



PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

OUTORGADO: CAROLINA FREITAS MOREIRA, brasileira, solteira, advogada, inscrito na OAB/CE de

Outorgante: <u>Francisco Elvino dos Reis Marques</u>		Data Nasc:
Estado Civil: <u>solteiro</u>	Profissão: <u>autônomo</u>	Nacionalidade: <u>brasileiro</u>
RG: <u>99.0500041250</u>	CPF: <u>842.831.273-53</u>	
Endereço: <u>Rua: Povoado do Adnaldo mº 20</u>		CEP: <u>62.640.000</u>
Cidade: <u>Cummeim-le</u>		

nº 23.787, com escritório profissional na Rua Pedro Borges, nº 33, sala 516, Ed. Palácio Progresso, Centro, Cep: 60.055-10, Fortaleza-CE, fone: (85) 3055 9918.

PODERES: Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante nomeia e constitui, a outorgada, sua bastante procuradora, 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 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, transigir, requerer, juntar retirar documentos, assinar livros, termos, recibos, dar ou receber quitações, fazer levantamento de valores depositados, 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 cumprimento amplo do objeto do presente mandato.

Fortaleza (CE), 05 de abril de 20 19.

Francisco Elvino dos Reis Marques
OUTORGANTE



CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA

DECLARAÇÃO DE POBREZA

Declaro para os devidos fins que eu,
Francisco Chais dos Reis Marques residente e
 domiciliado na Rua: Porcônio Boquino do Adalberto nº 10,
 bairro: -, na cidade de Limoeiro, portador(a) do
 RG nº 9901004220, inscrito(a) no CPF nº 642.831.273-53
 estou impossibilitado(a) de custear despesas judiciais sem prejuízo de meu
 próprio sustento e da família não podendo arcar com custas processuais pelo que
 declara ser pobre nos termos da lei nº 7.115 de 29 de agosto de 1983, pelo que
 assume inteira responsabilidade, requer os benefícios da Justiça Gratuita, com
 esteio na lei nº 1060/05.

Fortaleza, 01 de Abril de 20 19.

Francisco Chais dos Reis Marques
DECLARANTE



CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Pela _____ presente, _____ o _____ (a)
Sr(a) Francisco Luis dos Reis Marques 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 a Dra. CAROLINA FREITAS MOREIRA, OAB/CE
Nº 23.787, de qualquer responsabilidade civil e/ ou criminal.

Fortaleza, 02 de abril 2019.

Francisco Luis dos Reis Marques

DECLARANTE

TESTEMUNHAS:

1. NOME:

CPF:

ASSINATURA:

2. NOME:

CPF:

ASSINATURA:



CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Francisco Elvino dos Reis Marques, brasileiro(a), solteiro, autônomo, portador(a) de cédula de identidade nº. 99 050004220, inscrito(a) no CPF sob o nº 842.831.273-53, DECLARO que tenho domicílio e sou residente na Rua: Porouco do Admaraldo, nº 10, Bairro _____, CEP: _____/CE, conforme comprovante de endereço anexo em meu nome.

Fortaleza, 05 de Abril 20 19.

x Francisco Elvino dos Reis Marques

DECLARANTE

TESTEMUNHA:

1. _____

RG Nº:

CPF Nº:

2. _____

RG Nº

CPF Nº



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 430 - 3173 / 2017

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **20/10/2017 11:15:04**
Data / Hora da Ocorrência: **07/10/2017 16:00:00**
Endereço da Ocorrência: **SITIO LOCALIDADE DE CANOA**
Complemento:
Bairro: **ZONA RURAL** Município: **CAMOCIM/CE**
Ponto de Referência: **DISTRITO DE CAMOCIM**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **FRANCISCO ELVIS DOS REIS MARQUES**
Nascimento: **24/11/1980** CPF:
RG: **99010044220** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
Filiação: **LUCIA MARIA REIS MARQUES**
JOÃO BATISTA MARQUES
Endereço: **SITIO TAMBORIL**
Bairro: **ZONA RURAL TAMBORIL**
Município: **CAMOCIM/CE** CEP: **62.400-000**
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 99424-8802**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **OSV5790** Uf: **CE** Município: **CAMOCIM** Chassi:
9C2KC1650FR503595 Renavam: **1021662876** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CG 150 TITAN ESD** Ano
Fabricação: **2014** Ano Modelo: **2015** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**
Cor: **VERMELHA** Proprietário: **FRANCIDALVA VITALINO CARNEIRO**
Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

A vítima afirma que no dia e hora acima citado estava dirigindo a motocicleta HONDA CG 150 TITAN ESD DE COR VERMELHA de propriedade de sua esposa FRANCIDALVA VITALINO CARNEIRO; Que estava trafegando normalmente quando um carro passou pela vítima e este veio a se desequilibrar e caiu ao chão vindo a machucar a clavícula; Que a vítima passou por medicação e avaliação do médico e veio na delegacia registrar o fato. E NADA MAIS DISSE////////

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE CAMOCIM

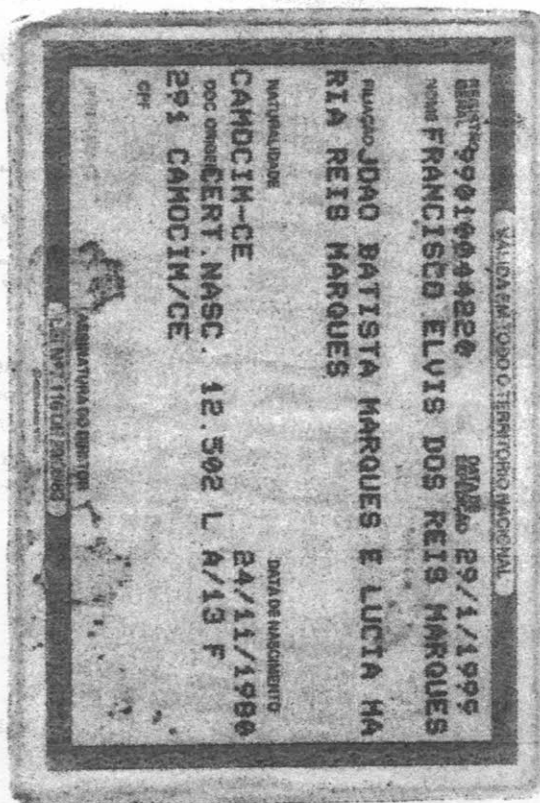
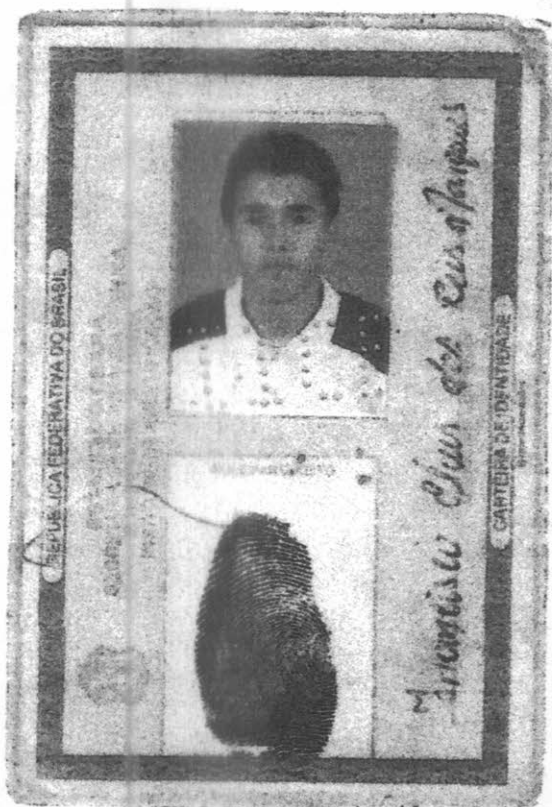
RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

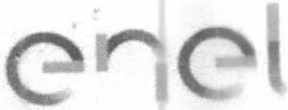
FRANCISCO DOS SANTOS PEREIRA - MAT.: 198789-1-0

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Francisco dos Reis Marques

VISTO DO DELEGADO(A) :

HERBERT PONTE E SILVA - MAT.: 014672-1-2





Esta é a segunda via de
NOV/2018

Utilize o nº abaixo sempre
que entrar em contato conosco

Nº DO CLIENTE
7458205 DV **4**

VENCIMENTO
13/12/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)
67,71

Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | Nº **548197458**
Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

A Tarifa Social de Energia Elétrica
foi criada pela Lei nº 10.438 de
26 de abril de 2002

DADOS DO CLIENTE

Rota 24 033002 01 07700 Medidor 1377485 Poste 0000 0
Nome FRANCIDALVA VITALINO CARNEIRO
Endereço Postal

End. da Unidade PV BOQUEIRAO DO ADROALDO 00010 TAMBORIL CAMOCIM
Consumidora 62400000
RG / CPF / CNPJ 002.386.713-21 CGF
Classe B2 - 04-RURAL, MONOFASICA, BAIXA RENDA Fator de Potência 0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual ☒ Leitura Anterior ☒ Constante ☐ Consumo (kWh) ☒ Consumo Incl. ☐ Consumo Faturado
FP 7041 6920 1 121 0 121

DESCRIÇÃO DA CONTA	Quantidade	Tarifa	Valor (R\$)
ENERGIA Consumo faixa 0-30 Kwh	121	0,41168	49,81

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/
Apresentação 06/12/2018
Prev. Próxima
Leitura 06/12/2018

AREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

5B2C.B396.EA11.73FD.489B.1A0E.432A.78C9

ICMS

Base de Cálculo (R\$) Aliquota Valor do Imposto
ISENTO

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

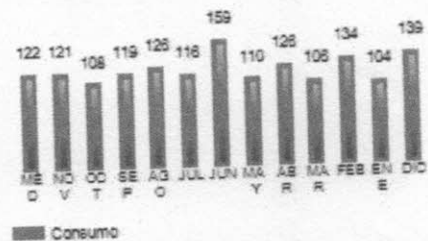
ENERGIA	25,64
TRANSMISSÃO	2,73
DISTRIBUIÇÃO	14,60
ENCARGOS SETORIAIS	3,91
TRIBUTOS (ICMS, PIS/COFINS)	2,93

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta. CM: 19,94
Conjunto CAMOCIM
Mês SET/ 2018

	Padrão Mensal	Individual Trim.	Individual Anual	Apuração Mensal	Individual Trim.	Individual Anual
DIC (h)	10,58	21,17	42,34	0,58	0,58	0,00
FIC (un)	7,59	15,19	30,39	1,00	1,00	0,00
DMIC (h)	5,68			0,58		

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.
Emitido kg (CO₂) Compensado kg (CO₂) Consciência Ecológica(%CO₂)
0 100

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

"PARA CADASTRAR SUA CONTA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZE
SEU NÚMERO DO CLIENTE SEM O DÍGITO VERIFICADOR."
Chame os vizinhos e amigos e entre no combate ao mosquito transmissor

NAO FOI POSSIVEL COLHER LEITURA POR: - FAT MEDIA-
LEIT BIMESTRAL ART 86 RES 414

autenticação mecânica cliente

Nº do Cliente: **7458205-4** Nº da Nota Fiscal: **548197458** Total a Pagar (R\$): **67,71**
Data de Emissão: **06/12/2018** Referência: **NOV/2018** Nº de Controle: **0007458205 00031 4334 2 02**

83830000000-4 67710031000-8 00074582050-6 00314334231-7



DADOS PESSOAIS

CNS: 706303770539177
NOME: Edson dos Reis Marques IDADE: 36
NOME DA MÃE: Lucia dos Reis Marques
NOME DO PAI: João Batista Marques
DATA DE NASCIMENTO: 29/11/80 NATURALIDADE: Ceará
ENDEREÇO: Tombou Nº _____
BAIRRO: 6-Ame CIDADE: Cam ESTADO: 9 PROFISSÃO: _____
Nº DO PRONTUÁRIO: _____

ATENDIMENTO

() ADULTO () PEDIÁTRICO () ORTOPEDIA () CLÍNICA () CIRÚRGICO () OBSTETRICO

PROCEDÊNCIA:

PROCUROU PSF SIM () CAUSAS: () ENCAMINHADO
() NÃO TINHA FICHA P/ CONSULTA
() NÃO TINHA MÉDICO
() NÃO RESOLVEU O PROBLEMA
() POSTO ESTAVA FECHADO

NÃO () CAUSAS: () NÃO É EFICIENTE
() É LONGE DE CASA
() NUNCA TEM MÉDICO
() TEM PLANO DE SAÚDE

() TRANSFERIDO DE OUTRO HOSPITAL: () SAMU
() UBS () CARRO
() JPA () DEAMBULANDO
() OUTRAS AMBULÂNCIAS
() MOTO, BICICLETA

ASS. DO RECEPCIONISTA

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

HORA DA CLASSIFICAÇÃO: _____

HDA DO ACOLHIMENTO:

PA: _____ / _____ PULSO: _____ FR: _____ TEMP: _____ PESO: _____

TIPO DE ACIDENTE:

() ACIDENTE C/ OBJETOS CORTO-CONTUSOS () ACIDENTE POR ARMA DE FOGO () AFOGAMENTO
() CHOQUE ELÉTRICO () QUEDA DE ONDE? _____

INGESTÃO ACIDENTAL:

() CORPO ESTRANHO () PRODUTO QUIMICOFARMACEUTICO

QUEIMADURAS:

() 1º GRAU () 2º GRAU () 3º GRAU POR: () ÁGUA () ÓLEO () ÁLCOOL () ELÉTRICO

ATROPELAMENTO:

() CARRO () MOTO () BICICLETA () OUTROS
CARRO: () COM CINTO () SEM CINTO MOTO: () COM CAPACETE () SEM CAPACETE

MORDEDURAS DE ANIMAIS:

() DOMÉSTICO () SELVAGEM () OFÍDICO () OUTROS

LOCAL DO ACIDENTE:

() DOMICÍLIO () VIA PÚBLICA () ESCOLA () OUTROS

TIPO DE TRAUMA:

() TCE () ABDOMINAL () TORÁCICO () ORTOPÉDICO () POLITRAUMA
() ESPANCAMENTO () VIOLÊNCIA SFIXIAI



PREFEITURA DE
CAMOCIM
AVANÇAR EM TUDO, CUIDAR DE TODOS

Prefeitura Municipal de Camocim
Secretaria Municipal da Saúde – SESA

RECEITUÁRIO

Alister Moisés

Paciente Francisco Elvis dos Reis Marques.
de 37 anos de idade, com SUS: 706 303770539177
sufria com acidente sonoro com fratura osseas
do ombro esquerdo no mês de outubro
2015; o qual limita fisicamente e laboralmente
o paciente e precisa de tratamento com
fisioterapia regular.

Isis Hevia B
Médica Internista
RMS 2301172

8-11-18

Rua João Pessoa, Nº 1252 - Centro - Fone/Fax: (88) 3621.1488
CNPJ 07.660.350/0001-23 - Camocim - Ceará
Email: sesa@camocim-ce.gov.br

AMARELO

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMOCIM - CE
UPA 24H FRANCISCO CLAUDIO GOMES
Rua da Independência, S/N - CENTRO
CAMOCIM / CEARA

fls. 24

UPA 24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

1700050543	07/10/2017 16:45:12	FICHA DE ATENDIMENTO		CLÍNICA MÉDICA	DIURNO	56
Paciente FRANCISCO ELVIS DOS REIS MARQUES		Data Nascimento 24/11/1980	Idade 36 A 10 M 13 D	CNS	CPF	Prontuário 00025740
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo M	Estado Civil	Raça/Cor PARDA
Mãe LUCIA MARIA REIS MARQUES	Endereço ACESSO - TAMBURIU - 00 - ZONA RURAL - CAMOCIM - CE		Naturalidade CAMOCIM - CE		Contato	Ocupação
Class. de Risco AMARELO	Piano Convênio SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal	
Motivo do Atendimento PRONTO ATENDIMENTO	Caráter do Atendimento URGÊNCIA	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão
Sector RECEPCAO	Tipo de Chegada ESPONTÂNEA	Procedimento Sol. ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO	Registrado por: ISABELA.SOUSA			
Queixa Principal ☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue						
Anamnese de Enfermagem			GSC AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456			
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)						
Exame Físico						
Hipótese Diagnóstica <i>Vitima de acidente de trânsito com lesão punhal</i>						
SADT - Exames Complementares ☐ RAIO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:						
PRESCRIÇÃO			APRAZAMENTO		OBSERVAÇÃO	
<i>OS 51. 1000ml IV</i>			<i>500</i>		<i>500</i>	
<i>Oxigenio B 1/2 m 3m</i>			<i>16:34</i>		<i>16:34</i>	
<i>Oxigenio 1/2 m 1M</i>			<i>16:40</i>		<i>16:40</i>	
Conduta ☐ Alta por Decisão Médica ☐ Ambulatório ☐ Alta a Pedido ☐ Observação (Até 24h) ☐ Alta a Revelia ☐ Internação ☐ Transferência para: Data e Hora da Saída/Alta: / /						
óbito Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ IML ☐ Autópsia						
Assinatura do Paciente ou Responsável <i>Francisco Elvis dos Reis Marques</i>			Carimbo do Médico <i>Dr. Waldir B. Cavalcante</i> CRM: 14802			

Impresso por: deluza.vasconcelos





PREFEITURA DE
CAMOCIM
AVANÇAR EM TUDO, CUIDAR DE TODOS

Prefeitura Municipal de Camocim
Secretaria Municipal da Saúde - SESA

RECEITUÁRIO

Alastair Moisés

Paciente Francisco Elvis dos Reis Marques.
de 37 anos de idade, com SUS: 706 303770539137
sofreu um acidente severo com fratura osseas
do crânio esguinho na parte d. anterior
2017; o qual limita fisica e laboralmente
ao paciente e precisa de tratamento com
fisioterapia regular.

Isis Helena B.
Medica Internista
RMS 2301172

32-01-18

Rua João Pessoa, Nº 1252 - Centro - Fone/Fax: (88) 3621.1488
CNPJ 07.660.350/0001-23 - Camocim - Ceará
Email: sesa@camocim-ce.gov.br



(/)

Buscar no site

- A COMPANHIA
- SEGURO DPVAT
- PONTOS DE ATENDIMENTO (/Pontos-de-Atendimento)
- CENTRO DE DADOS E ESTATÍSTICAS
- SALA DE IMPRENSA
- TRABALHE CONOSCO
- CONTATO

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

Nova Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados para o ponto de atendimento mais próximo ao endereço de entrega, com prazo de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3180020204 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA FRANCISCO ELVIS DOS REIS MARQUES
COBERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO Sabemi Seguradora S/A-Filial Fortaleza-CE
BENEFICIÁRIO FRANCISCO ELVIS DOS REIS MARQUES
CPF/CNPJ: 64283127353

Posição em 05-09-2018 10:47:13

Não conseguimos identificar, na documentação apresentada, a existência e o grau das lesões permanentes ocasionadas pelo acidente, retorne ao local em que deu entrada e atualize seus dados de contato.

Descrição	Tipo	Status	Nome
Outros	Vítima	Não Conforme	

Histórico das correspondências enviadas		
Data da Carta	Referência	Ver Carta
06/04/2018	Interrupção de Prazo	https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/mgtpBOqLxe+PaWx5XkP...api_key=2EUxO2SGR89AycdPswx__q3e0U7VUsy6UKuV8czwH2Y0=
13/03/2018	Reanálise de processo - Conduta mantida	https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/K7s+oFUMXEqdrsWcrxlv...api_key=2EUxO2SGR89AycdPswx__q3e0U7VUsy6UKuV8czwH2Y0=
08/03/2018	Interrupção de Prazo	https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/8iubLtzUA0toO17Sltodw...api_key=2EUxO2SGR89AycdPswx__q3e0U7VUsy6UKuV8czwH2Y0=

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por CAROLINA FREITAS MOREIRA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 22/04/2019 às 16:54, sob o número 01265650320198060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0126565-03.2019.8.06.0001 e código 473658A.

SINISTRO 3180020204 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA FRANCISCO ELVIS DOS REIS MARQUES

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO Sabemi Seguradora S/A-Filial Fortaleza-CE

BENEFICIÁRIO FRANCISCO ELVIS DOS REIS MARQUES

CPF/CNPJ: 64283127353

Posição em 08-04-2019 11:23:25

Após a liberação do pagamento da indenização, recebemos seu pedido de reanálise do processo. No entanto, sua solicitação não foi concluída, pois não recebemos os documentos complementares requisitados em nossa última correspondência. Dessa forma, como não foram identificadas novas lesões permanentes ou agravamento daquelas já indenizadas, informamos que o seu pedido de reanálise foi encerrado e que fica mantido o valor pago anteriormente, conforme carta abaixo enviada para seu endereço.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
23/01/2018	R\$ 843,75	R\$ 0,00	R\$ 843,75