

'PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Nome: FERNANDA FERNANDES DA SILVA Responsavel; VITURINA FERNANDES DA COSTA		Nacionalidade: Brasileira	
Endereço: Rua Fz Varzea do Carmo		Profissão: Agricultora	
RG: 2008086292-0 SSPDS/CE CPF: 574.921.903-87		Estado Civil: Casada	
Bairro: Zona Rural	Cidade: Boa Viagem	Estado: Ceará	Cep: 63.870-000

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/MG 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) 3254-4340.

PODERES:

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante nomeia e constitui, os outorgados, suas bastantes procuradores, conferindo-lhe os poderes da cláusula "*ad judicia 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, 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.

BOA VIAGEM (CE), 13 DE AGOSTO DE 2014.

x Viturina Fernandes da Costa.

Outorga

DECLARAÇÃO

Nome: FERNANDA FERNANDES DA SILVA Responsavel; VITURINA FERNANDES DA COSTA		Nacionalidade: Brasileira	
Endereço: Rua Fz Varzea do Carmo		Profissão: Agricultora	
RG:2008086292-0 SSPDS/CE CPF: 574.921.903-87		Estado Civil: Casada	
Bairro: Zona Rural	Cidade: Boa Viagem	Estado: Ceará	Cep: 63.870-000

DECLARA com fundamento no artigo 1º da Lei nº 7.115/83, sob sua inteira e exclusiva responsabilidade, para todos os efeitos legais, as informações e declarações constantes no processo judicial e, também, ser pobre na acepção jurídica do termo (na forma da lei), enquadrando-se na concessão prevista na Lei nº 1060/50 e posteriores alterações, pois sua 'situação econômica' não lhe permite pagar as 'custas' e demais 'despesas' do processo e os honorários de advogado 'expert' sem prejuízo do sustento próprio ou da família.

Por ser expressão da verdade, firmo o presente.

BOA VIAGEM (CE), 13 DE AGOSTO DE 2014

Vitúrina Fernandes da Costa -

Declarante

DECLARAÇÃO

Nome: FERNANDA FERNANDES DA SILVA Responsavel; VITURINA FERNANDES DA COSTA		Nacionalidade: Brasileira	
Endereço: Rua Fz Varzea do Carmo		Profissão: Agricultora	
RG:2008086292-0 SSPDS/CE CPF: 574.921.903-87		Estado Civil: Casada	
Bairro: Zona Rural	Cidade: Boa Viagem	Estado: Ceará	Cep: 63.870-000

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. Sendo de minha total responsabilidade a declaração de invalidez ou óbito fornecida.

BOA VIAGEM (CE) 13 DE AGOSTO DE 2014

Viturina Fernandes da Costa

Declarante.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
ESTADO DO CEARÁ SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL DEPARTAMENTO DO ESTADO DO CEARÁ DEPARTAMENTO DE IDENTIDADE - DIREToria de Identificação Biométrica		REGISTRO AL 2008086292 - 0 DATA DE EXPECIAÇÃO 13/01/2012	
POLEGAR DIREITO  		VALERIA FERNANDES DA COSTA NOME MUNDO FERNANDES DE SOUSA CROUZA VENANCIO FERNANDES NATURALIDADE BOA VIAGEM - CE DATA DE NASCIMENTO 14/07/1957	
<i>Valeria Fernandes da Costa</i>		RG: ANT: 1186987 P.: 103	
CARTEIRA DE IDENTIDADE		LEI Nº 7.116 DE 29/08/83	

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA DEPARTAMENTO DE IDENTIDADE		C/C	
REGISTRO AL 2008086292 - 0 DATA DE EXPECIAÇÃO 13/01/2012		VALERIA FERNANDES DA COSTA NOME MUNDO FERNANDES DE SOUSA CROUZA VENANCIO FERNANDES NATURALIDADE BOA VIAGEM - CE DATA DE NASCIMENTO 14/07/57	
<i>Valeria Fernandes da Costa</i>		RG: ANT: 1186987 P.: 103	
CARTEIRA DE IDENTIDADE		LEI Nº 7.116 DE 29/08/83	

TELEFONES DE CONTATO
 (88) 9950-0004 (88) 9950-0003
 (88) 8874-8777 (88) 9266-8392
 (88) 3427-1916



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 074.921.903-87

Nome da Pessoa Física: VITURINA FERNANDES DA COSTA

Situação Cadastral: REGULAR

Dígito Verificador: 00

Comprovante emitido às: **16:25:34** do dia **21/04/2014** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **F4A6.4B35.1972.C88F**

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço www.receita.fazenda.gov.br.

Aprovado pela IN/RFB nº 1.042, de 10/06/2010.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DO CEARÁ COMARCA DE BOA VIAGEM

CARTÓRIO GERALDINA - 1º OFÍCIO
Praça Monsenhor José Cândido, 144 - CEP 63.870-000 - FONE (0xx88) 427-10.16

JOAQUIM BEZERRA SOBRINHO

Oficial do Registro Civil

JANE CÉLIA ANTERO DE FREITAS

Escrevente Substituta

LUÍS ELIARDO GADELHA DA SILVA

Escrevente

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

(GRATUIDADE, LEI Nº 9.534/97)

Certifico que às fls 81, do livro A- 35, sob nº de ordem 35.967, foi lavrado o assento de nascimento de FERNANDA FERNANDES DA SILVA, do sexo feminino, nascido(a) no dia vinte e sete (27) de janeiro de dois mil e dois (2.002), em Casa de Saúde Adília Maria, nesta cidade, às 19:50 horas, filho(a) de ANTONIO REGINALDO ALVÊS DA SILVA e de dona VITURINA FERNANDES DA COSTA. Sendo avós paternos José Marques da Silva Filho e Luzia Alves da Silva e maternos Raimundo Fernandes de Sousa e Creuza Venancio Fernandes. Assento lavrado aos 14 de junho de 2.002, tendo sido declarante Antonio Reginaldo Alves da Silva e Viturina Fernandes da Costa.

O referido é verdade. Dou fê.

Boa Viagem, 14 de junho de 2.002.

Luís Eliardo Gadelha da Silva

REGISTRADOR

LUÍS ELIARDO GADELHA DA SILVA
ESCREVENTE



ÓRIO GERALDINA 1º OFÍCIO
A MONSENHOR JOSE CÂNDIDO, 144
LEFAX 10xx881 427-1016
BOA VIAGEM - CEARÁ
ELIARDO GADELHA DA SILVA
ESCREVENTE

Selo AA 158805

Valido somente com selo de autenticidade

04-103
060109J
060109J

TO: [REDACTED]

03/2014

0000

00'0

RECEIVED

59'1 0903

Month	Tm	Actual
-------	----	--------

0.57	0.57	0.57
0.57	0.57	0.57

99'2	99'2	99'2
------	------	------

SECRET (S) (PS)

65-6	88881
22-6	76011

R

VALOR (R\$)

...

0

0003

3392

1. *Journal of the American Medical Association*, 1997; 277: 1033-1036.

1171-

(Page 12)

11111

6

14	51	61	7	9
----	----	----	---	---

•

၁၈၂ ၈၃.၄၈၈ ၉၄၂.၈၃၂

0182/474 87 582 0
150007126 000000

20180523 02:02:35

2

5-9927263-5

Abstract



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 438 - 1269 / 2014

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO

Data / Hora da Comunicação: 10/06/2014 11:21:24

Data / Hora da Ocorrência : 24/02/2014 07:00:00

Endereço da Ocorrência: ESTR. CARROÇÁVEL DA VARZEA DA IPUEIRA

ZONA RURAL BOA VIAGEM /CE

Ponto de Referência:

Histórico

Compareceu a esta delegacia a pessoa abaixo qualificada para informar que no dia 24/02/14 por volta das 07h estava dirigindo sua motocicleta HONDA/CG 150 TITAN ES, cor PRETA, ano/mod. 2008, placa HWT4697, chassi 9C2K08508R104172 e levando na garupa FERNANDA FERNANDES DA SILVA, nascida dia 27/01/2002, filha de Antônio Reginaldo Alves da Silva e Virgínia Fernandes da Costa quando ao passar por uma poção de água perdeu o controle e Fernanda caiu; Que Fernanda foi socorrida para o hospital local foi realizado RX de joelho; Que compareceram como testemunhas do acidente Fernanda Vicira de Sousa e Virgínia Fernandes da Costa. Nada mais disse.

Noticiante(s)

Nome : FRANCISCO CHAGAS FERREIRA LOPES

Endereço : R ENEDINA DE CARVALHO

Bairro : TRIBUARI 63870000

Município/UF : BOA VIAGEM CE BRASIL

Telefone: 88 88722053

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE BOA VIAGEM

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : *Conyssa*

LARISSA CRISPIM DE LIMA - MAT.: 300059-1-0

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO : *Xyrenna Chagas Gomes Regas*

VISTO DO DELEGADO(A): GREGÓRIO JOSE DE OLIVEIRA NETO - MAT.: 198805-1-6

Testemunhas:

Xyrenna Vieira de Sousa

Virgínia Fernandes da Costa

DELEGACIA MUNICIPAL DE BOA VIAGEM

Pág. 1 de 1

Impresso em 10/06/2014 11:31

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, VITURINA FERNANDES DA COSTA, portador da carteira de identidade nº 2008086292-0 SSPDS/CE e inscrito no CPF/MF sob o nº 574.921.903-87, residente e domiciliando na FZ- VARZIA DO CARMO -Nº01 -LOCALIDADE VARZIA DA IPUEIRA -ZONA RUALRURAL, Cidade BOA VIAGEM, Estado CEARÁ, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal – IMWL para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº. 6.194 /74), uma vez que:

☒ (X) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência ; ou

☐ () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícia para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ () O estabelecimento do IML localidade no Município em que resido realiza perícia com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor da via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do § 1º do art. 3º da lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Vitúrina Fernandes da Costa -

Assinatura do Declarante

Conforme documento de identificação

BOA VIAGEM – CE, 10 DE Junho DE 2014.

LOCAL E DATA

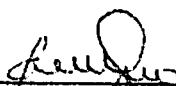


CASA DE SAÚDE ADÍLIA MARIA

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que entregamos em mãos para VITURINA FERNANDES DA COSTA, a cópia do atendimento da paciente menor FERNANDA FERNANDES DA SILVA atendida nesta unidade de saúde no dia 24/02/2014 Realizando RX de JOELHO Como segue em anexo.

Boa Viagem/CE, 22 de ABRIL de 2014


AMANDA VIEIRA OLIVEIRA SAMPAIO
DIRETORA CSAM

Protocolo 080/0001-84
Casa de Saúde Adília Maria
Rua São Vicente de Paula nº 100
Cidade: CEP 63.700-000
Fone: 3427-1136
Boa Viagem - Ce

Recebimento:

Responsável: Viturina Fernandes da Costa
Documento de Identificação: 278086730
Data: 01/05/2014

Rua São Vicente de Paula Nº 100 – Centro – Boa Viagem – Ceará- CE CEP 63 870-000
Fone(XX) 3427-1136/- FAX-3427-1649



CASA DE SAÚDE ADÍLIA MARIA

Sup. Assist. Social
[Assinatura]
Responsável

Sup. Assist. Social
[Assinatura]
Responsável

24.02.2016 *Rafael de Sousa Rezende Monti* em nome de *Luiz Carlos*

de 16/02/02 *Assinatura* *de 16/02/02* *Assinatura*

Rua São Vicente de Paula Nº 100 - Centro - Boa Viagem - Ceará - CE CEP 63.870-000
Fone: 88) 3427-1136 - FAX-3427-1699

RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

ATENÇÃO: A finalidade deste relatório é agilizar a avaliação da invalidez permanente, não sendo obrigatório a sua apresentação.

NOME COMPLETO DA VÍTIMA: Fernanda Fernandes de Jesus NÚMERO DO SINISTRO: _____
RGV: CN: 35.962 ORGÃO EXPEDIDOR: _____ CPF: _____

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)
DATA DO ACIDENTE: 24/02/14 DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO: 24/02/14

NOME COMPLETO E CRM DO MÉDICO: José Carlos Martins Filho

LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE:
lesão do ligamento cruzado anterior e lateral do joelho direito e lesão menisco medial - Ferimento.

DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS):
internito onto p.d. e co
molh. 4 dias onto p.d. e co - Curativo
extremidade

EXISTE ALGUM DEFEITO FÍSICO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? ☐ SIM ☒ NÃO
CASO POSITIVO) DESCREVER: _____

COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE:
☐ A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO.
☒ A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (Especificar o segmento ou órgão atingido)

SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO ATINGIDO
1ª Joelho Dto
2ª (lesão ligamento cruzado anterior, ligamento colateral medial e menisco medial).
3ª Extremidade
4ª inferior
5ª _____

A FIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE: _____
QUE AS RESPOSTAS ACIMA SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.
LOCAL: Porto Alegre - RS DATA: 12 de 14 A _____
Dr. José Carlos Martins
Médico
CRM 6076
ASSINATURA E CARIMBO

ANEXAR CÓPIAS DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS RELATIVOS AO ACIDENTE

RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (PRÓPRIO PUNHO)

NOME COMPLETO DA VÍTIMA:

Renata Fernandes da Silva

DATA DO ACIDENTE:

24/02/14

TRATAMENTOS CIRÚRGICOS OU CONSERVADORES REALIZADOS NO PACIENTE:

Tratamento ortopédico
injerimento com material
1 + PNF + PBT + Curativos

PERÍODO DE PERMANÊNCIA HOSPITALAR:

01 (um) dia

APÓS A ALTA HOSPITALAR, QUAIS OS OUTROS TRATAMENTOS REALIZADOS PELO PACIENTE. EX: TROCA DE GESSO, RETIRADA DE MATERIAL DE SÍNTESE, FISIOTERAPIA, ETC.

Tratamento de fisioterapia
PNF + PBT

DATA DA ALTA DEFINITIVA:

25/05/14

Rafael Vazquez 10/06/14

LOCAL

DATA

ASSINATURA E CARIMBO

Dr. José Carlos Martins
Medico
CREMEC 6076

ATESTADO DE ALTA

Atesto que o paciente,

Fernando Fernando de Siqueira

Vítima de acidente de trânsito ocorrido em,

24.02.14

Sofreu as Seguintes Lesões:

lesões de ligamento
cruzado anterior, lesões de
ligamento colateral medial e
lesões breves de ligamento lateral
medial de joelho DX
Femur

Efeituou os seguintes tratamentos:

Tratamento ortopé-
dico - medicamentos, com injeções
de ácido hialurônico + DMS +
ORT e massagem

Informo que os tratamentos foram efetuados durante o período de

24.02.14 à 24.05.14

, tendo findado seu tratamento,

recebeu ALTA DEFINITIVA em

25.05.14

Seqüelas em caráter permanente resultantes do acidente:

Artrose
no joelho DX, com dor
crônica, deformidade, instabilidade
patológica, 4 pontos anteriores
Apel + ⊕, claudicação

Barbaryne 12/05/14

Local

Data

Assinatura e Carimbo

Dr. Jose Carlos Martins
Médico
CREMEC 6076

BENEFICIÁRIOS

Salva Mais
Cobertura
Onde dar entrada
Tire suas dúvidas
Projeto Corretor

[Voltar](#)**Processo**

Megadata: 2014/575140
Processo: 626496
Natureza: INVALIDEZ
Data sinistro: 24/2/2014
Nome: FERNANDA FERNANDES DA SILVA
Situação: Processo liberado o pagamento

Beneficiários

Nome
VITURINA FERNANDES DA COSTA

Históricos

Data/Hora	Situação	Observações
11/7/2014	Pré-Cadastro não analisado	
15/7/2014	Pré-Cadastro analisado e aprovado	
21/7/2014	Proc. enviado p/ digitalização e análise da Seg. Líder	
8/8/2014	Processo liberado o pagamento	Data crédito: 11/08/2014 - R\$ 1687.50

Restrições[Mais Informações](#)[Virtual Informática para Seguros](#)