

PROCURAÇÃO**OUTORGANTE:**

Nome: <u>Benone Paulino da Silva Filho</u>		Nacionalidade: <u>BRASILEIRA</u>	
Estado Civil: <u>Solteiro</u>	Profissão: <u>Agricultor</u>	Carteira de Identidade: <u>2003029015150</u>	
CPF nº: <u>347.666.908-42</u>	Residência: <u>Sítio Oxu</u>		
Bairro: <u>Distrito Carnaúba</u>	Cidade: <u>Mombaca</u>	Estado: <u>CE</u>	CEP: <u>63.610-000</u>

OUTORGADO:

RAFAEL DE SOUSA REZENDE MONTI, brasileiro, solteiro, advogado, devidamente inscrito na OAB/CE sob o nº 18.044, portador do RG nº 8.119.595 SSP/MG e CPF nº 948.672.326-53, com escritório profissional no seguinte endereço: 1) Rua do Rosário, nº 77, sala 604, Ed. Comandante Vital Rolim, Centro – Fortaleza – CEP 60.055-090. Fone / Fax: (85) 3231-6493/4101-2403.

PODERES:

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante nomeia e constitui, os outorgados, suas bastante procuradores, conferindo-lhe os poderes da cláusula "*ad judicia 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, 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), ____ de ____ de 2015.

X Benone Paulino da Silva Filho
Outorgante

DECLARAÇÃO

Eu, Benone Paulino da Silva Filho, brasileiro, Solteiro, Agricultor, portador da Carteira de Identidade/RG nº 2003029015150-SSP/CE, e inscrito no CPF/MF sob o nº 347.666.908-42, residente e domiciliado na cidade de Mombaca, estado de Ceará, na Rua Sítio Oxu, nº 21, Distrito Carnaúba, 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.

Fortaleza (CE), ____ de ____ de 2015.

X Benone Paulino da Silva Filho

Declarante

DECLARAÇÃO.

Eu, Benone Paulino da Silva Filho, brasileiro, Solteiro, Agri-
cultor, RG 2003029015150, CPF 347.666.908-42, capaz, residente e
domiciliado na rua Sítio Oxu, cidade de
Mombaca /CE, CEP 63.610-000. 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.

Fortaleza (CE), ____ de ____ de 2015.

X Benone Paulino da Silva Filho

Declarante.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

Polgar Direito

Benone Paulino da Silva Filho

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2003029015150 DATA DE EXPEDIÇÃO 10/07/2012

NOME BENONE PAULINO DA SILVA FILHO

FILIAÇÃO BENONE PAULINO DA SILVA TEREZINHA VIEIRA DA SILVA

NATURALIDADE NONOBAÇA - CE DATA DE NASCIMENTO 08/10/1983

DOC. ORDEM CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: 1 OFÍCIO TERMO: 452 FOLHA: 228V

LIVRO: A ESPEC. NONOBAÇA - CE

CPF 347.666.908-42

2 VIA ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por RAFAEL DE SOUSA REZENDE MONTI e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 15/09/2015 às 17:13, sob o número 0191477-48.2015.8.06.0001 e cópia de 1666666. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pgrAbrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0191477-48.2015.8.06.0001 e código 1666666.



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 347.666.908-42

Nome da Pessoa Física: BENONE PAULINO DA SILVA FILHO

Situação Cadastral: REGULAR

Digito Verificador: 00

Comprovante emitido às: 14:43:46 do dia 20/03/2015 (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: E508.0EC8.DE5D.D6B8

**A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da
Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço
www.receita.fazenda.gov.br.**

Aprovado pela IN/RFB nº 1.042, de 10/06/2010.

Nº DO CLIENTE

1466468-2

Endereço: Rua Padre Valdeir, 120 - CEP 60135-040 - Fortaleza - CE

CNPJ: 07.047.331/0001-73 - CEG: 08.107.148-1

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B - SÉRIE E - T1N - 1466468-2

Rota 30 14023 03 229000 - 3 Data de Emissão 11/06/2014

Nome ANTONIA MARCIANA DUARTE AVELINO

End. Postal ST EXU 00021

DT CARNAUBA - HOMBACA - 63610000

Medidor 7154754

Posto 0000 0000

Classe 04-RURAL MONOFASICO BAIXA RENDA

Fator de Potência 0,00

RG/CPF/CNPJ 024227583-47

CGF

Nome do Responsável

INDICADORES DE CONTINUIDADE

DATA: 11/06/2014 Data da Apresentação 14/07/2014 Período Prév. Leitura 14/07/2014

Conjunto HOMBACA Mês Abr/2014 DED 6.58

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

ISENTO

ÁREA RESERVADA AO CONTRÔLE FISCAL

F89A.B1C6.5257.5B3C.81D6.DC06.0EEC.623C

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual 7409 Leit. Anterior 7436 Const. 1.00 Consumo (kWh) 53 Cons. Ind. 0.00 Cons. Fixo 25 Tarifa (R\$/kWh) 0.12258 Valor (R\$) 2.97

11/05/14 14/05/14 28 DIAS 53 3.20

DESCRIÇÃO DO VALOR (R\$)

VR. CONSUMO DO MES PREÇO NORMAL 20.07

DESCONTO TARIFA SOCIAL-BAIXA RENDA -10.87

MULTA MORATORIA REF 03/2014 0.17

CORRECAO MONETARIA DO MES 0.07

JUROS DO MES 0.15

PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA 0.71

GOVACAO APAE - TEL 0800-095-0703 7/12 2.00

VENCIMENTO 14/07/2014

TOTAL A PAGAR (R\$) 12.30

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia 5.23
Transmissão 2.93
Distribuição 0.56
Encargos Setoriais 1.39
Tributos (ICMS PIS/COFINS) 1.39
TOTAL 9.91

HISTÓRICO DE CONSUMO (kWh)

63	53	62	82	58	65	71	66	72	68	59	77	55
Jun	Jul	Abr	Mar	Fev	Jan	Dez	Nov	Out	Set	Ago	Jul	Jun

importante

Consta desta fatura R\$ 1.39 referente a PIS e COFINS.

Imp. e Exp. 100 5005 - Model. e Data n. 10.637-07 e 10.200 031

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por RAFAEL DE SOUSA REZENDE MONTE e Tribunal de Justiça do Ceará, protocolado em 15/09/2015 às 17:13, sob o número 01914774820158060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0191477-48.2015.8.06.0001 e código 1C069066.



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE MOMBACA

fls. 18

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 502 - 963 / 2014

Dados da Ocorrência

0683-9160 9797-7870

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **22/07/2014 14:19:33**
Data / Hora da Ocorrência : **18/07/2014 18:20:00**
Endereço da Ocorrência: **ROD BR DE MOMBACA A TAUÁ**

NAO INFORMADO MOMBACA /CE

Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **BENONE PAULINO DA SILVA FILHO**
Nascimento : **08/10/1983**
RG: **2003029015150** Órgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE** - CPF: **34766690842**
Filiação: **BENONE PAULINO DA SILVA**
TEREZINHA VIEIRA DA SILVA
Endereço: **SIT EXU**
ZONA RURAL
MOMBACA CE BRASIL Telefone:

Histórica

Afirma o declarante que no dia, hora e local acima citados, estava conduzindo o veículo abaixo relacionado, quando uma outra pessoa que transitava em outra motocicleta a sua frente cruzou de repente a pista, sem fazer nenhuma sinalização; QUE não deu tempo de desviar desse veículo, onde colidiu com a lateral da outra motocicleta; QUE com o impacto os dois motociclistas caíram no chão; QUE então o declarante foi socorrido para o hospital local; QUE em decorrência da queda o declarante sofreu politraumatismo; QUE podem testemunhar o acidente as pessoas de Maria das Graças Duarte Teixeira RG 660698-83 SSP/CE e José Teixeira Filho RG 1416462 SSP/CE.

DADOS DO VEÍCULO:

FIAT/CG 150 TITAN, PRATA, ANO/MODELO 2007/2007, PLACA IXZ6253, CHASSI 9CZKCU0H107R129438
licenciado em nome de: Antônio Marinho da Costa.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE MOMBACA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

JOSE MAXDELLY MINEIRO DE CARVALHO - MAT.: 198314-1-8

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO :

VISTO DO DELEGADO(A) :

JEFFERSON LOPES CUSTODIO - MAT.: 404548-1-0

2.502



UNIDADE DE EMERGÊNCIA
BOLETIM DE ATENDIMENTO

DATA
18/07/14

HORÁRIO
18:44h

NUMERO FICH
19147-48

Nome do Paciente: <i>Benone Paulino da Silva Filho</i>		Idade: <i>30A</i>	Sexo: <i>M</i>
Endereço do Paciente: <i>Rua 5 de Abril - Distrito Canavieira</i>		Telefone:	
Naturalidade:	Procedência: <i>Moribaca</i>	Doc. Identidade:	
Nome do Responsável:			
Endereço do Responsável:			

ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM

PACIENTE CHEGOU: ☐ Andando ☐ Ambulância ☐ Automóvel	HORÁRIO DE ATENDIMENTO	PRESSÃO ARTERIAL X	PULSO	TEMPERATURA
		Queixa Principal: <i>Pte vítima de queda de moto, apresenta lesões no MTO e M.S.D</i>		

ATENDIMENTO MÉDICO

Histórico da Doença Atual:	
Exame Físico:	
Exame(S) Complementa(S) Solicitado(S)	Resultado(S)
Impressão Diagnóstica: <i>Politraumatismo</i>	
Tratamento / Conduta (Vide Anotações no Verso)	

DESTINO DE PACIENTES APÓS O ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA

☐ Residência ☐ Internado ☐ Transferido para ☐ Óbito as	☐ Sem Encaminhamento ☐ Enf. De Emergência Hospital _____ Hora do dia _____	☐ Encaminhamento a ☐ UTI ☐ Clínica ☐ Encaminhamento ao IM
Assinatura do Médico	Carimbo	CREMEC

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por RAFAEL DE SOUSA REZENDE MONTI e Tribunal de Justiça do Ceará, protocolado em 15/09/2013 às 17:13 sob o número 0191474820158060001. Para conferir o original, acesse o site http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pastadigital/abrirConferenciaDocumento.do, Informe o processo nº 0191474820158060001 e o código 1C069696.

DR. FILIPE ANDRADE MOTA

MÉDICO

CRM 12585

RELATÓRIO MÉDICO

Relato, para os devidos fins, junto ao DPVAT, que o Sr (a):

Blumenau de Filio F/6

Vítima de acidente de trânsito, em 18/07/19 sofreu:

*Lesão traumática no tornozelo direito com fratura
do osso, trauma em M.S.D e M.I.D*

E submeteu-se a tratamento (s):

Cirúrgico

Apresenta invalidez permanente com grau de incapacidade funcional irreversível de:

*- Si é necessário o uso de órtese de 60%
- Si é necessário o uso de prótese de 70%*

Alta definitiva ☒ SIM ☐ NÃO

Assinado: 21/07/19

Dr. Filipe Andrade Mota
Médico Auditor
CRM: 12585
CPF: 002.955.473-01

DR. FILIPE ANDRADE MOTA

CRM 12585

BENEFICIÁRIOS

Saiba Mais
Cobertura
Habilitação de Postagem
Honorários
Onde dar entrada
Formulários
Tire suas dúvidas
Projeto Corretor
Solicitar Envelopes

Voltar

Processo

Megadata: 2014/931807
Processo: 635084
Natureza: INVALIDEZ
Data sinistro: 18/7/2014
Nome: BENONE PAULINO DA SILVA FILHO
Situação: Processo liberado o pagamento

Beneficiários

Nome

BENONE PAULINO DA SILVA FILHO

Históricos

Data/Hora	Situação	Observações
6/8/2014	Pré-Cadastro não analisado	
11/8/2014	Pré-Cadastro analisado e aprovado	
14/8/2014	Proc. enviado p/ digitalização e análise da Seg. Líder	
9/9/2014	Processo Negado	
18/9/2014	Processo Negado	SEQUELAS: DOR Sequela não indenizável
24/10/2014	Documentação complementar recebida na Unidade	
27/10/2014	Proc. Reaberto (analisado e aprovado)	
29/10/2014	Processo Reaberto - enviado para Seg. Líder (Aguardar Posição)	
20/11/2014	Processo liberado o pagamento	Data crédito: 24/11/2014 - R\$ 2362.50

Restrições

Descrição

PROCESSO COM PENDÊNCIA

Situação

Resolvido

Mais Informações

[Virtual Informática para Seguros](#)