

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Raimundo Nonato da Silva
 Estado Civil: Casamento Profissão: _____
 CPF: 060.260.792-20 Identidade: 20072698696
 Endereço: Rua Padre-paguim de menzes, 2429,
Centro.
 CEP: 62.930-000 Município: Limoeiro do Norte Estado: Ceará

OUTORGADAS: As Advogadas ALESSANDRA ELICE LOPES CRESCÊNCIO PEREIRA e KÁTHIA WALÊSKA LOPES CRESCÊNCIO PEREIRA (e-mail: kathiacrencencio@clinicajuridica.com.br), inscritas na OAB-CE com nºs 18.949 e 20.432, respectivamente, sócias do Escritório de Advocacia **CRESCÊNCIO PEREIRA ADVOGADOS ASSOCIADOS**, registrado na OAB-CE com nº 1032, em 26/01/2015, inscrito no CNPJ nº 29.571.233/0001-26, com sede na Rua Rodrigues Júnior, nº 428, Centro, Fortaleza-CE, CEP 60060-000, Fone: (85) 3253.3340, onde receberão intimações e notificações processuais.

PODERES: Pelo presente instrumento particular de Procuração, o(a) Outorgante acima qualificado(a) nomeia e constitui as OUTORGADAS como suas bastantes Procuradoras, para agirem em seu nome, podendo, em conjunto ou separadamente, administrar seus interesses, conferindo-lhes os poderes gerais das **Cláusulas AD JUDICIA ET EXTRA**, representar perante quaisquer entes públicos e privados, sejam Federais, Estaduais, Distritais, Municipais ou Autárquicos, seus órgãos, departamentos e subsidiárias, bem como qualquer Cartório, Juízo, Instância ou Tribunal, podendo promover a Ação Judicial competente para o recebimento da indenização do **Seguro DPVAT** que lhe cabe, como beneficiário(a), junto a qualquer companhia de seguro conveniada a FENASEG, participante do convênio DPVAT, podendo firmar compromissos, contratos, termos e declarações, promover ações de seu interesse, delas variar ou desistir, acompanhando-as em todos os seus termos até final decisão, podendo interpor todos os recursos em Direito permitidos, promover acordos, judiciais e/ou extrajudiciais, e demais atos necessários aos interesses dos serviços contratados; conferem também os poderes da **Cláusula AD NEGOCIO**, podendo, ainda, requerer, assinar, transigir, desistir, usar e renunciar dos recursos legais, firmar compromissos, acordos, contratos, requerimentos, declarações, livros, termos, recibos e o que for preciso, juntar e retirar documentos, produzir provas e justificações, receber e dar quitação, acolher quaisquer valores, haveres, numerários ou direitos relacionados com o litígio e/ou pendências judiciais e extrajudiciais, inclusive levantar Alvarás Judiciais; firmar autorizações de pagamentos ou créditos de indenização de sinistro; receber intimações para audiências e perícias médicas; representar em audiência, bem como perante qualquer instituição bancária, mormente Caixa Econômica Federal, Banco do Brasil S/A, etc.; enfim, tudo mais usar e praticar para o bom e fiel cumprimento deste mandato, dando tudo por bom, firme e valioso, inclusive substabelecer, no todo ou em parte, com ou sem reserva de poder(es).

Fortaleza 24 de Dezembro de 2018

* Raimundo Nonato da Silva
OUTORGANTE



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO MILTON BARBOSA DE SOUSA

Polgar Direito

RAIMUNDO NONATO DA SILVA

CARTEIRA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
060.260.792-20

Nome
RAIMUNDO NONATO DA SILVA

Nascimento
25/01/1951

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL
2007269869 - 6

DATA DE EXPEDIÇÃO
10/03/2009

NOME
RAIMUNDO NONATO DA SILVA

FILIAÇÃO
ALBERTO SOARES DA SILVA

ROSA SOARES DA SILVA

NATURALIDADE
LIMOEIRO DO NORTE - CE

DOC ORIGEM
CERT. CASAMENTO - CARTÓRIO: SEDE TERMO: 3.591 FOLHA: 026/ V

LIVRO: B 16 LIMOEIRO DO NORTE - CE

P.: 156

LEI Nº 7.116 DE 29/06/83

DECLARAÇÃO

Eu, Reimundo Nonato da Silva

Estado Civil: Casado

Profissão: _____

CPF: 060.260.792-20

Identidade: 20072698696

Endereço: Rua Padre Paquim de Mendez, 2429, Centro.

CEP: 62430-000 Município: Simão de Nair Estado: Ceará

DECLARO para os devidos fins que possuo **hiposuficiência financeira**, não tendo, pois, condições de arcar com custas processuais e honorários advocatícios sem prejuízo do meu próprio sustento e o de minha família, consoante o que dispõe a Lei nº 1.050/60.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente para que surta seus devidos fins e efeitos.

Fortaleza-CE, 04 de Dezembro de 2018

Reimundo Nonato da Silva
DECLARANTE

DECLARAÇÃO

Eu, Raimundo Nonato da Silva,
 brasileiro(a), estado civil: casado, profissão: _____,
 portador(a) de Identidade nº 20072698696 e CPF nº 060.260.792-20,
 capaz, nesta oportunidade, DECLARO que resido no seguinte endereço:
Rua Padre Paquim de Menezes, 2429, Centro,
 Cidade: Simão Dias do Norte,
 Estado: Ceará, CEP 62.930-000, e forneço os meus dados
 pessoais, documentos e demais declarações para a propositura de Ação Judicial em
 desfavor de qualquer seguradora conveniada DPVAT-FENASEG, sendo de minha total
 responsabilidade a declaração de invalidez ou óbito fornecida.

Fortaleza-CE, 04 de Dezembro de 2018.

Raimundo Nonato da Silva
 DECLARANTE



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° 537695982

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135 040 | Fortaleza CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

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

Esta é a segunda via de

AGO/2018

Utilize o n° abaixo sempre
que entrar em contato conosco

N° DO CLIENTE

4595249

OV **3**

VENCIMENTO

03/09/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

0,00

End. da Unidade RU PDE JOAQUIM DE MENEZES 02429 CENTRO LIM. DO NORTE

Consumidora 62930000

RG / CPF / CNPJ 581.564.293-20

Classe B1 - 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA, BAIXA RENDA

Fator de Potência

0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual - Leitura Anterior + Constante = Consumo (kWh) + Consumo Incl. = Consumo Faturado

FP 2791 2791 1 0 0 0

DESCRIÇÃO DA CONTA

Quantidade x Tarifa = Valor (R\$)

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/
Apresentação

Prev. Próxima
Leitura

23/08/2018

18/09/2018

AREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

9CEA.AAB8.5FE2.EFEB.5CCE.9084.89DA.AD5D

ICMS

Base de Cálculo (R\$) Aliquota Valor do Imposto
0,00 18% 0,00

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta. CM: 0,00

Conjunto

Mês JUN/ 2018

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC (h)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
FIC (un)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
DMIC (h)	0,00			0,00		

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

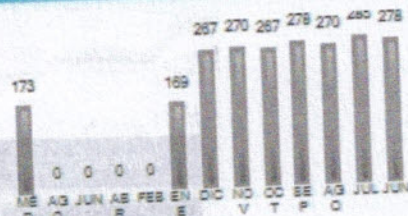
Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO₂) Compensado kg (CO₂) Consciência Ecológica(%CO₂)

0 100

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



autenticação mecânica cliente

N° do Cliente:

4595249-3

Data de Emissão:

02/09/2018

N° da Nota Fiscal: **537695982**

Referência: **AGO/2018**

Total a Pagar (R\$): **0,00**

N° de Controle:

FATURA PAGA, NÃO RECEBER

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por KATHIA WALESKA LOPES CRESCENCIO PEREIRA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 22/08/2019 às 19:27, sob o número 01655019720198060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0165501-97.2019.8.06.0001 e código 4F98D82.



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 491 - 2851 / 2017

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **28/09/2017 09:29:14**
Data / Hora da Ocorrência: **12/07/2017 10:40:00**
Endereço da Ocorrência: **RUA INACIO MENDES**
Complemento:
Bairro: **CENTRO** Município: **LIMOEIRO DO NORTE/CE**
Ponto de Referência:

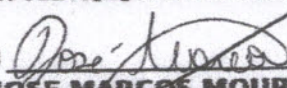
Dados da(s) Vítima(s)

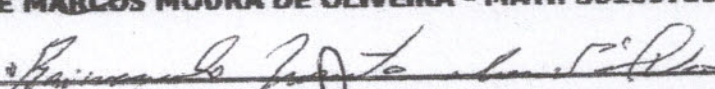
Nome: **RAIMUNDO NONATO DA SILVA**
Nascimento: **25/01/1951** CPF: **060.260.792-20**
RG: **2007269869-6** Órgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
Filiação: **ROSA SOARES DA SILVA**
ALBERTO SOARES DA SILVA
Endereço: **RUA PADRE JOAQUIM DE MENEZES, 2429**
Bairro: **CENTRO**
Município: **LIMOEIRO DO NORTE/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 9917-4604**

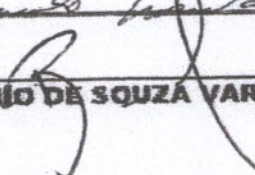
Histórico

O DECLARANTE INFORMA QUE FOI VÍTIMA DE ACIDENTE E QUE NÃO É HABILITADO; QUE ESTAVA CONDUZINDO O CICLOMOTOR (XY 50-Q PHOENIX SHINERAY, COR VERMELHA, SEM PLACA, ANO FAB 2011 ANO MOD 2012, CHASSI LXYXCBL04C0516328, RENAVAN 030717, MOTOR 1P39FMBCA056531, REGISTRADO EM NOME DE RAIMUNDO NONATO DA SILVA) PELA RUA INACIO MENDES, CENTRO DE LIMOEIRO DO NORTE, NO DIA 12/07/2017, QUANDO UMA MOTO DIRIGIDA POR UMA PESSOA DESCONHECIDA ATINGIU A LATERAL DO CICLOMOTOR DO DECLARANTE, OCASIÃO EM QUE ESTE CAIU E APAGOU EM DECORRÊNCIA DA BATIDA; QUE NO MOMENTO DO ACIDENTE, O OUTRO MOTORISTA EVADIU-SE DO LOCAL SEM PRESTAR SOCORRO; QUE O SAMU FOI ACIONADO, TENDO ATENDIDO O DECLARANTE NO LOCAL E LEVADO O MESMO PARA O HOSPITAL DEOCLECIO LIMA VERDE DE LIMOEIRO DO NORTE, DANDO ENTRADA ÀS 11h:48min DO DIA 12/07/2017; QUE O DECLARANTE SOFREU LESÕES NO PÉ.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE LIMOEIRO DO NORTE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: 
JOSE MARCOS MOURA DE OLIVEIRA - MAT.: 30100719

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: 

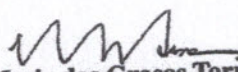
VISTO DO DELEGADO(A): 
BRUNO ANTONIO DE SOUZA VARELA - MAT.: 19837319



CERTIDÃO NARRATIVA

CERTIFICAMOS, em virtude da faculdade que nos é conferida por lei e, tendo em vista requerimento por escrito da parte interessada, que o **SAMU 192 CEARÁ** prestou atendimento ao Sr. **RAIMUNDO NONATO DA SILVA**, portador do RG 2007269869-6 e inscrito no CPF 060.260.792-20, no dia 12/07/2017, às 11h28, no município de Limoeiro do Norte/CE, na rua Inácio Mendes, no bairro Centro, vítima de queda de moto, sendo encaminhado para o Hospital Municipal de Limoeiro do Norte. E para constar eu, Ana Cristine Medeiros Silva Ana Cristine Medeiros Silva, Assessora Técnica, lavrei a presente Certidão, a qual vai datada e assinada por MARIA DAS GRAÇAS TORRES, ASSESSORA EXECUTIVA.

Eusébio, 04 de Setembro de 2017


Maria das Graças Torres
ASSESSORIA EXECUTIVA

PREFEITURA MUNICIPAL DE LIMOEIRO DO NORTE
HOSPITAL REGIONAL DR. DEOCLECIO LIMA VERDE
FICHA INDIVIDUAL DE ATENDIMENTO

Nº Atendimento: 3198 CNS: Data do Atend.: 12/07/2017 as 11:48:21
Nome do Paciente: RAIMUNDO NONATO DA SILVA Data de Nasc.: 25/01/1951
Endereço: PADRE JOAQUIM DE MENESES 2449 LIMOEIRO DO NORTE Op: DAISLANE
Convênio: SUS PSF: CENTRO Tipo Atend.: AMBULATORIAL - INDIVIDUAL
Sexo: M Idade: 66a 5m 18d Estado Civil: Profissão: 612 Escolaridade: 2

Peso: () kg Sinais Vitais: P.A.: Sist () Diast () FC: () bpm FR: () irpm Temp: () °C

Proc.: 0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

Motivo do atendimento (Queixa principal + Anamnese)

Última de acidente automobilístico com lesões contusas em pé D e possível fr no mesmo pé.

Fatores de Risco:

Alergia:

Class. Risco: () ALTO () MODERADO () BAIXO

OBS:

HDA e Exame Físico:

Hipótese Diagnóstica Provável / Atendimento

Data 1º Sintoma

Fr exposta no pé D (?)

Procedimentos complementares solicitados: () Patologia Clínica () Radiologia () Exame Prevenção
() Ultrassom Obstétrico () Outros

RX do pé direito

Demais Procedimentos Realizados

Ass. Executor

Conselho Classe

Se o paciente ficou em observação MARQUE AQUI ()

Encaminhamentos / Destino do Paciente:

() Urgência Emergência () Internação domiciliar
() Atend. Especializado () Internação Hospitalar () Observação 12h () PSF
() Alta () Adm. Medicamentos () Observação 6h () Outros procedimentos
() Transf. de emergência () Abertura de partograma () Indicação de Cesariana

Parceria com Departamento Municipal de Trânsito:

FOI ACIDENTE DE TRANSITO?

Se positivo assinale o tipo de condução da vítima:

(X) SIM () NAO

(X) MOTO () CARRO () BICICLETA () PEDESTRE () OUTROS

Assinatura do Paciente ou Resp.

Assinatura do Profissional Executor

① Análise laboratorial

② Prescrição de medicação e exames

③ O exame de urina

Dr. Daniel Nobre
CRM: 14507

Dr. Carlos Henrique S. Silva
CRM: 14507



VALEIMAGEM
CLÍNICA DE IMAGENS

fls. 21*

Paciente RAIMUNDO NONATO DA SILVA
Médico PEDIDO PROPRIO
Data 15/09/2017
Formulário 55563

RX PÉ DIREITO (2 INCIDÊNCIAS)

LAUDO RADIOLÓGICO

Acentuado varismo dos metatarsos associado à valgismo dos pododáctilos especialmente do hálux.

Osteoartrite comprometendo as articulações entre a base do 1º metatarso com a cunha medial e ainda a 1ª articulação MTF e da cabeça do primeiro metatarso com os osso sesamoides.

Demais estruturas osteoarticulares sem anormalidades significativas.

Ausência de sinais de fratura ou de outras alterações.

Partes moles normais.

DR. JOSE HOLANDA MAIA FILHO
MÉDICO RADIOLOGISTA - CRM 5703
MEMBRO TITULAR DO CBR

HAMILTON

Todo exame deve ser guardado para futuras comparações. Traga-o consigo na próxima visita.

Rua Coronel Inácio Mendes, 1890 - Centro - CEP.: 62.930-000 - Limoeiro do Norte - CE
(88) 3423-2111 | (88) 9 9993-1211 (TIM) | (88) 9 8868-7583 (OI)
E-mail: contato@clinicavaleimagem.com.br | www.clinicavaleimagem.com.br

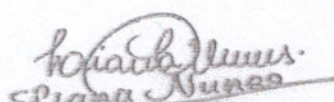


Declaração

Paciente Raimundo Nonato da Silva, vítima de colisão com moto em 12/07/2017, causando extensa lesão de pele no pé direito. Paciente foi socorrido onde foi realizada sutura para correção do ferimento. O mesmo foi liberado e posteriormente procurou a fisioterapia.

A chegar na fisioterapia, deambulava com auxílio de muletas, apresentava edema, alteração de sensibilidade em pé D, associada a fraqueza muscular de panturrilha e quadríceps, além de encurtamento da musculatura posterior da coxa.

Realizado 20 atendimentos, onde o mesmo apresenta melhora geral do quadro, porém ainda com fraqueza muscular e edema ao deambular bastante. Segue com orientação para exercícios diários. O mesmo ainda encontra-se com dificuldade para desenvolver suas AVD's normalmente, inclusive retomar o trabalho diário.


Eliana Nunes
Fisioterapeuta
CREFITO 144484-F

30/11/2017

Nº	RECIBO		Valor	900,00
Recebi (emos) de	Raimundo Nonato da Silva			
Endereço	R. do Norte			
A importância de	Novecentos reais			
Referente	20 rs de fisioterapia motora			
Para maior clareza firmo o presente.				
R. do Norte 30 de novembro de 2017				
Emitente	Raimundo P. Nunes		CPF: Eliana Nunes	
Assinatura	Eliana Nunes		Fisioterapeuta	
			CREFITO 144464-F	



TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu, **Raimundo Agostinho da Silva**, brasileiro, casado, agricultor, portador da cédula de identidade RG nº 16534-80-SSP-Ce, CPF nº 681609253-87, residente e domiciliado no Sítio Ilha, Zona Rural, Limoeiro do Norte(CE), **DECLARO** que para fins de prova e de direito que, na data de 16 de junho de 2016, transferi o veículo **CICLOMOTO modelo XY 50-Q PHOENIX SHINERAY, cor VERMELHO, ano Fab 2011, ano Mod.2012, chassi LXYXCBL04C0516328, Renavan 030717, motor 1P39FMBCA056531, conforme nota fiscal nº 000.000.434**, registrado em um nome, a Sr. **Raimundo Nonato da Silva**, brasileiro, casado, agricultor, portador da identidade nº RG 2007269869-6-SSPDS-CE, CPF nº 060.260.792-20, residente e domiciliado na Rua Pe. Joaquim de Menezes, 2429, Centro, Limoeiro do Norte(CE).

DECLARO ainda que o referido comprador acima mencionado e qualificado esta na posse do veículo acima descrito e caracterizado desde a data de 16 de junho de 2016, se comprometendo ainda a assumir perante todo e quaisquer órgãos públicos de controle e fiscalização de trânsito, pessoa física ou jurídica, que assumo toda a responsabilidade civil e criminal quanto ao veículo acima descrito e caracterizado, especialmente no que tange a multas de trânsito que eventualmente estiverem gravando contra o veículo, ou seja, me responsabilizando por toda e qualquer ocorrência ou sinistro que venha envolver o referido veículo a partir desta data. //

Limoeiro do Norte(CE), 17 de agosto de 2017.

x Francisca Rabelina de Sousa
Raimundo Agostinho da Silva - proprietário. A RODO POR SER ANALFABETO

x Raimundo Nonato da Silva
Raimundo Nonato da Silva

SINISTRO 3170617627 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA RAIMUNDO NONATO DA SILVA
COBERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO INVESTPREV Seguradora S/A-Filial Fortaleza - CE
BENEFICIÁRIO RAIMUNDO NONATO DA SILVA
CPF/CNPJ: 06026079220
Posição em 02-09-2018 17:41:45

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
06/02/2018	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50