



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

End. Profissional: Rua Dr. João Tomé, nº 998-A, Centro – Crateús-Ce
 Cep. 63.702-885 – Celular/WhatsApp: (88) 99619 – 6396 – E-mail: deranysantos@hotmail.com

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Nome: <u>Antonio Jessivan Quirino de Souza</u>		Nacionalidade: <u>BRASILEIRA</u>	
Estado Civil: <u>solteiro</u>	Profissão: <u>Agricultor</u>	Carteira de Identidade: <u>285631894</u>	
CPF nº: <u>885.024.143-72</u>	Residência: <u>Rua Luis Camelo Paiva nº 16</u>		
Bairro: <u>São Pedro</u>	Cidade: <u>Tamboril</u>	Estado/UF: <u>Ce</u>	CEP: <u>63750-000</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**, 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, substabelecer com ou sem reservas, enfim todos os poderes necessários para o cumprimento amplo do objeto do presente mandato.

Crateús – CE., 03 de Junho de 2020

Antonio Jessivan Quirino de Souza
 (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 998-A, Centro – Crateús-Ce
 Cep. 63.702-885 – Celular/WhatsApp: (88) 99619 – 6396 – E-mail: deranysantos@hotmail.com

DECLARAÇÃO DE POBREZA

Declarante: <u>Antonio Jessivan Quirino de Souza</u>		Nacionalidade: Brasileira
Residência: <u>Rua Jesus Camelo Paiva</u>		Profissão: <u>Agricultor</u>
CPF nº: <u>885.024.143-72</u>	RG nº: <u>285631894</u>	Estado Civil: <u>casado</u>
Bairro: <u>São Pedro</u>	Cidade: <u>Tamboril</u>	Estado/UF: <u>CE</u>
CEP: <u>63750-000</u>	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.

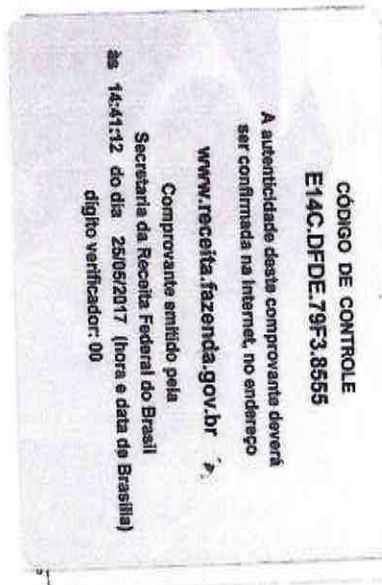
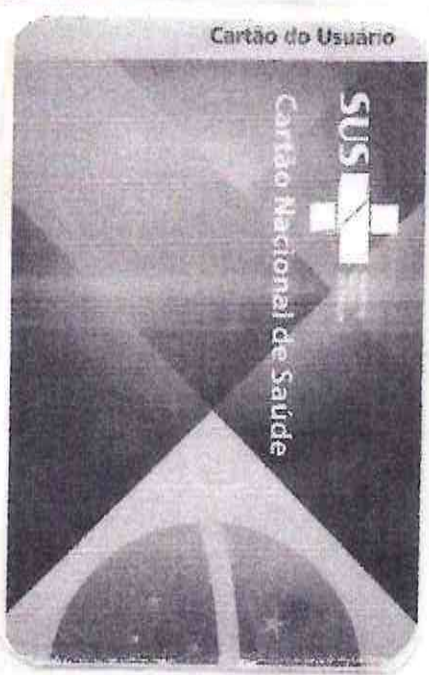
Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

Gratius - Ce., 03 de Junho de 2020.

Antonio Jessivan Quirino de Souza
 Declarante



fls. 10



8389000000-5 80120031010-0 00579792207-6 0000876373-5

Genel

Ge

REPORTANTE

SINISTRO 3200112910 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** ANTONIO JESSIVAN QUIRINO DE SOUZA**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO** RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO LIBIA

CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME

BENEFICIÁRIO ANTONIO JESSIVAN QUIRINO DE SOUZA**CPF/CNPJ:** 88502414372**Posição em 03-06-2020 12:13:53**

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
21/05/2020	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 556 - 96 / 2020

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **19/02/2020 15:17:41**
Data / Hora da Ocorrência: **07/01/2019 17:00:00**
Endereço da Ocorrência: **TAMBORIL/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **ANTONIO JESSIVAN QUIRINO DE SOUZA**
Nascimento: _____ CPF: **885.024.143-72**
RG: **2856318-94** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **MARIA LUIZA QUIRINO DE SOUZA**
Endereço: **RUA LUIZ CAMELO PAIVA, 16**
Bairro: **VL SÃO PEDRO**
Município: **TAMBORIL/CE** CEP: _____
País: **BRASIL** Telefone: _____

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **HXO7350** Uf: **CE** Município: **TAMBORIL** Chassi:
9C2JC30101R042578 Renavam: **752072374** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 TITAN KS** Ano
Fabricação: **2000** Ano Modelo: **2001** Combustível: **GASOLINA** Cor:
VERDE Proprietário: **JOSE JULIO QUIRINO ARAUJO** Situação: **NÃO**
INFORMADO Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

informou que estava na garupa da moto conduzida por seu primo numa estrada de carrossal quando um animal (porco) estava passando e o veículo o atropelou; QUE seu primo ADRIANO levou a vítima para o Hospital de Tamboril; QUE no hospital foi feito um Raio X onde foi constatado que a vítima havia rompido o tendão do braço direito. E nada mais disse.

As informações contidas neste Boletim de Ocorrência são de inteira responsabilidade do declarante, sendo ao mesmo informado que a comunicação falsa de crime inexistente é punível na forma da lei (Art 339 e 340 do CPB).

TESTEMUNHA JOSÉ ADRIANO SOUSA ARAUJO (CPF 885.902.083-20)

QUE é primo da vítima; QUE estava conduzindo o veículo no momento do acidente; QUE ambos estavam fazendo uma entrega quando perderam o controle da moto e caíram; QUE a vítima na queda fraturou o ombro; QUE um amigo da vítima de nome AGUACIANO a levou para o Hospital de Tamboril. E nada mais disse.

TESTEMUNHA VICENTE DE PAULO QUIRINO DE SOUZA (CPF 600.905.933-08)



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE TAMBORIL
Impresso nº 2020149420

fls. 14



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 556 - 96 / 2020

QUE é irmão da vítima; QUE estava trabalhando e recebeu um telefonema de um rapaz que estava no local do acidente informando que seu irmão havia se acidentado; QUE se dirigiu ao Hospital de Tamboril, onde a vítima recebeu socorro médico. E nada mais disse.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE TAMBORIL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : Debora Mendes Amorim Dantas
DEBORA MENDES AMORIM DANTAS - MAT.: 30126009

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Antonio Jussivan Araujo

VISTO DO DELEGADO(A) : Luiz Artur de Souza Silva
LUIZ ARTUR DE SOUZA SILVA - MAT.: 301253-1-2

* VICENTE DE PAULO QUIRINO DE SOUZA

* José Adriano Sousa Araujo



ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE TAMBORIL
Secretaria Municipal de Saúde

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

FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem: _____
Distrito Sanitário: _____
Nome: ANTONIO JESUS VIAN QUEIROZ DE SOUSA
Sexo: M ☐ F ☐ Data de Nascimento: ____/____/____ Ocupação: _____
Endereço: _____
Motivo do Encaminhamento: _____

USG DO OULAVO ①
Resultado de Exames: Reptura do tendão ligamento cruzado ①

Consulta já Realizada: _____

Impressão Diagnóstica: Dr. Daniel Gomes
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Joelho
CRM 10252-TEOT 13918
Assinatura do Consultante Nº de Registro _____ Função _____ Data 25/01/2019

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: Ambulatorial: ☐ Hospitalar: ☐ Auxílio Diagnóstico: ☐
Procedimento: _____ Profissional: _____
Unidade de Referência: _____

FICHA DE CONTRA REFERÊNCIA(*)

Unidade de Referência: _____
Município: _____ Data ____/____/____ Hora: _____
Resumo Clínico/Cirúrgico: _____

Resultado de Exame: _____

Diagnóstico: Principal _____
Secundário 1 _____
Secundário 2 _____

Proposta de Conduta para Segmento _____

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

Assinatura do Consultante - Nº Registro
(*) Utilizar também como resumo de alta

Função

Data



BOLETIM DE ATENDIMENTO DE PACIENTE EXTERNO

Secretaria Municipal de Saúde - SUS - CE

HOSPITAL MUNICIPAL DE TAMBORIL

Crescimento com felicidade

fls. 16

Nº:

Horz 19:11 DATA: 07/10/19

Nº SUS:

1. IDENTIFICAÇÃO:

NOME: AUTOMIO JESTIVAN QUIRINO DE SOUZA IDADE: 43

Nº DO DOCUMENTO: ÓRGÃO EMISSOR: DATA DE EXPEDIÇÃO: 1/1

C.N.: Fis.: LIVRO: DATA DE EMISSÃO: 1/1 CARTÓRIO:

NATURALIDADE: TAMBORIL PROFISSÃO: AGRICULTOR DATA DO NASC.: 14/10/75

EST. CIVIL: SOLT SEXO: M TELEFONE: ESCOLARIDADE

R. P. AO: RAÇA/COR:

ENDEREÇO: VILA SÃO PEDRO

FILIAÇÃO: AUTOMIO PINTO DE SOUZA

MARIA LUIZA QUIRINO DE SOUZA

2. QUEIXA PRINCIPAL:

3. HISTÓRIA ATUAL: Paciente alcoolizado sofreu acidente de motocicleta

4. DIAGNÓSTICO: fratura de 2° e 3° vértebra cervical (D)

5. CONDUTA: CP: R x de ombro (D)

6. EXAMES SOLICITADOS:

7. P.A. 120/90 mmHg

8. TEMP:

9. PESO:

Dr. Karen Gomes C. de Freitas
Médica
CRM 18445

Assinatura do Médico

1. De xantatos de 1 cop. 14 } 20-15
2. De xantatos de 1 cop. 14 }