

PROCURAÇÃO

Mediante o presente instrumento a Outorgante,
Danilo Pereira de Carvalho, Brasileiro, Solteiro,
Agriculor, RG: 20015100748-3, SSP: ce, CPF: 079.043.783-02
residente e domiciliado no Sítio Macajetuba, Zona Rural,
Viçosa do Ceará, nomeia e constitui como sua procuradora, a Outorgada
FRANCISCA LÚCIA ALVES DE OLIVEIRA, brasileira, advogada, OAB/CE 33.519,
com escritório profissional na Rua Salustiano de Pinho, 331-B, Viçosa do Ceará-CE,
a quem confere poderes da cláusula "ad judicium et extra", para representa-lo em qualquer
Juízo, Instância ou Tribunal, ou fora deles, e defendendo-o, propondo contra quem de
direito as ações competentes e defendendo seus interesses nas divergentes, seguindo
umas e outras, até final decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os,
conferindo-lhes, ainda, poderes especiais para confessar, desistir, transigir, firmar
compromissos ou acordos, receber e dar quitação, reconhecer procedência de pedido,
renunciar a direito no qual se funda ação agindo em conjunto ou separadamente,
podendo ainda substabelecer estes poderes a outrem, com ou sem reservas de iguais
poderes, cumprindo fielmente o mandato, especialmente para representa-lo perante a
ACÃO DE COBRANÇA DE DIFERENÇA DE VALOR EM EGUO OBRIGATÓRIO
DPVAT OU ACÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT (no caso de óbito) em
desfavor da Seguradora Líder.

Viçosa do Ceará, 07 / 06 / 2017.

1º OFÍCIO

Danilo Pereira de Carvalho

Outorgante



1º OFÍCIO DE VIÇOSA DO CEARÁ - CE
RECONHECIMENTO POR autenticidade FIRMADO DE
Danilo Pereira de
Carvalho

Viçosa do Ceará, 03 AGO. 2017

Test. _____ da verdade.

LIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICIDADE

Maria Marly de Oliveira
Escritora

DECLARAÇÃO DE POBREZA



Eu Daniel Pereira de Carvalho, estado civil Solteiro, profissão Agricultor, RG nº 20035100448-3 SSP/CE, CPF nº 049.043.483-02, residente e domiciliado(a) na Sítio Maca Juba, nº SN, bairro São João, na cidade de São João do Rio Preto, venho por meio desta, Declarar, nos termos da Lei nº 7.115, de 29 de agosto de 1983 e, para todos os fins de direito, que não possuo condições financeiras de arcar com o pagamento de custas processuais, honorários advocatícios e demais cominações legais sem prejuízo próprio e familiar, vindo requerer perante este Nobre Juízo, os benefícios da Justiça Gratuita sob as penas da Lei.

Declaro ainda, que tenho conhecimento das sanções penais que estarei sujeito caso inverídica a declaração prestada, sobretudo a disciplina no art. 299 do Código Penal.

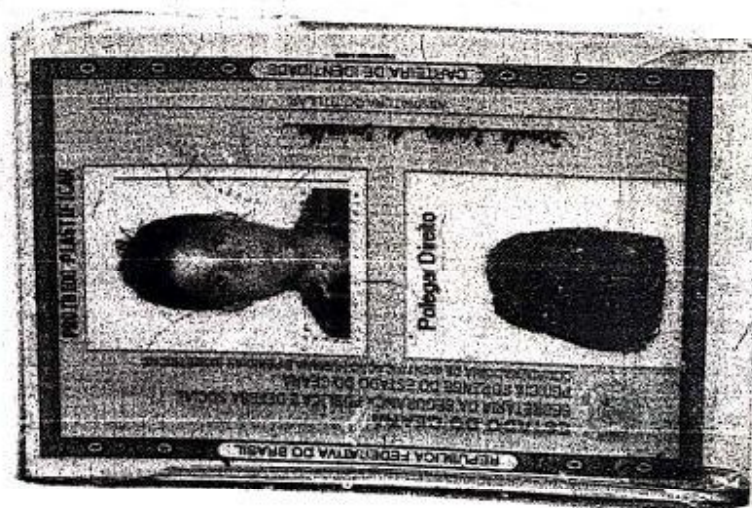
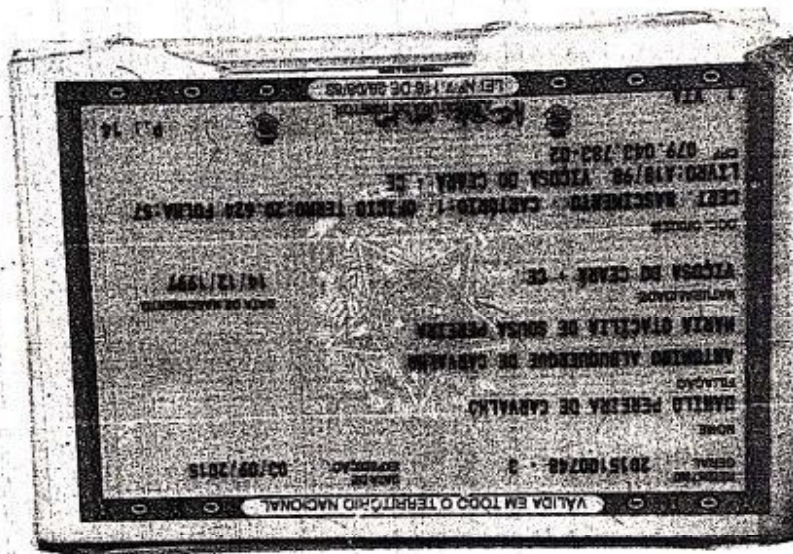
Por ser verdade, firmo o presente.

São João do Rio Preto - CE, 07 de Junho de 2017

1º OFÍCIO Daniel Pereira de Carvalho

Assinatura







Nº do Cliente: 3262214-7
Data de Emissão: 09/02/2017
Nº da Nota Fiscal: 465080609
Ratificação: 64,63
Total a Pagar (R\$): 0003262214 00121 39402 87
Nº de Controle: 0003262214 00121 39402 87

NO FOR POSSIBLE OTHER LETTERS FOR: FBI MEMPHIS BUREAU APR 96 MSS 414

COSTO DESTA FATURA R\$ 3,50 referente a PIS e COFINS.

RECEBIMOS DE: ROSA, ROSA LINDA, MARCEL E LUIS H. 10/07/02 = 10,42 R\$.

Brandeirine SILVA O NEG DE MARCO A MARCELA, COM CUSTO DE R\$ 2,00 e cada 100 ml consumidos.

Ends Informacoes em WILLIAM, SON BR.

TOTAL A PAGAR (R\$)		VALOR DE CONSUMO	
150	150	150	150
165	165	165	165
155	155	155	155
203	203	203	203
156	156	156	156
189	189	189	189
161	161	161	161
186	186	186	186
0	0	0	0
70	70	70	70
196	196	196	196
103	103	103	103

VALOR CONSUMO DO MES 55,08
MULTA MORATORIA REF 11/2016 1,46
JUROS DO MES 0,09
DOACAO SANTA CASA SOBRA - TEL 0800 250 7700 8,00

[illegible]

1430. 7840. 5182. 7765. 7425. 9420. 4258. 2842

[illegible]

NOME	Data de Nascimento	Agrupamento	Possível	Profissão/Letura	Conjugal	Visto e impresso no verso desta carta.	Assinatura do Declarante

Medidor 1347190
Classe 04-RURAL MONOFASICO
RG / CPF / CNPJ 931776583-15
Nome do Responsável
COT
Fornecedor da Prestação
Posto 0000 AGW

Nota 28 ATAS 01 01450 - 7 Data de Emissão 09/02/2017

[illegible]

Declaração de Residência

(Lei nº 7.115/53)



Eu, Danielo Pereira de Carvalho, abaixo assinado, brasileiro(a), estado civil Solteiro, profissão Agricultor portador(a) do RG nº 20055100748-3 SSP/CE e CPF nº 079.043.783-02, filho de pai Antônio Albuquerque de Carvalho e mãe Maria Otacília de Sousa Pereira DECLARO, para os devidos fins, conforme artigo 1º da Lei 7.115/83, que sou residente e domiciliado na Sítio Macaetuba, nº 5N, bairro Zona rural, na cidade de Vicosa do Ceará e ponto de referência (próximo à) Oficina de Moto.

DECLARO ainda ser conhecedor das sanções civis, administrativas e criminais a que estarei sujeito, caso o quanto aqui declarei não porte estritamente a verdade.

Por ser a expressão da verdade, firmo a presente declaração para que surta seus efeitos legais.

Vicosa do Ceará - CE, 07/06/2017.



x Danielo Pereira de Carvalho



REGISTRO DE ATENDIMENTO

Nome: DAVID PEREIRA DE CARVALHO
Sexo: M ☒ F ☐ DN: 14/12/1997 Idade: 18 Raça/Cor: BRANCO
Nome do Pai: ANTONIO ALVARO RIBEIRO CORREIA Nome da Mãe: MARIA OTACILIA DE SAUS FERREIRA
Estado Civil: SOLTEIRO Profissão:
Município de Origem: ☒ Viçosa do Ceará ☐ Outro Município:
Endereço: ST. VALDEJURE Telefone:
Cartão do SUS: RG: 20015100748-3
Data do Atendimento: 21/02/16 Hora: 08:00 Recepção:

SINAIS VITAIS

Peso: g Temperatura: °C Pressão Arterial: 120 x 80 mmHg
FR: irpm FC: bpm DX: mg/dL
Classificação da dor: ☐ Sem Dor ☐ Leve ☐ Moderada ☐ Intensa ☐ Insuportável

ACOLHIMENTO

Deseja Atendimento Ambulatorial: ☐ Sim ☐ Não
Queixa Principal:
Há quanto tempo:
Procurou Atendimento na Atenção Básica: ☐ Sim ☐ Não Qual o PSF:
Justificativa:

TIPO DE ACIDENTE:

- ☒ Acidente de Trânsito Data: 21/02/16 Hora: 07:40 Alcoolizado: ☐ Sim ☒ Não ☐ Ignorado
☐ Moto - Usando Capacete? ☐ Automóvel - Usando cinto de Segurança? ☐
☐ Atropelamento Local:
☐ Acidente por arma branca ☐ acidente por arma de fogo ☐ acidente de trabalho ☐ Afogamento
☐ Choque elétrico ☐ Queda. De onde?
☐ Ingestão Acidental: ☐ Corpo Estranho ☐ Produtos químicos farmacêuticos
☐ Queimaduras: ☐ 1º grau ☐ 2º grau ☐ 3º grau Por: ☐ Água ☐ Óleo ☐ Alcool ☐ Elétrico
☐ Mordedura de Animais: ☐ Domésticos ☐ Selvagem
☐ Outros:

Medicações e tempo de uso:

Anamnese e Exames Físicos inicial:

paciente vítima de acidente automobilístico apresentando lesões de
clavícula (E)

Classificação de Risco: ☐

Data:

Assinatura do Profissional:



ATENDIMENTO MÉDICO

AValiação Clínica: *Paradoxi. N. de 14/10/14*

EXAME FÍSICO: *Tratado de 2/10/14 + Envolvimento*

HIPÓTESE (S) DIAGNÓSTICA (S):

PROCEDIMENTO E CONDUTA:

APRAZAMENTO

1- *Préio X*

2-

3- *De 14/10/14*

4-

5-

6-

DI. *14/10/14*

MÉDICO

Assinatura e Carimbo

OBSERVAÇÃO DE ENFERMAGEM:

DESTINO:

() Alta () Observação

() TRANSFERÊNCIA PARA:

Assinatura do Usuário ou Responsável

HOSPITAL BENEFICENTE SAO CAMILO
 HANGUA - CE
 Aula de atendimento - RECEPCAO PARTICULAR

S42-0

15/29

Formulário 116741		Atendimento 0005		Nome do Paciente	
Documento(s)		Data de Nascimento: 20.624		DANILO PEREIRA DE CARVALHO	
Data de Nascimento 14/12/1997		Local VICOSA DO CEARA/CE		CNS 160338703960002	
Estado Civil Solteiro(a)		Sexo Masculino		Guia de Autorização	
ANTONIO ALBUQUERQUE DE CARVALHO		Mãe MARIA OTACILIA DE SOUSA PEREIR		Idade 18 Ano(s)	
Residência SITIO MACAJETUBA 2, SN		Bairro Z. RURAL		CEP 62300-000	
Município VICOSA DO CEARA		UF CE		Telefone 88 92600081	
Responsável MARIA OTACILIA DE SOUSA PERE		CPF do Responsável		Endereço SITIO MACAJETUBA 2, SN	
Município VICOSA DO CEARA		UF CE			
DADOS DO ATENDIMENTO					
Atendimento 02/2016		Hora 09:35		Convênio SUS	
Motivo do Atendimento		Matrícula		CID	
Médico de Atendimento NILLO CONSERVA ARRUDA		CRM/UF 16409/SP		Tipo Atendimento ENCAMINHADO P/CONSULTA	
Médico de Referência RENATA VIEIRA BEZERRA DE AGUIAR		Funcionário			
Data/Hora Liberação		às		hs.	
Tipo de Saída () Alta () Internação () Óbito					
Vital		Altura (cm)		T (°C)	
P (bpm)		R (mpm)		PA (mmHg)	

do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

que se são as 5.15
 a chamada, e tem

21 06 16
 R

Dr. Danilo

Dr Danilo Conserva Arruda
 ORTOPEDIA E TRAUMA
 CRMCE 16409

MATERIAIS E MEDICAMENTOS

atadine	Cepom 10 - 01				

NILLO CONSERVA ARRUDA - CRM: 16409

DIAGNÓSTICO
 25/6/16

Assinatura Paciente/Responsável
 Responsável: MARIA OTACILIA DE SOUS



Governo Municipal de Viçosa do Ceará
Secretaria Municipal de Saúde
Sistema Único de Saúde - SUS

NÚMERO DO PRONTUÁRIO

047

DATA:

14.03.02

I - IDENTIFICAÇÃO

Município Viçosa Bairro
Unidade de Saúde Posto de Saúde Distrito Sanitário
Nome do Usuário Daniel Pereira Carvalho
Sexo M Data do Nascimento 14/12/99 Estado Civil
Pai Antônio Albuquerque de Naturalidade Profissão Agricultor
Endereço Malagiluba, Carvalho Mãe M^{te} Otacília Sousa Pereira
RE 11 MÉDIA FAMILIAR ☐ Menos de 1 SM ☐ 1-3 SM ☐ 3-6 SM ☐ Mais de 6 SM

II - ANAMNESE

1 - Antecedentes Pessoais

☐ Coqueluche

☐ Rubéola

☐ Difteria

☐ Sarampo

☐ Hanseníase

☐ Tuberculose

☐ Poliomielite

Outros:

2 - Agravos de Risco

☐ Alcoolismo

☐ D. Mental

☐ SIDA (AIDS)

☐ Alergia

☐ Epilepsia

☐ Tabagismo

☐ Cardiopatia

☐ Hemofilia

☐ Diabetes

☐ Hipertensão

Outros:

3 - Antecedentes Familiares

☐ Câncer

☐ Hemofilia

☐ Cardiopatia

☐ Hipertensão

☐ Diabetes

☐ Tuberculose

☐ Hanseníase

Outros:

III - VACINAÇÃO

Tipo	A. Pólio	Triplice	A. Sarampo	B. C. G.	A. Tetânica	
DATA						

ODONTOGRAMA

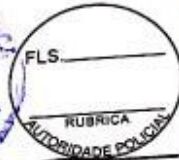
	DIREITO								ESQUERDO							
1º EXAME	18	17	16	15	14	13	12	11	41	42	43	44	45	46	47	48
DATA																
2º EXAME	18	17	16	15	14	13	12	11	41	42	43	44	45	46	47	48
DATA																
3º EXAME	18	17	16	15	14	13	12	11	41	42	43	44	45	46	47	48
DATA																

Anotar, em azul serviços encontrados, em vermelho os serviços a serem realizados



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

18



BOLETIM DE Ocorrência Nº 570 - 583 / 2017

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **20/04/2017 10:15:31**
Data / Hora da Ocorrência: **21/02/2016 07:30:00**
Endereço da Ocorrência: **SITIO PIRAPORA**
Complemento:
Bairro:
Ponto de Referência:



Município: **VICOSA DO CEARÁ/CE**

Noticiante(s)

Nome: **DANILO PEREIRA DE CARVALHO**
Nascimento: **14/12/1997** CPF:
RG: **20151007483** Orgão Emissor: **SSP**
Filiação: **MARIA OTACILIA DE SOUSA PEREIRA**
ANTONINO ALBUQUERQUE DE CARVALHO
Endereço: **SITIO MACAJETUBA II**
Bairro: **ZONA RURAL**
Município: **VICOSA DO CEARÁ/CE**
País: **BRASIL**

UF: **CE**

CEP:

Telefone: **(88) 9258-3930**

Histórico

O NOTICIANTE AFIRMA QUE NO LOCAL E DATA SUPRACITADOS, CONDUZIA O VEÍCULO HONDA/NXR 150 BROS ES, 2009, PRETA, PLACA NQS 3317, CHASSI 9C2KD04209R020198, DE PROPRIEDADE DE ANTONINO ALBUQUERQUE DE CARVALHO, ENVOLVEU-SE EM ACIDENTE DE TRANSITO, QUANDO FOI SURPREENDIDO POR UMA VACA QUE INVADIU A ESTRADA, CHEGANDO A COLIDIR CONTRA O ANIMAL, RESULTANDO EM LESÕES CORPORAIS AO NOTICIANTE, CONFORME OS DOCUMENTOS EM ANEXO, ESTE B.O. É PARA FINS DE DPVAT.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE VICOSA DO CEARÁ

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

SERGIO HENRIQUE OLIVEIRA FERREIRA - MAT.: 300265-1-9

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Daniilo Pereira de Carvalho

VISTO DO DELEGADO(A):

GREGORIO JOSE DE OLIVEIRA NETO - MAT.: 198805-1-6