



PROCURAÇÃO

Mediante o presente instrumento a Outorgante,
José Francisco da Silva, Brasileiro, Solteiro, Agricultor,
RG: 3908757-89, CPF: 799.212.563-00, residente e
domiciliado no sítio Caranguejo, 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 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
AÇÃO DE COBRANÇA DE DIFERENÇA DE VALOR EM SEGURO OBRIGATÓRIO
DPVAT OU AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT (no caso de óbito) em
desfavor da Seguradora Lider.

Viçosa do Ceará, 08 / 08 / 2017.

José Francisco da Silva

Outorgante





PROCURAÇÃO

Mediante o presente instrumento a Outorgante,
José Francisco da Silva, Brasileiro, Solteiro, Agricultor,
RG: 3908757-89, CPF: 799.212.563-00, residente e
domiciliado no sítio Esanguejo, 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 representá-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 representá-lo perante a
ACÇÃO DE COBRANÇA DE DIFERENÇA DE VALOR EM SEGURO OBRIGATÓRIO
DPVAT OU ACÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT (no caso de objeção) em
desfavor da Seguradora Líder.

Viçosa do Ceará, 08 / 08 / 2017.

José Francisco da Silva

Outorgante





DECLARAÇÃO DE POBREZA

Eu José Francisco da Silva
nacionalidade Brasileiro estado civil Solteiro
profissão Agricultor RG nº 3908757-89 SSP/ ce
CPF nº 799.212.563-00 residente e domiciliado na
Sítio Esranguiço nº SN bairro Zona rural
na cidade de Viçosa 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 possui 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. 269 do Código Penal.

Por ser verdade, firmo o presente.

Viçosa do Ceará - ce - 08 de Agosto de 2017

x JOSÉ FRANCISCO da SILVA

Assinatura

Declaração de Residência

(Lei nº 7.115/53)

Eu, João Francisco da Silva, abaixo assinado, brasileiro(a), estado civil Solteiro, profissão Agricultor portador(a) do RG nº 3908757-89 SSP/ce e CPF nº 799.212.563-00 filho de pai Francisco Manoel da Silva e mãe Eneida Maria da Conceição DECLARO, para os devidos fins, conforme artigo 1º da Lei 7.115/83, que sou residente e domiciliado na Sítio Caranguejo, nº 5N bairro Zona rural, na cidade de Quipará do Ceará e ponto de referência (próximo à) _____.

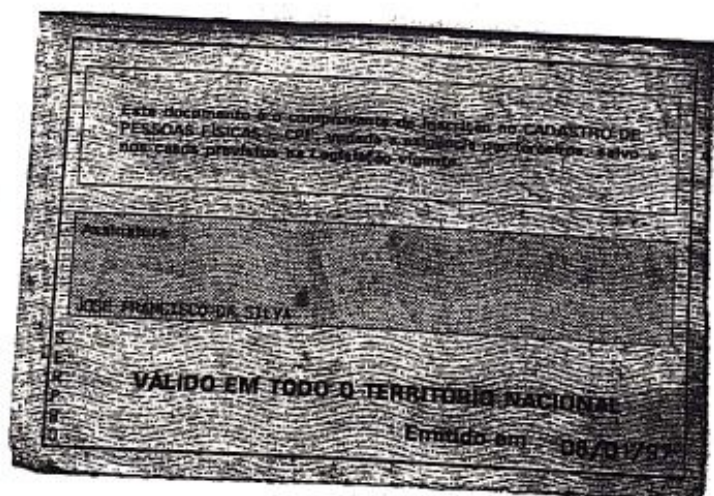
DECLARO ainda ser conhecedor das sanções civis, administrativas e criminais a que estarei sujeito, caso o quanto aqui declarei não porte estritamente a verdade.

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

Quipará do Ceará - CE, 08/08/2017.

João Francisco da Silva





12

Nº do Cliente: 8074917-8
Data de Emissão: 06/03/2017
Nº da Nota Fiscal: 468231113
Referência: Mar/2017
Total a Pagar (R\$): 63,06
Nº de Controle: 0008074917 00002 39032 92
8382000000-2 63060031000-0 00080749170-3 00023903292-6



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



BOLETIM DE Ocorrência N° 570 - 584 / 2017

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **20/04/2017 10:34:47**
Data / Hora da Ocorrência: **12/08/2016 20:00:00**
Endereço da Ocorrência: **SITIO CARANGUEJO**
Complemento:
Bairro: **ZONA RURAL**
Ponto de Referência:

Município: **VICOSA DO CEARÁ/CE**



Noticiante(s)

Nome: **JOSE FRANCISCO DA SILVA**
Nascimento: **07/04/1968** CPF: **799.212.563-00**
RG: **1908757-89** Orgão Emissor: **SSP**
Filiação: **ENEDINA MARIA DA CONCEIÇÃO**
FRANCISCO MANUEL DA SILVA
Endereço: **SITIO CARANGUEJO**
Bairro: **ZONA RURAL**
Município: **VICOSA DO CEARÁ/CE**
País: **BRASIL**

UF: **CE**

CEP: **62.300-000**

Telefone: **(88) 9421-7763**

Histórico

O NOTICIANTE AFIRMA QUE NO LOCAL E DATA SUPRACITADOS, VINHA NA GARUPA DO VEÍCULO HONDA/CG125 FAN KS, 2012, VERMELHA, PLACA JLL 2611, CHASSI 9C2JC4110CR583598, DE PROPRIEDADE DE EDMILSON FRANCISCO PEREIRA, QUE ERA CONDUZIDA POR EDMILSON, ENVOLVERAM-SE EM ACIDENTE DE TRANSITO, QUANDO O CONDUTOR PERDEU O CONTROLE DO VEÍCULO AO PASSAR POR ALGUNS BURACOS E CHEGARAM A CAIR AO CHÃO, FICANDO O NOTICIANTE 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 CEARÁ

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

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

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A):

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



Buscar no site

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização



Novo Consulta

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 3170261820 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA JOSE FRANCISCO DA SILVA
COBERTURA Invalidez
SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA-Filial Fortaleza-CE
BENEFICIÁRIO JOSE FRANCISCO DA SILVA
CPF/CNPJ: 79921256300

Posição em 23-05-2017 09:33:42

Pedido de indenização negado conforme carta enviada ao beneficiário.

ACESSIBILIDADE

(/Pages/Acessibilidade.aspx) (/Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx)

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 \(/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetutados.aspx\)](#)
[Informações Gerais \(/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx\)](#)

ACOMPANHE O PROCESSO

[Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização. \(/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx\)](#)



Hospital e Maternidade Municipal de Vicosá do Ceará
Governo Municipal de Vicosá do Ceará
Secretaria da Saúde

**REGISTRO DE ATENDIMENTO**

Nome: JOSE FRANCISCO DA SILVA
Sexo: M (X) F () DN: 03/04/68 Idade: _____ Raça/Cor: _____
Nome do Pai: FRANCISCO MANOEL DA SILVA Nome da Mãe: ENEIDA MARIA DA CONCEIÇÃO
Estado Civil: SOLTEIRO Profissão: AGRICULTOR
Município de Origem: () Vicosá do Ceará () Outro Município: _____
Endereço: ST. CARANGUEJO Telefone (): _____
Cartão do SUS: _____ RG: _____
Data do Atendimento: 12/08/16 Hora: 20:20 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:

- (X) Acidente de Trânsito Data: 12/08/16 Hora: 20:20 Alcoolizado: (X) Sim () Não () Ignorado
(X) Moto - Usando Capacete? Sim () 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 () Álcool () Elétrico
() Mordedura de Animais () Domésticos () Selvagem
() Outros: _____

Medicações e tempo de uso: _____

Anamnese e Exames Físicos Inicial: _____

Classificação de Risco: ☐

Data: 12/08/16

Assinatura do Profissional: _____

71-553.602.900-1540
71-553.602.900-1540
71-553.602.900-1540



Hospital e Maternidade Municipal de Viçosa do Ceará
Governo Municipal de Viçosa do Ceará
Secretaria da Saúde



ATENDIMENTO MÉDICO

AVALIAÇÃO CLÍNICA: *Paciente vítima de acidente com motorcycle*
apresentando fratura de perna D.

EXAME FÍSICO: *fratura de perna D.*

HIPÓTESE (S) DIAGNÓSTICA (S):

PROCEDIMENTO E CONDUTA:

APRAZAMENTO

1- *Dor forte sup*

2- *Rx*

3-

4-

5-

6-

Dr. Antônio César V. Ribeiro

CRM 8937

CNPJ 034.154.14

MÉDICO

Assinatura e Carimbo

OBSERVAÇÃO DE ENFERMAGEM:

DESTINO:

() Alta () Observação

() TRANSFERÊNCIA PARA:

Assinatura do Usuário ou Responsável

HOSPITAL E MATERNIDADE MADABENA NUNES
TIANGUA - CE
Guia de atendimento - AMBULATORIO

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 185020	Atendimento 0001	Nome do Paciente JOSE FRANCISCO DA SILVA	CNS 203209706330009	Guia de Autorização
Documento(s) Identidade: 190875789	Estado Civil Solteiro(a)	Sexo Masculino		
Data de Nascimento 07/04/1968	Local VICOSA DO CEARÁ/CE	Idade 48 Ano(s)		
Pai FRANCISCO MANUE DA SILVA		Mãe ENEDINA MARIA DA CONCEICAO		
Endereço SITIO CARANGUEIJO, SN	Bairro ZONA RURAL	CEP 62309-000	Município VICOSA DO CEARÁ	UF CE
Profissão AGRICULTOR	Empresa	Cônjuge		
Responsável JOSE FRANCISCO	CPF do Responsável	Endereço SITIO CARANGUEIJO, SN	Município VICOSA DO CEARÁ	UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 29/08/2016	Hora 09:51	Convênio SUS	Matrícula	CID
Profissional do Atendimento DANILLO CONSERVA ARRUDA		CRM/UF 16409/SP	Tipo Atendimento ENCAMINHADO P/CONSULTA	
Indicador de Acidente		Funcionário RENATA VIEIRA BEZERRA DE AGUIAR		
Transito				
Observação				
Sala	Data/Hora Liberação	às	hs.	Tipo de Saida () Alta () Internação () Óbito

Sinais Vitais

Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)	R (rpm)	PA (mmHg)
-----------	-------------	--------	---------	---------	-----------

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

queixas no lado esquerdo do corpo

Rx. do antebraço direito
condutividade

cd: telz lwr

21.09.16

Danillo Conserva Arruda
ORTOPEDIA E TRAUMA
CRMCE 16409

DANILLO CONSERVA ARRUDA - CRM: 16409

atendimento ortop 10 e 02
geriatria 15 e 01

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: JOSE FRANCISCO

em 29/08/16
14:36 hr

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS / CEARÁ

Unidade de Origem: _____

Distrito Sanitário: _____

Município: _____

Nome: José Francisco da SilvaProntuário Nº: 18Sexo: ☒ M ☐ F Data de Nascimento: 07/04/68 Ocupação: _____

Endereço: _____

Bairro: _____

Município: _____

Fone: _____

Motivo do Encaminhamento: Paciente, 49 a, sofreu queda de moto há 15 dias, apresentando com dor intensa na mão direita, com limitação do movimento

Resultado do(s) Exame(s): _____

Conduta já Realizada: Analgesia

Silvana Maria Carneiro Fontenele

Impressão Diagnóstica: Fratura na mão direita?

Secretária de Saúde

CPF: 293.310.483 - 00

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

Função

Data

Hora

AGENDAMENTO

Encaminhamento para Atendimento: _____

☐ Ambulatorial☐ Hospitalar☐ Auxílio Diagnóstico

Procedimento: _____

Profissional: _____

Unidade de Referência: _____

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

Função

Data

Hora

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA(*)

Unidade de Referência: _____

Município: _____

Prontuário Nº: _____

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 - Nº Registro

Função

Data

RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

ATENÇÃO: A finalidade deste relatório é agilizar a avaliação da invalidez permanente, não sendo obrigatório a sua apresentação.

NOME COMPLETO DA VÍTIMA:

Nº DO SINISTRO:

Jose Francisco da Silva

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE:

12.08.16

DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO:

12.08.16

NOME COMPLETO E CRM DO MÉDICO:

Antonio Cesar V. Ribeiro CRM 8137

LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE:

- Posição viciosa de ombro a nível tipo Anca Apertando Ombro
clavícula de escava em mão (D) e fatura de rádio distal (D)

DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS(DATAS):

tratamento curativo de rádio distal @ Centro de

EXISTE ALGUM DEFEITO FÍSICO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? () SIM (X) NÃO
CASO POSITIVO DESCREVER:

COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE:

() A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO.

(X) A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o segmento ou órgão atingido)

SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO

- 1º Dan a edura em mão (D) com perda de movimentos no pulso (D)
- 2º Perda de mobilidade em mão (D) por fatura
- 3º
- 4º
- 5º

AFIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE _____ A _____
QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.

Viana do Carri

LOCAL

26/05/17

DATA

ASSINATURA E CARIMBO

Antonio Cesar V. Ribeiro
CRM 8137
253.254-14

ANEXAR CÓPIAS DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS RELATIVOS AO ACIDENTE

LOCAL

DATA

ASSINATURA DA VÍTIMA