



CAROLINA FREITAS
ADVOGADA

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

Outorgante: <i>Francisco Elizio da Silva</i>		Data Nasc: <i>04/03/1976</i>
Estado Civil: <i>solteiro</i>	Profissão: <i>autônomo</i>	Nacionalidade: <i>brasileiro</i>
RG: <i>94002561067</i>	CPF: <i>736.345.223-72</i>	
Endereço: <i>Rua Tomas Cavalcante, nº 244, no bairro Autran Nunes</i>		
Cidade: <i>Fortaleza</i>	CEP: <i>60.526-550</i>	

OUTORGADO: CAROLINA FREITAS MOREIRA, brasileira, solteira, advogada, inscrito na OAB/CE de nº 23.787, com escritório profissional na Rua Pedro Borges, nº 33, sala 516, Ed. Palácio Progresso, Centro, Cep: 60.055-10, Fortaleza-CE, fone: (85) 3055 9918.

PODERES: Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante nomeia e constitui, a outorgada, sua bastante procuradora, 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 FENASEG, 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, fazer levantamento de valores depositados, firmar autorizações de pagamentos ou créditos de indenização de sinistro **receber intimações para audiência e perícias médicas**, em nome do outorgante, enfim todos os poderes necessários para o cumprimento amplo do objeto do presente mandato.

Fortaleza (CE), 05 de Março de 20 20.

Francisco Elizio da Silva
OUTORGANTE



CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA

DECLARAÇÃO DE POBREZA

Declaro para os devidos fins que eu,
Francisco Elizio da Silva, residente e
domiciliado na Rua Tomas Cavalcante, nº 244,
bairro: Aurora Nunes, na cidade de Fortaleza, portador(a) do
RG nº 94002561067, inscrito(a) no CPF nº 736.345.223-72,
estou impossibilitado(a) de custear despesas judiciais sem prejuízo de meu
próprio sustento e da família não podendo arcar com custas processuais pelo que
declara ser pobre nos termos da lei nº 7.115 de 29 de agosto de 1983, pelo que
assume inteira responsabilidade, requer os benefícios da Justiça Gratuita, com
esteio na lei nº 1060/05.

Fortaleza, 05 de Março de 20 20.

Francisco Elizio da Silva

DECLARANTE



CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Francisco Eglizio da Silva, brasileiro(a), solteiro, autônomo, portador(a) de cédula de identidade nº 94002561067, inscrito(a) no CPF sob o nº 736.345.223-72, DECLARO que tenho domicílio e sou residente na Rua Tomas Cavalcante, nº 244, Bairro Aubran Nunes, CEP: 60.526 - 550 /CE, conforme comprovante de endereço anexo em meu nome.

Fortaleza, 05 de Março 2020.

X Francisco Eglizio da Silva

DECLARANTE

TESTEMUNHA:

1. _____

RG Nº:

CPF Nº:

2. _____

RG Nº

CPF Nº



CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Pela _____ presente, _____ o _____ (a)
Sr(a) Francisco Elizio da Silva Declara para os
devidos fins de direito que tem total e plena consciência da propositura da AÇÃO DE COBRANÇA
DE SEGURO DPVAT em seu nome, e que a demanda judicial tramitará no Estado do Ceará, mais
precisamente na Comarca de Fortaleza, ressaltando, ainda, que até a presente data, não propôs
nenhuma ação judicial contra qualquer seguradora do consórcio de seguro DPVAT, referente aos
fatos narrados e aos documentos ora apresentados.

Outrossim, DECLARA, ainda, estar ciente de sua responsabilidade (civil e criminal)
pelos fatos, informações e documentos apresentados e anexados ao processo judicial de cobrança
de seguro DPVAT, principalmente em caso de falsa declaração com o fim de alterar a licitude
sobre fato juridicamente relevante, exonerando a Dra. CAROLINA FREITAS MOREIRA, OAB/CE
Nº 23.787, de qualquer responsabilidade civil e/ ou criminal.

Fortaleza, 05 de Março 2020.

X Francisco Elizio da Silva

DECLARANTE

TESTEMUNHAS:

1. NOME:

CPF:

ASSINATURA:

2. NOME:

CPF:

ASSINATURA:

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO ALTERAÇÃO NACIONAL DE IDENTIDADE	
NOME FRANCISCO ELIZIO DA SILVA	
	DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF 94002561067 SSP CE
	CPF 736.345.223-72
	DATA NASCIMENTO 04/03/1976
	FUNÇÃO JOSE CAETANO DA SILVA MARIA IRENE DA SILVA
Nº REGISTRO 05674836025	VALIDADE 22/09/2022
1ª EMISSÃO 20/12/2012	2ª EMISSÃO 16/10/2017
OBSERVAÇÕES A:	
LOCAL FORTALEZA, CE	
DATA EMISSÃO 16/10/2017	
ASSINATURA DO DETENTOR 16845590181 CE161531407	
ASSINATURA DO EMISSOR 16845590181 CE161531407	
CEARÁ	

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1545046223

PROIBIDO PLASTIFICAR
1545046223

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | Nº 049075810

Rota F0K20U41 - 127800 Referência 01/2020
Nome NEURIDAN LAURENTINO DA SILVA
Endereço RU TOMAS CAVALCANTE, 00244, AUTRAN NUNES,
60526-550, FORTALEZA
Classificação Resid. Baixa Renda Emissão 29/01/2020
Modalidade Tarifária B1 RESIDENCIAL Medidor 3730883-CPN-308
Ligação Monofásico

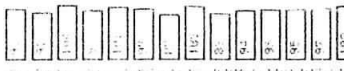
ÁREA RESERVADA AO FISCO

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)

DATAS DE LEITURA

P.P.A. 30 dias

Anterior 01/12/2019 Atual 01/01/2020 Próxima prevista 06/02/2020



DADOS DA MEDIÇÃO

Posto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo Mês (kWh)	Consumo Incl. (kWh)	Consumo Fat. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FP	9.460	9.369	1,00	91	00	91	0,26692	24,29

DADOS DO FATURAMENTO

TARIFA

VALOR (R\$)

CIP - ILUM PUB PREF MUNIC	-	4,60
PIS COMPL BX RENDA	-	0,10
COFINS COMPL BX RENDA	-	0,42
CONSUMO DE 000 KWH ATE 030 KWH	0,18033	5,41
CONSUMO DE 030 KWH ATE 100 KWH	0,30951	18,88
DESCONTO BAIXA RENDA	-	-23,28
CONSUMO SEM SUBVENÇÃO	-	23,28
CREDITO DE PEQUENOS VALORES	-	-39,15
IV - RELIGAÇÃO NORMAL	-	7,98
JUROS MORATÓRIOS	-	1,12
ADICIONAL BAND. AMARELA	0,02133	0,64

Tributo	Base (R\$):	Aliquota (%):	Valor (R\$):
ICMS	0,00	0,00	0,00
PIS	48,21	0,41	0,20
COFINS	48,21	1,78	0,86

05/02/2020	TOTAL A PAGAR 0,00
------------	--------------------

CONSUMO CONSCIENTE

CPF/CNPJ 040.811.313-84

EMISSIONES DE CO₂ (kg kWh) Compensação e emissões pelo consumo de energia elétrica

Emitido kg (CO ₂)	Compensado kg (CO ₂)	Consciência Ecológica (% CO ₂)
35,52	0,00	0

Períodos: Band. Tarif.: Amarela : 31/12 - 29/01

SE VOCÊ RECEBEU DUAS FATURAS COM MESMO VENCIMENTO NO MÊS TEM OPÇÃO DE PARCELAR EM 20X SEM JUROS. CASO POSSUA FATURAS EM ABERTO REFERENTES A ESTA SITUAÇÃO REGULARIZE ATÉ 31/01/2020.

Nº do Cliente: 3500192 Referência: 01/2020 V: [1.0.0.7]
Data de Emissão: 29/01/2020 Total a Pagar (R\$): 0,00
Nº da Nota Fiscal: 049075810 Nº de Controle: 300032064136

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.



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

Impresso nº 2019868335



fls. 22

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 4106 / 2019

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Francisco Felizio da Silva

VISTO DO DELEGADO(A) :

Maria Carolina Santos Barreira

MARIA CAROLINA SANTOS BARREIRA - MAT.: 404579-1-7



DECLARAÇÃO



192

REGIONAL FORTALEZA

Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento ao (a) Sr (a). **Francisco Elizio da Silva - C.P.F. - 736.345.223-72**, no dia **06/10/2019**, às **17h17min**, na **Rua Graco Cardoso**, no **Bairro Autran Nunes**, vítima de acidente de trânsito.

Declaramos ainda que segue em anexo cópia do Prontuário do Atendimento acima mencionado.

Documento requerido por meio do Processo nº **P955542/2019**.

Fortaleza, 26 de Novembro de 2019.

Atenciosamente,


Roberto Gomes de Lima
Coord. SAME - SAMU 192
Regional Fortaleza
Mat. 45661-1

Roberto Gomes de Lima
Coordenação - SAME
SAMU 192 Regional Fortaleza


Marcelo César Campos Cabral
SAME-SAMU 192
Regional Fortaleza
Mat. 45690-1

Marcelo César Campos Cabral
Responsável - Protocolo
SAMU 192 Regional Fortaleza



PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

VEÍCULO: USB-MOT	PONTO DE APOIO: HM	Nº DA OCORRÊNCIA: 0698
DATA: 06/10/19	TURNO: not	EQUIPE: Gabriela / Thiana S.
NOME: Francisco Elcio da Silva	IDADE: 42	SEXO: M
ENDEREÇO: Rua Graça Cardoso 334	REFERÊNCIA: esquina Virgílio de Bragança	
QTY: 17:07	QUS: 17:17	QUR: 17:22
QUY: 17:40		QUU: 17:59
NATUREZA DA OCORRÊNCIA: colisão - moto / carro		

RESPONSIVIDADE E AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

RESPOSTA AO CHAMADO	EXPANSÃO TORÁCICA	PULSO CENTRAL (AGRAVO CLÍNICO)
☒ RESPONSIVO	☒ PRESENTE	☒ PRESENTE
☐ NÃO RESPONSIVO	☐ AUSENTE	☐ AUSENTE

A	☒ PERVEAS	☐ OBSTRUÍDAS	POR: _____

B Inspeção	PADRÃO RESPIRATÓRIO	INSPEÇÃO	PALPAÇÃO/PERCUSSÃO	AUSCULTA
	☒ EUPNEICO ☐ TAQUIPNEICO ☐ BRADIPNEICO ☐ AGÔNICA/AUSENTE	☐ NORMAL ☐ ALTERADA: _____ _____ _____	☐ NORMAL ☐ ALTERADA: _____ _____ _____	☐ NORMAL ☐ ALTERADA: _____ _____ _____

 INSTITUTO DE SAÚDE PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO	PULSO ☒ NORMOCÁRDICO ☐ CHEIO ☐ TAQUICÁRDICO ☐ FILIFORME ☐ BRADICÁRDICO ☐ IMPALPÁVEL		PELE ☐ CORADA ☐ SUDOREICA ☐ PÁLIDA ☐ SECA ☐ CIANÓTICA ☐ QUENTE ☐ FRIA		ENCHIMENTO CAPILAR ☐ ≤ 2 seg ☐ > 2 seg	SANGRAMENTO EXTERNO ☐ SIM ☐ NÃO
	LOCAL:					

ESCALA DE COMA DE GLASGOW - ADULTO (A) / PEDIÁTRICA (P)			
ABERTURA OCULAR		RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA
ESPONTÂNEA	☒ 4	ORIENTADO (A)/SORRI (P)	☒ 6
À VOZ	☐ 3	CONFUSO (A)/CHORO CONSOLÁVEL (P)	☐ 4
À DOR	☐ 2	PALAVRAS INAPROPRIADAS (A)/INCONSOLÁVEL (P)	☐ 3
NENHUMA	☐ 1	SONS INCOMPREENSÍVEIS (A)/GEMENTE (P)	☐ 2
TOTAL:	15	NENHUMA	☐ 1
PUPILAS:		☒ NORMAIS (FOTORREAGENTES E ISOCÓRICAS) ☐ ALTERADAS:	

ADULTO		LESÕES	PEDIÁTRICO	
		hematomas no tornozelo e esmagações.		

SAMPLA

FO: 70	PA: 120 x 80	FR: 18	GLIC: 991	TEMP:
--------	--------------	--------	-----------	-------

QTY: DESLOCAMENTO; QUS: CHEGADA AO LOCAL DA OCORRÊNCIA; QUR: SAÍDA DO LOCAL DA OCORRÊNCIA; QUY: CHEGADA À UNIDADE DE SAÚDE; QUM: SAÍDA DA UNIDADE DE SAÚDE

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIA

DADOS PESSOAIS

NOME DO PACIENTE FRANCISCO ELIZIO DA SILVA		Nº DO PRONTUÁRIO 29269	Nº DO BE 318503
CADUS	NASCIMENTO 04/03/1976(43 ANOS)	SEXO M	RACIA/COR PARDOS
DOCUMENTOS CADASTRO DE PESSOA FÍSICA (CPF): 73634522372		NOME MÃE MARIA IRENE DA SILVA	
NOME RESPONSÁVEL SAMU USB M01 OC		ENDEREÇO RUA TOMÁS CAVALCANTE 244 AUTRAN NUNES	
MUNICÍPIO FORTALEZA	UF CE	CONTATO (85)98773-7452	
CEP 60.526-550			

OCORRÊNCIA

LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/DADOS DO ACIDENTE

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

QUEIXA PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU USB M01. APRESENTA LUXAÇÃO EM TORNOZELO ESQUERDO + ESCORIAÇÕES	MOTIVO COLISÃO CARRO X MOTO
SINTOMAS NI	ESCALA DE DOR 7 (ADULTO)

SINAIS VITAIS

RESG NI KG	PRESSÃO ARTERIAL 120/80	SAT O2 99%	PULSO 70	GLICEMIA NI
TEMPERATURA NI °C	ALERGIAS NEGA			
CLASSIFICAÇÃO VERDE	RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO NATANIELLE SOUZA MENDES	DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO 06/10/2019 17:37:57		

ÁREA ATENDIMENTO

REA DE ATENDIMENTO
ATENDIMENTO TRAUMA

ATENDIMENTO MÉDICO

NAMINESE

Contusão no pé direito
Contusão no pé esquerdo

DIAGNÓSTICO	COD. PROCEDIMENTO	CID
DT SOLICITADO: ☐ HC ☐ SU ☐ US ABDOMINAL ☐ TC CRANIO ☐ RAIO-X ☐ OUTROS		

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MÉDICAMENTO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÕES
<i>Ap. analg.</i>		
<i>Ap. P.</i>		
<i>Ap. code</i>		
<i>30-10092</i>		

TIPO DE ALTA/SAÍDA

SAÍDA:
☐ DECISÃO MÉDICA ☐ A PEDIDO ☐ EVASÃO ☐ TRANSFERÊNCIA ☐ INTERNAÇÃO ÓBITO: ☐ ATÉ 48 HORAS ☐ APÓS 48 HORAS
 DESTINO DO CORPO: ☐ FAMÍLIA ☐ IML ☐ ANAT. PATOL
 E HORA DO ATENDIMENTO

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA

Assinado por NATANIELLE SOUZA MENDES em 06/10/2019 às 17:37:59
 Para serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 299 do Código

FRANCISCO ELIZIO DA SILVA

José Marcelo Vidal F. B.
 Médico - Traumatologista
 CRM-MEC: 6590

Hospital Distrital Dr. Evandro Ayres de Moura
 ATESTO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL

Marcia Ramos
 Mat. 45632
 Coordenador do SANE - HDFAM

PRESCRIÇÃO MÉDICA

CHEGAGEM

ANOTAÇÕES / CONDUTAS MÉDICAS

ASS./CRM:

ANOTAÇÕES / CONDUTAS DE ENFERMAGEM

ASS./COREN:

ANOTAÇÕES / CONDUTAS DO CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA

ASS.:

DESTINO DO PACIENTE

UNIDADE DE SAÚDE: Unidade de saúde de origem BOLETIM EMERG: _____
☐ LIBERADO ☐ RECUSA ☐ REMOVIDO POR TERCEIROS ☐ OUTRO: _____
☐ ÓBITO → ☐ NO LOCAL ☐ DURANTE O TRANSPORTE

PACIENTE ACOMPANHADO: ☒ SIM ☐ NÃO
 ASS. DO RESPONSÁVEL:

ASS. DO MÉDICO DA UNIDADE DE DESTINO:

EM: ____ / ____ / ____ às ____ hs

COMPROVANTE DE ENTREGA DE VALORES

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

DESCRIÇÃO DE VALORES ENTREGUES:

LOCAL:

EM: ____ / ____ / ____

ASS. DO RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

TERMO DE RECUSA

EU, _____, RG/CPF _____

DECLARO ESTAR CIENTE DA NECESSIDADE DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA. PORÉM, RECUSO O SERVIÇO OFERTADO

PELO SAMU EM: ____ / ____ / ____ às ____ hs, ASSUMINDO TOTAL RESPONSABILIDADE PELA MINHA DECISÃO.

ASSINATURA:



IDEAM - Hospital Distrital Dr. Evandro Ayres de Moura
Frotinha de Antônio Bezerra



Prefeitura de
Fortaleza

RECEITA

Relato sobre o Sr. Francisco
Elizio da Silva sobre a lesão
grave do tornozelo e médio-
pé esquerdo, em acidente
de trânsito, no dia 06 de
outubro de 2019.

Deixei recado para a ambulância
definir com
dor, edema e limitação
parcial dos movimentos
médio-pé esquerdo.

31/10/19

José Marcelo Vidal Porto
Médico - Traumatologista
CREMEC: 6590

QUANDO RETORNAR AO MÉDICO LEVE SUA RECEITA
O USO DE DROGAS, BEBIDAS ALCOÓLICAS E CIGARROS.
PREJUDICAM A SAÚDE, PERGUNTE AO SEU MÉDICO

RUA CANDIDO MAIA - 294 - ANTONIO BEZERRA - PABX (85) 34883210 CNPJ - 04.885.197/0010-35

Rio de Janeiro, 11 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200023995

Vítima: FRANCISCO ELIZIO DA SILVA

Data do Acidente: 06/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCISCO ELIZIO DA SILVA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.691,55

Recebedor: FRANCISCO ELIZIO DA SILVA

Valor: R\$ 1.691,55

Banco: 104

Agência: 000001887

Conta: 0000052361-3

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

