

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DO CEARÁ
COMARCA E MUNICÍPIO DE QUITERIANÓPOLIS
CARTÓRIO CAVALCANTE - OFÍCIO DE NOTAS E DE REGISTROS

Rua Padre Moacir, 122 - Centro, fone (88) 3657-1153.

JOAQUIM FRANCISCO CAVALCANTE

TITULAR

CLÁUDIA VIRGÍNIA ALVES CAVALCANTE

Substituta

CLEUTON ALVES CAVALCANTE

Substituto



PROCURAÇÃO BASTANTE QUE FAZ MARIA ÁGUIDA RIBEIRO DE SALES, como
abaixo se declara:

SAIBAM quantos este público instrumento de procuração bastante virem que, aos 20 (vinte) dias do mês de janeiro de 2016 (dois mil e dezesseis), nesta cidade e Comarca de Quiterianópolis, Estado do Ceará, em Cartório compareceu como outorgante MARIA ÁGUIDA RIBEIRO DE SALES, titular da carteira de identidade nº. 3457397-2000 - SSPDC-CE, e do CPF nº. 956.917.663-68, brasileira, solteira, agricultora, residente e domiciliada na localidade Cajueiro dos Liras, neste município de Quiterianópolis - Ceará.

Reconhecido (a) pelo (a) próprio (a) de mim Notário Público. E por ele (a) me foi dito que, por este público instrumento, e nos termos de direito, nomeia e constitui seu bastante procurador, o Dr. RAFAEL DE SOUSA REZENDE MONTI, brasileiro, solteiro, advogado, devidamente inscrito na OAB/CE sob o nº 18.044, portador do RG nº 8.119.595 SSP/MG e CPF no 948.672.326-53, com escritório profissional no seguinte endereço: 1) Rua do Rosário, nº 77, sala 604, Ed. Comandante Vital Rolim, Centro – Fortaleza - CEP 60.055-090. Fone / Fax: (85) 3231-6493: Pelo presente instrumento de procuração pública, 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 FENASEG, participante do Convenio DPVAT, podendo firmar compromissos, contratos, promover ações de seu interesse, podendo representar em qualquer juízo com poderes para

DECLARAÇÃO.

Eu, Maria Aguiar Ribeiro de Sales, Brasileira, casada, agui
cultura, RG 3457397-2000 CPF 366 917 667-68 eapaz, residente e
domiciliado na ST São José, cidade de
Quitemenepeles/CE, CEP 63650.000. 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 com veículo automobilístico. Sendo de minha total responsabilidade a
declaração de invalidez ou óbito fornecida.

Fortaleza (CE), 02 de fevereiro de 2015.



Declarante.

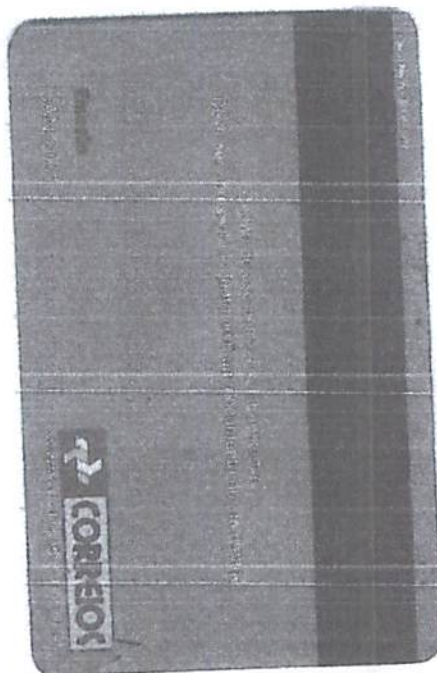
Eu, maria Agueda Ribeiro de Sales, brasileira caçade, agricultora, portador da Carteira de Identidade/RG nº 34573972006 SSP/CE, e inscrito no CPF/MF sob o nº 366 977 663-58 residente e domiciliado na cidade de Quiteria, estado de Ceará, Ititio São José, nº s/n., Zona Rural, declaro para os devidos fins 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.

Fortaleza (CE), 02 de fevereiro de 2016



Declarante



95691766368



**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DE PESSOAS NATURAIS**

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

NOME:

ANTONIO FRANCISCO RIBEIRO DA SILVA

MATRÍCULA:

0187210155 2000 1 00009 154 0008272 98

LIVRO A-09. FLS. 154. Nº. 8272

CARTÓRIO REG. CIVIL

CIRO TORRES FILHO

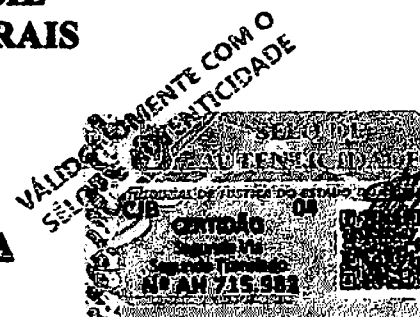
OFICIAL

EMILIANA SHIRLEY S. TORRES

ESCREVENTE SUBSTITUTA

VILA S. FRANCISCO

QUITERIANÓPOLIS - CE



DATA DE NASCIMENTO (POR EXTENSO)

DEZESSEIS DE NOVEMBRO DE MIL NOVECENTOS E NOVENTA E NOVE

DIA MÊS ANO

16 11 1999

HORA

22:30

MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UNIDADE DE FEDERAÇÃO

QUITERIANÓPOLIS - CEARÁ

MUNICÍPIO DE REGISTRO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO

QUITERIANÓPOLIS, ESTADO DO CEARÁ

LOCAL DE NASCIMENTO

CAJUEIRO DOS LIRA

SEXO

M

FILIAÇÃO

ANTONIO FREIRE DA SILVA E MARIA AGUIDA RIBEIRO DE SALES.

AVÓS

PATERNOS: ANTONIO PEREIRA DO NASCIMENTO E MARIA FREIRE DA SILVA

MATERNOS: JUAREZ DE SALES FERREIRA E FRANCISCA DAS CHAGAS RIBEIRO

GÊMEO NOME E MATRÍCULA DO GÊMEO

DATA DO REGISTRO POR EXTENSO

QUINZE DE MAIO DE DOIS MIL

Nº. DECLARAÇÃO NASCIDO VIVO

N/C

OBSERVAÇÕES AVERBAÇÕES

EXPEDIDA APENAS UMA SÓ VIA. SELO DE AUTENTICIDADE Nº. AH 715982. EMOLUMENTOS R\$ 23,59, FERMOJU R\$ 2,97, FERC R\$ 5,52.

NOME DO OFÍCIO: CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL DO DISTRITO DE SÃO FRANCISCO - MUNICÍPIO DE QUITERIANÓPOLIS - CEARÁ

**OFICIAL REGISTRADOR: CIRO TORRES FILHO
ESCREVENTE SUBSTITUTA: EMILIANA SHIRLEY LOIOLA SILVA TORRES**

MUNICÍPIO/UF: QUITERIANÓPOLIS-CEARÁ

ENDEREÇO: VILA DE SÃO FRANCISCO, QUITERIANÓPOLIS - CE,

CEP 63650-00088

CEL. 96094931. E-mail:

cirocartorio@hotmail.com

O conteúdo da Certidão é verdadeiro. Dou Fé. 11 de Maio de 2015.

SÃO FRANCISCO - QUITERIANÓPOLIS - CE

Ciro Torres Filho

**Ciro Torres Filho
Oficial**

5863396-0

33 37041 01 103000 - 7 17/06/2015

EBILEUSA ARAUJO LIRA

ST SAO JOS77 00037

DT SAO FRANCISCO - QUITTERIANOPOLIS - 63650000

25096329 0000 0000

04-RURAL MONOFASICO 0,00

285910228-07

Jun/2015 17/06/2015 16/07/2015

TRAJA 16/2015 EDD 5.61

DIC 16/2015 P

162170	11.01	22.03	44.07	0.00	0.00	0.00
	7.74	15.49	30.98	0.00	0.00	0.00
	5.39			0.00		

F200.9704.0029.5044.5556.41F5.04EE.9205

1617	1566	1.00	51	0.00	51	0.30449	10.50
------	------	------	----	------	----	---------	-------

17/06/15 16/06/15 22 D16 51 10.50

VALOR CONSUMO DO MES 18,58

ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 2,93)

25/08/2015 TOTAL A 18,58

ADICIONAL

Enrola	12.02
Transmissao	0.00
Distribuição	0.00
Encargos Salariais	0.00
Tributos (ICMS PIS-COFINS)...	0.00
TOTAL	18.58

71	51	72	42	72	76	77	68	78	85	77	79	77
----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

22,04 0,00

A COELCE AGRADECE E PARABENIZA PELA PONTUALIDADE NOS SEUS PAGAMENTOS.

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por RAFAEL DE SOUSA REZENDE MONTI e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 17/02/2016 às 11:45, sob o número 01125815420168060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0112581-54.2016.8.06.0001 e código 1F4E2B1.



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE TAUÁ

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 558 - 2682 / 2015

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTES - OUTROS**

Data / Hora da Comunicação: **31/07/2015 09:10:43**

Data / Hora da Ocorrência : **25/04/2015 16:00:00**

Localização da Ocorrência: **ESTR. DE TERRA**

ZONA RURAL. QUITERIANÓPOLIS / CE.

Ponto de Referência: **SÍTIO SÃO GERONIMO**

Histórico

Informa a noticiante que no dia, hora e local acima citados, quando seu filho **ANTONIO FRANCISCO RIBEIRO DA SILVA**, PORTADOR DOS DOCUMENTOS RG-2008557084-7, CPF-081-010-013-44, NASCIDO AOS 16/11/1999, que o mesmo era transportado como garapeiro de uma motocicleta **HONDA/CG 125 TITAN**, PLACA-HXG-2620-CE, COR AZUL, ANO/MODELO 1999/1999, CHASSI 9C2JC2500XR229467, RENAVAL-749806150, licenciada em nome de Maria Fabilla Nunes Ribeiro e pilotada por Antonio Freire da Silva que perdeu o controle da moto e caiu ao chão, sofrendo a vítima garapeira politraumatismo, onde foi socorrido pelo condutor da moto para o Hospital da cidade de Quiterianópolis/CE, e não teve ajuda do Corpo de Bombeiros, SAMU ou Autarquia Municipal de Trânsito e que tomaram conhecimento do acidente as pessoas de **MANOEL MONTEIRO DA SILVA** e **ANTONIA VIEIRA DE ARAUJO SOUSA**. Ele nada mais disse. A vítima/noticiante ficou ciente de que as informações contidas no presente Boletim de Ocorrência são de sua inteira responsabilidade e também das sanções previstas no Artigo 299 do CPB.

Noticiante(s)

Nome: **MARIA AGUIA RIBEIRO DE SALES**

Endereço: **SIT CAJUEIRO DOS LIRAS**

Bairro: **ZONA RURAL, 63650000**

Município/UF: **QUITERIANÓPOLIS CE BRASIL**

Telefone:

DELEGACIA DESTINO: **DELEGACIA REGIONAL DE TAUÁ**

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

MARCOS ESTEVÃO PATRÍCIO OLIVEIRA - MAT.: 133193-1-6

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: **X**

VISTO DO DELEGADO(A):

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

(Marcos Estevão Patrício Oliveira)
 Escrivão de Polícia Civil
 Matrícula 133193-1-6



PREFEITURA DE
QUITERIANÓPOLIS
Cuidando bem do Povo

fls. 19

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS

- 1- Preencher esta ficha em 3 vias;
- 2- Ao terminar a consulta ou tratamento entregar 2 vias ao usuário orientando-o para retornar com a 1ª via à Unidade de Origem.

FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem: H.M.Q.-2
Distrito Sanitário: 15º Cres Município: _____

Nome: Antônio Francisco Ribeiro da Silva Prontuário Nº: _____
Sexo: ☒ M ☐ F Data de Nascimento: 16/11/1999 Ocupação: _____
Endereço: Cidade dos Linhas Bairro: _____ Tel.: _____

Motivo do Encaminhamento: paciente vítima de politraumatismo HA + 03 dias após
DUR NA FACE, CEFALÉIA, DOR TÓRACICA, DOR NO M.S.E., SÓLITO
Resultado de Exames: RX + AVALIAÇÃO do Trauma.

Conduta já Realizada: _____
Impressão Diagnóstica: Politraumatismo.
MEMÓRIA 27/04/20
Assinalar Encaminhante - Nº Registro _____ Função _____ Data _____ Hora _____

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: Ambulatorial ☐ Hospitalar ☒ Auxílio Diagnóstico ☐
Procedimento: RX - AVALIAÇÃO Profissional: TRAUMATOLOGISTA
Unidade de Referência: _____ Data: ____/____/____ Hora: ____

FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA (*)

Unidade de Referência: _____
Município: _____ Prontuário Nº: _____ Alta: _____
Resumo Clínico: Tratado

Esse documento é cópia do original, assinado digitalmente por RAFAEL DE SOUSA REZENDE MONTI e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 17/02/2016 às 11:45, sob o número 01125815420168060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0112581-54.2016.8.06.0001 e código 1F4E2B1.



PREFEITUR
QUITERIAÓPOLIS
 Cuidando bem do Povo
 SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE PACIENTE EXTERNO

Nº _____
 16.23

DATA
 25 / 4 / 15

Unidade: _____ H. M. G. L. _____ J. S. I. C. U. Pn: 190x80mm

1. IDENTIFICAÇÃO:

Nome: _____ Antonio Francisco Ribeiro da Silva _____ Idade: _____ 55a.

Est. Civil: _____ Sexo: _____ M _____ Profissão: _____

Naturalidade: _____ Endereço: _____ Prefeitura das Lajes _____

2. QUEIXA PRINCIPAL: PT de guerra deslocado retorno à
queda de peso 01 exames realizados

100. TC3 por ✓

3. CONDUTA 1) Indicação 01 amp TN ago 17:30
v) exames

Dr. Luis Pires
Residência Oficial Geral
Cmpt 27/10/12



PREFEITURA DE
QUITERIANÓPOLIS
Cuidando bem do Povo

fls. 21

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS

- 1- Preencher esta ficha em 3 vias;
2- Ao terminar a consulta ou tratamento entregar 2 vias ao usuário orientando-o para retornar com a 1ª via à Unidade de Origem.

FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem: H.M.B.-2 Município: _____
Distrito Sanitário: 15º Cere

Nome: Antonio Francisco Ribeiro da Silva Prontuário Nº: _____
Sexo: ☒ M ☐ F Data de Nascimento: 16/11/1999 Ocupação: _____
Endereço: Casimiro dos Linhas Bairro: _____ Tel.: _____

Motivo do Encaminhamento: ptx vítima de politraumatismo HA ± 03 dias ref. dor na face, cefaleia, dor torácica, dor no m.s.E, solicit
Resultado de Exames: FX + avaliação do Trauma.

Conduta já Realizada: _____
Impressão Diagnóstica: politraumatismo
Assinalar Encaminhante - Nº Registro: _____ Função: Médico Data: 27/04/10 Hora: _____

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: Ambulatorial ☐ Hospitalar ☒ Auxílio Diagnóstico ☐
Procedimento: FX - AVALIAÇÃO Profissional: traumatologista
Unidade de Referência: _____ Data: _____ Hora: _____

FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA (*)

Unidade de Referência: _____ Prontuário Nº: _____ Alta: _____
Município: _____

Resumo Clínico Cirúrgico

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	2004/084 - 7	DATA DE EXPEDICÃO	16/07/2013
ANTONIO FRANCISCO RIBEIRO DA SILVA			
FILIAÇÃO			
ANTONIO FREIRE DA SILVA			
MARCIA AGUIAR RIBEIRO DE SALES			
NATURALIDADE			
QUITERIANÓPOLIS - CE			
DATA DE NASCIMENTO			
16/11/1999			
DOC. ORIGEM			
CERY. NASCIMENTO - CARTÓRIO: SÃO FRANCISCO TERMO: 0272 FOLHA: 154			
LIVRO: A-09 QUITERIANÓPOLIS - CE			
CPF			
P.: 86			
ASSINATURA DO DIRETOR			
LEI Nº 7.110 DE 29-08-93			

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE

ANTONIO FRANCISCO RIBEIRO DA SILVA

16/11/1999

O problema justifica a referência? Sim ☐ Não ☐

O motivo da referência coincide com o diagnóstico? Sim ☐ Não ☐

Assinatura do Consultante - Nº Registro

Função

Data

(*) Utilizar também o resumo de alta

Guia de atendimento - EMERGENCIA

Prontuário: 095589 Atendimento: 0001 CNS: Guia Aut:
Paciente: ANTONIO FRANCISCO RIBEIRO DA SILVA Est. Civil: Solteiro(a) Sexo: M
RG: 2008557084 Nascimento: 16/11/1999 Local: CRATEUS/CE Idade: 15 Ano(s)
Pai: ANTONIO FREIRE DA SILVA Mãe: MARIA AGUIDA RIBEIRO DE SALES
Endereço: CAMPO CAJUEIRO, SN Telefone: 88 36571178 CEP: 63650-000
Bairro: ZONA RURAL Município: QUITERIANOPOLIS UF: CE
Profissão: MENOR Empresa:
Convênio: SUS Matrícula:
Cônjuge: Responsável: MARIA AGUIDA
Endereço: CAMPO CAJUEIRO, SN Município: QUITERIANOPOLIS UF: CE
Data Atendimento: 27/04/2015 Hora: 14:45 CID: Sala:
Médico: JAMIL SANCHES JORQUEIRA CRM/UF: 6945/CE
Tipo Atendimento: CONSULTA ORTOPEDICA/TRAUMATO Funcionário: ANGELINA REGIA MACEDO DA CUNHA
Indicador de Acidente: CPF do Responsável:
Observação: ref no dia 27/04 SP00: 98%
Peso: 55 kg Altura (cm): Sinais Vitais: T (°C): P (bpm): 80 R (mpm): PA (mmHg): X
Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

Refra gen cam de
MOTO TEST / une
no ombro esquerdo

① Rx do GOMPO AB / P.

② Vórtice em ITM / 15.00

③ Avals Bw / Maxilo

Elanildo Martins
MÉDICO
CRM 6253

JAMIL SANCHES JORQUEIRA - CRM: 6945

OBSERVAÇÃO

Rece em 27/04/15

Dr. José Ozanito Mourão Soares
BUCA - MAXILO - FACIAL
CRO-CE 1336

Assinatura Paciente/Responsável

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por RAFAEL DE SOUSA REZENDE MONTI e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 17/02/2016 às 11:45, sob o número 01125815420168060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0112581-54.2016.8.06.0001 e código 1F4E2B1.

TE: Ante Francisco R. Silva MÉDICO: _____ PRONTUÁRIO: 95589 DATA: 27/04/15
LEITO: 06 SETOR: OBG

: NIO:

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

LEITO:

06

SETOR: 032

EVOLUÇÃO

27/04/15

27/04/15
18:25hs - Paciente em estado
neste setor de observação
com história de queda de
moto, com TCE, trauma nos
com escoriações na região
del, veio consciente, orientado
cooperativo, apresentando, m
enciado do hospital de
de que tem no colis

PA-320x90mm/ly 7:30

0683 5802-982

As 19:30 hrs Patient received
after hospital + received
medica. ✓ done

ALTERACAO NO PROCESSO

Prezado(a),

Informamos abaixo o processo que sofreu movimentacao durante o dia 11/12/2015, ficamos a disposicao para qualquer esclarecimento.

Responsavel pela alteracao: WILLAME

Nome da Vitima: ANTONIO FRANCISCO RIBEIRO DA SILVA

Natureza: INVALIDEZ

Nnmero do Sinistro: 3150795897

Situacao: PROCESSO INDENIZADO

Observacao: DATA PAGAMENTO: 11/12/2015 VALOR PAGAMENTO: 1687.50

SYSDPVAT - Sistema de Gerenciamento de Processos DPVAT



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **956.917.663-68**

Nome da Pessoa Física: **MARIA AGUIDA RIBEIRO DE SALES**

Data de Nascimento: **08/05/1968**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **10/01/2001**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **12:42:37** do dia **17/02/2016** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **6F26.C73D.2A89.5F9E**

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço www.receita.fazenda.gov.br.

Este documento não substitui o ["Comprovante de Inscrição no CPF"](#).

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)