



End. Profissional: Rua Dr. João Tomé, nº 979, Sala 103, Fátima I – Crateús-Ce
Cep. 63.700-000 - Tel.: (Fax): (88) 3692 – 3794 – E-mail: deranysantos@hotmail.com

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Nome: <i>Cléiandy Rodrigues Gonçalves</i>	Nacionalidade: BRASILEIRA		
Estado Civil: <i>solteiro</i>	Profissão: <i>Professor</i>	Carteira de Identidade: <i>2000020046783</i>	
CPF nº: <i>004.258.303-90</i>	Residência: <i>Rua Capitão Rodrigo, 211</i>		
Bairro: <i>Centro</i>	Cidade: <i>Novo Oriente</i>	Estado/UF: <i>CE</i>	CEP: <i>63.740-000</i>

OUTORGADO: ANTONIA DERANY MOURÃO DOS SANTOS, brasileira, solteira, advogada inscrita na OAB/CE sob o nº 34.613; com endereço profissional na Rua Dr. João Tomé, nº. 979, Sala 103, Fátima I, Crateús/CE, CEP nº 63.700-000; Fone/Fax: (88) 3692.3794.

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, enfim todos os poderes necessários para o cumprimento amplo do objeto do presente mandato.

CRATEÚS – CE., 12 de Julho de 2019.

Cléiandy Rodrigues Gonçalves
(outorgante)



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

End. Profissional: Rua Dr. João Tomé, nº 979, Sala 103, Fátima I – Crateús-Ce
 Cep. 63.700-000 - Tel.: (Fax): (88) 3692 – 3794 – E-mail: deranyasantos@hotmail.com

DECLARAÇÃO

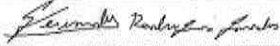
Declarante: <i>Valuandy Rodrigues Conceição</i>		Nacionalidade: Brasileira
Residência: <i>Rua Capitão Rodrigo, 211</i>		Profissão: <i>Professor</i>
CPF nº: <i>004.258.303-90</i>	RG nº: <i>2000020046783</i>	Estado Civil: <i>casado</i>
Bairro: <i>Centro</i>	Cidade: <i>Novo Oriente</i>	Estado/UF: <i>Ceará</i>
CEP: <i>63.740-000</i>	Telefone:	

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.

Crateús - *CE*, *12* de *julho* de *2019*.

Valuandy Rodrigues Conceição
 Declarante

 REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADIAS DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁNSITO CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO			
NOME GLEIVANDY RODRIGUES GONCALVES			
		DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF 2000020046783 SSP CE	
CPF 004.258.303-90		DATA NASCIMENTO 12/02/1984	
FILIAÇÃO LUIZ GONCALVES NETO MARIA RODRIGUES GONCALVES TEIXEIRA			
PERMISSÃO 		ACC 	CATHAR A
Nº REGISTRO 05548164598		VALIDADE 03/01/2022	1ª HABILITAÇÃO 23/07/2012
OBSERVAÇÕES SEM OBSERVAÇÃO;			
 ASSINATURA DO PORTADOR			
LOCAL CRATEUS, CE		DATA EMISSÃO 06/02/2017	
 ASSINATURA DO EMISSOR		40372844884 CE157425320	
CEARÁ			

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
 1467719716

PROIBIDO PLASTIFICAR
 1467719716



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

End. Profissional: Rua Dr. João Tomé, nº 979, Sala 103, Fátima I – Crateús-Ce
 Cep. 63.700-000 - Tel.: (Fax): (88) 3692 – 3794 – E-mail: deranysantos@hotmail.com

DECLARAÇÃO

Declarante: <i>Gleivandy Rodrigues Gonçalves</i>		Nacionalidade: Brasileira
Residência: <i>Rua Capitão Rodrigo, 211</i>		Profissão: <i>Professor</i>
CPF nº: <i>004.258.303-90</i>	RG nº: <i>2000020046783</i>	Estado Civil: <i>casado</i>
Bairro: <i>Centro</i>	Cidade: <i>Novo Oriente</i>	Estado/UF: <i>Alagoa</i>
CEP: <i>63.740-000</i>	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.

Crateús - CE., 12 de Julho de 2019.

Gleivandy Rodrigues Gonçalves
 (declarante)



2ª Via

Nº de Inscrição:

0051651220

DADOS DO CLIENTE

Nome: LUIS GONCALVES NETO

End. Leitura: RU CAP RODRIGO, 211, CENTRO

Cidade: NOVO ORIENTE

CEP: 63.740-000

End. Entrega:

Cidade:

CEP:

Local: 097

Setor: 004

Quadra: 0118

Lote: 0085

Comp: 0000

Subsetor:

Subquadra:

ECONOMIAS

Residencial: 001

Comercial: 000

Industrial: 000

Pública: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volum(m³)	Media Semestral (m³)
AGUA	A10F009163	1060	1066	6	8

DATAS

Leitura Atual: 26/06/2019

Emissão: 12/07/2019

Lacre Água: 99999

Leitura Anterior: 27/05/2019

Próxima Leitura: 24/07/2019

Lacre Esgoto:

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 04/2019

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Exigidas	021	021	010	021	021
Analisadas	021	021	010	021	021
Em conformidade	021	019	010	021	021

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Diga não ao trabalho infantil. DENUNCIE! Disque 100 ou procure o Conselho Tutelar mais próximo de sua residência. Não precisa se identificar. O sigilo é garantido. Agradecemos sua pontualidade. Água tratada e saúde.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME
28,30	Mês/Ano
	Água (m³)
	Esgoto (m³)
	JUN/2018
	6
	0
	JUL/2018
	5
	0
	AGO/2018
	5
	0
	SET/2018
	9
	0
	OUT/2018
	6
	0
	NOV/2018
	12
	0
	DEZ/2018
	7
	0
	JAN/2019
	12
	0
	FEV/2019
	8
	0
	MAR/2019
	11
	0
	ABR/2019
	7
	0
	MAI/2019
	5
	0

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO

Descrição	Valor (R\$)	SUBSÍDIO	Valor (R\$)
PIS	0,27	Descrição	
COFINS	1,35	VALOR DO SERVIÇO	41,10
		VALOR DO SUBSÍDIO	12,80
		VALOR TOTAL A PAGAR	28,30

MÊS/ANO

06/2019

VENCIMENTO

05/07/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

28,30

ONDE PAGAR SUA FATURA

Bancos: Bradesco, BNB, Itaú, BIC, Banco do Brasil, Caixa Econômica Federal, Santander, Triângulo. Outros: PaoFácil. A Cagece disponibiliza o serviço de débito em conta de sua fatura. Ative já este serviço. Consulte sua agência.



É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme resoluções das Agências Reguladoras.

Maiores informações pelo telefone: 0800 275 0195, nas lojas de atendimento, de 8h às 17h, no site www.cagece.com.br ou na ouvidoria Cagece: 3101.1918, de 8h às 12h e 13h às 17h. Ouvidoria estadual: 155. Site da ARCE: www.arce.ce.gov.br

Entidades Reguladoras: Fortaleza: ACFOR - Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental: 0800 285 1919 - Demais Localidades: ARCE - Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará: 0800 275 3838.



Fatura Mensal

Via do agente arrecadador

DADOS DO CLIENTE

Inscrição: 0051651220 Código de Responsável:

Mês/Ano: 06/2019

Local: 097

Setor: 4

Quadra: 0118

Lote: 0085

Comp: 0000

Subsetor:

Subquadra:

Cidade: NOVO ORIENTE

Vencimento: 05/07/2019

Total (R\$): 28,30

82640000000-4 28300009000-3 05165122001-7 00069231035-2



EMISSION: GESSE 12/07/2019 02:57:41



Impresso nº 2019203102

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 511 - 233 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **28/03/2019 09:40:00**
Data / Hora da Ocorrência: **17/12/2018 17:00:00**
Endereço da Ocorrência: **SITIO LOCALIDADE MACACO**
Complemento:
Bairro: **ZONA RURAL** Município: **NOVO ORIENTE/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **GLEIVANDY RODRIGUES GONÇALVES**
Nascimento: **12/02/1984** CPF: **004.258.303-90**
RG: **2000020046783** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **MARIA RODRIGUES GONÇALVES TEIXEIRA**
LUIZ GONÇALVES NETO
Endereço: **RUA CAPITÃO RODRIGO, 211**
Bairro: **CENTRO**
Município: **NOVO ORIENTE/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone:

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **HYG4220** Uf: **CE** Município: **NOVO ORIENTE** Chassi:
9C2JC30102R226642 Renavam: **793932602** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 TITAN KS** Ano
Fabricação: **2002** Ano Modelo: **2002** Combustível: **GASOLINA** Cor:
VERMELHA Proprietário: **LUIZ GONCALVES NETO** Situação: **NÃO**
INFORMADO Envolvimento: **ABALROAMENTO**

Histórico

1ª) Vítima Condutor

A pessoa acima qualificada compareceu ao cartório desta delegacia para noticiar que no dia 17/12/2018, por volta das 17h00, sofreu um acidente de motocicleta, quando trafegava na motocicleta Honda/CG 125 TITAN KS, placa HYG 4220, cor vermelha, licenciada e registrada no nome de seu pai LUIS GONÇALVES NETO; QUE estava trafegando com a motocicleta na localidade do Macaco, zona rural do Novo Oriente-CE, quando se aproximava de um entrocamento e outra motocicleta adentrou a via que o declarante vinha invadindo a preferencial; Que a outra motocicleta atingiu a motocicleta do declarante entre a roda dianteira e o mata-cachorro do lado direito; Que o piloto da outra motocicleta se levantou e se evadiu do local sem prestar socorro; Que o declarante foi socorrido por populares que chegaram de carro ao local logo depois do acidente; Que o foi socorrido para o hospital do município Dr José Maria Fernandes Leitão; Que foi encaminhado ao hospital de Crateús-CE, para realizar exames; Que foram feitos rios x dos tornozelos; Que o declarante teve fratura nos dois tornozelos; Que seu tornozelo direito permaneceu com gesso mais de dois meses; Que o tornozelo esquerdo não foi engessado em virtude de um corte



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE NOVO ORIENTE

Impresso nº 2019203102

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 511 - 233 / 2019

fls. 14

FLS.

RUBRICA

AUTORIDADE POLICIAL

ocasionado pelo acidente em que o declarante levou 13 pontos em seu pé esquerdo; Que ainda sofre dores até hoje em virtude do acidente, principalmente em seu pé esquerdo (quando fixa o pé no chão); E nada mais disse.

2ª) Determinou a Autoridade Policial que no presente documento consignar que a motocicleta foi apresentada na Delegacia (ou qualquer outro órgão público) na data dos fatos para realizar perícia, a fim de comprovar que realmente houve acidente, sendo periciado o veículo na data de 20/02/2019, conforme laudo pericial nº 192793-02/2019P Ademais, não foi realizado exame complementar, ocasião, em que a SEGURADORA LÍDEA dispensa laudo do IML nos casos em que não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou a região em que reside a vítima. QUE, boletim de ocorrência foi registrado aproximadamente 03 meses após acidente.

3ª) Dados do veículo acima descrito.

4ª) Testemunhas

4.1) LUIS GONÇALVES NETO, RG 2016049283-6, SSP-CE, residente na Rua Capitão Rodrigo, nº 211, Bairro Centro, Novo Oriente-CE.

Luis Goncalves Neto

4.2) MARIA GONÇALVES LIMA, RG 2018042174-8, SSP-CE, residente Localidade de São Raimundo, Zona rural, Novo Oriente-CE.

Maria Goncalves Lima

As informações contidas neste Boletim de Ocorrência são de inteira responsabilidade do queixoso, sendo ao mesmo informado que a comunicação de crime não ocorrido ou fato inexistente é crime punível na forma da Lei (art. 339 e 340 do CPB).

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE NOVO ORIENTE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

Rafael Belodina Silva
Escrivão de Polícia

RAFAEL BELO DA SILVA - MAT.: 3012009

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Rodrigo Ribeiro de Vasconcelos

VISTO DO DELEGADO(A) :

RODRIGO RIBEIRO DE VASCONCELOS - MAT.: 301231-4

FICHA DE TRATAMENTO AMBULATORIAL

Nome Paciente 19689-GLEIVANDY RODRIGUES GONCALVES		Data - Hora 17/12/2018 - 19:46:02		Atendimento 28171
Cartão Nacional de Saúde(CNS) 898002785743158		Documento	Data de Nascimento 12/02/1984	Idade 34
Nome da Mãe MARIA RODRIGUES GONCALVES TEIXEIRA			Telefone de Contato	
Endereço RUA CAPITÃO RODRIGO	Número	Bairro CENTRO	Cidade/UF NOVO ORIENTE/CE	CEP 63740000
Procedência				
História Clínica/Queixa do Paciente <i>Fratura no tornozelo da perna da direita</i>				
Exame Físico <i>Fratura no tornozelo</i>				
Exames Solicitados				
Hipótese/Conclusão Diagnóstica <i>Fratura da perna D</i>				
Conduta/Tratamento - SFT 99/1000 - Altopro 1000 - Oxidron 400 - Siga 1000 - Siga 1000				
Recepção / Atendente		Assinatura / Carimbo do Médico		
Ass. Paciente ou Responsável / Saída		Assinatura / Carimbo do Médico		

FICHA DE REFERÊNCIA

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

Unidade de Origem: _____

Distrito Sanitário: _____ Município: _____

Nome: Gerandy Rodrigues Prudente Prontuário: _____

Endereço: R. Cipitanga, S/N

Sexo: M ☒ F ☐ Data de Nascimento: 12/07/84 Ocupação: _____

Motivo do Encaminhamento?

Requerente vítima de acidente de moto quando estava sobre o pavimento em ambas as pernas

Resultado de Exames: _____

Conduta já Realizada

Impressão Diagnóstica

Contusões
Dra. Rita Velasco A. Camelo
CRM/CE 18902

medica
Função

18/12/18
Data

Hora

AGENDAMENTO

Encaminhamento para Atendimento: Ambulatorial ☐ Hospitalar ☐ Auxílio Diagnóstico ☒

Procedimento: RX p/ D e E Profissional: _____

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

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA (*)

Unidade de Referência: _____

Município: _____ Prontuário N.º _____ Alta: ____/____/____

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 - N.º Registro

Função

Data



fls. 17
Impressão: 18/12/2018 09:02

Página 53
v20080

DADOS DO PACIENTE

DADOS DO ATENDIMENTO

Classificação de Risco

Classificação de Risco: VERDE Data e Hora: 18/12/2018 09:01

Responsável pela Classificação: MARIA CARINA DANTAS

Relatório:

paciente vítima de queda de moto (sic), com trauma em MMII no tornozelos e pés , com ferimentos

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

Trebuie sa mmi
a putere sa mmi
a dor e edura
sa mmi
k formozato d / E
d tale bo te a

Luís Glauber Mota Rodrigues
TÉC. DE IMPLANTAÇÃO ORTOPÉDICA
R. EST. GON. Nº 9480

JAMIL SANCHES JORQUEIRA - CRM: 6945

Assinatura Paciente/Responsável:
Responsável: PAMELA MARIA ALVES CAR

RECEITUÁRIO MÉDICO

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO

Nome: _____

END.: _____

CIDADE: _____

☐ SEDE

☐ ZONA RURAL

[Assinatura]

① Agripoxum 500g — 8/12
Tras 14 8/12 por 7 dias

② Clonidina 200g — 8/12
Tras 14 8/12 por 5 dias

③ Atropina 100g — 8/12
Tras 14 8/12 por 5 dias

carimbo profissional

[Assinatura]
Dr. Rita Valério A.C.
CRM 18803

Data: 29/12/18

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - Rua Dona Joana, S/N - Centro - Novo Oriente - Ceará - CEP: 63740-000
Telefone: (88) 3629.1165 - Email: smsriovooriente2017@gmail.com

Hospital São Lucas

ADMINISTRAÇÃO



SÃOCAMILO

RECEITUÁRIO

Nome do Paciente:

Glennady Rodionov Council

1
use one before time 500 to
for 1 rep to 6/6
Ar flex retard 200 - 10
for 1 rep to 2nd

Rektor van die

2/ 1/19 p/

Pa de formiglo D/E

Junior Fernandes
CRM 6028
TRAUMATO-ORTOPEDIA

$$\begin{array}{r} 18 \\ 12 \\ \hline 18 \end{array}$$

Rua Ubaldino Souto Maior, 1052 - São Vicente - CEP: 63.700-000 - Fone: (88) 3691.2019 / 3691.2202 - Crateús - CE

RECEITUÁRIO MÉDICO

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO

Nome: Gleivany Nunes Gualarte

END.: _____

CIDADE: _____ ☐ SEDE ☐ ZONA RURAL

Rx

Uso Oral

(1) PROFLAM 100 mg — Oral
Toma 1 01 cp de 12/12h por 7 dias

(2) DIPLOVA 1 G ou Paracetamol 750 mg — Oral
Toma 1 01 cp de 12/6h de dor

Dra. Bruna Ximenes
MÉDICA
CREMEC: 18.516

carimbo profissional

Data: 18, 12, 2018

SINISTRO 3190266185 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA GLEIVANDY RODRIGUES GONCALVES****COBERTURA Invalidez****PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** Compreve

Previdência S/A-Filial Fortaleza-CE

BENEFICIÁRIO GLEIVANDY RODRIGUES GONCALVES**CPF/CNPJ: 00425830390****Posição em 10-07-2019 08:37:32**

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R\$00.000,00

Juros e Correção: R\$00.000,00

Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
13/06/2019	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50