

PROCURAÇÃO**OUTORGANTE:**

Nome: ANTONIO INACIO DA SILVEIRA		Nacionalidade: Brasileiro
Residência: SITIO CRUZEIRO		Profissão: PESCADOR
CPF nº: 011.892.368 - 42	RG n: 807.441	Estado Civil: SOLTEIRO
Bairro: ZONA RURAL	Cidade: BELA CRUZ	Estado: CE CEARÁ
CEP:	Telefone 9963 - 1620 (Mesmo) OU 9644 - 5014 (Fabio - filho)	

OUTORGADO:

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/CE 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.

PODERES:

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante nomeia e constitui, os outorgados, suas bastantes procuradores, 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 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 outorgante, enfim todos os poderes necessários para o cumprimento amplo do objeto do presente mandato.

FORTALEZA (CE), 17 de novembro de 2014.

Antonio Inacio da Silveira
Outorgante

DECLARAÇÃO

Eu, ANTONIO INACIO DA SILVEIRA, brasileiro, _____, portador da Carteira de Identidade/RG nº 807.441 -SSP/CE, e inscrito no CPF/MF sob o nº 011.892.368.42, residente e domiciliado na cidade de Bela Cruz, estado de Ceará, na Rua Sítio Cruzeiro, nº _____, 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), 17 de novembro de 20 14.

Antônio Inácio da Silveira

Declarante

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Nome: ANTONIO INACIO DA SILVEIRA		Nacionalidade: Brasileiro
Residência: SITIO CRUZEIRO		Profissão: PESCADOR
CPF nº: 011.892.368 - 42	RG n: 807.441	Estado Civil: SOLTEIRO
Bairro: ZONA RURAL	Cidade: BELA CRUZ	Estado: CE CEARÁ
CEP:	Telefone 9963 – 1620 (Mesmo) OU 9644 – 5014 (Fabio – filho)	

Declaro que resido no endereço acima citado e que os dados pessoais e demais documentos e informações fornecidos para o processo de Invalidez na via administrativa bem como para propositura de Ação Judicial em desfavor da Seguradora Líder ou qualquer outra Seguradora que faça parte do convênio DPVAT é de minha total responsabilidade.

Fortaleza (CE), 17 de novembro de 20 14.

Antonio Inacio da Silveira

Declarante.

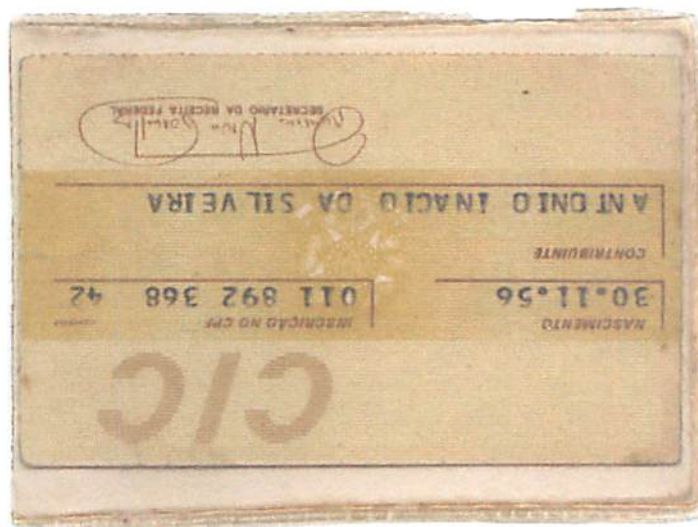
DECLARAÇÃO.

Eu, ANTONIO INACIO DA SILVEIRA, brasileiro, _____, RG _____, CPF _____, capaz, residente e domiciliado na rua _____, cidade de _____ /CE, CEP _____. 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.

Fortaleza (CE), 17 de novembro de 20 16.

Antonio Inácio da Silveira

Declarante.



3481547-3

COMPANHIA DE ENERGIA ELÉTRICA DO CEARÁ

Rua 37 35042 01 047200 - 4
 Nome ANTONIO INACIO DA SILVEIRA
 Cidade ST CRUZEIRO 00000
 Estado MATRIZ - BELA CRUZ - 62570000
 Medidor 2534232
 Classe 04-RURAL MONOFASICO
 RG / CPF / CNPJ 011892368-42
 Nome do Responsável

23/07/2014

Forma 0000 0000
 Estado de Matrícula

CONSUMO DE ENERGIA ELÉTRICA

Período de Medição: 22/03/2014 a 22/04/2014

Conjuntos TPAIRI
 Mês: Mai 2014
 Valor: R\$ 23,66

Mês	Tm	Tm	Apuração Indevida		Tm	Acum
			Mensal	Tm		
DIC	16,67	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
FEV	7,74	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
MAR	5,25	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Valor do Consumo: 47,35

VALOR CONSUMO DO MES 47,35
MULTA MORATORIA REF 04/2014 0,64
CORRECAO MONETARIA DO MES 0,25
JUROS DO MES 1,06

01/09/2014

COMPANHIA DE ENERGIA ELÉTRICA DO CEARÁ

CONSUMO DE ENERGIA ELÉTRICA

Consumo	Valor
Energia	31,55
Transmissão	0,25
Distribuição	12,55
Encargos Setoriais	1,10
Tributos (ICMS PIS COFINS)	1,90
TOTAL	47,35

DEBITOS ANTERIORES

Mês/Ano	Valor R\$
05/2014	51,89
06/2014	55,70

Importante CONTAS EM ATRASO

AVISO DE DEBITO VENCIDO:
 Informamos existir débitos vencidos sem acréscimos legais até esta data, no valor de R\$ 87,79. Seu fornecimento de energia poderá ser suspenso em até 90 dias contados a partir da fatura vencida e não paga.

Condição desta fatura R\$ 1,04 referente a PIS e COFINS.

A partir de 2015 vigorará o sistema de Bandeiras Tarifárias. A bandeira verde não implicará cobrança adicional. As bandeiras Amarela e Vermelha, quando acionadas, implicarão tarifas de maior valor, devido ao maior custo de geração. A partir de 01/07/2014 vigorará a bandeira VERMELHA, a qual implicará R\$ 0,023 por kWh de acréscimo ao valor da tarifa, líquido de impostos. Mais informações em: www.eneel.ce.gov.br

Nº do Cliente: 3481547-3 Referência: Jul/2014
 Data de Emissão: 23/07/2014 Total a Pagar (R\$): 49,30
 Nº da Nota Fiscal: 351593691 Nº de Controle: 0003481547 00078 39782 20

83620000000-5 49300031000-0 00034815470-9 00783978220-3

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por RAFAEL DE SOUSA REZENDE MONTI e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 18/07/2015 às 12:23, sob o número 01749918520158060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0174991-85.2015.8.06.0001 e código 1ADF0D5.



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

fls. 15

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 427 - 434 / 2014

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Data / Hora da Comunicação: **02/07/2014 10:58:29**

Data / Hora da Ocorrência : **30/01/2014 09:00:00**

Endereço da Ocorrência: **LGO LOCALIDADE DE LAGOA DOS GRIGÓRIOS**

ZONA RURAL CRUZ /CE

Ponto de Referência: **NI**

Histórico

Compareceu nesta Repartição Policial o Noticiante devidamente qualificado para comunicar que 30/01/2014, eram por volta das 09h, e se deslocava de sua residência na localidade de Aroeira, município de Bela Cruz (CE), para o Hospital do município de Cruz (CE), em estrada carroçável, pilotando a motocicleta de marca HONDA, mod. NXR 150 BROS ES, de COR PRETA, ano FAB. 2011, ano MOD. 2011, com PLACA OCQ1038, NIV 9C2KD0550BR007991, RENAVAN 387440011, licenciada em nome de ANTÔNIO SAMPAIO GOMES, quando ao desviar de uma motocicleta que vinha em sentido contrário, perdeu o controle de direção ao passar por um banco de areia, vindo a cair do veículo. Que sentindo fortes dores no ombro direito, foi socorrido até o Hospital Municipal de Cruz por outro motociclista que lá passava e de lá encaminhado para a Santa Casa de Misericórdia de Sobral, onde realizou raio-x no ombro direito que evidenciou fratura no local. Que passou 40 dias utilizando um colete imobilizador. Que foi atendido pelo médico ortopedista e traumatologista Francisco das Chagas Pereira, cujo CRM não sabe informar. Que passados cinco meses do acidente, sente fortes dores no local afetado e tem limitação no movimento articular, o que vem prejudicando sua capacidade laborativa. Que registra o presente BO para fins de acionamento do Seguro DPVAT. Que nada mais tem a comunicar.

Noticiante(s)

Nome : **ANTONIO INACIO DA SILVEIRA**

Endereço : **LGO LOCALIDADE DE CRUZEIRO/AROEIRA**

Bairro : **ZONA RURAL**

Município/UF : **BELA CRUZ CE BRASIL**

Telefone: **8899166302**

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE BELA CRUZ

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

CARLOS EDUARDO AMANCIO LIRA - MAT.: 198341-1-5

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO :

Antonio Inacio da Silveira

VISTO DO DELEGADO(A) :

FLÁVIO ARTUR NOVAES - MAT.: 014677-1-9



Dr. *Isaac Otávio*

Fisioterapia Geral / Quiropraxia
Terapia Manual / Pilates / RPG e Acupuntura

CREFITO 74596F

Laureado em Fisioterapia Funcional
Paciente: Antonio Lúcio da Silveira
Paciente vítima de acidente de trânsito, ocorreu dia trinta de janeiro de 2014, segundo trauma direto no ombro direito em altura de clavícula, realizou tentativas conservadoras tendo finalizado apresentando redução da amplitude articular para abdução e flexão de ombro, atrofia e dificuldade de e dor para realizar suas atividades diárias.

Santana do Acaraú :

07/08/14

Rua Mateus Mendes, 139 - Centro - Santana do Acaraú - CE (88) 9619.5585 / 9712.5644



ESTADO DO CEARÁ
GOVERNO MUNICIPAL DE BELA CRUZ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



RECEITUÁRIO MÉDICO

NOME: Antônio Trácio da Silveira

Atestado médico
O paciente apresentou
uma fratura da clavi-
cula esquerda no mês
de Fevereiro.
Agora está de repouso.

28/8/2014

Data

Alleiny Aurora Perez Romão
Médica
Nº 2300188-RMS

Carimbo e Assinatura do Profissional

AMAMENTAÇÃO: BOM PARA A MÃE, MELHOR PARA O BEBÊ

Rua Professor Nicácio, S/N - Centro - Bela Cruz - CE



Santa Casa de Misericórdia de Sobral

Rua Antonio Crisóstomo de Melo, 919 - Fone: (88)3677.1930 - Fax: (88) 3613.1908
 Certificado Filantrópico - Proc. 242.442/74 - e-mail: stacasa@sobralnet.com.br
 CNPJ: 07.818.313/0001-09 - CGF: 06.322.262-0
 Centro - Sobral - Ceará - CEP: 62.010-550

ATESTADO MÉDICO

Atesto que Antônio Inácio da
Silveira

Necessita de 120 (cento e vinte) dias de Licença para
 tratamento de Saúde.

Devido:

fratura clavícula dist

C.I.D. _____ Sobral, 20 / 02 / 14

Francisco dos Santos Pereira
 ORTÓPEDIA E TRAUMATOLOGIA
 CPF: 33.652.172-08
 Assinatura do Médico e Carimbo

Item 03 / Gráfica CLEIDE - 3611.3723

FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade Origem: Hospital Municipal de Juazeiro do Norte

Distrito Sanitário: 2º CRES

Município: Juazeiro do Norte

Nome: Roberto Sílvia da Silveira

Prontuário Nº.: _____

Sexo: M ☒ F ☐ Data de Nascimento: 30/11/50 Ocupação: _____

Endereço: Emprego (Bela Cruz) Bairro: _____ Tel.: _____

Motivo do Encaminhamento: paciente vítima de acidente

Resultados de Exames: Raio X de ombro (D) : Fratura

Consulta já Realizada: _____

Impressão Diagnóstica: Fratura de clavicula (D)


MÉDICO
CREMEC 14.380

Assinatura do Encaminhante - Nº. Registro

Função

Data

Hora

AGENDAMENTO

Encaminhamento para Atendimento: Ambulatorial ☐ Hospitalar ☐ Auxílio Diagnóstico ☐

Procedimento: _____ Profissional: _____

Unidade de Referência: _____ Data: 1/1 Hora: _____

FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA (*)

Unidade de Referência: _____

Município: _____ Prontuário Nº: _____

Alta: 1/1

Resumo Clínico / Cirúrgico: _____

Resultado de Exames: _____

Diagnóstico: Principal _____

CID: _____

Secundário 1 _____

CID: _____

Secundário 2 _____

CID: _____

Proposta de Conduta Para Seguimento: _____

O Problema justificou a referência? Sim ☐ Não ☐

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

Assinatura do Consultante - Nº. Registro



SANTA CASA
DE MISERICÓRDIA
DE SOBRAL

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGÊNCIAL

Atendimento: 10/01/2014 - 12:23
Reg.: 0174991-85-0001-0001
Nome: ANTONIO INACIO DA SILVA
End.: ARCEIRA 0
DISTRITO: BELA CRUZ-CE: CEP: 62570000

fls. 20

ATENDIMENTO: ADULTO ☒

PEDIÁTRICO ☐

CIRÚRGICO ☐

ACOLHIMENTO

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: ☒

HORA DA CLASSIFICAÇÃO: _____

PROCEDÊNCIA:

☒ PROCUROU PSF: SIM ☒

CAUSAS:

- ☒ ENCAMINHADO
- ☐ NÃO TINHA FICHA P/ CONSULTA
- ☐ NÃO TINHA MÉDICO
- ☐ POSTO ESTAVA FECHADO
- ☐ NÃO RESOLVEU O PROBLEMA

NÃO ☐ CAUSAS:

- ☐ NÃO É EFICIENTE
- ☐ É LONGE DE CASA
- ☐ NUNCA TEM MÉDICO
- ☐ TEM PLANO DE SAÚDE
- ☐ SAMU
- ☐ CARRO
- ☐ DEAMBULANDO
- ☒ OUTRAS AMBULANCIAS
- ☐ MOTO, BICICLETA...

☐ TRANSFERIDO DE OUTRO HOSPITAL:

☐ UBS

HDA DO ACOLHIMENTO:

Atendimento de queda de moto com fratura
na clavícula D.

PA: 1 PULSO: FR: TEMP: PESO:

TIPO DE ACIDENTE:

- ☐ Acidente c/ objetos corto-contusos
- ☐ Choque elétrico
- ☐ Ingestão acidental: ☐ Corpo estranho
- ☐ Queimaduras: ☐ 1º Grau ☐ 2º Grau ☐ 3º Grau Por: ☐ Água ☐ Óleo ☐ Álcool ☐ Elétrico
- ☐ Atropelamento: ☐ Carro ☐ Moto
- ☐ Carro ☐ com cinto ☐ sem cinto
- ☐ Mordedura de animais: ☐ Doméstico ☐ Selvagem ☐ Ofídico
- ☐ OUTROS
- ☐ Acidente por arma de fogo
- ☐ Afogamento
- ☐ Queda. De onde? ☐ Produto químicos farmacêuticos
- ☐ Bicicleta ☐ Outros
- ☐ Moto: ☐ com capacete ☐ sem capacete

LOCAL DO ACIDENTE:

- ☐ Domicílio
- ☐ Via Pública
- ☐ Escola
- ☐ Outros

COD. 4950

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por RAFAEL DE SOUSA REZENDE MONTI e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 18/07/2015 às 12:23, sob o número 01749918520158060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pd/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0174991-85.2015.8.06.0001 e código 1ADE005.

TIPO DE TRAUMA

- ☐ TCE ☐ ABDOMINAL ☐ TORÁCICO ☐ ORTOPÉDICO ☐ POLITRAUMA
☐ ESPANCAMENTO ☐ PAI ☒ MÃE: ☐ OUTROS ☐ VIOLÊNCIA SEXUAL ☐ PAI ☐ PADASTRO ☐ DESCONHECIDO

HORA DO ATENDIMENTO MÉDICO: _____

HDA DO MÉDICO: _____

CONDUTA: _____

DIAGNÓSTICO: _____

Ass. Médico - CRM

MOTIVO DO ATENDIMENTO

- ☐ CLÍNICO ☐ CARDIOLÓGICO ☐ NEUROLÓGICO ☐ OFTALMOLÓGICO
☐ CIRÚRGICO ☐ TRAUMAT. ORTOPÉDICO ☐ OTORRINO ☐ ODONTOLÓGICO
☐ TENTATIVA DE SUICÍDIO ☐ OUTROS _____

DESTINO DO ATENDIMENTO: ☐ CONSULTA

- ☐ COM MEDICAÇÃO
☐ SEM MEDICAÇÃO

- ☐ ALTA COMPLEXIDADE
☐ INTERNAÇÃO

- ☐ CLÍNICO ☐ CIRÚRGICO

OBSERVAÇÃO: DESTINO

- ☐ INTERNADO: ☐ CLÍNICO ☐ CIRÚRGICO
☐ ALTA
☐ TRANSFERÊNCIA ☐ HOSPITAL DE ORIGEM ☐ OUTROS

ALTA DO PACIENTE

Data: _____

Hora: _____

Santa Casa de M. de Sobr.
 CONFERE COM O ORIGINAL
 Andréia K. Montenegro
 Coordenadora

[Imprimir](#)[Fechar](#)

2014/761744 - ANTONIO INACIO DA SILVEIRA [PROCESSO NEGADO]

De: **Siga em Frente** (noreply@proevodpvt.com.br)
Enviada: quarta-feira, 24 de setembro de 2014 17:06:24
Para: **chicaoseg2@hotmail.com**



Sinistro: 2014/761744
Vítima: ANTONIO INACIO DA SILVEIRA

Vítima

Dados pessoais

Vítima: ANTONIO INACIO DA SILVEIRA
Endereço: SÍTIO CRUZEIRO, S/N
Bairro: MATRIZ
CEP: 62570-000
Cidade: BELA CRUZ
Código da vítima: CONDUTOR
CPF: 011.892.368-42
UF: CE
Natureza: INVALIDEZ
Nascimento: 1956-11-30
Data do Sinistro: 2014-01-30

Beneficiário

Beneficiário 1

Nome 1: ANTONIO INACIO DA SILVEIRA
CPF/CNPJ: 011.892.368-42
Data de nascimento: 30/11/1956
Cidade: BELA CRUZ
UF: CE
Banco: 237- BANCO BRADESCO
Agência: 0702-1
Conta: 03980-2

Histórico

Data	Status	Descrição
24/09/2014	PROCESSO NEGADO	* SEGUNDO A SEGURADORA LÍDER: Sequela não indenizável
09/09/2014	PROCESSO ENCAMINHADO PARA SEGURADORA LÍDER	
05/09/2014	PROCESSO ANALISADO E APROVADO	

Atenciosamente
Equipe Siga em Frente