

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA ET EXTRA"**OUTORGANTE:**

Nome: <u>João Batista Nascimento</u>		Nacionalidade: <u>BRASILEIRA</u>	
Estado Civil: <u>Solteiro</u>	Profissão: <u>Agricultor</u>	Carteira de Identidade: <u>2008236755-2</u>	
CPF nº: <u>090.270.823-67</u>	Residência: <u>PV Escadinha - Vila Progresso</u>		
Bairro: <u>Acarau</u>	Cidade: <u>Ceará</u>	Estado/UF: <u>CE</u>	CEP: <u>62.580.000</u>

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**, inclusive pedido de Alvará Judicial, 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 medicas**, em nome do(a) outorgante, enfim todos os poderes necessários para o cumprimento amplo do objeto do presente mandato.

Crateús - Ce., 10 de Junho de 2019.

Impressão Digital do(a) Outorgante

* Maria Miriam de Paula

Nome: Maria Miriam de Paula

RG: 2008790222-7 e CPF nº. 743.696.363-53

Assinatura a rogo pelo(a) outorgante

Carlos Wellington de Vasconcelos

Nome: CARLOS WELLINGTON DE VASCONCELOS

RG: 99097020728 e CPF nº. 970-884.803-44

Assinatura da Testemunha

* Ana Carolina de Freitas

Nome: ANA CAROLINA DE FREITAS

RG: 20074919797 e CPF nº. 056.489.243-21

Assinatura da Testemunha

DECLARAÇÃO DE POBREZA

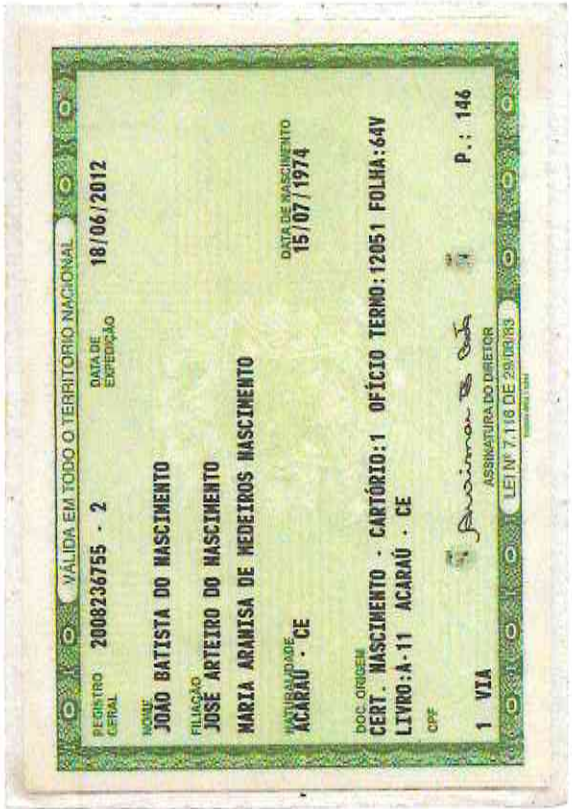
Declarante: <u>João Batista Nascimento</u>		Nacionalidade: Brasileira
Residência: <u>PV Escadinha - Vila Progresso</u>		Profissão: <u>Agricultor</u>
CPF nº: <u>090.270.823-67</u>	RG nº: <u>2008236755-2</u>	Estado Civil: <u>Solteiro</u>
Bairro:	Cidade: <u>Acarau</u>	Estado/UF: <u>Ceará</u>
CEP: <u>62.580.000</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., 10 de Junho de 2019.

Declarante



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Declarante: <u>João Batista Nascimento</u>		Nacionalidade: <u>Brasileira</u>
Residência: <u>PV Escadinha - Vila Progresso</u>		Profissão: <u>Agricultor</u>
CPF nº: <u>090.270.823-67</u>	RG nº: <u>2008236755</u>	Estado Civil: <u>Solteiro</u>
Bairro: _____	Cidade: <u>Acarauí</u>	Estado/UF: <u>Ceará</u>
CEP: <u>62.580.000</u>	Telefone: <u>(88) 996919968</u>	

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.

Acarauí - Ce., 10 de Junho de 2019.



(declarante)

9682529

Para agilizar seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07047251/0001-70 | CCF 06.105.846-3

fls. 12

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 564817963

Rota 25 35024 04 071100 - 2 Data de Emissão 09/03/2019
 Nome JOAO BATISTA DO NASCIMENTO
 End. Postal PV ESCADINHA 00000
 VL PROGRESSO - ACARAU - 62580000
 Medidor 3051852 Poste 0000 0000
 Classe B1 - 01-RESIDENCIAL 01-NORMAL MONOFASICO
 RG / CPF / CNPJ 090270823-67 CGF
 Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência Data da Apresentação Previsão Próxima Leitura
 Mar/2019 09/03/2019 05/04/2019

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunta MARÇO
 Mês Jan 2019 FUSP 7.18

ICMS

Base de Cálculo (R\$) Aliquota Valor do Imposto
 ISENTO

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC	10.44	20.88	41.76	0.19	0.00	0.00
FIC	7.52	15.04	30.08	1.00	0.00	0.00
DMIC	5.56			0.19		

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

220E.7F71.F027.6436.4186.73EE.61A4.DE18

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (KWh)	Cons. Incl.	Cons. Fat.	Tarifa (R\$/KWh)	Valor (R\$)
FF 5463	5450	1.00	13	0.00		1.17692	15.30
09/03/19	06/02/19		01 Dia		30		15.30

DESCRIÇÃO

	VALOR (R\$)
VALOR CONSUMO DO MES	15,30
MULTA MORATORIA REF 12/2018	0,30
COB. SALDO FATURA ANTERIOR	31,26

VENCIMENTO 05/04/2019

TOTAL A PAGAR (R\$) 46,86

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	0,00
Transmissão	0,00
Distribuição	4,70
Encargos Setoriais	1,20
Tributos (ICMS FIC COFINS)	0,50
TOTAL	15,30

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/KWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO₂) Compensado kg (CO₂) Consciência Ecológica (%CO₂)

11,71

0,00

0 100

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

CONTAS EM ATRASO

AVISO DE DÉBITO VENCIDO

Informamos existir débitos vencidos sem anotações legais em esta data, no valor de R\$ 00,25. Seu fornecimento de energia poderá ser suspenso em até 30 dias contados a partir da fatura vencida e não paga.

DÉBITOS ANTERIORES

Mês	Valor (R\$)
09/2018	15,30
12/2018	15,77

FATURADO TELA MINIMA

Consta desta fatura R\$ 0,50 referente a FIC e COFINS. Aliquotas: FIC 0,50 e COFINS 0,00.

Bandeira verde em mar-19, sem acréscimo no valor da energia a ser repassado para o consumidor. Informações: www.enei.gov.br

Nº do Cliente: 9682529 Referência: Mar/2019
 Data de Emissão: 09/03/2019 Total a Pagar (R\$): 46,86
 Nº da Nota Fiscal: 564817963 Nº de Controle: 0009682529 00007 39082 83

38380000000-3 46860031000-5 00096825290-7 00073908243-4





BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 403 - 1136 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **21/05/2018 08:22:40**
Data / Hora da Ocorrência: **28/01/2017 10:00:00**
Endereço da Ocorrência: **ESTRADA DE CELSOLÂNDIA**
Complemento:
Bairro: **ZONA RURAL** Município: **ACARAU/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **JOÃO BATISTA DO NASCIMENTO**
Nascimento: **15/07/1974** CPF: **090.270.823-67**
RG : Orgão Emissor: UF:
Filiação: **MARIA ARANISA DE MEDEIROS NASCIMENTO**
JOSÉ ARTEIRO DO NASCIMENTO
Endereço: **VILA DE ESCADINHA**
Bairro: **ZONA RURAL**
Município: **ACARAU/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone:

Histórico

bo-dp

Afirmou o declarante que sofreu um acidente quando foi atingido por um automóvel; Que o declarante disse que estava numa bicicleta, e após a colisão, caiu, ficou inconsciente e só recobrou os sentidos quando estava no Hospital Moura Ferreira de Acaraú/CE; Que o médico constatou, pela situação do declarante, que ele tinha sido vítima de um atropelamento; Que o declarante disse que testemunhas afirmaram que o (a) condutor (a) do automóvel não socorreu o declarante, ou seja, evadiu-se do local; Que o declarante disse que recebeu alta médica depois de mais ou menos vinte e quatro horas; Que o declarante disse que continuou sentindo dores e foi no referido Hospital e desta Unidade ele disse que foi encaminhado para o Hospital Regional de Sobral/CE (no mês de fevereiro do ano de 2018), onde foi melhor remediado pela equipe hospitalar; E nada mais afirmou.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE ACARAU

Conceição Souza Santos
Escrivã de Polícia Civil
Mat: 301.175-1-4

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

CONCEIÇÃO SOUZA SANTOS - MAT.: 30117514

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A) :

EVERTON JOSÉ PESSE - MAT.: 300854-1-8

Prontuário: 057381

Atendimento: 0008

Guia Aut:

Sexo: M fls. 14

Paciente: JOÃO BATISTA DO NASCIMENTO

RG : 2008236755-2

CNS: 898004074951799

Data Nascimento: 15/07/1974

Idade: 42 Ano(s)

Pai: JOSÉ ARTEIRO DO NASCIMENTO

Mãe: MARIA ARANISA DE MEDEIROS NASCIMENTO

Endereço: SÍTIO CELSOLANDIA, SN

Telefone: 88 96865200

Bairro: CELSOLANDIA

Município: ACARAU

UF: CE

Profissão:

Empresa:

Convênio: SUS

Matrícula: 898004074951799

Cônjuge:

Responsável: MARIA ARANISA DE MEDEIROS NASCIME

Município: ACARAU

UF: CE

Endereço: SÍTIO CELSOLANDIA, SN

Sala:

Data Atendimento: 28/01/2017

Hora: 10:53

CID:

CRM/UF: 13352/CE

Médico: FRANCISCO MIGUEL DE LIMA JUNIOR

Funcionário: SUZANE MAYARA ALVES

Tipo Atendimento:

Indicador de Acidente:

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

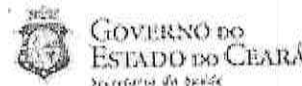
Evolução Médica

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

FRANCISCO MIGUEL DE LIMA JUNIOR - CRM: 13352

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: MARIA ARANISA DE MEDEIROS NAS

INSTITUTO DE SAÚDE E GESTÃO HOSPITALAR - ISGH
HOSPITAL REGIONAL NORTE - HRN
ORGANIZAÇÃO SOCIAL SAÚDE



FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: JOAO BATISTA DO NASCIMENTO
Pront.: 54701 Data Nasc.: 15/07/1974 Idade: 43 ano(s) 6 mes(es) e 17 dia(s) Admissão: 01/02/2018 20:53
Mãe: MARIA ARANISA DE MEDEIROS NASCIMENTO
Sexo: Masculino RG: 20082367552 Município: ACARAU
CEP 62580-000 Bairro: ZONA RURAL Tel.:
Endereço: ESCADINHA Num: SN

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: AMARELO Classificador DYEGO HENRY LIRA SOUSA Horário 01/02/2018 20:57
Queixa: Paciente etilista encaminhado com dor, edema e calor em coxa "E" há 1 dia, HD: TVP?
Problema: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES
Classificador: DOR MODERADA

ATENDIMENTO MÉDICO

Médico: RENATO KATRIO POLICARPO CARVALHO CRM: 6 Nº: 388892 Horário 01/02/2018 21:33
Acidente: Não Agressão: Não Peso: P.A.:
Eixo: OBSERVAÇÃO BREVE ADULTO
Hipótese Diagnóstico: CELULITE DE OUTRAS PARTES DO(S) MEMBRO(S)
Comorbidade:
HDA/Exame Físico:
PACIENTE APRESENTANDO EDEMA ASSIMÉTRICO EM TODO O MIE COM PRESENÇA DE SINAIS FLOGÍSTICOS
LOCAIS E PRESENÇA REGIAO ENDURECIDA INGUINAL HA CERCA DE 2 DIAS
PACIENTE ETILISTA CRONICO
FUNCOES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS
NEGA OUTRAS QUEIXAS
AO EXAME
REG, AAA, ORIENTADO, CONSCIENTE, HIDRATADO, EUPNEICO
MV + SEM RHA
y: RCR EM 2T, BCNF S/S
BDOME: PLANO, DOLOROSO A PALPAÇÃO, RHA+, SEM VMG
EXT:PPP, EDEMA ASSIMETRICO EM MIE

EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação
BILIRRUBINA TOTAL/ FRACOES SANGUE (0202010201)	01/02/2018 21:38	Não	Pendente
CALCIO IONIZAVEL =>REX (0202010228)	01/02/2018 21:38	Não	Pendente
HEMOGRAMA COMPLETO =>REX (0202020380)	01/02/2018 21:38	Não	Pendente

INSTITUTO DE SAÚDE E GESTÃO HOSPITALAR - ISGH
HOSPITAL REGIONAL NORTE - HRN
ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE



RELATÓRIO ADMISSÃO ENFERMAGEM

Paciente: 054701 - JOAO BATISTA DO NASCIMENTO

Sexo: Masculino Idade: 43 ano(s) 6 mes(es) e 30 dia(s)

Endereço: ESCADINHA

Bairro: ZONA RURAL

CEP: 62580-000

Num: 0000000 Cidade: ACARAU

UF: CEARÁ

HISTÓRIA CLÍNICA

Avaliação de Riscos

Queda: Sim

Outros: Não

Alergias: NEGA

Broncoaspiração: Não

Lesão por pressão: Sim

Dermatite: Não

Flebite: Sim

Paciente em Hemovigilância: Não

Escala de Dor: Dor Leve

Braden: 17 pontos - RISCO LEVE (15-18)

Escl 11: 18 - 24 = Grau II - Cuidados Intermediários - CI / NECESSIDADE DE VIGILÂNCIA E CUIDADOS: Pacientes fisiologicamente estáveis porém requerendo cuidados Intermediários de enfermagem.

PS:

Motivo Internação

DRENAGEM DE ABSCESSOS

HISTÓRIA PREGRESSA

Hipertensão: Não

Diabetes: Não

AVC: Não

DPOC: Não

Tuberculose: Não

IRA/IRC: Não

Hospitalização Anterior: Sim

Cirurgias Anteriores: Sim

Transfusões Sanguíneas: Não

Tabagismo: Não

Etilismo: Não

Drogas Ilícitas: Não

Outros:

EXAME FÍSICO

FC(bpm): 87

FR(mnpm): 20

SATO2: 0000

PA: 110/70

DX: 000

T: 36,2

Estado Geral

Estado Consciência: Verbaliza

Tórax: Normal

Tórax Presença de: Não

Abdomen Item I: Plano

Abdomen Item Ruídos Hidroaéreos Presentes

Abdomen Presença de Drenos: Sim

FLANCO E

Rede Venosa: Visível

Rede Venosa Presença de Catéter: Sim - Central

Condição Pele: Lesão Presente

FERIDA CIRÚRGICA

Sist. Resp. Item I: Em Ar Ambiente

Sist. Resp. Item II: Eupneica

Sist. Resp. Item III: Retração Externa

Sist. Resp. Item IV: Ausculta Murmúrios Vesiculares

Sist. Gastrointestinal Alimentação: Sem Sonda

Sist. Gastrointestinal: Sem Resíduo Gástrico

Sist. Gastrointestinal Eliminações Intestinais: Ausentes

Sist. Genitourinário Item I: Com Sonda

Sist. Genitourinário Item II: Diurese Presente

CLARA, PEQUENA QUANTIDADE

AVALIAÇÃO ENFERMEIRO

ADMITIDO NA CC1, EM PO DE DRENAGEM DE ABSCESSO EM PSOAS E COXA E. RELATA TER SOFRIDO ACIDENTE DE CARRO, O QUE OCASIONOU DOR E DIFICULDADE P/ DEAMBULAR. NEGA COMORBIDADES.

14/02/2018 13:03

Rua Presidente Geisel, 419, Junco - CEP: 62303-340 - Sobral - Ceará

Unidade mantida com recursos públicos, provenientes de seus impostos e contribuições sociais.



Governo Municipal de
Acaraú
 Secretaria de Saúde



NOME: João Batista de Nascimento

ESF: _____ ACS: _____

RECEITUÁRIO

Atestado médico

Atesto que o paciente supracitado, 44 anos, sofreu acidente de carro há 03 anos que, ocasionou fratura completa de acetábulo e luxação central de cabeça femoral e quadril (E), gerando dor e dificuldade para deambular.

CID 10: S73.0

Dra. Leilane Soares Marques
 Médica
 CREMEC 19.472

Acaraú/Ce: 07/08/19

Assinatura



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 30 de Maio de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190320047

Vítima: JOAO BATISTA DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 28/01/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JOAO BATISTA DO NASCIMENTO

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequelas definitivas, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00835/00836 - carta_04 - INVALIDEZ



00070418

Carta nº 14388799