



VINÍCIUS MELO
ADVOCACIA

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA ET EXTRA"

OUTORGANTE:

Nome: ANTONIA FRANCINEIDE DA SILVA		Contato(s) Telefônico:	
Nacionalidade: BRASILEIRA	Estado Civil: CASADA	Profissão: AGRICULTORA	
RG (Registro de Identidade) 2007875578-0 SSPDS/CE		CPF: 865.382.503-78	
Endereço: ANTONIO TUPINAMBAR ARAUJO		Número: 00114	
Bairro: CONJUNTO SEAC		Complemento:	
CEP: 63.870-000	Cidade: BOA VIAGEM	Estado: CEARÁ	

OUTORGADO(S): VINÍCIUS PINHEIRO MELO, brasileiro, advogado, inscrito na OAB/CE 24.353, portador do CPF sob o nº. 016.548.623-63, sócio administrador na sociedade **PINHEIRO MELO – SOCIEDADE INDIVIDUAL DE ADVOCACIA**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº. 26.942.992/0001-60, inscrito na OAB/CE 1453, com escritório na Pça. Mons. José Candido, nº. 103, Loja 01, bairro Centro, cidade de Boa Viagem, estado do Ceará, CEP 63870-000, tel.: (88) 3427-2867.

Através do presente instrumento particular de mandato, a(s) parte(s) OUTORGANTE(s) nomeia(m) e constitui (em) como seu(s) procurador (es) o(s) OUTORGADO(s), conferindo-lhe(s) amplos poderes, inerentes ao bom e fiel cumprimento deste mandato, bem como para o foro em geral, conforme estabelecido no artigo 38 do Código de Processo Civil e art. 5º, §2º do Estatuto da OAB, com clausula "Ad Judicia Et Extra", para praticar todos atos perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, e órgãos da administração pública direta e indireta, praticar quaisquer atos perante particulares ou empresas privadas, **principalmente perante qualquer companhia de seguro conveniada ao FENASEG, participante do convênio DPVAT**, recorrer a quaisquer instâncias e tribunais, podendo atuar em conjunto ou separadamente, e os *especiais* para transigir, fazer acordo, firmar compromisso, substabelecer, renunciar, desistir, reconhecer a procedência do pedido, receber intimações, assinar livros, termos, recibos, receber e dar quitação, firmar autorizações de pagamento ou crédito de indenização de sinistro, prestar declarações, **declarar e requerer os benefícios da JUSTIÇA GRATUITA, anuir e receber alvarás judiciais de levantamento, podendo receber os valores neles expressos provenientes de depósitos feitos pela(s) SEGURADORA(S) pertencentes ao CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT e SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DPVAT S/A** junto à instituição financeira responsável pela guarda destes valores, podendo ainda receber e endossar cheque em nome do outorgante relativo a pagamento dos valores pleiteados junto as Seguradoras do Consórcio DPVAT, dando tudo por bom e valioso, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-lo(a) nas contrárias, seguindo uma e outras, até decisão final.

BOA VIAGEM/CE, 05 de Setembro de 2018.

Antônia Francineide da Silva
OUTORGANTE

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA**DECLARANTE:**

Nome: ANTONIA FRANCINEIDE DA SILVA		Contato(s) Telefônico:	
Nacionalidade: BRASILEIRA	Estado Civil: CASADA	Profissão: AGRICULTORA	
RG (Registro de Identidade) 2007875578-0 SSPDS/CE		CPF: 865.382.503-78	
Endereço: ANTONIO TUPINAMBAR ARAUJO		Número: 00114	
Bairro: CONJUNTO SEAC		Complemento:	
CEP: 63.870-000	Cidade: BOA VIAGEM	Estado: CEARÁ	

DECLARO que, em função de minha condição financeira, não tenho condições de arcar com o pagamento das custas processuais, sob pena de implicar em prejuízo próprio e de minha família, nos termos do art. 5º, LXXIV, da Constituição da República e da Lei nº 1.060/50, com fundamento na Lei 7.115/83.

BOA VIAGEM/CE, 05 de Setembro de 2018.

Antonina Francineide da Silva
Declarante

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ANTONIA FRANCINEIDE DA SILVA

Polegar Direito



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO ORIGINAL 2007875578 - 0

DATA DE EXPIRAÇÃO 19/05/2011

NOME ANTONIA FRANCINEIDE DA SILVA

RELACÃO PAULO MARIA DA SILVA

ANTONIA GONCALO DA SILVA

DATA DE NASCIMENTO 30/05/1970

BOA VIAGEM - CE

RG: ANT: 1313589-87

P.: 103

1 VEA

Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | Nº **565950578****Companhia Energética do Ceará**Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135 040 | Fortaleza CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3A Tarifa Social de Energia Elétrica
foi criada pela Lei nº 10.438 de
26 de abril de 2002**Esta é a segunda via de
MAR/2019**Utilize o nº abaixo sempre
que entrar em contato conoscoNº DO CLIENTE
7147742 DV **0**VENCIMENTO
26/03/2019TOTAL A PAGAR (R\$)
56,35

DESCRIÇÃO DA CONTA

Rota 09 036040 01 015000 Medidor 2000507 Poste 0000 0
Nome ANTONIA FRANCINEIDE DA SILVA
Endereço PostalEnd. da Unidade RU ANTONIO TUPINAMBÁ ARAUJO 00114 CONJUNTO SEAC BOA
Consumidora VIAGEM 63870000

RG / CPF / CNPJ 865.382.503-78

CGF

Classe B1 - 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA, BAIXA RENDA Fator de Potência 0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual 5466 Leitura Anterior 5387 Constante 1 Consumo (kWh) 79 Consumo Incl. 0 Consumo Faturado 79

DATAS DE LEITURAData de Emissão/
Apresentação 15/03/2019 Prev. Próxima
Leitura 12/04/2019**ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL**

C6CA.FE8B.4877.3057.672D.80DD.8E84.CECA

ICMSBase de Cálculo (R\$) Aliquota Valor do Imposto
ISENTO**COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO****OUTROS PAGAMENTOS**

PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA S. BAIXA RENDA

0,66

ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL-INT

5,27

COB. SALDO FATURA ANTERIOR

30,86

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

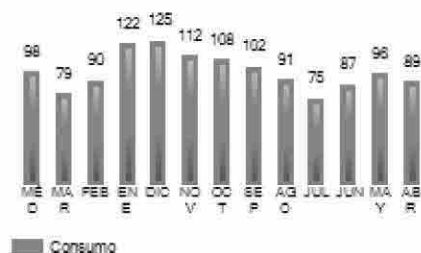
Emitido kg (CO₂) Compensado kg (CO₂) Consciência Ecológica(%CO₂)
0 100**INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO****INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO**

Veja a legenda no verso desta conta. CM: 15,93

Conjunto BOA VIAGEM

Mês JAN/ 2019

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC (h)	5,07	10,15	20,30	0,00	0,00	0,00
FIC (un)	3,23	6,47	12,95	0,00	0,00	0,00
DMIC (h)	2,86			0,00		

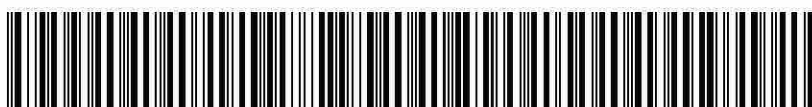
HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

autenticação mecânica cliente

Nº do Cliente:

7147742-0Nº da Nota Fiscal: **565950578**Total a Pagar (R\$): **56,35**

Data de Emissão:

05/04/2019Referência: **MAR/2019**Nº de Controle: **0007147742 00040 4346 2 35****83810000000-0 56350031000-9 00071477420-0 00404346200-9**

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA SOB AS PENAS DA LEI**DECLARANTE:**

Nome: ANTONIA FRANCINEIDE DA SILVA		Contato(s) Telefônico:	
Nacionalidade: BRASILEIRA	Estado Civil: CASADA		Profissão: AGRICULTORA
RG (Registro de Identidade) 2007875578-0 SSPDS/CE		CPF: 865.382.503-78	
Endereço: ANTONIO TUPINAMBAR ARAUJO			Número: 00114
Bairro: CONJUNTO SEAC		Complemento:	
CEP: 63.870-000	Cidade: BOA VIAGEM		Estado: CEARÁ

DECLARO para os devidos fins de comprovação de residência, sob as penas da Lei (art. 2º da Lei 7.115/83) que sou residente e domiciliado (a) no endereço acima informado.

Declara ainda, estar ciente de que a falsidade da presente declaração pode implicar na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal, conforme transcrição abaixo:

"Art. 299 – Omitir, em documento público ou particular, declaração que nele deveria constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre o fato juridicamente relevante.

Pena: reclusão de 1 (um) a 5 (cinco) anos e multa, se o documento é público e reclusão de 1 (um) a 3 (três) anos, se o documento é particular."

BOA VIAGEM/CE, 05 De Setembro de 2018.

Antônia Francineide da Silva

DECLARANTE

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

ANTONIA FRANCINEIDE DA SILVA

CPF da Vítima

865.382.503-78

Data do Acidente

16/07/2015

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

- ☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

BOA VIAGEM/CE, 09 de JULHO de 2018

Local e Data



Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE BOA VIAGEM

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 428 - 2209 / 2015



Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO
Data / Hora da Comunicação: 29/10/2015 08:47:31
Data / Hora da Ocorrência : 16/07/2015 09:30:00
Endereço da Ocorrência: R PASSAGEM MOLHADA

DE FATIMA BOA VIAGEM /CE
Ponto de Referência: PRÓXIMO AO COLÉGIO DOM TERCEIRO

Histórico

Compareceu a esta delegacia a pessoa abaixo qualificada para informar que no dia 16/07/15 por volta das 09h00 estava caminhando quando um motociclista a atropelou e fugiu sem prestar socorro; QUE foi socorrida para o hospital sofrendo trauma na cabeça e escoriações; QUE compareceram a esta delegacia como testemunhas do acidente Meiruelucia Rodrigues do Nascimento e Sérgio Paulo Ferreira dos Anjos. Nada mais disse.

Noticiante(s)

Nome : ANTONIA FRANCINEIDE DA SILVA
Endereço : R ANTONIO TUPINAMBA ARAUJO 114
Bairro : SEAC
Município/UF : BOA VIAGEM CE BRASIL

Telefone: 88 88380738

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE BOA VIAGEM

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

LARISSA CRISPIM DE LIMA - MAT.: 300059-1-0

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO : *X Antonia Francineide da Silva*

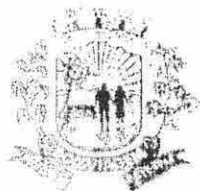
VISTO DO DELEGADO(A) :

EDONALDO GOMES PEREIRA - MAT.: 300524-1-2

Testemunhas

X Meiruelucia Rodrigues do nascimento

X



PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VIAGEM
CSAM - CASA DE SAÚDE ADÍLIA MARIA
 Rua São Vicente de Paula, 100 - Centro
 Fone: 3427-1699 / 3427-1136
 Fone: 07.806.680/0001-84

FICHA DE SERVIÇO DE PRONTO ATENDIMENTO (SPA)

DATA DE ATENDIMENTO: 06/07/15 HORÁRIO: 10:10 SEXO: M

NOME: ANTÔNIA FRAUPEIDE DA SILVA DATA NASC.: 30/03

RG: 20078755280 CPF: _____ CARTÃO DO SUS Nº: 96003130

PAI: PAULO MARIA DA SILVA MÃE: ANTÔNIA GONÇALO DA

NATURALIDADE: PA PROCEDÊNCIA: BA

ESTADO CIVIL: SOLTEIRA PROFISSÃO: ACRUELA

ENDEREÇO: _____ Nº: _____

BAIRRO: CEAC CIDADE: BA UF: _____

QUEIXA PRINCIPAL: _____

EXAME FÍSICO: 11.20

EXAMES SOLICITADOS: _____

GUTENBERG MENDES FARIAS FILHO
 CPF: 472.081.123-04
 CRM: 8087

MEDICAMENTOS: _____

CLÍNICO GERAL E OSTEOPATA

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM: 11.20

PESO: _____ TEMPERATURA: _____ PA: 140x80

Antônia Fraupeide da Silva
 ASSINATURA DO PACIENTE

ASSINATURA E CARIMBO MÉDICO

ESTA FICHA SÓ TERÁ VALOR PARA O SERVIÇO DE ATENDIMENTO HOSPITALAR COM CARIMBO E ASSINATURA DA DIRETORA DESTA UNIDADE DE SAÚDE ADÍLIA MARIA
 Casa de Saúde Adília Maria
 Rua São Vicente de Paula, nº 100
 Centro- CEP 63870-000
 Fone: 3427-1136

Esta cópia confere com a original dos nossos arquivos.

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por VINÍCIUS PINHEIRO MELO e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 10/04/2019 às 08:00, sob o número 01236732420198060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0123673-24.2019.8.06.0001 e código 46A54A3.



PREFEITURA DE
BOA VIAGEM

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

PORTARIA 344 - MINISTÉRIO DA SAÚDE



IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

HOSPITAL MUNICIPAL DE BOA VIAGEM

C.S.A.M

SUS - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Endereço: Rua São Vicente de Paula, 100

CEP: 63870-000

Boa Viagem-CE

1º VIA: Retenção da Farmácia ou Drogeria

2º VIA: Orientação do Paciente

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

Paciente: arthur jesus m. h

Endereço: _____

Prescrição: metilid 100 20

BOA VIAGEM: 15/05/20

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident. _____ Org. Emissor: _____

Endereço: _____

_____ Fone: _____

Cidade: _____ UF: _____

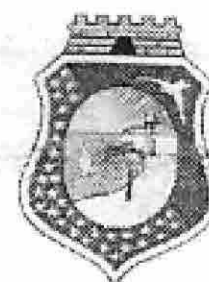
IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO

DATA



PREFEITURA MUNICIPAL DE PEDRA BRANCA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE



RECEITUÁRIO

UNIDADE _____

NOME: Antônio Francisco dos Reis

[Handwritten signature]

burro velho

Atto novo a verbor
fr. au o pb aus fol
vileus m auct m
neto com TCE huc
com ramb m apken
fauo mo a H10000,

Gutemberg Mendes F. Filho
Cirurgião Geral
CRM 4087

Data: 23/08/18

Assinatura: _____

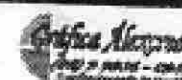
SEU MEDICAMENTO
NA HORA CERTA

☐ 6 X 6HS: 06m - 12M - 06N - 12N (4x Dia)

☐ 8 x 8hr: 06M - 02T - 10N (3x Dia)

☐ 12 x 12hr: 06M - 06N (2x Dia)

NÃO TOME REMÉDIO À TOA





Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

Início do conteúdo

[Nova 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 3180337861 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA ANTONIA FRANCINEIDE DA SILVA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO INVESTPREV Seguradora S/A-Filial Fortaleza - CE

BENEFICIÁRIO ANTONIA FRANCINEIDE DA SILVA

CPF/CNPJ: 86538250378

Posição em 05-04-2019 14:50:47

Verificamos que seu pedido de indenização foi feito após o prazo estabelecido em lei para dar entrada no seguro DPVAT e, por esse motivo, seu processo **foi negado**, conforme carta abaixo enviada para seu endereço.

Histórico das correspondências enviadas		
Data da Carta	Referência	Ver Carta
14/08/2018	Interrupção de Prazo	
27/07/2018	Exigência Documental	
27/07/2018	Aviso de Sinistro	