA, telefone (88) 9683 7281, residente em ST Córrego do Mourão, s/nº, Matriz, Bela Cruz-CE, e FRANCISCO FERREIRA NETO, telefone (88) 8859 6048, residente em ST Baixio I, s/nº, Matriz, Bela Cruz-CE; Que não foi socorrido por SAMU nem CORPO DE BOMBEIROS, pela ausência destes órgãos na região; Que registra o presente Boletim de Ocorrência exclusivamente para dar entrada no Seguro DPVAT; Que não



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE JIJOCA DE JERICOACOARA



Impresso nº 2018237925

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 578 - 1632 / 2018

possui CNH; E nada mais disse.

O presente registro é de inteira responsabilidade do responsável pela informação, ficando este cientificado.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE JIJOCA DE JERICOACOARA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

Charleny Matias Braga Pessoa
CHARLENY MATIAS BRAGA PESSOA - MAT.: 3011938x

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Antonio Fereira da Silva

VISTO DO DELEGADO(A) :

Samella Saraiva de Freitas
SAMELLA SARAIVA DE FREITAS - MAT.: 30124723