



PROCURAÇÃO

Mediante o presente instrumento a Outorgante,
Luciano Ferreira da Silva, Brasileiro, Solteiro,
Agricultor, RG: 200502861375, CPF: 029.034.913-30,
Residente e domiciliado no Sítio Santa Bárbara,
em Vigosa do Ceará

nomeia e constrói 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 judicia 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
ACÇÃO DE COBRANCA DE DIFERENÇA DE VALOR EM SEGURO OBRIGATÓRIO
DPVAT OU ACÇÃO DE COBRANCA DE SEGURO DPVAT (no caso de óbito) em
desfavor da Seguradora Líder.

Viçosa do Ceará, 25 / 09 / 2017.

LUCIANO FERREIRA DA SILVA

Outorgante

08

Declaração de Residência

(Lei nº 7.115/53)

Eu, Luciano Ferreira da Silva, abaixo assinado, brasileiro(a), estado civil Solteiro, profissão Agricultor portador(a) do RG nº 2005028061375 SSP/ee e CPF nº 029.034.913-30 filho de pai Antônio José Ferreira da Silva e mãe Maria Inacema como Domina DECLARO, para os devidos fins, conforme artigo 1º da Lei 7.115/83, que sou residente e domiciliado na Sítio Santa Bárbara, nº SN, bairro Zona Rural, na cidade de Viçosa do Ceará e ponto de referência (próximo à) Casa da Dhal.

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.

Viçosa do Ceará - ee, 25/09/2017.

LUCIANO FERREIRA DA SILVA

09

DECLARAÇÃO DE POBREZA

Eu Luciano Ferreira da Silva,
nacionalidade Brasileiro, estado civil Solteiro,
profissão Agricultor, RG nº 2005029061375 SSP/ ce,
CPF nº 029-034-913-30, residente e domiciliado(a) na
Sítio Santa Bárbara, nº SN, bairro Zona Rural,
na cidade de Vicosa do Ceará, 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 pagar 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.

Vicosa do Ceará - ce, 25 de Setembro de 20 17

LUCIANO FERREIRA DASILVA

Assinatura

Buscar no site

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização



Com 10 dias úteis

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3170472144 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA LUCIANO FERREIRA DA SILVA

COBERTURA Invalidez

SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

BENEFICIÁRIO LUCIANO FERREIRA DA SILVA

CPF/CNPJ: 02903491330

Posição em 20-09-2017 07:42:17

Pagamento liberado pela Seguradora Líder DPVAT.

Valor: R\$ 3.375,00

O prazo para recebimento da indenização no banco depende do tempo necessário ao processamento bancário, que é de até 5 dias úteis contados a partir da data de liberação.

Data do Pagamento	Valor da Indenizacao	Juros e Correção	Valor Total
21/09/2017	R\$ 3.375,00	R\$ 0,00	R\$ 3.375,00

ACESSIBILIDADE



</Pages/Acessibilidade.aspx>



</Pages/Atalhos-cle-Teclado.aspx>

A A A O

COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

Documentos Despesas Médicas (</Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx>)

Documentos Invalidez Permanente (</Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx>)

Documento Morte (</Pages/Documentacao-Morte.aspx>)

Dicas Indispensáveis (</Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx>)

PAGUE SEGURO

Como Pagar (</Pages/Pague-Seguro.aspx>)

Consulta a Pagamentos Efetuados (</Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuados.aspx>)

REGISTRO DE ATENDIMENTO

Nome: Jouliana Ferreira da Silva
Sexo: M (X) F () DN: 13/09/87 Idade: 29 Raça/Cor: _____
Nome do Pai: A. Ferreira da Silva Nome da Mãe: M.ª Inês Maria da Costa Damasceno
Estado Civil: casado Profissão: Agricultor
Município de Origem: (X) Viçosa do Ceará () Outro Município: _____
Endereço: St. Bauanibi I Telefone () _____
Cartão do SUS: 700.5019.8354.7654 RG: 9005078061375
Data do Atendimento: 08/06/17 Hora: 18:22 Recepção: _____

SINAIS VITAIS

Peso: _____ g Temperatura: _____ °C Pressão Arterial: 140 x 110 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:

- (X) Acidente de Trânsito Data: 08/06/17 Hora: 18:00 Alcoolizado: () Sim () Não () Ignorado
- (X) 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: _____

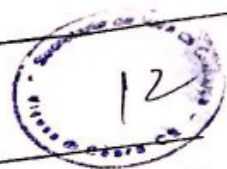
Medicações e tempo de uso: _____

Anamnese e Exames Físicos Inicial: _____

Classificação de Risco:

Data: ___/___/___

Assinatura do Profissional: _____



ATENDIMENTO MÉDICO

AVALIAÇÃO CLÍNICA:

EXAME FÍSICO:

HIPÓTESE (S) DIAGNÓSTICA (S): Acidose metabólica
em fase

PROCEDIMENTO E CONDUTA:

APRAZAMENTO

- 1- Uso de insulina
- 2- Dieta sem açúcar
- 3- Monitorar glicemia
- 4- Diagnóstico de causa
- 5-
- 6-

Dr. Wellington Thomaz
Médico
CRM/CE 1456

MÉDICO
Assinatura e Carimbo

OBSERVAÇÃO DE ENFERMAGEM:

DESTINO

Alta () Observação retornar 2 meses p/ transf. pituitária
() TRANSFERÊNCIA PARA:

Eisner Rodri Gueiros
Assinatura do Usuário ou Responsável

FICHA DE REFERÊNCIA



SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS / CEARÁ

Unidade de Origem: HM U. Município: Viçosa

Distrito Sanitário: _____ Prontuário N°: _____

Nome: JUCIANO FERREIRA DA SILVA Ocupação: _____

Sexo: M F Data de Nascimento: _____/_____/_____

Endereço: _____ Município: _____ Fone: _____

Bairro: _____

Motivo do Encaminhamento: PALENTE NO, QUELDA DE MOTO APRESENTA TOCA

NA COM EDEMA IMPACTANTE EM PÉ ESQUERDO.

Resultado do(s) Exame(s): R-X = FRATURAS FECHADAS

Condução já Realizada: ANAM + EX-FES + R-X + ANALGÉSIA

Impressão Diagnóstica: FRATURA FECHADA DO 2º, 3º e 4º

PODÓDACTILO ESQUERDOS

Assinatura do Examinador - N° Registro: _____ Função: MÉDICO Data: 08, 06, 17 Hora: _____

Patricia Cinyra Sá P. da Cunha
CPF: 788.817.783-15
SECRETARIA DE SAÚDE

AGENDAMENTO

Encaminhamento para Atendimento: Ambulatorial Hospitalar Auxílio Diagnóstico

Procedimento: _____ Profissional: _____

Unidade de Referência: HOSP. TIANGUÁ

Assinatura do Encaminhante - N° Registro: _____ Função: _____ Data: _____ Hora: _____

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA (*)

Unidade de Referência: _____

Município: _____ Prontuário N°: _____ Data da Alta: _____/_____/_____

Resumo Clínico / Cirúrgico: _____

Resultado do(s) Exame(s): _____

Diagnóstico: Principal _____ CID: _____

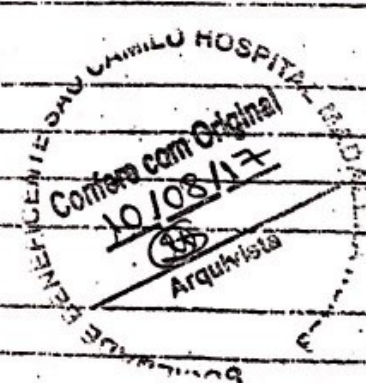
Secundário 1 _____ CID: _____

Secundário 2 _____ CID: _____

Proposta de Consulta para seguimento: _____

O problema justificou a referência? Sim Não O motivo da referência coincide com o diagnóstico? Sim Não

Assinatura do Consultante - N° Registro: _____



DADOS DO PACIENTE

Previdência 161864	Atendimento 0003	Nome do Paciente LUCIANO FERREIRA DA SILVA	CNS 700501983547654	Guia de Autorização
Documento(s) Identidade: 2005028061375	Local VICOSA DO CEARACE	Mãe MARIA IRACEMA COSMA DAMIAO	Estado Civil Solteiro(a)	Sexo Masculino
Data de Nascimento 13/09/1987	Endereço SITIO SANTA BARBARA, SN	Bairro ZONA RURAL	CEP 62300-000	Município VICOSA DO CEARA
Pai ANTONIO JOSE FERREIRA DA SILVA	Empresa	Cônjuge	UF CE	Idade 29 Ano(s)
Profissão AGRICULTOR	CPF do Responsável	Endereço SITIO SANTA BARBARA, SN	Município VICOSA DO CEARA	UF CE
Responsável LUCIANO FERREIRA DA SILVA	Matrícula	Observação	UF CE	Telefone 88 36531130

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 09/06/2017	Hora 08:25	Convênio SUS	Matrícula	CID
Profissional do Atendimento DANILLO CONSERVA ARRUDA	CRM/UF 16409/SP	Indicador de Acidente Trânsito	Funcionário RENARA AGUIAR FONTENELE	Tipo Atendimento ENCAMINHADO P/CONSULTA
Observação	Data/Hora Liberação	às	hs.	Tipo de Saída () Alta () Internação () Óbito
Vitais	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)	R (mpm)
PA (mmHg)				

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

fratura pé (E)
L 20 - 40 MTTC
leve dor
deur + /4+
d carga gas
nentes



Dr. Danilo Conserva Arruda
ORTOPEDIA E TRAUMA
CRMCE 16409



Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: LUCIANO FERREIRA DA SI

DANILLO CONSERVA ARRUDA - CRM: 16409

DADOS DO PACIENTE

247.815

Profissional 161854	Atendimento 0006	Nome do Paciente LUCIANO FERREIRA DA SILVA	CNS 700501983547654	Guia de Autorização
Documentação Identidade: 2005028061375	Local VICOSA DO CEARA/CE	Estado Civil Solteiro(a)	Sexo Masculino	
Data de Nascimento 13/09/1987	Mãe ANTONIO JOSE FERREIRA DA SILVA	Mãe MARIA IRACEMA COSMA DAMIAO	Idade 29 Ano(s)	
Endereço SITIO JAGUARIBE 1, SN	Bairro ZONA RURAL	CEP 62300-000	Município VICOSA DO CEARA	UF CE
Profissão AGRICULTOR	Empresa	Cônjuge	Telefone 88 36531130	
Responsável LUCIANO FERREIRA DA SILVA	CPF do Responsável	Endereço SITIO JAGUARIBE 1, SN	Município VICOSA DO CEARA	UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 19/07/2017	Hora 07:31	Convênio SUS	Matrícula	CID
Profissional do Atendimento DANILLO CONSERVA ARRUDA	CRM/UF 16409/SP	Tipo Atendimento RETORNO		
Indicador de Acidente	Funcionário FAIANE SOUZA DE LIMA			
Observação	Data/Hora Liberação	Tipo de Saída () Alta () Internação () Óbito		
Vitais	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)	R (mpm)
Peso (kg)				PA (mmHg)

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

R x de tornozelo (E)

fx 20 → 40 MTTE

s/queixas

cd: carga torque



Dr. Danilo Conserva Arruda
ORTOPEDIA E TRAUMA
CRM: 16409

DANILLO CONSERVA ARRUDA - CRM: 16409

Luciano Ferreira da Silva
Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: LUCIANO FERREIRA DA SILVA



SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE VICOSA DO CEARA



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 570 - 1224 / 2017
Dados da Ocorrência



Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **27/07/2017 09:47:51**
Data / Hora da Ocorrência: **08/06/2017 18:00:00**
Endereço da Ocorrência: **SITIO SANTA BARBARA**
Complemento:
Bairro: **ZONA RURAL** Município: **VICOSA DO CEARA/CE**
Ponto de Referência:

Noticiante(s)

Nome: **LUCIANO FERREIRA DA SILVA**
Nascimento: **13/09/1987** CPF: **029,034,913-30** UF:
RG : Orgão Emissor:
Filiação: **MARIA IRACEMA COSMO DAMIAO**
ANTONIO JOSE FERREIRA
Endereço: **SITIO JAGUARIBE** CEP: **62.300-000**
Bairro: **ZONA RURAL**
Município: **VICOSA DO CEARA/CE** Telefone:
País: **BRASIL**

Histórico

O NOTICIANTE AFIRMA QUE NO LOCAL E DATA SUPRAMENCIONADOS, CONDUZIA O VEÍCULO HONDA/CG 150 TITAN KS, ANO E MODELO 2006/2007, COR VERMELHA, PLACA HXS 1867, CHASSI 9C2KC08107R014942, DE PROPRIEDADE DE JOSE JOAQUIM COSME DA COSTA, ENVOLVEU-SE EM ACIDENTE DE TRANSITO, QUANDO APÓS PASSAR POR UM BURACO, PERDEU O CONTROLE DO VEÍCULO, CHEGANDO O MESMO A CAIR AO CHÃO E FICANDO COM LESÕES CORPORAIS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE DE TRANSITO, CONFORME OS DOCUMENTOS EM ANEXO. ESTE B. O. É PARA FINS DE DPVAT.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE VICOSA DO CEARA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: Sergio Henrique Oliveira Ferreira
SERGIO HENRIQUE OLIVEIRA FERREIRA - MAT.: 300265-1-9

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Luciano Ferreira da Silva

VISTO DO DELEGADO(A) : Gregorio Jose de Oliveira Neto
GREGORIO JOSE DE OLIVEIRA NETO - MAT.: 198805-1-6



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
E DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO



FOTOGRAFIA



ASSINATURA

LUCIANO FERREIRA DA SILVA

ASSINATURADO E TILAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REG. GERAL 2005028061375 DATA 29/7/2005

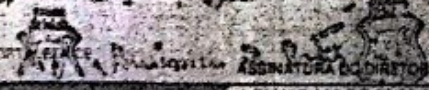
NOME LUCIANO FERREIRA DA SILVA

FILIAÇÃO ANTONIO JOSE FERREIRA DA SILVA
E MARIA IRACEMA COSMO DAMIÃO

NATALIDADE VICOSA DO CEARÁ-CE DATA DE NASCIMENTO 13/9/1987

DOC. ORIGEM CERT. NASC. 3590 L A4 F
98V. QUATIGUABA/VICOSA/CE

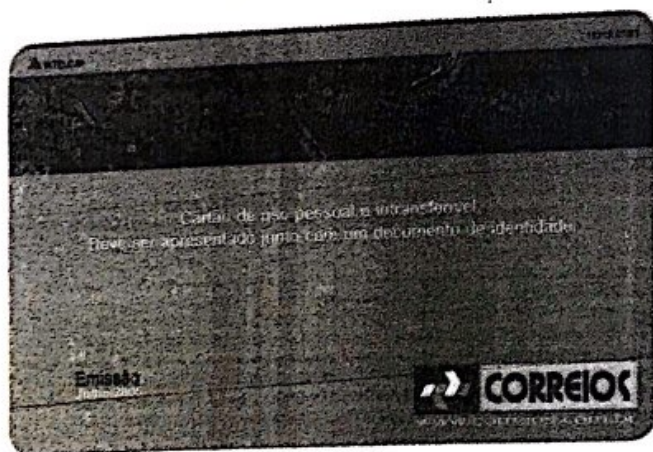
CPF



ASSINATURA DO DIRETOR

LEI N° 7.116 DE 29/08/83

18



3708399-6
 Para utilizar este atendimento, abra o nº acima
 sempre que entrar em contato conosco

Companhia Energética de Ceará
 Rua Pedro Velho, 150
 CEP 60135-040 | Fortaleza - CE
 CNPJ: 07042281/0001-70 | CGF 00105.848-3
482799243
 Data de Emissão: 23/06/2017

Rota: 16 31144 55 005500 - 9
 Nome: MARIA IRACEMA COSME DAHIAO
 End. Postal: 5 - STA BAREARA 00000
 LESTE - VICOSA CEARA - 62300000
 Medidor: 2003263
 Classe: 04-RJRAL MONOFASICO
 RG CPF CNPJ: 997782623-49
 Nome do Responsável:

Posto: 0000 A295
 Fator de Potência: 0,00
 CGF:

DATAS

Mês de Referência	Data de Apresentação	Previsão Próxima Leitura
Jun/2017	23/06/2017	24/07/2017

ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO
 Veja a legenda no verso desta conta.

Mês	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
Jun/17	10,73	8,46	42,93	0,00	0,00	0,00
ICMS	7,44	14,13	30,73	0,00	0,00	0,00
DMIC	5,75			0,00		

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

INFORMAÇÕES SOBRE O PAGAMENTO DO CONSUMO

Let. Atual	Let. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Const. Incl.	Const. Excl.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
4419	4322	1,00	85	0,00			36,05

VALOR CONSUMO DO MES 36,05

REQUERIMENTO 03/07/2017 **TOTAL A PAGAR (R\$)** 36,05

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	16,85
Perdas	1,00
Outros	18,20
TOTAL	36,05

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

85	89	100	97	87	64	76	97	109	5	113	86	80
----	----	-----	----	----	----	----	----	-----	---	-----	----	----

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)
 Calcule suas emissões pelo consumo de energia elétrica

Emissão kg (CO ₂)	42,79	0,00	Consciência Ecológica (%CO ₂)	0
-------------------------------	-------	------	---	---

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE CANCELAMENTO

• PELA MANEIRA E PARCELA EM QUE MANTIVELMOS NO SEU PAGAMENTO...

• Consulte a tarifa da UED referente a PIS e COFINS e também a tarifa de distribuição e conservação...



JUNTADA DE SUBSTABELECIMENTO

SUBSTABELEÇO OS PODERES, que me foram conferidos por Leuciano Ferreira da Silva, em favor dos advogados: DR SAULO MOURA GADELHA, OABCE 25.057 E OLINTHO FRANKLIN GADELHA, OABCE 8.956, ESCRITÓRIO RUA FONTENELE SOBRINHO, 1554, CENTRO, VIÇOSA DO CEARA, CEP: 62300-000; PROCESSO este, que tramita na Vara de Viçosa do Ceara/CE, pelo o que firmo o presente documento.

Viçosa do Ceara/CE, 06/06/2018.

Francisca Leúcia Alves de Oliveira.

l. **FR** Lúcia A. de Oliveira
ADVOCADA
E **OAL** Lúcia A. de Oliveira
ADVOCADA
OAB/CE: 33519