



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: FRANÇUALDO DE SOUZA SILVA, brasileiro, solteiro, carpinteiro (Beneficiário de Auxílio-Doença por Incapacidade), inscrito no CPF sob o nº 013.056.323-46, portador da Carteira de Identidade com RG nº 2001029096102 SSP-CE, residente e domiciliado na Rua Antonio Cirineu Pereira, 81, Bairro Pedrinhas, Juazeiro do Norte-Ce.

OUTORGADO: Nomeia e constitui por este instrumento particular seu bastante procurador, FRANCIVALDO DE LEMOS PEREIRA, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/CE sob o número 12463, com escritório profissional localizado na Rua Todos os Santos, 398, onde receberá intimação.

PODERES: Amplos e ilimitados para o foro em geral em qualquer juízo, ou fora deste, instância ou tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-lo(s) nas que lhe(s) forem proposta(s), seguindo uma(s) e outra(s) até final decisão e execução, usando dos recursos legais, fazer conciliações; praticando, enfim, todos os demais atos necessários ao fiel e cabal desempenho do presente mandato; conferindo inclusive os poderes para subestabelecer esta, com ou sem reservas de poderes, agindo em conjunto ou separadamente, e ainda poderes especiais para confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre que se funda a ação e firmar compromisso, receber ALVARÁ em nome do outorgado, protocolizar junto a qualquer instituição bancária, efetuar saque e receber dinheiro, em especial para AJUIZAR AÇÃO DE COBRANÇA DE INDENIZAÇÃO DE SEGURO DPVAT contra SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DE SEGURO DPVAT S.A.

Juazeiro do Norte-Ce, 15 de dezembro de 2015.

Françualdo de Souza Silva

FRANÇUALDO DE SOUZA SILVA
outorgante

Rua Todos os Santos, 398 – Centro CEP 63.050-300 Juazeiro do Norte-CE – Pabx/Fax (88) 3511-2062
lemos.adv@oi.com.br OAB/CE 12463



DECLARAÇÃO DE POBREZA

FRANÇUALDO DE SOUZA SILVA, brasileiro, solteiro, carpinteiro (Beneficiário de Auxílio-Doença por Incapacidade), inscrito no CPF sob o nº 013.056.323-46, portador da Carteira de Identidade com RG nº 2001029096102 SSP-CE, residente e domiciliado na Rua Antonio Cirineu Pereira, 81, Bairro Pedrinhas, Juazeiro do Norte-Ce.

DECLARA, nos termos da Lei nº 1.060, de 05 de fevereiro de 1950 e da Lei nº 7.115, de 29 de agosto de 1983 e, para os devidos fins, de que sou pobre na acepção jurídica do termo, não disponho de condições econômicas para custear as respectivas despesas processuais, sem ônus grave para meu sustento e de minha família.

Por ser expressão da verdade, assumo a inteira responsabilidade pelas declarações acima sob as penas da lei, assino a presente declaração para que produza os efeitos legais pertinentes.

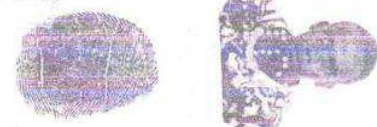
Juazeiro do Norte-CE, 15 de dezembro de 2015.

Françualdo de Souza Silva

FRANÇUALDO DE SOUZA SILVA
Declarante



1º DP J. DO MORTÉ



Francualdo de Souza Silva

2º DP J. DO MORTÉ

CPF: 290162905-100 DATA: 20/05/2004

Nome: FRANCUALDO DE SOUZA SILVA

Nome: JOAQUIM CLEMENTINO BATISTA E HELENA DE SOUZA SILVA

CPF: 290162905-100 DATA: 20/05/2004

CPF: 290162905-100 DATA: 20/05/2004

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
013.056.323-46

Nome
FRANCUALDO DE SOUZA SILVA

Nascimento
20/05/1985

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE

76CB.A622.8028.CCFU

Verificar a validade da inscrição no site www.receita.fazenda.gov.br

Secretaria da Receita Federal do Brasil

12.07.00 12.07.00 12.07.00 12.07.00 12.07.00 12.07.00 12.07.00 12.07.00 12.07.00 12.07.00

digito verificador 00

MPAS/INSS Sistema Unico de Beneficios DATAPREV 27/10/2015 12:31:50
HISCRE - HISTORICO DE CREDITOS Pagina atual: 01

ACAO Inicio Origem Desvio Restaura Fim
NB: 6111409666 FRANCUALDO DE SOUZA SILVA Situacao: Ativo
OLM Atual: 05.0.21.080 Espec.: 91 Pagto: 1 o. Dia Util
Banco: ITAU OP: 759244 - JUAZEIRO DO NORTE PE CICERO
Conta Corrente Atual: -- Dt. Renovacao Senha: 01/10/2015 Cred.

Periodo	Ret.	Dt. Pagto	Valor	Meio	Inv	Biq	Est	Det
01/10/2015 a 31/10/2015			880,00	CMG				
01/09/2015 a 30/09/2015	PAGO	01/10/2015	990,00	CMG				
01/08/2015 a 31/08/2015	PAGO	01/09/2015	880,00	CMG				
10/07/2015 a 31/07/2015	PAGO	01/09/2015	616,00	CMG				

Informe a impressora p/imprimir detalhe
Digite 99 para encerrar ou para detalhar

Proxima Pagina: 99

Window SISBEN/1 at DTPRJCV3



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 488 - 6171 / 2015

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRANSITO
Data / Hora da Comunicação: 22/04/2015 15:48:08
Data / Hora da Ocorrência : 12/04/2015 03:30:00
Endereço da Ocorrência: AV VIRGÍLIO TÁVORA



AEROPORTO JUAZEIRO DO NORTE /CE

Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: FRANÇUALDO DE SOUZA SILVA
Nascimento : 26/05/1985
RG: 2001029096102 Órgão Emissor: SSP UF: CE - CPF: 01305632346
Filiação: JOAQUIM CLEMENTINO BATISTA
HELENA DE SOUZA SILVA
Endereço: R BEATRIZ MARIA DA COSTA 37
AEROPORTO
JUAZEIRO DO NORTE, CE BRASIL - Telefone: 88-88555500

Histórico

Advertido das penalidades conminadas ao crime de falso testemunho, relata a vítima QUE era passageiro na motocicleta Honda/CG 125 de placa HUA-1516/CE, CHASSI 9CZJC1801JR121397, RENAVAL 00161284949, licenciada no nome de Cicero Ferreira Duarte e conduzida por Cicero Leandro dos Santos, sendo que após passarem por uma depressão via encoberta pela água, a vítima caiu para trás e sofreu fratura na clavícula esquerda, lesões em dedos do pé esquerdo e algumas escoriações, tendo sido socorrido pelo SAMU para o HRC. E nada mais disse.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : P/O Leide (2ª via)
JOSE ORISMAR RICARTE JUNIOR - MAT.: 404965-1-3

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO : J. Francisco de Souza Silva

VISTO DO DELEGADO(A) : LUIS JOSÉ TENÓRIO DE BRITTO - MAT.: 126893-1-4



DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE

Pág. 1 de 1
Impresso em: 09/09/2015 04:41

**CERTIDÃO NARRATIVA**

CERTIFICA, em virtude da faculdade que lhe é conferida por lei e o requerimento por escrito da parte interessada, que o **SAMU 192-CEARÁ**, prestou atendimento ao Sr. **FRANÇUALDO DE SOUZA SILVA**, portador do RG Nº 2001029096102 e inscrito no CPF sob o Nº 013.056.323-46, no dia 12/04/2015, às 3h06min, no município de JUAZEIRO DO NORTE - CE, na Av. Virgílio Távora, no bairro aeroporto. Paciente vítima de colisão moto com moto. Onde o mesmo foi encaminhado para o **Hospital Regional do Cariri - HRC**. E para constar eu, Ana Cristine Medeiros Silva, Assessoria Técnica, lavrei a presente certidão.

Eusébio, 5 de outubro de 2015

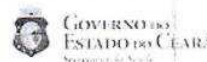
Atenciosamente,


MARIA DAS GRAÇAS TORRES
Assessoria Executiva
SAMU 192 CEARÁ


Dr. Luciana Chaves
CRM 12.629

SAMU 192 CEARÁ
Rua da Paz, nº 29 e 30, Centro-Eusébio-CE, Fone: (85) 3433 7434, Fax: 3260 2061
E-mail: samuceara.polo1@sema.saude.ce.gov.br
Ouvidoria do SAMU: ouvidoria.samupolo1@samu.ce.gov.br, Fone: (85) 3260-3797

INSTITUTO DE SAÚDE E GESTÃO HOSPITALAR - ISGH
HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI - HRC
ORGANIZAÇÃO SOCIAL SAÚDE



FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: FRANCUALDO DE SOUZA SILVA Prontuário: 111251 Admissão: 12/04/2015
Data Nasc.: 20/05/1985 Idade: 30 ano(s) 2 mes(es) e 14 dia(s) Telefone:
Mãe: HELENA DE SOUZA SILVA
Sexo: Masculino RG: 2001029096102 Município: JUAZEIRO DO NORTE
CEP: Bairro: SEM INFORMACAO
Endereço: SEM INFORMACAO

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: LARANJA Classificador: FRANCISCA NAIANA DE BRITO PINHEIRO Horário: 03:53
Queixa: PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, COM QUEIXA DE TRAUMA EM CRÂNIO E DOR EM MSE E MIE
Fluxograma: TRAUMA MAIOR
Discriminador: Mecanismo de trauma significativo
Sato02: Glasgow: 15 Temp.: Glicemia: Régua: Pulso/FC:

ATENDIMENTO

Médico: PEDRO ANTONIO GÔMES MACIEL CRM: 14372 N° 250102 P.A.:
Acidente: Sim Agressão: Não Peso:
Eixo: OBS BREVE/IMAGEM
Hipótese Diagnóstico: politrauma
Comorbidade: ndn
HDA/Exame Físico:

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO COM QUEIXA DOR EM MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO, ESCORIAÇÕES EM OMBRO ESQUERDO E PÉS BILATERALMENTE. COM HÁLITO ETÍLICO, NEGA OUTRAS QUEIXAS. NEGA ALERGIAS MEDICAMENTOSAS
A- PRESENÇA DE COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA, NEGA DOR EM COLUNA CERVICAL, TORÁCICA E LOMBAR À PALPAÇÃO: VIAS AÉREAS PERVEAS, SEM ALTERAÇÕES RESPIRATÓRIAS E SAT O2=97
B - SEM ALTERAÇÕES DE EXPANSÃO TORÁCICA, SEM ESCORIAÇÕES EM TORX, MV + E PERCUSSÃO TIMPÂNICA EM AHT, EUPINEICO
C - PULSO = 92 BPM, ; NORMOCORADO, PA = 140X 90
D - CONCIENTE, ORIENTADO, GLASGOW = 14; PUPLAS FOTORREATIVAS E ISOCORICAS
E - ESCORIAÇÕES EM PE EQUERDO E OMBRO ESQUERDO

AO EXAME:
ABD - FLÁCIDO, INDOLOR À PALPAÇÃO

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Data	Fluxograma	Discriminador	Risco	Profissional
12/04/2015 03:53:00	TRAUMA MAIOR	Mecanismo de trauma significativo	LARANJA	FRANCISCA NAIANA DE BRITO PINHEIRO

EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação
RX BACIA AP (0204060095)	12/04/2015 04:24	Não	Realizado
RX OMBRO AP	12/04/2015 04:24	Não	Realizado
RX TORAX PA (0204030170)	12/04/2015 04:24	Não	Realizado
RX COLUNA CERVICAL AP/LATERAL (0204020034)	12/04/2015 04:24	Não	Realizado
HEMOGRAMA COMPLETO => REX (0202020380)	12/04/2015 04:24	Sim	Realizado

PRESCRIÇÃO

Médico: PEDRO ANTONIO GOMES MACIEL

CRM: 14372

12/04/15 04:24

Prescrição	Horário:
AGUARDO EXAMES	
CETOPROFENO 100 MG IM	
SRL 1000 ML EV	

EVOLUÇÃO

Data Cadastro	Usuário Cadastro	Descrição
---------------	------------------	-----------

ENCAMINHAMENTO - CONDUTA FINAL☐ Alta. Conduta☐ Observação☐ Referência para:☐ Óbito

INSTITUTO DE SAÚDE E GESTÃO HOSPITALAR - ISGH
HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI - HRC
ORGANIZAÇÃO SOCIAL SAÚDE



FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: FRANCUALDO DE SOUZA SILVA Prontuário: 111251 Admissão: 03/08/2015
Data Nasc.: 20/05/1985 Idade: 30 ano(s) 2 mes(es) e 14 dia(s) Telefone: 88 88743404
Mãe: HELENA DE SOUZA SILVA
Sexo: Masculino RG: 2001029096102 Município: JUAZEIRO DO NORTE
CEP: Bairro: AEROPORTO
Endereço: RUA BEATRIZ MARIA DA COSTA 37

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: AZUL Classificador: MARIA GLEYCIANNE SAMPAIO MUNIZ Horário: 08:33
Queixa: Pcte com queixa de dor em mse após ac. de moto há mais de 1 mês
Fluxograma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES
Discriminador: Evento recente
Sato02: Glasgow: Temp.: Glicemia: Régua: 2 Pulso/FC:

ATENDIMENTO

Médico: LEONARDO TAITIRO MIYAZAWA CRM: 23092 N° 277047 P.A.:
Acidente: Sim Agressão: Não Peso:
Eixo: ALTA DA EMERGÊNCIA/MÉDICO
Hipótese Diagnóstico: luxação acromio clavicular crônica
Comorbidade:
HDA/Exame Físico:
LAC OMBRO ESQUERDO CRÔNICO COM 3 MESES DE EVOLUÇÃO. VEM PARA ATESTADO.
CD: ENC AMBULATORIAL PARA O ESTEFANIA

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Data	Fluxograma	Discriminador	Risco	Profissional
03/08/2015 08:33:00	PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	Evento recente	AZUL	MARIA GLEYCIANNE SAMPAIO MUNIZ

EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação
------	------------------	---------	----------

PRESCRIÇÃO

Médico:	CRM:
Prescrição	Horário:



COMUNICAÇÃO DE DECISÃO

NIT: 16236962643

Número do Benefício: 6111409666

Espécie: 91

Número do Requerimento: 167494997

Ao Sr.(a): FRANCUALDO DE SOUZA SILVA

Endereço: RUA ROBERTO MONTE DOS SANTOS 80, AEROPORTO

CEP: 63010970

Município: JUAZEIRO DO NORTE

UF: CE

Assunto: Pedido de Auxílio - Doença

Decisão: Deferimento do Pedido

Motivo: Constatação de incapacidade laborativa

Fundamentação Legal: Art.59 da Lei Nº8.213, de 24/07/1991; Artigos 71, 77 e 78 do Decreto Nº3.048, de 06/05/1999; Portaria Ministerial 359 de 31/08/2006, artigo 207, da IN 20 INSS/PRES. de 10/10/2007.

Em atenção ao seu pedido de Auxílio-Doença, apresentado no dia 09/07/2015, informamos que **foi reconhecido o direito ao benefício, tendo em vista que foi constatada incapacidade para o trabalho.**

O benefício foi concedido até 10/09/2015

Se nos 15(quinze) dias finais até a Data da Cessação do Benefício (10/09/2015), V.Sa. ainda se considerar incapacitado para o trabalho, poderá requerer novo exame médico-pericial, mediante formalização do Pedido de Prorrogação.

A partir de 10/09/2015 (data da cessação do benefício) e pelo prazo de 30 (trinta) dias, V. Sa. poderá interpor Pedido de Reconsideração ou Recurso a Junta de Recurso da Previdência Social.

O requerimento do Pedido de Prorrogação ou Pedido de Reconsideração poderá ser feito ligando para o número 135 da Central de Atendimento do INSS; ou pela Internet no endereço www.previdencia.gov.br ou uma Agência da Previdência Social - APS.

Informamos, ainda, que foi reconhecido o nexo entre o agravo e a profissiógrafia, conforme parágrafo 2º do artigo 20 da Lei 8.213, de 24/07/1991. O benefício foi concedido em espécie acidentária. Eventuais discordâncias poderão motivar recurso por parte do empregador à Junta de Recursos da Previdência Social.

Data: 10 de agosto de 2015

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS

Agência da Previdência Social: APS - JUAZEIRO DO NORTE Endereço: RUA SANTA LUZIA, 287/295, CENTRO

CEP: 63010227 Município: JUAZEIRO DO NORTE

UF: CE

Termo de Responsabilidade: Responsabilizo-me, sob as penas do Artigo 171 do Código Penal, pela veracidade da documentação apresentada para a solicitação do benefício acima descrito.

Ciente, em 10 de agosto de 2015

Francualdo de Souza Silva
Assinatura do Requerente / Representante Legal



PREVIDÊNCIA SOCIAL
Ministério da Previdência e Assistência Social
Instituto Nacional de Seguro Social

SABI
SISTEMA DE ADMINISTRAÇÃO DE
BENEFÍCIOS POR INCAPACIDADE

AGÊNCIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL: APS - JUAZEIRO DO NORTE

**REQUERIMENTO DE BENEFÍCIO POR INCAPACIDADE
E MARCAÇÃO DE PERÍCIA MÉDICA**

REQUERIMENTO Nº 167494997
BENEFÍCIO Nº 6111409666
(2ª Via)

Prezado (a) Sr(a)

FRANCUALDO DE SOUZA SILVA

(NOME DO SEGURADO)

01029096102		16236962643
(RG/CERTIDÃO)	(CTPS/SÉRIE)	(NIT)

(REPRESENTANTE LEGAL)	(RG)	(CTPS/SÉRIE)	(NIT)
-----------------------	------	--------------	-------

Informamos que nesta data foi habilitado o requerimento de Auxílio - Doença e que seu exame pericial foi marcado para a data, hora e local a seguir discriminado.

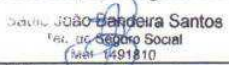
Data: 10/08/2015

Hora: 11:00

Endereço:
RUA SANTA LUZIA, 287/295
CENTRO JUAZEIRO DO NORTE - CE

Compareça ao exame pericial levando RG(Carteira de Identidade) ou Carteira Profissional.
Caso o(a) Sr(a) não possa comparecer no dia e hora marcados, solicitamos marcar novo exame pericial.
Ressaltamos que a nova marcação só poderá ser efetuada 01(uma) vez e devidamente justificada.

Juazeiro do Norte, 10 de agosto de 2015

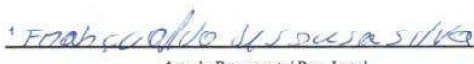

 João Banderia Santos
 Rep. do Seguro Social
 (Matr. 1491810)

Nome/Cargo/Assinatura
(Atendente)

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Responsabilizo-me, sob as penas do Art. 171 do Código Penal, pela veracidade da documentação apresentada para a solicitação do benefício acima descrito.

Ciente em 10/08/2015


 Ass. do Requerente/ Rep. Legal



SABI
SISTEMA DE ADMINISTRAÇÃO DE
BENEFÍCIOS POR INCAPACIDADE

AGÊNCIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL: APS - JUAZEIRO DO NORTE

REMARCAÇÃO DE EXAME PERICIAL

REQUERIMENTO Nº 168693562 (PP)

Prezado (a) Sr(a)

FRANCUALDO DE SOUZA SILVA

(Nome do segurado)

Informamos que foi remarcado seu exame pericial para a data, hora e local a seguir discriminados:

Data: 05/11/2015

Hora: 10:20 .

Endereço:

RUA SANTA LUZIA, 287/295

CENTRO

JUAZEIRO DO NORTE - (

Compareça ao exame pericial agendado, levando RG (Carteira de Identidade) ou Carteira Profissional. Considerando que já houve solicitação de remarcação, informamos que o não comparecimento na data acima agendada ensejará no indeferimento do requerimento ou cessação do benefício.

Juazeiro do Norte, 01 de outubro de 2015

Maria S. Costa
Nome/Cargo/Assinatura
(Atendente)

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Responsabilizo-me, sob as penas do Art. 171 do Código Penal, pela veracidade da documentação apresentada para a solicitação do benefício acima descrito.

Ciente em ____/____/____

Assinatura do Requerente/Rep. Legal

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT
Fax 21 2532-1148 www.seguradoralider.com.br
Av. Treze de Maio, nº 23 – 2º andar
Centro - Rio de Janeiro CEP 20031-007



Ouv/DPVAT nº 5305/15.
Rio de Janeiro, 17 de dezembro de 2015.

Exmo.(a) Sr.(a)
Francualdo de Souza Silva
Rua Beatriz Maria da Costa, 37
Pedrinhas – Juazeiro do Norte
CEP: 63018- 410- CE

Ref.: Processo de indenização – DPVAT

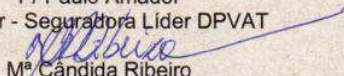
Prezado(a) Sr.(a),

Em atenção e resposta a sua correspondência recebida por esta Ouvidoria – Seguradora Líder-DPVAT, no dia 07/12/2015, referente ao sinistro 3150/380894, esclarecemos o que segue:

1. No procedimento-em epígrafe, não consta a nomeação de um procurador, com poderes específicos para representar e receber as informações que solicita. Importante esclarecer que não há necessidade de procurador ou intermediário para ter acesso aos benefícios do seguro DPVAT. O interessado deve entrar diretamente em contato com a seguradora responsável pela abertura do processo.
2. De qualquer modo, para que possamos atender ao que nos é solicitado por ele, é necessário que o mesmo se qualifique por procuração passada por instrumento público, no caso de beneficiário não-alfabetizado, ou instrumento público ou particular, com firma reconhecida por autenticidade, nos demais casos.
3. Junto à procuração devem ser apresentadas as cópias do CPF, carteira de identidade, comprovante de residência e declaração exigida pela Circular Susep 445/12, para prevenção à lavagem de dinheiro. Modelo em anexo.
4. Orientamos que, na intenção de agilizar a conclusão do processo, V.Sa. poderá enviar os documentos complementares a esta Ouvidoria, através do FAX: (21) 2532-1148.

Colocamo-nos à sua disposição para quaisquer outros esclarecimentos.

Atenciosamente,

P/ Paulo Amador
Ouvidor - Seguradora Líder DPVAT

Mª Cândida Ribeiro
Coordenadora Ouvidoria



Preocupada com o meio ambiente, a Seguradora Líder-DPVAT utiliza papel reciclado e ajuda a preservar o futuro.