



ANTONIO EDNALDO ALTINO DE MELO – ADVOGADO – OAB/CE Nº. 20.795
ADVOCACIA: TRABALHISTA, CÍVEL, CRIMINAL E PREVIDENCIÁRIA

End. Profissional: Rua Dr. João Tomé, nº 979, Sala 101, Fátima I – Crateús-Ce
 Cep. 63.700-000 - Tel.: (Fax): (88) 3692 – 3794 – E-mail: ednaldo.melo@ig.com.br

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Nome: <i>JOSE WILSON RODRIGUES DA SILVA</i>		Nacionalidade: BRASILEIRA
Estado Civil: <i>CASADO</i>	Profissão: <i>AGRICULTOR</i>	Carteira de Identidade: <i>2 796 311</i>
CPF nº: <i>028.810.373-48</i>	Residência: <i>LOC. SANTANA</i>	
Bairro: <i>RURAL</i>	Cidade: <i>Sm. DO RAPUIO</i>	Estado/UF: CEP: <i>PI 64.330-000</i>

OUTORGADO: ANTONIO EDNALDO ALTINO DE MELO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE sob o nº 20.795; com endereço profissional na Rua Dr. João Tomé, nº. 979, Sala 101, Fátima I, Crateús/CE, CEP nº 63.700-000; Fone/Fax: (88) 3692.3794.

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, enfim todos os poderes necessários para o cumprimento amplo do objeto do presente mandato.

CRATEÚS – CE., 25 de Maio de 2015.

Jose Wilson Rodrigues da Silva
 (outorgante)



Ministério da Fazenda

Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 028.810.373-48

Nome da Pessoa Física: JOSE WILSON RODRIGUES DA SILVA

Situação Cadastral: REGULAR

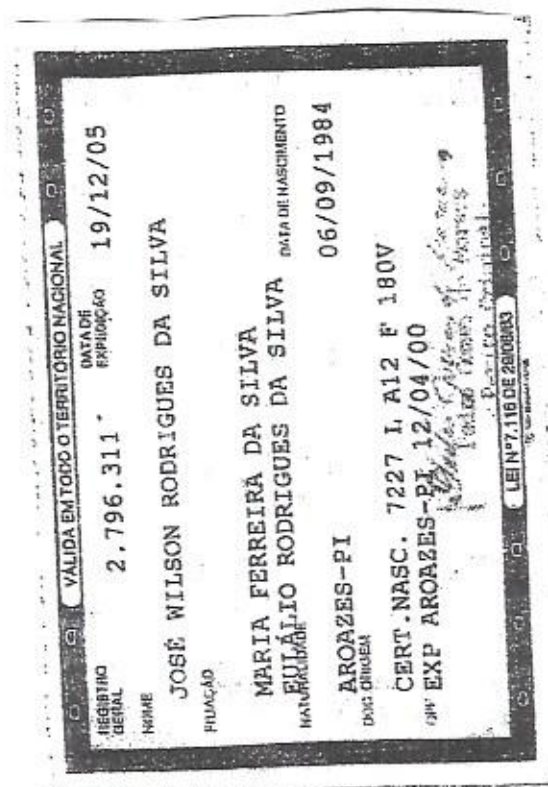
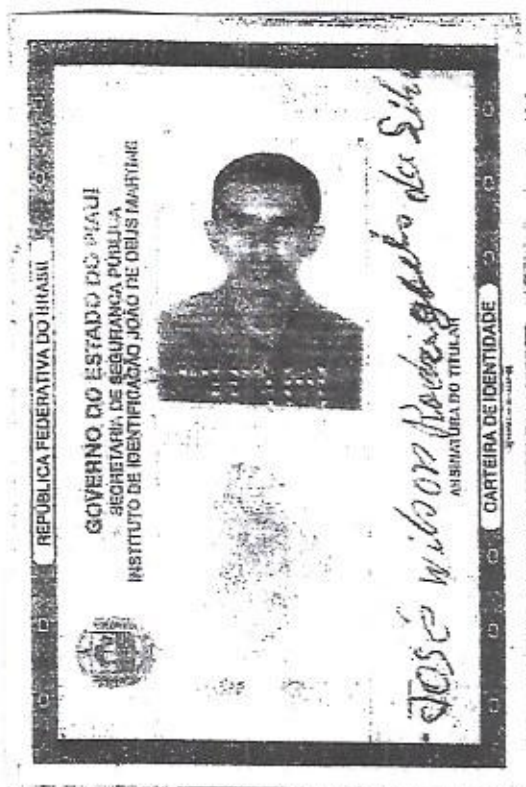
Digito Verificador: 00

Comprovante emitido às: 10:15:36 do dia 26/05/2015 (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: 073C.BB45.942B.BAB5

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.





ANTONIO EDNALDO ALTINO DE MELO – ADVOGADO – OAB/CE Nº. 20.795
ADVOCACIA: TRABALHISTA, CÍVEL, CRIMINAL E PREVIDENCIÁRIA

End. Profissional: Rua Dr. João Tomé, nº 979, Sala 101, Fátima I – Crateús-Ce
 Cep. 63.700-000 - Tel.: (Fax): (88) 3692 – 3794 – E-mail: ednaldo.melo@ig.com.br

DECLARAÇÃO

Declarante: JOSE WILSON RODRIGUES DA SILVA		Nacionalidade: Brasileira
Residência: RUA. SANTANA		Profissão: AGRICULTOR
CPF nº: 028.810.373-48	RG nº: 2.796 311	Estado Civil: CASADO
Bairro: RURAL	Cidade: S.M. DO RAPUIO	Estado/UF: PI
CEP: 64.330-000	Telefone: (88) 96301587 (85) 92086566	

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.

Crateús - Ce., 25 de Maio de 2015.

Jose Wilson Rodrigues da Silva

Declarante



ANTONIO EDNALDO ALTINO DE MELO - ADVOGADO - OAB/CE Nº. 20.795
ADVOCACIA: TRABALHISTA, CÍVEL, CRIMINAL E PREVIDENCIÁRIA

End. Profissional: Rua Dr. João Tomé, nº 979, Sala 101, Fátima I - Crateús-Ce
 Cep. 63.700-000 - Tel.: (Fax): (88) 3692 - 3794 - E-mail: ednaldo.melo@ig.com.br

DECLARAÇÃO

Declarante: <u>JOSE WILSON RODRIGUES DA SILVA</u>		Nacionalidade: Brasileira
Residência: <u>LOC. SANTANA</u>		Profissão: <u>DE ROLADOR</u>
CPF nº: <u>028.810.373-48</u>	RG nº: <u>2796311</u>	Estado Civil: <u>CASADO</u>
Bairro: <u>RURAL</u>	Cidade: <u>S.M. DO RAPUIÓ</u>	Estado/UF: <u>PI</u>
CEP: <u>64.330-000</u>	Telefone: <u>(88) 96301584 (85) 92086566</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.

Crateús - Ce., 25 de Maio de 2015.

JOSE Wilson Rodrigues da Silva
 (declarante)



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 128567.000151/2015-00

Unidade Policial: DELEGACIA DE POLÍCIA DE CASTELO DO PIAUÍ Resp. pelo Registro: Ivo De Carvalho Oliveira

Delegado: LAERCIO IVANDO EVANGELISTA PIRES FERREIRA

Data/Hora: 10/02/2015 - 08:43

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

Data/Hora

DELEGACIA DE POLÍCIA DE CASTELO DO PIAUÍ

18/09/2014 - 12:00

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

Bairro

CASTELO DO PIAUÍ

INFORMAR NO COMPLEMENTO

Endereço

LOCALIDADE SANTANA, Nº:

Complemento

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: JOSE WILSON RODRIGUES DA SILVA

Tipo Envolv.: VÍTIMA/Noticiante

RG: 2796311

Endereço: LOCALIDADE SANTANA, Nº

Bairro: OUTROS - ZONA RURAL

Cidade: SÃO MIGUEL DO TAPUIO

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

RELATO DA OCORRÊNCIA

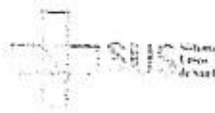
O NOTICIANTE ACIMA QUALIFICADO AFIRMA QUE CONDUZIA A MOTO DESCRITA ACIMA NA LOCALIDADE SANTANA; QUE PERDEU O CONTROLE VINDO A CAIR DA MOTO POIS UM INSETO ADENTROU EM SEU OLHO; QUE FOI SOCORRIDO POR TARSICIO; QUE FOI LEVADO PARA O HOSPITAL DE SÃO MIGUEL DO TAPUIO CONFORME ANEXO.

Ivo De Carvalho Oliveira
Ivo De Carvalho Oliveira - Mat. 2862115
AGENTE DE POLÍCIA

Jose Wilson Rodrigues da Silva
JOSE WILSON RODRIGUES DA SILVA - Noticiante
Responsável pela Informação

LAERCIO IVANDO EVANGELISTA PIRES FERREIRA
Delegado de Polícia

GOV. DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SAÚDE - SESAPI
HOSPITAL ESTADUAL JOSÉ FURTADO DE MENDONÇA
RUA COMENDADOR JOSÉ ARAÚJO, 511 - CENTRO - 64010-100
São Luís - Maranhão



DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

Paciente: Jose Wilson Rodrigues da Silva Nº AIH _____

Procedimento Anterior: _____

Indic. Solicitado: _____

Méico Solicitante: Dr. George Almeida

RM: 2437 PI CPF: 396544003-91

Qualificativa: Paciente vítima de acidente automobilístico
exibindo cl. dor e limitação funcional em joelho (E)
e dificuldade de deambulação por meios próprios
necessitando de acompanhamento durante
internação neste serviço

Data 1 / 1 / _____

Data 18 / 09 / 2014

Dr. George Almeida Bezerra
Cirurgião Geral

CRM-P: 2437 CPF: 396.544.003-91

Assinatura do Médico Solicitante

Jose Wilson Rodrigues da Silva
Assinatura do Responsável

FICHA DE ADMISSÃO

Nome do Paciente: Jose Wilson Rodrigues da Silva
 Endereço: Santa Maria I Zona Rural Cidade: S. M. T Estado: PI
 Registro: 56.004 Enfermaria: 07 Leito: 03
 Pai e/ou Responsável: Maria Figueira da Silva
 Data de Nascimento: 06 / Setembro / 1984

Sexo: Masculino ☒
 Feminino ☐
 Obstétrica: 2 ☐
 Psiquiátrica: 5 ☐
 Outras: 9 ☐

CLÍNICAS

Cirúrgica: 1 ☐
 Médica: 3 ☒
 Pediátrica: 7 ☐

Data de Internação: 18 / 09 / 2014
 Data da Alta: 21 / 09 / 14

As: 13:00 h.
 As: 8:00 h.

ANAMNESE: Paciente vítima de acidente automobilístico evoluu
do cl múltiplas lacerações e ferimentos em coxa (E)
e joelho (E) cl dor local e limitação funcional

HD: lacerações e ferimentos

RESUMO DA ALTA

Condições da Alta: Curado: ☐ Melhorado: ☒ Transferido: ☐
 A Pedido: ☐ Por Evasão: ☐ + de 48 h: ☐
 Óbito - 24h: ☐ 24 a 48 h: ☐

Data: 21 / 09 / 14

Dra. Lanna Furtado

Dr. George Almeida L. Bezerra
 Cirurgião Geral
 CRM: 1437 CPF: 395.544.803-91
 MÉDICO RESPONSÁVEL

OME: João Wilson Rodrigues da Silva ENF: 07 LEITO: 03 REGISTRO: _____

DATA	EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM		RUB
		HORÁRIO DE MEDICAÇÃO	OBSERVAÇÃO	
19/03/14	1) Dieta oral, baseada conforme acetato		06:00 paciente acordou no leito em supino e em Anestesia para Dor, sedação, e depois do no glicose (E), apresentando melhora e ali em seguida providenciou no mais, de 16:00 pôde sugar novamente,	
	2) SFO 97	1000ml	Glucose 25% 13:30 14:00	
	3) Glicose 25% Complexo B	1000ml		
	4) 20 gotas 1ml			
	5) Ametidina	1 ampola	14:00 15:00 16:00	
	6) 818k			
	7) Ceftriaxona 1g	1g	18:00 19:00	
	8) Voltaren 75mg			
	9) 1 ampola 1ml 1x/dia			
	10) Depirona	2ml 4x/dia		
	11) 2x/dia			
	12) Cuidado com a higiene			
	13) CCA			

Dr. George Almeida L. Bezerra
CRM-PI 437 CPF: 396.544.003-91

SINISTRO 3150243055 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA JOSE WILSON RODRIGUES DA SILVA****COBERTURA** Invalidez**SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO** GENTE SEGURADORA S/A**ENDEREÇO** Avenida Dom Luís, 300 - Loja 147, Meireles, Fortaleza - 6, CEP: 60160-230**BENEFICIÁRIO** JOSE WILSON RODRIGUES DA SILVA**CPF/CNPJ:** 02881037348**Posição em** 15-05-2015 09:26:13

Indenização creditada em 22/04/2015, no valor de R\$ 1.687,50, em banco e conta de titularidade do beneficiário, conforme autorização de pagamento assinado pelo mesmo.

Data do Pagamento	Valor da Indenizacao	Juros e Correção	Valor Total
22/04/2015	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50