



ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS – ADVOGADA - OAB/CE Nº. 34.613
ADVOCACIA: TRABALHISTA, CÍVEL, CRIMINAL E PREVIDENCIÁRIA

End. Profissional: Rua Dr. João Tomé, nº 998-A, Centro – Crateús-Ce
Cep. 63.702-885 – Celular/WhatsApp: (88) 99619 – 6396 – E-mail: deranysantos@hotmail.com

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Nome: <i>Joilson Matias de Castro</i>		Nacionalidade: BRASILEIRA	
Estado Civil: <i>casado</i>	Profissão: <i>agricultor</i>	Carteira de Identidade: <i>20071685604</i>	
CPF nº: <i>061.164.613-24</i>	Residência: <i>R. Mampel barbauda 48</i>		
Bairro: <i>Outra banda</i>	Cidade: <i>Acarau</i>	Estado/UF: <i>Ceará</i>	CEP: <i>62580-000</i>

OUTORGADO: ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS, brasileira, solteira, advogada inscrita na OAB/CE sob o nº 34.613; com endereço profissional na Rua Dr. João Tomé, nº. 998-A, Centro, município de Crateús/CE, CEP nº 63.702-885; Celular/WhatsApp: (88) 99619-6396.

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, substabelecer com ou ser reservas, enfim todos os poderes necessários para o cumprimento amplo do objeto do presente mandato.

Acarau-ce – CE., *13* de *março* de *2019*

Joilson Matias de Castro
(outorgante)

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2007168560 - 4 DATA DE EXPEDIÇÃO 07/08/2008

NOME
JOILSON MATIAS DE CASTRO

FILIAÇÃO
JOÃO FERNANDES DE CASTRO
MARIA ALICÉ DE PAULA MATIAS

NATURALIDADE
ACARAÚ - CE

DATA DE NASCIMENTO
18/04/1991

DOC. ORIGEM
CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO:1 OFÍCIO TERMO:36243 FOLHA:115
LIVRO:A-31 ACARAÚ - CE

CPF

1 VIA

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI N° 7.118 DE 29/08/63

P.: 146

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO MILTON BARBOSA DE SOUSA

Polígrafo Direto

ASSINATURA DO TITULAR

Joilson matias de Castro

CARTEIRA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
061.154.613-24

Nome
JOILSON MATIAS DE CASTRO

Nascimento
18/04/1991

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS – ADVOGADA - OAB/CE Nº. 34.613
ADVOCACIA: TRABALHISTA, CÍVEL, CRIMINAL E PREVIDENCIÁRIA

End. Profissional: Rua Dr. João Tomé, nº 998-A, Centro – Crateús-Ce
Cep. 63.702-885 – Celular/WhatsApp: (88) 99619 – 6396 – E-mail: deranysantos@hotmail.com

DECLARAÇÃO DE POBREZA

Declarante: <u>Jackson Matias de Castro</u>		Nacionalidade: <u>Brasileira</u>
Residência: <u>R. Manuel Louzada</u>		Profissão: <u>agricultor</u>
CPF nº: <u>061.154.613-24</u>	RG nº: <u>20071685604</u>	Estado Civil: <u>casado</u>
Bairro: <u>Outra banda</u>	Cidade: <u>Acarau</u>	Estado/UF: <u>Ceará</u>
CEP: <u></u>	Telefone: <u>(88) 996919968</u>	

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.

Acarau - Ce., 14 de Março de 2019.

Jackson Matias de Castro
Declarante



ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS – ADVOGADA - OAB/CE Nº. 34.613
ADVOCACIA: TRABALHISTA, CÍVEL, CRIMINAL E PREVIDENCIÁRIA

End. Profissional: Rua Dr. João Tomé, nº 998-A, Centro – Crateús-Ce
Cep. 63.702-885 – Celular/WhatsApp: (88) 99619 – 6396 – E-mail: deranysantos@hotmail.com

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Declarante: JOILSON MAZIAS DE CASTRO		Nacionalidade: Brasileira
Residência: RUA MANUEL LOUZADA, Nº 48		Profissão: AGRICULTOR
CPF nº: 061.154.613-24	RG nº: 2007161560-4 SSP-CE	Estado Civil: CASADO
Bairro: DUZIA BANDA	Cidade: ACARAÚ	Estado/UF: CEARÁ
CEP: 62.580-000	Telefone:	

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.

ACARAÚ - Ce., 13 de MARÇO de 2019.

Joilson Mazias de Castro
(declarante)

Nº DO CLIENTE
235894
 Para utilizar esse documento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

A Tarifa Social de Energia Elétrica
 foi criada pela Lei Nº 10.438
 de 26 de abril de 2002
Companhia Energética do Ceará
 Rua Pedro Valente, 150
 CEP 60135-040 | Fortaleza CE
 CNPJ 07.042.251/0001-70 | CGF 06.105.846-3

fls. 12

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 565108777
 Rota 05 35020 05 044700 - 4 Data de Emissão 11/03/2019
 Nome MARIA ALICE DE PAULA MATIAS
 End. Postal RUA MANUEL LOUZADA 00048
 OUTRA BANDA - ACARAU - 62580000
 Medidor 5265223 Poste 0000 0000
 Classe B1 - 01-RESIDENCIAL 02-BX. RENDA MONOFASICO
 RG / CPF / CNPJ 933605763-49 CGF
 Nome do Responsável

DATAS			INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO							
Mês de Referência	Data de Apresentação	Provisão Próxima Leitura	Veja a legenda no verso desta conta.							
Mar/2019	11/03/2019	08/04/2019	Conjunto	ACHR						
			Mês	Jan/2019		EUSD 11,17				
ICMS			Pacote Tarifário							
Base de Cálculo (R\$)		Alíquota	Valor do Imposto		Aprovação Individual					
(R\$)					Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
					DIC	9,19	10,38	20,77	0,19	0,00
					FIC	9,30	6,60	13,20	1,00	0,00
					DMIC	2,94			0,19	0,00
ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL										
9019.1870.6120.1400.04EE.0000.4149.0019										

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL
 9019,1570,6120,1400,0452,0084,4040,6615

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Const. Incl.	Const. Excl.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
95705	95580	1,00	125	2,00		0,1758	5,14
						0,29419	36,77
						0,44127	11,04
11/03/19	07/02/19		32 DIAS				

DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)
VR. CONSUMO DO MES RESIDENCIAL NORMAL	61,28
DESCONTO TARIFA SOCIAL - BAIXA RENDA	-24,51
JUROS DO MES	0,77
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	9,80
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA	0,85
COB. SALDO FATURA ANTERIOR	44,85

VENCIMENTO 18/03/2019 **TOTAL A PAGAR (R\$)** 93,04

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	19,41
Perdas	1,13
Iluminação	1,13
Outros	1,13
Tributos (PIS-COFINS)	2,11
TOTAL	27,62

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

83	125	63	97	113	103	113	99	14	68	70	67
----	-----	----	----	-----	-----	-----	----	----	----	----	----

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)
 Compensar suas emissões pelo consumo de energia elétrica.
 Emitido kg (CO₂) 48,80 Compensado kg (CO₂) 0,00 Consciência Ecológica (%) 0

PARA CADASTRAR SUA CONTA EM LEGÍTIMO AUTOMÁTICO UTILIZE
 SEU NÚMERO DO CLIENTE SEM O DÍGITO VERIFICADOR.
 Chame os vizinhos e amigos e entre no debate do nosso site e aplicativo.
 Da dengue, zika e chikungunya. Ministério da Saúde, Gov. Federal

Considere esta fatura R\$ 2,11 referente a PIS e COFINS. Alíquotas: PIS 0,65% e COFINS 0,30%.
 Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 01233698-37.2019.8.06.0001 e código 46A67CF.
 Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 01233698-37.2019.8.06.0001 e código 46A67CF.

Nº do Cliente: 235894 Referência: Mar/2019
 Data de Emissão: 11/03/2019 Total a Pagar (R\$): 93,04
 Nº da Nota Fiscal: 565108777 Nº de Controle: 0000235894 00535 39712 84

8389000000-5 93040031000-6 0000235894-0 05353971229-0





BOLETIM DE OCORRÊNCIA – B.O. Nº 238/2018

Data Reg.: 02/04/2018

Natureza: ACIDENTE DE TRÂNSITO – LESÃO CORPORAL

NOTICIANTE

Nome: JOILSON MATIAS DE CASTRO, brasileiro, natural de Acaraú/CE, onde nasceu aos 18/04/1991, filho de João Fernandes de Castro e Maria Alice de Paula Matias, residente na Rua Manoel Louzada, Acaraú/CE, portador do RG Nº 2007168560-4-SSP-CE, CPF Nº 061.154.613-24

HISTÓRICO:

Compareceu na sede desta Unidade Policial o senhor JOILSON MATIAS DE CASTRO com o objetivo de registrar um BO com a finalidade de dar entrada no Seguro DPVAT em razão de ter sido vítima de um acidente de trânsito do tipo queda de moto. Que o noticiante foi indagado por qual motivo procurou registrar o BO nesta Unidade Policial de Morrinhos/CE, o mesmo respondeu que na Delegacia de Polícia da cidade de Acaraú/CE, não havia atendimento no momento oportuno. Que o noticiante foi cientificado que prestar informações falsas a Polícia é crime previsto no Código Penal Brasileiro. Que estando aqui presente o noticiante passou a narrar a ocorrência informando que no dia 24 de Fevereiro do ano de 2018, por volta das 08:30 horas, se encontrava trafegando na pista de rolamento na altura da localidade de Curral Velho, Acaraú/CE, pilotando uma motocicleta de marca HONDA/CG 125 FAN, de cor Preta, ano de fabricação e modelo 2008/2008, placa HYI6350/CE, Chassi Nº 9C2JC30708R777651, registrada em nome de Dadson Carlos Ferreira Dias, foi quando de súbito surgiu um Porco a sua frente causando assim o acidente e que em consequência disso o noticiante acabou perdendo o controle do guidom da motocicleta vindo a cair ao solo tendo o mesmo sofrido lesões corporais se encontrando prejudicado. Que o noticiante foi socorrido através de populares até o Hospital Municipal de Acaraú/CE onde recebeu o atendimento médico de urgência e em seguida transferido até a Santa Casa de Misericórdia em Sobral/CE onde recebeu o atendimento médico necessário. Que na cidade de Acaraú/CE não existe atendimento feito através do Corpo de Bombeiros, SAMU, Anjos do Asfalto e similares. Que Nada mais tem a declarar

Escrivão:

Lauro Florentino Silva
Escrivão de Polícia Civil
de Classe Especial
Mat.: 097.059-1-0

Responsável/Reg.:

Joilson Matias de Castro

SINISTRO 3180181707 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** JOILSON MATIAS DE CASTRO**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** Sabemi

Seguradora S/A-Filial Fortaleza-CE

BENEFICIÁRIO JOILSON MATIAS DE CASTRO**CPF/CNPJ:** 06115461324**Posição em 28-03-2019 00:42:01**

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento. O valor abaixo será creditado na conta que você indicou no formulário de autorização de pagamento. O prazo para o banco confirmar o pagamento é de até 5 dias úteis. Caso não identifique o valor em sua conta após esse período, volte a consultar o processo aqui no site.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
07/06/2018	R\$ 843,75	R\$ 0,00	R\$ 843,75

Prontuário: 027400
Paciente: JOILSON MATIAS DE CASTRO
RG : 20071685604 CNS:
Pai: JOAO FERNANDES DE CASTRO
Endereço: RUA MANOEL LOUZADA, SN
Bairro: PEDRINHAS
Profissão: ESTUDANTE
Convênio: SUS
Cônjuge:
Endereço: RUA MANOEL LOUZADA, SN

Atendimento: 0010

Guia Aut:

Sexo: M

Data Nascimento: 18/04/1991 Idade: 26 Ano(s)
Mãe: MARIA ALICE DE PAULA MATIAS

Telefone:

Município: ACARAU

UF: CE

Empresa:

Matricula: 161801711900002

Responsável: MARIA ALICE DE PAULA MATIAS

Município: ACARAU

UF: CE

Data Atendimento: 24/02/2018 Hora: 09:22 CID:

Sala:

Médico: ANTÔNIO JOSÉ CASTILLO BONILLA

CRM/UF: 17253/CE

Tipo Atendimento:

Indicador de Acidente:

Funcionário: BENEDITA SOUSA DAS G

Peso: kg Sinais Vitais: T (°C):

P (bpm):

R (mpm):

PA (mmHg):

X

Altura (cm):

Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta

() Consulta Simples () Consulta com Medicação () Observação () Encaminhado p/ internação () Curativo
() Procedimento Enfermagem () Sutura () Procedimento Cirúrgico () Não Aguardou Atendimento

Q.P.

HDA

Exame Físico

Exames Solicitados

Diagnóstico

Prescrição Médica

• Horário

Ex	
Dipirona 12p	
be cabros 12p	(1N)
Diclofenac 500mg 1dp ou	

Evolução Médica

Alta em ___/___/___ Tipo de Alta: () Alta () Internação () Referência () Retorno () Retorno com SADT () Óbito

Dr. Antonio José Castillo Bonilla
Médico
CREMEC 47253

ANTÔNIO JOSÉ CASTILLO BONILLA - CRM: 17253

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: MARIA ALICE DE PAULA MATIAS