

**Allan Bandeira**

ADVOCACIA

allanbandeira.adv@gmail.com

PROCURAÇÃO AD JUDICIA**OUTORGANTE:**

Nome: Charlana Melo de Almeida
RG: CNH: 060.318.94724 SSP/CE, CPF: 800.027.493-00
ENDEREÇO: Rua Vasco da Gama 720
Montese TELEFONE: (86) 85463817

OUTORGADO: ALLAN CÉSAR BANDEIRA CHAVES, brasileiro, casado, ADVOGADO, inscrito na ordem dos advogados do Brasil, Seção Ceará com o nº 27.169, com escritório nesta capital, na Rua 07 de Setembro, nº 164, sala 03, bairro Parangaba, CEP 60 720 080, telefone 3292 23 35.

A quem outorga amplos e ilimitados poderes da cláusula *ad judicium et extra* para o foro em geral, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor ações, acompanhando-as em todos os seus termos, até, reconvir, opor embargos, agravar ou apelar em qualquer instância, fazer e assinar requerimento e os documentos necessários, renunciar a direitos, produzir provas e justificações, podendo também, confessar, desistir, renunciar direitos, transigir, firmar compromisso ou acordos, receber e dar quitação, agindo em conjunto ou separadamente, podendo por fim, substabelecer esta a outrem, com ou sem reserva de poderes, dando tudo por bom, firme e valioso.

Fortaleza, 18 de agosto de 2015.

Charlana Melo de Almeida

(Assinatura)

Allan César Bandeira Chaves OAB/CE - 27169

Rua 07 de Setembro, 164 - Sala 03 | Parangaba - Fortaleza/CE - CEP: 60720-080

Anexo ao Cartório Cavalcante Filho

Fones: +55 85 9986.5191 | 3833.5191



Allan Bandeira

allanbandeira.adv@gmail.com

ADVOCACIA

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

NOME: Charliana Melo de Almeida
 CPF: 800.027.493-00 RG: (CE) 06031894724 SSP/CE
 ESTADO CIVIL: Solteira NATURALIDADE: brasileira
 PROFISSÃO: aux administrativa TELEFONE: (35) 85461817

DECLARA

Que é pessoa de limitadas posses e ganhos, não dispondo de recursos, cuja situação econômica não lhe permite atender as despesas do processo sem privar-se dos meios necessários à própria subsistência. Afirmação que faz nos ditames dos art. 4º da lei 1060/50, considerando-se necessitada, de acordo com os que devem gozar dos benefícios desta lei.

O (a) declarante faz a presente, ciente de que a falsidade da informação implica sanções penais previstas em lei, além da multa prevista no §1º do art. 4º desta lei, podendo ser condenada ao décuplo das custas judiciais.

Fortaleza, 18 de agosto de 2015.

Charliana Melo de Almeida

(Assinatura)

Allan César Bandeira Chaves OAB/CE - 27169

Rua 07 de Setembro, 164 - Sala 03 | Parangaba - Fortaleza/CE - CEP: 60720-030

Anexo ao Cartório Cavalcante Filho

Fones: +55 85 9986.5191 | 8833.5191

NOTÍCIO CHIVOTRAN - GERENCIAMENTO DE FLEET
AV. OLIVEIRA SAIA, 2800 - CID. DOS FUNCIONÁRIOS
FORTALEZA/CE
60822-500

ENDEREÇO PARA DEVOLUÇÃO

- | | | | |
|--|--|---|---|
| ☐ NÃO PROCURADO | ☐ NÃO EXISTE O Nº INDICADO | ☐ NÃO EXISTE O Nº INDICADO | ☐ RECUSADO |
| ☐ AUSENTE | ☐ ENDEREÇO INSUFICIENTE | ☐ DESCONHECIDO | ☐ NÃO EXISTE O Nº INDICADO |
| ☐ SALECIDO | ☐ INFO. ESCRITA PELO PORTEIRO/SÍNDICO | ☐ NÃO EXISTE O Nº INDICADO | ☐ RECUSADO |

PARA USO DOS CORREIOS



DETRAN - CE
Notificação de mudança de PPD para CNH Definitiva



CHARLIANA MELO DE ALMEIDA
RUA VASCO DA GAMA 720
MONTESE
60430-440 FORTALEZA - CE

NOTIFICAÇÃO_PPD_20140327_20140327.140

1029-01.270715.000103



DECLARAÇÃO DE ISENÇÃO DE IRPF

Nome: <u>Charliana Melo de Almeida</u>		
Nacionalidade: <u>brasileira</u>	Estado Civil: <u>solteira</u>	
Profissão: <u>aux. administrativa</u>	CPF: <u>800.027.493-00</u>	
Identidade: <u>62470603189724</u>	Órgão Expedidor: <u>Datan</u>	Data de Expedição: <u>28/08/14</u>
Endereço: <u>Rua Vasco da gama</u>	Nº: <u>720</u>	
Complemento:	Bairro: <u>Montese</u>	
Município: <u>Fortaleza</u>	CEP: <u>60420-440</u>	UF: <u>CE</u>

Com a edição da INSTRUÇÃO NORMATIVA RFB Nº 864/2008, DE 25 DE JULHO DE 2008, deixou de existir a DECLARAÇÃO ANUAL DE ISENTO, a partir do ano de 2008. Assim, tendo em vista o que dispõe a Lei nº 7.115/83, o(a) acima qualificado(a) DECLARO(A), sob pena das sanções civis, administrativas e criminais previstas na legislação aplicável, que **NÃO POSSUI RENDIMENTOS SUFICIENTES QUE ENSEJEM A APRESENTAÇÃO DE DECLARAÇÃO DE IRPF JUNTO À SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL.**

Declaro (a), ainda, ter ciência do artigo 299 do Código Penal que assim dispõe:

Art. 299 - Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante.

Pena - reclusão, de 1 (um) a 5 (cinco) anos, e multa, se o documento é público, a reclusão de 1 (um) a 3 (três) anos, e multa, se o documento é particular.

Por ser a expressão da verdade, firmo a presente.

Fortaleza /CE, 18 de agosto de 2015.

+ Charliana Melo de Almeida
Assinatura

LEI Nº 7.115, DE 29 DE AGOSTO DE 1983.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º. A declaração destinada a fazer prova de vida, residência, pobreza, dependência econômica, honrabilidade ou bons antecedentes, quando firmada pelo próprio interessado ou por procurador bastante, e sob as penas da Lei, presume-se verdadeira.

Parágrafo único - O dispositivo neste artigo não se aplica para fins de prova em processo penal.

Art. 2º. Se comprovadamente falsa a declaração, sujeitar-se-á o declarante às sanções civis, administrativas e criminais previstas na legislação aplicável.

Art. 3º. A declaração mencionará expressamente a responsabilidade do declarante.

Art. 4º. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 5º. Revogam-se disposições em contrário.

Brasília, em 29 de agosto de 1983; 162º da Independência e 93º da República.

João Figueiredo
Ibrahim Arbi-Ackel
Hélio Behrão



Allan Bandeira

allanbandeira.adv@gmail.com

ADVOCACIA

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADEPela presente, o (a) Sr.(a) Charlana Melo de Almeida

DECLARA para os devidos fins de direito que tem total e plena consciência da propositura da AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT em seu nome, e que a demanda judicial tramitará no Estado do Ceará, mais precisamente na Comarca de Fortaleza, ressaltando, ainda que até a presente data, não propôs nenhuma ação judicial contra qualquer seguradora do consórcio de seguro DPVAT, referente aos fatos narrados e aos documentos ora apresentados.

Outrossim, DECLARA, ainda estar ciente de sua responsabilidade (civil e criminal) pelos fatos, informações e documentos apresentados e anexados ao processo judicial de COBRANÇA DE SEGURO DPVAT, principalmente em caso de falsa declaração com o fim de alterar a licitude sobre fato juridicamente relevante, exonerando o Dr. ALLAN CÉSAR BANDEIRA CHAVES, OAB/CE nº 27169, de qualquer responsabilidade civil e criminal.

Fortaleza, 18 de agosto de 2015.+ Charlana Melo de Almeida

(Assinatura)

TESTEMUNHAS:

Nome: Thays Paulino CavalcanteCPF: 060.466.273-46Nome: Luís Franco de CarvalhoCPF: 817.713.703-20

Allan César Bandeira Chaves OAB/CE - 27169

Rua 07 de Setembro, 154 - Sala 03 | Parangaba - Fortaleza/CE - CEP: 60720-050

Anexo ao Cartório Cavalcante Filho

Fones: +55 85 9986.5191 | 8833.5191



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DO 1. DISTRITO POLICIAL

fls. 23

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 101 - 2017 / 2015

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO
Data / Hora da Comunicação: 13/01/2015 14:55:39
Data / Hora da Ocorrência : 27/09/2014 17:30:00
Endereço da Ocorrência: ESTRADA DE TRAIRI

NAO INFORMADO TRAIRI /CE

Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: EMANUEL DE LIMA PEREIRA
Nascimento : 19/01/1983
RG: 99015000892 Órgão Emissor: SSP UF: CE - CPF:
Filiação: FRANCISCO FELIX PEREIRA
MARIA DE LIMA PEREIRA
Endereço: R VASCO DA GAMA 720
MONTESE
FORTALEZA CE BRASIL

Telefone:

Nome: CHARLIANA MELO DE ALMEIDA
Nascimento : 28/07/1979
RG: 96002698972 Órgão Emissor: SSP UF: CE - CPF: 80002749300
Filiação: JOSÉ GOMES DE ALMEIDA
AMERICA XIMENES MELO
Endereço: R VASCO DA GAMA 720 A
MONTESE
FORTALEZA CE BRASIL

Telefone: 88506801

Histórico

Narra o declarante que na data e hora acima citadas, pilotava a moto de marcas HONDA/NXR150 BROS ES, do platin OHX-7973, chassi-9C2KD0550CR552317, renavam- 459357883, ano/modelo-2012/2012, de cor vermelha, licenciada no nome de CHARLIANA MELO DE ALMEIDA, juntamente com sua esposa CHARLIANA MELO DE ALMEIDA como garupa, e trafegava pela estrada do Município de Trairi sentido Mundaú, quando derrapou em uma curva sem sinalização, onde ambos caíram no chão, sendo socorridos e levados para o Hospital de Trairi, em seguida transferidos para o UF Centro, onde lá ficou constatado que ele sofreu uma lesão extensa de partes moles na perna direita, enquanto que a garupa sofreu trauma no plato esquerdo com fratura fechada raio distal esquerdo. E nada mais disse.///



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DO 1. DISTRITO POLICIAL

fls. 24

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 101 - 2917 / 2015

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 1. DISTRITO POLICIAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

Zilma Ferreira de Castro
ZILMA FERREIRA DE CASTRO - MAT.: 032571-1-4

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Emanuel de Lima Almeida

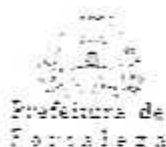
VISTO DO DELEGADO(A):

VAGNER DINIZ LEITE - MAT.: 12580-1-X

DELEGACIA DO 1. DISTRITO POLICIAL

Pág. 2 de 2

Impressão em 15/04/2015 11:31



INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA



**Registro de Atendimento
Emergencial**

Por: JOSE URBANO DA MOTA COELHO

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

DATA/HORA: 27/09/2014 21:14:28

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CPF: 0330415705031	NOME: CHARLIANA MELO ALMEIDA	Registro: 5325120
RG: 000000000000000000	D. NASC: 22/07/1979	ESTADO CIVIL: 000000000000000000
SEXO: F	RAÇA/COR: Parda	
MÉDICO: ALBIRIA XAVIERES MELO		NOME DO PAI: SEM INFORMAÇÃO
ENDEREÇO DO PACIENTE: VASCO DA GAMA	Nº: 721	BAIRRO: MONTESE
MUNICÍPIO: FORTALEZA	UF: CE	CEP: 60420-140

IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL

CHARLIANA MELO ALMEIDA	PARENTESCO: 000000000000000000	TELEFONE: 000000000000000000
------------------------	--------------------------------	------------------------------

ACIDENTE DE TRABALHO

TIPO DE VEÍCULO: 000000000000000000	CBO DO EMPREGADO: 000000000000000000	CNPJ DO EMPREGADOR: 000000000000000000	CÓDIGO DO CNAE: 000000000000000000
-------------------------------------	--------------------------------------	--	------------------------------------

ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Tipo de Atendimento: Acidente com motociclista. Acidente de transporte sem colisão. Induz capotamento, queda ou projeção de uma motociclista

Local: Rua no bairro e

Observações: Atm do Trans

SINAIS VITAIS

Pressão Arterial	0	MMHG
Frequência Respiratória	0	MMH
Frequência Cardíaca	0	BCM
Temperatura	36,00	°C
Saturação de O2	0	MAC DL
Resposta de O2	0	O2

Local de Ocorrência: Área Pública	Escala da Dor: Moderado	Prioridade de Atendimento: AMARELO
-----------------------------------	-------------------------	------------------------------------

Localização do Atendimento: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

**PROTOCOLO DO IJF
RAE RETIRADA
PELO SISTEMA**

DATA 09/10/2013

SERVIDOR

ANSI Std. Z39.18-1968 Form No. Z39.18-1

Registro de Atendimento Emergencial

Emido em: 27/09/2015 11:26:55

PR-FRANCISCO AURELIO DA SILVA

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

DATA-HORA: 27/09/2015 11:29

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CPF: 000.000.000-00	NOME: CHARLIANA MELO ALMEIDA	Registro: 000000
RG: 000.000.000-00	D. NASC: 22/07/1998	ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
SEXO: F	RAÇA: BRANCA	
NOME DO PAI: AFRICA AMENDES MELO	NOME DO PAI: SEM INFORMAÇÃO	
TIPO DE LOCOMOÇÃO: RUA	ENDEREÇO DO PACIENTE: VASCO DA GAMA	Nº: 101
Bairro: MONTASE	CEP: 10000-000	UF: CE
TELEFONE CONTATO: 000.000.000-00	MUNICÍPIO: FORTALEZA	

IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL

NOME: CHARLIANA MELO ALMEIDA	PARENTESCO: Mãe	TELEFONE: 000.000.000-00
------------------------------	-----------------	--------------------------

ACIDENTE DE TRABALHO

Tipo de Acidente: 000	CBO DO EMPREGADO: 000	CNPJ DO EMPREGADOR: 000.000.000-00
CODIGO DO CNEN: 000		

ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

TIPO DE ATENDIMENTO: Acidente com motor-veículo, Acidente de transporte sem veículo, Injúria, esmagamento, queda, fratura, queimadura, etc.

GRUPO DE RISCO: 1 - Alto Risco

CLASSIFICAÇÃO: 000

SINAIS VITAIS

Pressão Arterial: 120/80	Frequência Cardíaca: 70	Temperatura: 36,6
Respiração: 18	Saturação de O2: 98	

Local de Atendimento: 000	Local de Atendimento: 000	Prioridade de Atendimento: 000
---------------------------	---------------------------	--------------------------------

Especialidade de Atendimento: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

ATENDIMENTO MÉDICO

ANAMNESE: TRAUMA DE MTO (F), com

ANAMNESE: TRAUMA DE MTO (F), com

ANAMNESE: TRAUMA DE MTO (F), com

ANAMNESE: TRAUMA DE MTO (F), com

ANAMNESE: TRAUMA DE MTO (F), com

ANAMNESE: TRAUMA DE MTO (F), com

ANAMNESE: TRAUMA DE MTO (F), com

ANAMNESE: TRAUMA DE MTO (F), com

ANAMNESE: TRAUMA DE MTO (F), com

ANAMNESE: TRAUMA DE MTO (F), com

ANAMNESE: TRAUMA DE MTO (F), com

ANAMNESE: TRAUMA DE MTO (F), com

ANAMNESE: TRAUMA DE MTO (F), com

ANAMNESE: TRAUMA DE MTO (F), com

ANAMNESE: TRAUMA DE MTO (F), com

ANAMNESE: TRAUMA DE MTO (F), com

ANAMNESE: TRAUMA DE MTO (F), com

ANAMNESE: TRAUMA DE MTO (F), com

ANAMNESE: TRAUMA DE MTO (F), com

ANAMNESE: TRAUMA DE MTO (F), com

ANAMNESE: TRAUMA DE MTO (F), com

ANAMNESE: TRAUMA DE MTO (F), com

ANAMNESE: TRAUMA DE MTO (F), com

ANAMNESE: TRAUMA DE MTO (F), com

ANAMNESE: TRAUMA DE MTO (F), com

ANAMNESE: TRAUMA DE MTO (F), com

ANAMNESE: TRAUMA DE MTO (F), com

ANAMNESE: TRAUMA DE MTO (F), com



INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

"24 horas de proteção à vida"

Boletim de Emergência Reg. _____

O Sr.(a) CHARMIDA HELO DE ALMEIDA

Foi atendido (a) neste Hospital no dia 10/05/15 às _____ h

Tendo como causa do socorro _____

FRATURA NO PÉ

DISTAL FÊMUR

Observações:

Neleto de Almeida
de 90 (noventa)
552.5

Fortaleza, 10 de 05 de 2015

Médico de Plantão - CRM: _____

CPF: _____

Valterio Pinheiro
Tratamentologia
CRM 6193

Assinatura do Médico de Emergência Reg. _____



INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

"24 horas de proteção"

Sociedade de Emergência Reg.:

O Sr.(a) Charlaine Nób de Almeida

Foi atendido (a) neste Hospital no dia 14/10/14, às h.

Tendo como causa do socorro

Fratura do Antebraço

Observações:

Tempo de espera
de 60 minutos
por 60 (sessenta) minutos

Fortaleza, 14 de 10 de 2014

Médico de Plantão - CRM:

Dr. Valterino Pinheiro
CRM 65.000
CEB 000000000

Dr. Valterino Pinheiro
CRM 65.000
CEB 000000000

Hoje não há atendimento de emergência

CID



INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

"24 horas de proteção à vida"

Boletim de Emergência Reg.:

O Sr.(a)

Carlos Roberto de Azevedo

Foi atendido (a) neste Hospital no dia 28 de Out de 2014 às 14 h.

Tendo como causa do socorro

FRATURA MÃO DISTAL
ESQUERDA

Observações:

NECESSITA DE ATENDIMENTO
DE UM ORTOPEDICO
EM 15 DIAS

Fortaleza, 28 de Out de 20014

Médico de Plantão - CRM:

CPF:

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ALLAN CESAR BANDEIRA CHAVES e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 10/09/2015 às 13:48, sob o número 01900562320158060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0190056-23.2015.8.06.0001 e código 1BED722

[Ir para conteúdo principal](#) [Ir para menu principal](#)



Seguro DPVAT, administrado pela Seguradora Líder-DPVAT – Site Oficial –

[Assista ao vídeo da Líder](#)

- [Home](#)
- [Conheça o DPVAT e a Seguradora Líder](#)
- [Como dar entrada - Dicas importantes](#)
- [Pontos de Atendimento](#)
- [Fale Conosco](#)

Início do conteúdo

Acompanhe o processo de indenização

[voltar](#)

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 até 30 dias a contar da data da entrega da documentação completa.

[nova consulta](#)

SINISTRO 3150367204 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA CHARLIANA MELO DE ALMEIDA

COBERTURA Invalidez

SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO ARJANA SEGUROS S/A

ENDEREÇO Rua Álvaro Alvim, 37 - Sala 1424, Centro, Rio de Janeiro - RJ, CEP: 20031-010

BENEFICIÁRIO CHARLIANA MELO DE ALMEIDA

CPF/CNPJ: 80002749300

Posição em 03-06-2015 09:08:30

Pagamento liberado pela Seguradora Líder DPVAT.

Valor: R\$ 1.687,50

Data de liberação do pagamento: 03/06/2015

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Charliana Melo de Almeida,
portador(a) da Identidade nº 16006031894724 e inscrita no C.P.F sob o nº
800.027.493-00. Declaro para devidos fins que resido no endereço (Rua)
Rua Vasco da Gama
(Complemento) Nº 720 (Bairro)
Montese, (Cidade) Fortaleza (Estado)
CE, CEP 60120-440. Declaro que as informações acima descritas são
verdadeiras.

Fortaleza/CE 09 de setembro de 2015.

Charliana Melo de Almeida
Assinatura