

Fábio Monteiro
Advocacia

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

OUTORGANTE:

Maria Luayana dos Santos, brasileira, menor, estudante, inscrita no CPF sob o nº 046.276.773-19, neste ato representada por sua genitora, Maria Luayana dos Santos, brasileira, portadora da cédula de identidade nº 2006005223210, SSP/CE, inscrita no CPF nº 050.760.593-45, ambas residem e domicíliam no Beco do Bidem, Santa Rosa, Maracá/CE, Cep: 62560-000.

OUTORGADOS: FÁBIO MONTEIRO ARRAIS MEDEIROS, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/CE de nº 23.738, com escritório profissional na Rua Visconde de Barbacena, nº 413, sala 42, Bairro: Cidade dos Funcionários, Fortaleza/CE, CEP: 60.822-488, Fone: (85) 9992-0059 / (85) 8839-8483.

PODERES: Concede amplos poderes com os da cláusula "**AD JUDICIA**" para o foro em geral, para ajuizamento de medida judicial aplicável para cobrar a diferença do Seguro DPVAT, acompanhando-a em todos os seus termos até o final, agravar ou apelar de qualquer despacho ou sentença, fazer e assinar requerimentos e os documentos necessários, produzir provas e justificações, transigir, acordar, endossar, desistir, renunciar ao direito em que se funda a ação, receber e dar quitação, finalmente tudo mais fazer, para o completo desempenho deste mandato, inclusive substabelecer, com ou sem reserva de iguais poderes.

DECLARAÇÃO: O (a) outorgante declara que não tem condições de arcar com as custas processuais sem prejuízo do sustento próprio e da família, necessitando, portanto, dos benefícios da justiça gratuita, nos termos da Lei 1.060/50.

Fortaleza (CE), 06 de Fevereiro de 2015.

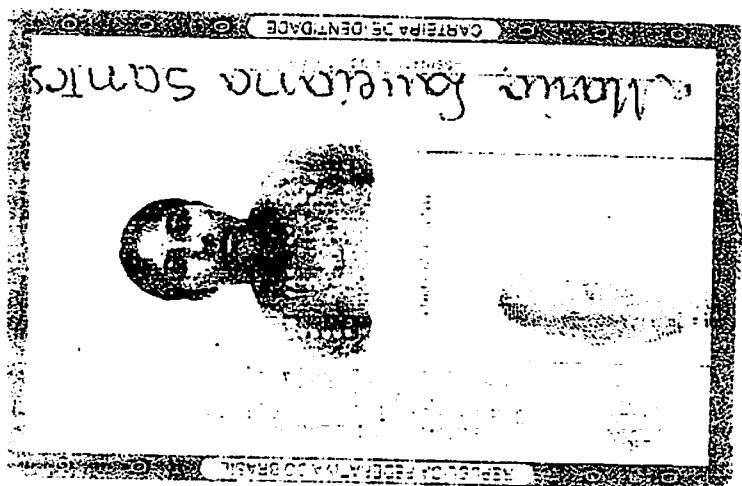
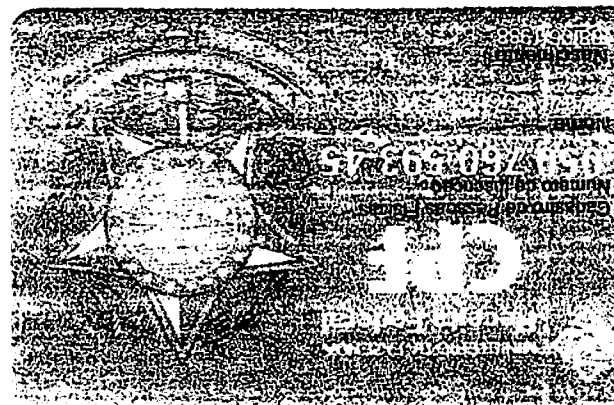
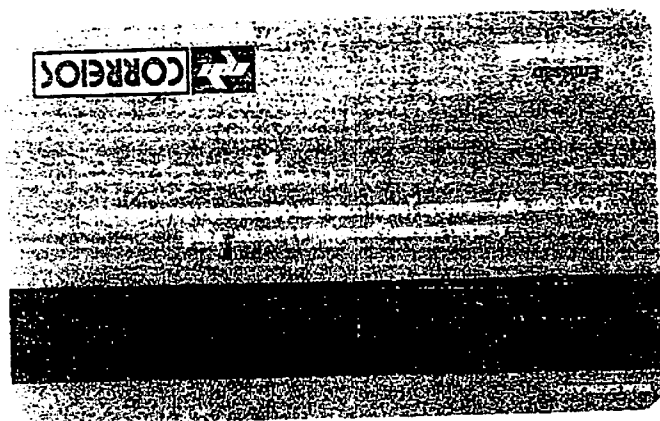
Maria Luayana Santos
OUTORGANTE

Para

Fortaleza / Ceará
Rua Visconde de Barbacena, 413, Sl. 42
CEP: 60.822-488 Cidade dos Funcionários
fabio.monteiro@bol.com
(85) 9992-0059 / 8839-8483

Maranhão

026 720



REGISTRO NACIONAL		2006005228210		DATA DE EXPEDIÇÃO		6/8/2006	
NOME		MARIA LUCIANA SANTOS		FILIAÇÃO		FRANCISCO OTACILIO DOS SANTOS	
NATURALIDADE		MARIA LUCIENE MARQUES SANTOS		DATA DE NASCIMENTO		8/6/1988	
DOC. ORDEM		CERT. NASC. 11852 L A 11 F		CNPJ		80 BELA CRUZ/CE	
ASSINATURA DO DIRETOR		LEI Nº 7.116 DE 29/08/83					



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
DISTRITO DE SEDE, COMARCA DE MARCO, ESTADO DO CEARÁ
CARTÓRIO NEVES

REGISTRO CIVIL, PESSOA JURIDICA, TÍTULOS E DOCUMENTOS, PROTESTOS, DISTRIBUIÇÃO E TABELIONATO.

PARSIFAL SILVA NEVES
Oficial Titular

ADRIANO OSTERNO NEVES
Tabelião Substituto

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

PARSIFAL SILVA NEVES, 1.º Tabelião e ADRIANO OSTERNO NEVES, Tabelião Substituto das pessoas naturais desta Comarca de Marco/Ceará, pôr nomeação legal, etc.

Certifico, que sob o n.º 26.850, fls. 158/V do livro A/29 de REGISTRO DE NASCIMENTO, foi registrado o assento de:-

“MARIA LUYANA DOS SANTOS”

Nasceu aos dezanove (19) dias do mês de março do ano de dois mil e oito (2008), às 22:25 horas, em Acaraú/Ceará, no SAPAMI.

Sexo:- feminino.

Gêmeo:- não.

Filho(a) de:- **JOSÉ LEANDRO DOS SANTOS.**
E de **MARIA LUCIANA SANTOS.**

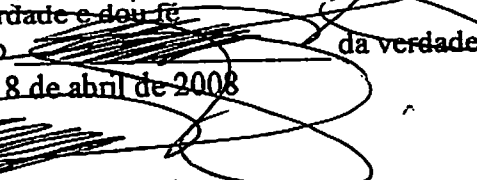
São Avós Paternos:- **FRANCISCO ORLANDO DOS SANTOS.**
E, **MARIA LOURDES DOS SANTOS.**
E, Avós Maternos:- **FRANCISCO OTACILIO DOS SANTOS.**
MARIA LUCIENE MARQUES SANTOS.

Foi declarante:- O pai do(a) registrando(a).

Serviram de testemunhas:- Francisco Leonardo dos Santos e Maria Lucinete dos Santos.

Lavrado aos:- 18/04/2008.

Observações:- não consta.

O referido é verdade e dou fé
Em testemunho  da verdade
Marco/Ceará, 18 de abril de 2008

ADRIANO OSTERNO NEVES
Tabelião Substituto



RUA RIOS, 543
CENTRO - CEP 62 560-000

MARCO CEARA



MINISTERIO DA FAZENDA
Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
076.276.773-19

Nome
MARIA LUYANA DOS SANTOS

Nascimento
19/03/2008

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, MARIA LUCIANA SANTOSRG nº 2006005233210, data de expedição 06/09/2006 Órgão SSP-DS

CPF nº 050.760.593-49, por meio desta e pelo instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço atualizado, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito, seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro	
(Rua/Avanilha/Prça)	BECO DO BIDOM
Número	
Apto / Complemento	DISTRITO
Bairro	SANTA ROSA
Cidade	MARCO
Estado	
CEP	
Telefone de Contato	(88) 991360-15 9725-5353 9264-7412
E-mail	RADIALISTA DOMINGOS@YAHOO.COM.BR

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: MARCO, 12 DE MAIO DE 2014Assinatura do Declarante: Maria Luciana Santos



**ESTADO DO CEARÁ
POLÍCIA CIVIL
UNIDADE POLICIAL DE MARCO**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 150/ 2014.

Dados da Ocorrência:

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO
Data e Hora da Comunicação: 07.05.2014, pelas 09h35min.
Data e Hora da Ocorrência: 27.04.2014, pelas 15h00min.
Endereço da Ocorrência: localidade de Santa Rosa, em Marco – CE.

DADOS DO (A) NOTICIANTE

Nome: MARIA LUCIANA SANTOS.
Naturalidade: Marco - CE.
Filiação: Francisco Otacilio dos Santos e Maria Luciene Marques Santos
Data de Nascimento: 08.06.1989
Estado Civil: casado
Endereço: localidade de Santa Rosa, em Marco – CE.
RG: 2008005223210 SSP/CE.
CPF: 050.760.593-45
Telefone: (88) 9832.4715

DADOS DA VÍTIMA

Nome: MARIA LUYANA DOS SANTOS.
Naturalidade: Marco - CE.
Filiação: José Leandro dos Santos e Maria Luciana Santos
Data de Nascimento: 19.03.2008
Estado Civil: solteira
Endereço: localidade de Santa Rosa, em Marco – CE.
RG:
CPF: 076.276.773-19
Telefone: (88) 9832.4715

Histórico

Informa a noticiante que trafegava de motocicleta na estrada vicinal de Santa Rosa, quando percebeu a passagem de um automóvel; Que na ocasião a declarante parou sua moto; Que a filha da declarante que trafegava na garupa caiu da moto; Que em decorrência do acidente a vítima sofreu uma fratura no braço direito; Que após acidentada a vítima foi levada para o hospital de Marco – CE, de onde foi transferida para a Santa Casa de Misericórdia de Sobral – CE, onde foi prontamente atendida; Que o veículo do acidente se trata de uma MOTOCICLETA HONDA CG 125 FAN KS, DE COR VERMELHA, ANO 2012/2012, DE PLACA DIG 0464 CE, DE CHASSI 9C2JC4110CR514308, CÓDIGO RENAVAL DE Nº 00469383070 E nada mais havendo, deu-se por encerrado o presente feito, que depois de lido e achado conforme vai devidamente assinado.

Responsável pelo Registro: _____

Responsável pela Informação: Maria Luciana Santos

[Ir para conteúdo principal](#)



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

[Assista ao vídeo da Líder](#)

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

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 2014956341 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA MARIA LUYANA DOS SANTOS

COBERTURA Invalidez

SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO MBM SEGURADORA S/A

ENDEREÇO Rua Álvaro Alvim, 21 3º andar, Centro, Rio de Janeiro - 19, CEP: 20031-010

BENEFICIÁRIO MARIA LUYANA DOS SANTOS

CPF/CNPJ: 07627677319

Posição em 06-02-2015 17:07:34

Indenização creditada em 28/11/2014, no valor de R\$ 1.687,50, em banco e conta de titularidade do beneficiário, conforme autorização de pagamento assinado pelo mesmo.

DECLARAÇÃO DE AUSENCIA DE LAUDO DO IML

Eu, MARIA LUCIANA SANTOS, portador da carteira de identidade nº 2006005223230 e inscrito no CPF/MF sob o nº 052.760.593.45, residente e domiciliado na RUA DO BLOCO, Cidade MARCO, Estado Ceará, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- (☒) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- (☐) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- (☐) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias 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 de 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.

Maria Luciana Santos

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

MARCO, 12 DE MAIO DE 2014.

Local e data



Santa Casa de Misericórdia de Sobral

Rua Antonio Crisóstomo de Melo, 919 - Fone: (88)3677.1930 - Fax: (88) 3613.1908
Centro - Sobral - Ceará - CEP: 62.010-550

RETORNO

83 - RADIOLOGIA

Nome Paciente: Maria Liana Santos						Reg.	
Idade	Peso	Altura	☐ Masc ☐ Fem.	Cor	Clínica	☐ INPS ☐ CONV. ☐ PART.	☐ HOSP. ☐ AMB. ☐ EXT.
ENF. LEITO							
IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA: Controle retorno							
DADOS CLÍNICOS							
Data do Pedido:				Assinatura do Médico Radiologista (CRM)			
TIPO DE EXAME - Jejum ☐ SIM ☐ NÃO				ANESTESIA ☐ SIM ☐ NÃO		TIPO DE FILME QUANT. QUEIMADO	
Radiografia punho ① (AP/P)						☐ 13 X 24	
						☐ 24 X 30	
						☐ 30 X 40	
						☐ 35 X 35	
						☐ 35 X 43	
RADIO DIAGNÓSTICO: (AUDIO USE O INVERSO SE NECESSÁRIO)							
DATA:				Assinatura do Médico RADIOLOGISTA - CRM			

Nome do Paciente:		Reg.
Tipo de Exame		☐ 18 X 24 ☐ 24 X 30 ☐ 30 X 40 ☐ 35 X 35 ☐ 35 X 43
Tipo de Contraste ou medicamento		
Data do Exame		
		N. INC.

DESTACAR E COLAR NA FOLHA DE CONTROLES DE EXAMES SUPLEMENTARES DA PAPELETA

Item 46 / Gráfica CLEIDE - (88) 3011.3723



RE

ATEND.: 3781912 DT. ATEND.: 28/4/2014 - 13:09
MATRI.: 811109 NASCIMENTO.: 19/3/2008
NOME.: MARIA LUYANA DOS SANTOS
NOME.: MARIA LUCIANA SANTOS
CPF.: _____ CNIS: SUSFACIL:
ENDER.: SANTA ROSA 0
DISTRITO: 21100000 - 44400

CE-SEP: 62560000

fls. 19

ATENDIMENTO: ADULTO ☐PEDIÁTRICO ☐CIRÚRGICO ☐

ACOLHIMENTO

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: QuemidoHORA DA CLASSIFICAÇÃO: 12:49

PROCEDÊNCIA:

☐ PROCUROU PSF: SIM ☐

CAUSAS:

- ☐ ENCAMINHADO
- ☐ NÃO TINHA FICHA P/ CONSULTA
- ☐ NÃO TINHA MÉDICO
- ☐ POSTO ESTAVA FECHADO
- ☐ NÃO RESOLVEU O PROBLEMA

TRAUMATOLOGIA

NÃO ☐ CAUSAS:

- ☐ NÃO É EFICIENTE
- ☐ É LONGE DE CASA
- ☐ NUNCA TEM MÉDICO
- ☐ TEM PLANO DE SAÚDE
- ☐ SAMU
- ☐ CARRO
- ☐ DEAMBULANDO
- ☐ OUTRAS AMBULANCIAS
- ☐ MOTO, BICICLETA...

☐ TRANSFERIDO DE OUTRO HOSPITAL:☐ UBS

HDA DO ACOLHIMENTO:

Sofreu queda de moto, apresentando dor em MS (D) na
unidade da cabeça

PA: 1 PULSO: _____ FR: _____ TEMP.: _____ PESO: _____

TIPO DE ACIDENTE:

- ☐ Acidente c/ objetos corto-contusos
- ☐ Choque elétrico
- ☐ Ingestão accidental: ☐ Corpo estranho
- ☐ Queimaduras: ☐ 1º Grau ☐ 2º Grau ☐ 3º Grau Por: ☐ Água ☐ Óleo ☐ Alcool ☐ Elétrico
- ☐ Atropelamento: ☐ Carro ☐ Moto ☐ Bicicleta ☐ Outros
- ☐ Carro ☐ com cinto ☐ sem cinto
- ☐ Mordedura de animais: ☐ Doméstico ☐ Selvagem ☐ Ofídico
- ☐ OUTROS
- ☐ Acidente por arma de fogo
- ☐ Afogamento
- ☐ Queda. De onde? _____
- ☐ Produto químicos farmacêuticos
- ☒ Moto: ☐ com capacete ☒ sem capacete

LOCAL DO ACIDENTE:

☐ Domicílio ☐ Via Pública ☐ Escola ☐ Outros

COD. 4850

TIPO DE TRAUMA

- ☐ TCE ☐ ABDOMINAL ☐ TORÁCICO ☐ ORTOPÉDICO ☐ POLITRAUMA
☐ ESPANCAMENTO ☐ VIOLÊNCIA SEXUAL
☐ PAI ☐ MÃE: ☐ OUTROS ☐ PAI ☐ PADASTRO ☐ DESCONHECIDO

HORA DO ATENDIMENTO MÉDICO: _____

HDA DO MÉDICO: _____

CONDUTA: _____

DIAGNÓSTICO: _____

José de Araújo Cruz Júnior
 ORTOPEDIA ASS: Médico - CRM
 CRM: 1250

MOTIVO DO ATENDIMENTO

- ☐ CLÍNICO ☐ CARDIOLÓGICO ☐ NEUROLÓGICO ☐ OFTALMOLÓGICO
☐ CIRÚRGICO ☐ TRAUMAT. ORTOPÉDICO ☐ OTORRINO ☐ ODONTOLÓGICO
☐ TENTATIVA DE SUICÍDIO ☐ OUTROS

DESTINO DO ATENDIMENTO: ☐ CONSULTA

☐ COM MEDICAÇÃO

☐ SEM MEDICAÇÃO

☐ - ALTA COMPLEXIDADE

☐ INTERNAÇÃO

☐ CLÍNICO

☐ CIRÚRGICO

OBSERVAÇÃO: DESTINO

- ☐ INTERNADO: ☐ CLÍNICO ☐ CIRÚRGICO
☐ ALTA
☐ TRANSFERÊNCIA ☐ HOSPITAL DE ORIGEM ☐ OUTROS

ALTA DO PACIENTE

Data: _____

Horas: _____

FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem: ELIM-J-O Município: MARCO - CE
Distrito Sanitário: SUS
Nome: M^a Luiana dos Santos Prontuário Nº _____
Sexo: M ☐ F ☒ Data de Nascimento: 19/03/08 Ocupação: _____
Endereço: Santa Rosa Bairro: _____ Tel.: _____
Motivo do Encaminhamento: Brind - do HCT
Resultado(s) de Exame(s): cf de - para M
Conduta já realizada: Fut - M - D.
Assinatura do Encaminhante: Francisco de Azevedo Função: Med Data: 28/03/2015 Hora: _____
Impressão Diagnóstica: Clinica Geral Registro: _____

AGENDAMENTO

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

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA (*)

Unidade de Referência: _____ Prontuário Nº _____ Alta: 1/1
Município: _____
Resultado: Clínico/Cirúrgico: _____
Resultado(s) de Exame(s): _____
Diagnóstico: Principal: _____ CID: _____
Secundário 1: _____ CID: _____
Secundário 2: _____ CID: _____
Proposta de Conduta 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: _____
(*) Utilizar também como resumo de alta

BRASIL - CEARÁ - MARCO DE SOBRAL
CONFÉRMICA E ORIGINAL
Andreia K. M. M. M. M.
Secretária