

## PROCURAÇÃO "AD JUDICIA" E "ET EXTRA"

**OUTORGANTE(S):** José Inaldo Vieira da Silva, brasileiro(a), solteiro (estado civil), pedreiro (profissão), portador (a) da cédula de identificação RG nº 2003002195556, devidamente inscrito no CPF sob nº 527.440.273-91, residente e domiciliado no Pv. Gamileina  
Bairro Pv. Jacaranda - Piqui

**OUTORGADO(S),** CARLOS ANTONIO BRITO DE OLIVEIRA, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE sob o Nº 31.972 e NATHANIEL MENDES DE VASCONCELOS, brasileiro, solteiro, advogado inscrito na OAB/CE sob o nº 34.325, ambos com escritório situado à Rua Padre José Beviláqua, nº 022, Bairro Centro, Viçosa do Ceará/CE, CEP 62300-000.

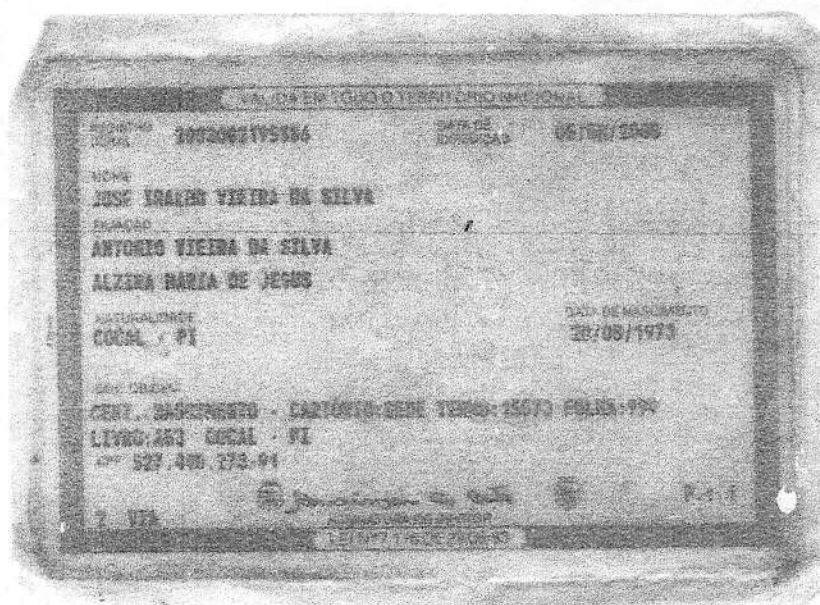
**PODERES:** Por este instrumento particular de procuração, nomeia e constitui seu bastante procurador e advogado, o outorgado acima qualificado, para o fim de representá-la com amplos poderes para o foro em geral, com a cláusula "ad judicium" e "et extra", em qualquer Fórum ou Tribunal, órgão ou instância administrativa Federal, Estadual ou Municipal, podendo propor contra quem de direito as ações cabíveis e defendê-la nas contrárias, seguindo umas e outras até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe(s), ainda, poderes especiais para confessar, transigir, desistir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, podendo ainda, substabelecer esta na pessoa de outrem, com ou sem reservas de iguais poderes dando tudo por bom, firme e valioso.

Viçosa do Ceará/CE, 12 de Jan de 2018.

JOSÉ IRALDO VIEIRA DA SILVA

(nome)

CPF nº 527.440.273-91



**Eletrobras**  
Distribuição Piauí

Para contato com  
Prestadores, informe  
este número

0555272-9

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Maranhão, 159 - Centro/Sul - Teresina - PI  
CEP: 64.000-140 Fone: (085) 313.0000 Telex: 500000-0  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série 001  
Regime especial de Imposto de Renda da SFPAZ 06/98

Nº de Nota Fiscal: 000858673

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada  
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

AGOSTO/2017 25/08/2017 164 120,11

ANTONIO VIEIRA DA SILVA  
PV GAMELEIRA S/N B-RURAL  
CPF: 00075981165391  
CEP: 64.235-000 - POV. JACARANDA

ROT: 135.705.13.06.001200

| DATA DE EMISSÃO | DATA DE VENCIMENTO |
|-----------------|--------------------|
| 12/08/2017      | 18/08/2017         |
| 12/08/2017      | 19/07/2017         |
| 1,000           | 19/09/2017         |
| 164             | 18/08/2017         |
| 164             | 18/08/2017         |
| FCAM            | 18/08/2017         |
| NORMAL          | 30                 |

| Plano Substância | Grupo | Número Medidor | Posto | Código Pat. | Média 12 meses |
|------------------|-------|----------------|-------|-------------|----------------|
| RESIDENCIAL      | MONO  | A908395        |       | 1.1.1.1     | 147            |

| Consumo    | Consumo                        | Consumo |
|------------|--------------------------------|---------|
| JUL/17 163 | CONSUMO 164 A R\$ 0,617420 =   | 101,25  |
| JUN/17 166 | CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) | 16,70   |
| MAI/17 150 | MULTA POR ATRASO 07/17-00      | 1,94    |
| ABR/17 110 | JUROS DE MORA DE IMPO 07/17-00 | 0,22    |
| MAR/17 124 | ADICIONAL BANDEIRA AMARELA -   | 1,30    |
| FEV/17 156 | ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA -  | 1,94    |
| JAN/17 132 |                                |         |
| DEZ/16 137 |                                |         |
| NOV/16 160 |                                |         |
| OUT/16 154 |                                |         |

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25  
Parabéns! Até o dia 10/03/2017, não constatamos faturas vencidas  
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO FPEB.C849.1362.E307.S190.BABC.B077.1009

| Descrição    | Valor | Descrição       | Valor  |
|--------------|-------|-----------------|--------|
| Distribuição | 27,56 | Base do Cálculo | 101,25 |
| Energia      | 33,80 | Alíquota (CMS)  | 20,00% |
| Transmissão  | 4,07  | Valor do CMS    | 20,25  |
| Encargos     | 10,51 | Valor do PIB    | 0,90   |
| Outros       | 25,31 | Valor do CDFMS  | 4,16   |

14,53 29,06 3,73 7,47 14,95 4,14  
0,00

## Declaração de Residência

(Lei nº 7.115/53)

Eu, José Inaldo Vieira da Silva, abaixo assinado, brasileiro(a), estado civil Solteiro, profissão Pedreiro, portador(a) do RG nº 2003002195556 SSP/ee e CPF nº 527.440.273-91 filho de pai Antonio Vieira da Silva e mãe Alzina Maria de Jesus DECLARO, para os devidos fins, conforme artigo 1º da Lei 7.115/83, que sou residente e domiciliado na Pv. Gamaleira, nº 5N, bairro Pov. Jaenanda, na cidade de Cocal - Pi - \_\_\_\_, ponto de referência (próximo à) \_\_\_\_\_.

DECLARO ainda ser conhecedor das sanções civis, administrativas e criminais a que estarei sujeito, caso o quanto aqui declarei não porte estritamente a verdade.

Por ser a expressão da verdade, firmo a presente declaração para que surta seus efeitos legais.

Cocal - Piauí - \_\_\_\_, 12 / 01 / 2018.

JOSÉ INALDO VIEIRA DA SILVA

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu, Jose Inaldo Vieira da Silva,  
Brasileiro, Solteiro,  
Pedreiro, portador(a) da Cédula de Identidade RG sob  
o nº 2003002195556, inscrito(a) no CPF sob o nº  
527.440.273-91, residente e domiciliado(a) Pv. Gamelina  
Bairro: Pov. Jaenanda em local - Pi, declaro que, em função  
de minha condição financeira, não tenho condições de arcar com o pagamento das  
custas processuais, sob pena de implicar em prejuízo próprio e de minha família, nos  
termos do art. 5º, LXXIV, da Constituição da República e da Lei nº 1.060/50.

local - Piauí, 12 de Janeiro de 2018.

JOSE IRALDO VIEIRA DA SILVA

Outorgante

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE VICOSA DO CEARA

fls. 18

FLS. \_\_\_\_\_

RUBRICA

AUTORIDADE POLICIAL

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 570 - 1511 / 2017****Dados da Ocorrência**Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**Data / Hora da Comunicação: **11/09/2017 09:56:47**Data / Hora da Ocorrência: **04/03/2017 17:00:00**Endereço da Ocorrência: **SITIO PIRAPORA**

Complemento:

Bairro: **ZONA RURAL**Município: **VICOSA DO CEARA/CE**

Ponto de Referência:

**Dados da(s) Vítima(s)**Nome: **JOAO BATISTA SOUSA DO NASCIMENTO**Nascimento: **13/07/2000** CPF: **083.233.593-26**RG: **4576937**Orgão Emissor: **SSP**UF: **CE**Filiação: **LUCINEIDE SOUSA DO NASCIMENTO****JOAO RAIMUNDO DO NASCIMENTO**Endereço: **SITIO PEREIRAS**Bairro: **ZONA RURAL**Município: **COCAL/PI**

CEP:

País: **BRASIL**Telefone: **(88) 99804-8320****Noticiante(s)**Nome: **JOSE IRALDO VIEIRA DA SILVA**Nascimento: **20/08/1973** CPF:RG: **2003002195556**Orgão Emissor: **SSP**

UF:

Filiação: **ALZIRA MARIA DE JESUS****ANTONIO VIEIRA DA SILVA**Endereço: **SITIO GAMILEIRA**Bairro: **ZONA RURAL**

CEP:

Município: **COCAL/PI**País: **BRASIL**Telefone: **(86) 9903-1263****Histórico**

O NOTICIANTE AFIRMA QUE NO LOCAL E DATA SUPRACITADOS, CONDUZIA O VEÍCULO HONDA/POP 100, 2013/2014, PRETA, PLACA QUE 1510, CHASSI 9C2HB0210ER408208, DE PROPRIEDADE DE JOSE DE CARVALHO LOPES, QUE LEVAVA NA GARUPA JOAO BATISTA SOUSA DO NASCIMENTO, DE 17 ANOS DE IDADE, ENVOLVERAM-SE EM ACIDENTE DE TRANSITO, QUANDO O NOTICIANTE/CONDUTOR DESPERCEBIDAMENTE COLIDIU CONTRA UM GADO (BOI), RESULTADO QUE OS MESMOS SOFRERAM LESÕES CORPORAIS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE, CONFORME OS DOCUMENTOS EM ANEXO, ESTE B.O. É PARA FINS DE DPVAT

**DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE VICOSA DO CEARA****RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :** \_\_\_\_\_**SERGIO HENRIQUE OLIVEIRA FERREIRA - MAT.: 300265-1-9****RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:** \_\_\_\_\_**JOSE IRALDO VIEIRA DA SILVA****VISTO DO DELEGADO(A) :** \_\_\_\_\_



(1)

Buscar no site

Seguro DPVAT

## Acompanhe o Processo de Indenização

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

## SINISTRO 3170520395 - Resultado de consulta por beneficiário

VITIMA JOSE IRALDO VIEIRA DA SILVA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO AQUOR CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME

BENEFICIÁRIO JOSE IRALDO VIEIRA DA SILVA

CPF/CNPJ: 52744027391

Posição em 20-10-2017 10:41:39

Pagamento liberado pela Seguradora Líder DPVAT.

Valor: R\$ 1.687,50

O prazo para recebimento da indenização no banco depende do tempo necessário ao processamento bancário, que é de até 5 dias úteis contados a partir da data de liberação.

| Data do Pagamento | Valor da Indenizacao | Juros e Correção | Valor Total  |
|-------------------|----------------------|------------------|--------------|
| 23/10/2017        | R\$ 1.687,50         | R\$ 0,00         | R\$ 1.687,50 |

## ACESSIBILIDADE

[\(/Pages/Acessibilidade.aspx\)](/Pages/Acessibilidade.aspx)

[\(/Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx\)](/Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx)

A A A

## COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

[Documentos Despesas Médicas \(/Pages/Documentacao-Despesas-Medicinas.aspx\)](/Pages/Documentacao-Despesas-Medicinas.aspx)
[Documentos Invalidez Permanente \(/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx\)](/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx)
[Documento Morte \(/Pages/Documentacao-Morte.aspx\)](/Pages/Documentacao-Morte.aspx)
[Dicas Indispensáveis \(/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx\)](/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)

## PAGUE SEGURO

[Como Pagar \(/Pages/Pague-Seguro.aspx\)](/Pages/Pague-Seguro.aspx)
[Consulta a Pagamentos Efetuados \(/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetutados.aspx\)](/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetutados.aspx)



# FICHA DE REFERÊNCIA

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS / CEARÁ

Unidade de Origem: \_\_\_\_\_

Distrito Sanitário: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_

Nome: Traci Inês da Silva

Prontuário Nº: \_\_\_\_\_

Sexo: ☒ M ☐ F Data de Nascimento: 20/08/73 Ocupação: \_\_\_\_\_

Endereço: Garça

Bairro: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_

Fone: \_\_\_\_\_

Motivo do Encaminhamento: Paciente vítima de acidente de trânsito há 2 dias  
com fratura de fêmur e lesões em outros membros ① Reforço de

Resultado do(s) Exame(s): \_\_\_\_\_

Conduta já Realizada: \_\_\_\_\_

Fátima Cintya Sá Pitombeira  
da Cunha - CPF: 766.617.763-15  
Secretária de Saúde

Impressão Diagnóstica: Fratura de fêmur ①

Dr. Pedro Jonatas Pereira da Silva  
MÉDICO

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

Função

Data

Hora

## AGENDAMENTO

Encaminhamento para Atendimento: \_\_\_\_\_

☒ Ambulatorial

☐ Hospitalar

☐ Auxílio Diagnóstico

Procedimento: Ortopedia

Profissional: \_\_\_\_\_

Unidade de Referência: \_\_\_\_\_

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

Função

Data

Hora

## FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA(\*)

Unidade de Referência: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_

Prontuário Nº: \_\_\_\_\_

Data da Alta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Resumo Clínico / Cirúrgico: \_\_\_\_\_

Resultado do(s) Exame(s): \_\_\_\_\_

Diagnóstico: Principal \_\_\_\_\_

CID: \_\_\_\_\_

Secundário 1 \_\_\_\_\_

CID: \_\_\_\_\_

Secundário 2 \_\_\_\_\_

CID: \_\_\_\_\_

Proposta de Consulta para seguimento: \_\_\_\_\_

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

Assinatura do Consultante - Nº Registro

Função

Data

## Guia de atendimento - AMBULATORIO

## DADOS DO PACIENTE

|                                       |                      |                                                 |                              |                     |
|---------------------------------------|----------------------|-------------------------------------------------|------------------------------|---------------------|
| Prontuário<br>191296                  | Atendimento<br>0004  | Nome do Paciente<br>JOSE IRALDO VIEIRA DA SILVA | CNS<br>705002439027052       | Guia de Autorização |
| Documento(s)<br>CPF: 527.440.273-91   |                      | Estado Civil<br>Solteiro(a)                     | Sexo<br>Masculino            |                     |
| Data de Nascimento<br>20/08/1973      | Local<br>COCAL/PI    | Idade<br>43 Ano(s)                              |                              |                     |
| Pai<br>ANTONIO VIEIRA DA SILVA        |                      | Mãe<br>ALZIRA MARIA DE JESUS                    |                              |                     |
| Endereço<br>SÍTIO GAMILEIRA, SN       | Bairro<br>ZONA RURAL | CEP<br>62300-000                                | Município<br>VICOSA DO CEARA | UF<br>CE            |
| Profissão<br>AGRICULTORA              | Empresa              | Cônjuge                                         | Telefone<br>88 99031263      |                     |
| Responsável<br>ALZIRA MARIUA DE JESUS | CPF do Responsável   | Endereço<br>SÍTIO GAMILEIRA, SN                 | Município<br>VICOSA DO CEARA | UF<br>CE            |

## DADOS DO ATENDIMENTO

|                                                        |               |                                                    |                             |     |
|--------------------------------------------------------|---------------|----------------------------------------------------|-----------------------------|-----|
| Data Atendimento<br>30/03/2017                         | Hora<br>09:01 | Convênio<br>SUS                                    | Matrícula                   | CID |
| Profissional do Atendimento<br>DANILLO CONSERVA ARRUDA |               | CRM/UF<br>16409/SP                                 | Tipo Atendimento<br>RETORNO |     |
| Indicador de Acidente                                  |               | Funcionário<br>CAROLINE LOPES SILVA                |                             |     |
| Observação                                             |               |                                                    |                             |     |
| Data/Hora Liberação                                    |               | Tipo de Saída<br>( ) Alta ( ) Internação ( ) Óbito |                             |     |

## Sinais Vitais

|           |             |        |         |         |           |
|-----------|-------------|--------|---------|---------|-----------|
| Peso (kg) | Altura (cm) | T (°C) | P (bpm) | R (mpm) | PA (mmHg) |
|-----------|-------------|--------|---------|---------|-----------|

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

Punho D

Lado direito D

carumte

col. lura grande

(tracar)

Dr. Danilo Conserva Arruda  
ORTOPEDIA E TRAUMA  
CRMCE 16409

DANILLO CONSERVA ARRUDA - CRM: 16409

Atestado gerado 15-01

Assinatura Paciente/Responsável  
Responsável: ALZIRA MARIUA DE JESUS

em 30/03/17