



PROCURAÇÃO AD JUDICIA

pelo presente instrumento particular de mandato por mim abaixo assinado:

OUTORGANTE: Dulce Inacide de Brito
estado civil solteira profissão Estudante nacionalidade Brasileira
51.390.803.19 residente e domiciliado(a) na Escola normal RG nº 2007485656-6 SSP/4 CPF nº
ata normal na cidade de Juazeira e-mail: _____ nº 52 bairro
bastante procuradora: _____ constitui e nomeio a

OUTORGADA: Dr.^a LORENA FERNANDES DA CUNHA, advogada regularmente inscrito na OAB/CE 23.467-A, com
escritório profissional na Rua Madalena Nunes, 16, eq. MT Quincas Bezerril, Centro, Tianguá - CE, e-mail:
lorenacunha.adv@gmail.com.

OBJETO: representar o Outorgante, promovendo a defesa dos seus direitos e interesses, podendo, para tanto,
propor quaisquer ações, medidas incidentais, acompanhar os processos administrativos e/ou judiciais em qualquer
juízo, Instância, Tribunal, ou Repartição Pública.

PODERES: Por este instrumento particular de procuração, constituo meus bastantes procuradores os outorgados,
concedendo-lhe os poderes inerentes da cláusula *ad iudicia et extra*, para o foro em geral, especialmente para
propor AÇÃO DE COBRANÇA DE DIFERENÇA DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DE VEÍCULOS
UTOMOTORES DE VIA TERRESTRE - DPVAT em face de SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
DPVAT, podendo, portanto, promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, assinar termo, oferecer,
defesa, direta ou indireta, interpor recursos, ajuizar ações e conduzir os respectivos processos, solicitar,
providenciar e ter acesso a documentos de qualquer natureza, sendo o presente instrumento de mandato oneroso e
contratual podendo substabelecer este a outrem, com ou sem reserva de poderes, dando tudo por bom e valioso, a
fim de praticar todos os demais atos necessários ao fiel desempenho deste mandato.

PODERES ESPECÍFICOS: A presente procuração outorga aos Advogados acima descritos, os poderes especiais
para receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito
sobre que se funda a ação, firmar compromissos ou acordos, receber valores, dar e receber quitação,
receber e dar quitação, levantar ou receber RPV e ALVARÁS, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de
hipossuficiência econômica, em conformidade com a norma do art. 105 da Lei 13.105/2015.

Juazeira - CE, 02 de maio de 2017.

x Dulce Inacide de Brito
OUTORGANTE

DECLARAÇÃO DE POBREZA

Eu Dulce Irmãoide de Brito
nacionalidade Brasileiro, estado civil solteira
profissão Estudante, RG nº 2007485656.6 SSP/ ce
CPF nº 057.380.803.19, residente e domiciliado(a) na
Escola normal, nº 51, bairro Escola normal,
na cidade de Lucoxa, venho por meio desta, Declarar, nos
termos da Lei nº 7.115, de 29 de agosto de 1983 e, para todos os fins de direito, que
não possuo condições financeiras de arcar com o pagar com o pagamento de custas
processuais, honorários advocatícios e demais cominações legais sem prejuízo próprio
e familiar, vindo requerer perante este Nobre Juízo, os benefícios da Justiça Gratuita
sob as penas da Lei.

Declaro ainda, que tenho conhecimento das sanções penais que estarei sujeito caso
inverídica a declaração prestada, sobretudo a disciplina no art. 299 do Código Penal.

Por ser verdade, firmo o presente.

Lucoxa - ce, 02 de maio de 2017.

Dulce Irmãoide de Brito

Assinatura



Declaração de Residência

(Lei nº 7.115/53)

Eu, Dulce Irmão de Brito, abaixo assinado, brasileiro(a), estado civil Solteiro, profissão Agricultora, portador(a) do RG nº 2007485656-6 SSP/CE e CPF nº 057.380.803-19, filho de pai Gilberto Jesus Brito e mãe Francisca Irineide de Brito DECLARO, para os devidos fins, conforme artigo 1º da Lei 7.115/83, que sou residente e domiciliado na Escola Normal, nº 50, bairro Escola Normal na cidade de Luzerna, 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.

Luzerna - CE, 02/05/2017

x Dulce Irmão de Brito



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Dulce Irmãide de Brito

RG nº 20074856566, data de expedição 17/03/2017 Órgão SSP.

CPF nº 057.380.803-19, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>R. Escola normal</u>
Número	<u>511</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>centro</u>
Cidade	<u>vicosa</u>
Estado	<u>ceará</u>
CEP	<u>6320-000</u>
Telefone de Contato	
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: vicosa, 10 de Jul 2017.

Assinatura do Declarante: Dulce Irmãide de Brito

2007485656 - 6 DATA DE EXPEDIÇÃO 17/03/2010

DUCE IRANEIDE DE BRITO
 GILBERTO DE JESUS BRITO
 FRANCISCA NEIDE DE BRITO
 VIÇOSA DO CEARÁ - CE

DATA DE NASCIMENTO 20/10/1993

CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: GAL. TIBURCIO TERMO: 04 FOLHA: 01V
 LITRO: A-ESP VIÇOSA DO CEARÁ - CE

ASSINATURA DO DIRETOR
 LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 P.: 14

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
 INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO MILTON BARBOSA DE SOUSA

Posição: Direto

Duce Iraneide de Brito

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE



AGÊNCIA = 0727-7

CONTA = 1006812-6

VIA = 01

Tipo = 00 c/p



5489564-2



16 31140 01 110021 - 5
FRANCINETE ARAUJO DA SILVA
RU ESCOLA NORMAL 00000
LESTE - VICOSA CEARA -
2538192
01-RESIDENCIAL MONOFASICO
061743403-41

341092755
24/04/2014

0000 0000
0,00

Abri/2014 24/04/2014 23/05/2014
VICOSA DO CEARA
Fav/2014
DICKI = 0,00 P
ESD 4,09

150	140	1,00	10	0,00	0	0,00	0,00
5,55	11,10	22,20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
3,42	6,85	13,70	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
3,20			0,00				
FEIO. 4H52.5H09. 4F58. 4G14. 6E14. 7F10. 6E11							
24/04/14	24/04/14	31 DIA	30			9,39	
VALOR CONSUMO DO MES						9,39	

VENCIMENTO:

05/05/2014

9,39

Energia 5,00
Transmissao 0,00
Distribuição 2,65
Encargos Setoriais 0,62
Tributos (ICMS PIS/COFINS) ... 0,00
TOTAL 9,39

10	11	12	13	14	15	16	17
0	0	0	0	0	0	0	0

CONTAS EM ATRASO

AVISO DE DEBITO VENCIDO:
Informamos existir debitos vencidos sem acrescimos legais ate esta data, no valor de R\$ 9,77. Seu fornecimento de energia podera ser suspenso ao ate 90 dias contados a partir da fatura vencida e nao paga.

DEBITOS ANTERIORES

Mes/Ano Valor R\$
02/2014 9,77

FATURADO TAMBEM MINIMA.

Caro Cliente, constam quitadas as faturas de consumo de energia eletrica desta unidade consumidora vencidas ate 31/12/2013, conforme a Lei N. 12.007/2009. Esta declaracao substitui quitacoes anteriores.

5489564-2

24/04/2014
341092755

Abr/2014

9,39

0005489564 00012 39122 04

8365000000-2 09390031000-9 00054895640-8 00123912204-5





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 570 - 743 / 2014



Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTES - OUTROS
Data / Hora da Comunicação: 04/06/2014 16:02:54
Data / Hora da Ocorrência : 05/03/2014 05:25:54
Endereço da Ocorrência: SIT INHARIM

NAO INFORMADO VICOSA DO CEARA /CE
Ponto de Referência: PRÓXIMO A CAIXA DO INHARIM

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: MARCOS ANTONIO MARTINS DE SOUSA
Nascimento : 18/05/1977
RG. 345574758 Órgão Emissor: SSP UF: SP - CPF:
Filiação: EDMUNDO CANDIDO DE SOUSA
MARIA AS GRAÇAS MARTINS DE SOUSA
Endereço: AV I. AMARTINE NOGUEIRA
SÃO JOSÉ 62300000
VICOSA DO CEARA CE BRASIL

Telefone:

Histórico

O NOTICIANTE compareceu a esta Unidade Policial para noticiar na data citada acima, por volta das 05.25h, guiava uma camioneta de Marca/Modelo TOYOTA/HILUX CD4X4 SRV, cor: PRATA, placa NM01425, ano e modelo de fabricação 2009/2009, chassi 8AJF229G096081649 de propriedade de MARCOS ANTONIO MARTINS DE OLIVEIRA, pela CT. 187, que liga Vicososa do Ceará-Ce a cidade de Tianguá-Ce, nas proximidade do Sítio Inharim, zona rural de Vicososa do Ceará, quando perdeu o controle do carro e veio capota por varias vezes; QUE o noticiante teve fratura no joelho direito; com ele andava duas pessoas uma de nome, DULCE IRANEIDE DE BRITO, nascida 20/10/1993, ESTUDANTE, NATURAL DE Vicososa do Ceará, socorrida no Hospital de Vicososa do Ceará-Ce, que teve fratura de Bacia, e a outra de Nome: FRANCISCA MARIA FERREIRA DE SOUSA, nascida 08/11/1994, ESTUDANTE, NATURAL DE VICOSA DO CEARÁ, que teve fratura de ombro esquerdo e fratura complexa de mandíbula esquerdo; QUE foi socorrido por populares ao Hospital São Camilo de Tianguá-Ce, onde recebeu atendimento médico especializado; e FRANCISCA MARIA FERREIRA DE SOUSA, foi encaminhada dia 25/03/2014 ao Hospital Universitário Walter Cantídio em Fortaleza-Ce; QUE, até a presente data não conseguiu se recuperar plenamente das seqüelas do acidente. Que com ele consta o laudo médico. Este B.O é para fins DPVAT. Que nada mais disse, nem lhe foi perguntado, dando-se este termo por encerrado.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE VICOSA DO CEARÁ

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

ADERSON DE OLIVEIRA ALVES - MAT.: 300084-1-3

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO : Marcos Antonio M. de Sousa

VISTO DO DELEGADO(A) :

GILK DA SILVA SANTOS - MAT.: 198400-1-8



fábio araujo <afavicoa@gmail.com>

1 mensagem

22 de julho de 2014 17:54

Vítima: DULCE IRANEIDE DE BRITO

REGBRASIL
CONSULTORIA

Dados pessoais

Data do Sinistro: 2014-03-05

Beneficiário 1

Conta: 1006812-6

Data	Status	Descrição
22/07/2014	ANALISE SEGURADORA LIDER	

Atenciosamente
Equipe Regbrasil

24/07/2014 07

SINISTRO 2014586426 - Resultado de consulta por beneficiário



VÍTIMA DULCE IRANEIDE DE BRITO
COBERTURA Invalidez
SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO ARUANA SEGUROS S/A
REGULADORA ARUANA SEGUROS S/A
BENEFICIÁRIO DULCE IRANEIDE DE BRITO
CPF/CNPJ: 05738080319

Posição em 25-09-2014 08:54:15
Indenização creditada em 20/08/2014, no valor de R\$ 1.687,50, em banco e conta de titularidade do beneficiário, conforme autorização de pagamento assinado pelo mesmo.

Data do Pagamento	Valor da Indenizacao	Juros e Correção	Valor Total
20/08/2014	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50

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

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

NOME COMPLETO DA VITIMA:

MARCE IRAMINE DE BEZ

NÚMERO DO SINISTRO:

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE:

05/03/14

DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO:

05/03/14

NOME COMPLETO E CRM DO MÉDICO:

MARCE IRAMINE DE BEZ CRM 10671

LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE:

Lesão no braço de esquerda, fratura de humerus direito sem fratura.

DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS):

05/03/14 - Hospital de Urgência e no dia 10/03/14 encaminhado ao Hospital São Camilo de São Paulo e realizou a tratamento cirúrgico.

EXISTE ALGUM DEFÉITO FÍSICO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? CASO POSITIVO DESCREVER:

() SIM ☒ NÃO

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 AFETADO

- 1º Dor regional em quadril direito em torno de 30% (leve)
- 2º Dificuldade de marcha
- 3º Incapacidade funcional em torno de 30% em quadril direito.
- 4º
- 5º

AFIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VITIMA NO PERÍODO DE QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.

Assinatura

10/04/14

LOCAL

DATA

ASSINATURA E CARIMBO

ANEXAR CÓPIAS DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS RELATIVOS AO ACIDENTE

LOCAL

DATA

ASSINATURA DA VITIMA



PREFEITURA MUNICIPAL DE VIÇOSA DO CEARÁ
HOSPITAL E MATERNIDADE MUNICIPAL DE VIÇOSA DO CEARÁ
AV. JOSÉ FIGUEIRA, S/N - CENTRO - VIÇOSA DO CEARÁ - CE
FONE: (88) 3622.1119
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL



CNS: _____ Registro: _____ Nº Prontuário: _____ COR: _____
Paciente: DIVINE IRANNEIDE DE BRITO DN: 20/10/1973
Sexo: F
Nome da Mãe: FCA NEIDE DE BRITO Estado Civil: _____
Endereço: B. ESC. NORMAL Nome do Pai: GILBERTO DE JESUS BRITO
Data / Hora do atendimento: 05/03/14 Município: VIÇOSA-CE
Profissão: ESTUDANTE Horas: 17:20
Documento: 20074856566 Religião: _____
Exp. 17.03.10

Assinatura do Paciente ou Responsável

Sinais Vitais:

PA ☐ x ☐ MM Hg FR ☐ Inc/min FC ☐ Bat/min Temp. ☐ °C. Peso: ☐

Queixa Principal: Parada súbita de Coração de Pare

HDA

Exame Físico:

Hipótese Diagnóstica

Diagnóstico Definitivo

Falta de Batida

CID:

Assinatura e Carimbo

Dr. Antônio César V. Ribeiro
MÉDICO - CRM 8937
RQE: 036.233.254-14

QUADRA TUBERIAS 181 81 134 - URBANIZ. DE VIÇOSA

1991

HOSPITAL E MATERNA DE MADALENA NUNES



CNS: 888.00555443573

198

Data Nascimento: 20/10/1993

Mãe: FRANCISCA NEIDE DE BRITO

Telefone: 88 92355220

Município: VIOSA DO CEARÁ

Empresa:

Matrícula:

Responsável: DULCE IRANEIDE BRITO

Município: VIOSA DO CEARÁ

CPF: 118

CRM/UF: 10971/CE

Função: NÚCLEO DE VASCUNCULUS VIEIRA

CPF do Responsável:

Sinais Vitais: T (°C): P (bpm): R (lpm): F.A (mmHg)

Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Resultados)

Atendimento - EMERGENCIA

Atendimento: 0003

Atendimento: 0003

Atendimento: 0003

Atendimento: 0003

Atendimento: 0003

Atendimento: 0003

Atendimento: 0003

Atendimento: 0003

Atendimento: 0003

Atendimento: 0003

Atendimento: 0003

Atendimento: 0003

Atendimento: 0003

Atendimento: 0003

Atendimento: 0003

Atendimento: 0003

Atendimento: 0003

Atendimento: 0003

Atendimento: 0003

Atendimento: 0003

Atendimento: 0003

Atendimento: 0003

Atendimento: 0003

Atendimento: 0003

Atendimento: 0003

Atendimento: 0003

Atendimento: 0003

Atendimento: 0003

Atendimento: 0003

Atendimento: 0003

Atendimento: 0003

Atendimento: 0003

Atendimento: 0003

Atendimento: 0003

Atendimento: 0003

Atendimento: 0003

Atendimento: 0003

Atendimento: 0003

Atendimento: 0003

Atendimento: 0003

Atendimento: 0003

Atendimento: 0003

Atendimento: 0003

Atendimento: 0003

Atendimento: 0003

Atendimento: 0003

Atendimento: 0003

Atendimento: 0003

Atendimento: 0003

Atendimento: 0003

Atendimento: 0003

Atendimento: 0003

Atendimento: 0003

Atendimento: 0003

Atendimento: 0003

Atendimento: 0003

Atendimento: 0003

Atendimento: 0003

CRM: 10671 DE ALENCAR PITA - CRM: 10671

Dr. Marcel Pita
Ortopedista e Traumatologista
CRM 10671-TOF-12915



Assinatura Paciente/Responsável
Dulce Iraneide de Brito

Solicia Ex BAC (AP)
(NÃO/OBTENHA) (VIA 2)
R de Atendimento & Exmo.



FICHA DE REFERÊNCIA



SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS / CEARÁ

Unidade de Origem: HMMVU

Distrito Sanitário: _____

Nome: Dulce Traniide de Brito

Município: Vicosa do Ceará

Sexo: ☐ M ☒ F

Prontuário: _____

Endereço: Rua Carmestine Aguiar

Ocupação: _____

Bairro: _____

Município: Vicosa do Ceará

Fone: _____

Motivo de Encaminhamento: _____

Resultado do(s) Exame(s):

Reinício do tratamento

Conduta já Realizada: _____

Impressão Diagnóstica:

Fratura Torácica Fratura Brachio

Assinatura do Médico: _____

e Trauma Torácico
C/ Fratura de Costela

Requerido de Arquivo

CPF: 004.357.343-47

Secretaria de Saúde

Função

Data

Hora:

AGENDAMENTO

Encaminhamento para Atendimento:

☐ Ambulatorial

☐ Hospitalar

☐ Auxílio Diagnóstico

Procedimento:

Ortopedia

Profissional: _____

Unidade de Referência: _____

Assinatura do Consultante: _____

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: _____

☐ Sim

☐ Não

O Problema justificou a referência?