



CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

Outorgante: <u>Fernando Lima da Silva</u>		Data Nasc:
Estado Civil: <u>solteiro</u>	Profissão: <u>autônomo</u>	Nacionalidade: <u>brasileiro</u>
RG: <u>91007013802</u>	CPF: <u>458.746.093-00</u>	
Endereço: <u>Rua: Tr Lino Agostinho nº 32</u>		
Cidade: <u>Fortaleza - Ce</u>	CEP: <u>60.000-000</u>	

OUTORGADO: CAROLINA FREITAS MOREIRA, brasileira, solteira, advogada, inscrito na OAB/CE de 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 e 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 o cumprimento amplo do objeto do presente mandato.

Fortaleza (CE), 30 de Setembro de 20 18.

Fernando Lima da Silva
OUTORGANTE



CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Denaldo Lima da Silva, brasileiro(a), solteiro, autônomo, portador(a) de cédula de identidade nº 91007013 802, inscrito(a) no CPF sob o nº 458.744.093-00, DECLARO que tenho domicílio e sou residente na Rua TM Lino Agostinho, nº 32, Bairro -, CEP: - /CE, conforme comprovante de endereço anexo em meu nome.

Fortaleza, 10 de Setembro 2018.

Denaldo Lima da Silva

DECLARANTE

TESTEMUNHA:

1. _____

RG Nº:

CPF Nº:

2. _____

RG Nº

CPF Nº



CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Pela _____ presente, _____ o _____ (a) Sr(a) Renato Lima da Silva 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, 20 de Setembro 2018

Renato Lima da Silva

DECLARANTE

TESTEMUNHAS:

1. NOME:

CPF:

ASSINATURA:

2. NOME:

CPF:

ASSINATURA:



CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA

DECLARAÇÃO DE POBREZA

Declaro para os devidos fins que eu,
Renaldo Lima da Silva, residente e
domiciliado na Rua: Tr. Lima Agostinho, nº 32,
bairro: -, na cidade de Fortaleza, portador(a) do
RG nº 91007013 802, inscrito(a) no CPF nº 458.744-093-00,
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, 10 de Setembro de 20 18.

Renaldo Lima da Silva
DECLARANTE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
RENALDO LIMA DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
91007013802 SSP CE

CPF DATA NASCIMENTO
458.744.093-00 02/01/1974

FILIAÇÃO
MARIO LEANDRO DA SILVA
ANTONIA LIMA DA SILVA

PERMISSÃO

ACC

CAT. HAB.

AB

Nº REGISTRO
00939136300

VALIDADE
16/05/2018

1ª HABILITAÇÃO
14/10/1998

SEM OBSERVAÇÃO;

Renaldo Lima da Silva

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
FORTALEZA, CE

DATA EMISSÃO
20/05/2013

Igor Vasconcelos Monte
IGOR VASCONCELOS MONTE

ASSINATURA DO EMISOR

44875430501
CE135718864

DETRAN-CE (CEARA)

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL

749092832

PROIBIDO PLASTIFICAR

749092832

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO



fls. 20

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 1049 / 2017**Dados da Ocorrência**Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**Data / Hora da Comunicação: **17/02/2017 10:22:14**Data / Hora da Ocorrência: **16/09/2016 02:00:00**Endereço da Ocorrência: **RUA ALVARO CORREIA**Complemento: **C/ RUA ALVARO MAMEDE**Bairro: **VARJOTA**Município: **FORTALEZA/CE**Ponto de Referência: **EM FRENTE A CASA BRANCA****Dados da(s) Vítima(s)**Nome: **RENALDO LIMA DA SILVA**Nascimento: **02/01/1974** CPF: **458.744.093-00**RG: **91007013802**Orgão Emissor: **SSP**UF: **CE**Filiação: **ANTONIA LIMA DA SILVA****MARIO LEANDRO DA SILVA**Endereço: **TRAVESSA LINO AUGUSTINHO, 32 CASA**Bairro: **CRISTO REDENTOR**CEP: **60.000-000**Município: **FORTALEZA/CE**País: **BRASIL**Telefone: **8608-0896****Dados do(s) Veículo(s)**1) Placa: **HXZ8119** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi:**9C2ND07004R000171** Renavam: **816056480** Tipo do Veículo:**MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/NX-4 FALCON** Ano Fabricação:**2003** Ano Modelo: **2004** Combustível: **GASOLINA** Cor: **VERMELHA**Proprietário: **RENALDO LIMA DA SILVA** Situação: **NÃO INFORMADO**Envolvimento: **COLISAO****Histórico**

AFIRMA O DECLARANTE QUE NA DATA, HORA E LOCAL CITADOS; QUE, PILOTAVA A MOTOCICLETA DE SUA PROPRIEDADE DE PLACA HXZ-8119-CE; QUE TRAFEGAVA PELA RUA ALVARO CORREIA; QUE, UM CICLISTA ATRAVESSOU A VIA SEM OBSERVAR O FLUXO OCASIONADO A COLISÃO COM A MOTO DA VITIMA NA VIA; QUE, COM O IMPACTO, A VITIMA FOI AO SOLO E FICOU LESIONADA; QUE, O CAUSADOR DO ACIDENTE EVADIU-SE DO LOCAL; QUE, A VITIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU SENDO LEVADO PARA ATENDIMENTO NO IJF/CENTRO . NADA MAIS DISSE.//

OBS:FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO ART. 340 DO CPB.

PRAZO PREVISTO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL:6 MESES.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :****CRISTIANO ALEX NOGUEIRA DA SILVA - MAT.: 300518-1-5****RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:****VISTO DO DELEGADO(A) :****MARIA CÂNDIDA BRUM - MAT.: 126913-1-9**

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

Pág. 1 de 2

Impresso em: 17/02/2017 10:28:09

Buscar no site

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

SINISTRO 3170141667 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA RENALDO LIMA DA SILVA

COBERTURA Invalidez

SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO MARIA GECINEIDE FERREIRA NOBRE COR. SEGUROS EIRELI

BENEFICIÁRIO RENALDO LIMA DA SILVA

CPF/CNPJ: 45874409300

Posição em 03-05-2017 11:39:14

Pagamento creditado ao beneficiário de acordo com os dados informados na autorização de pagamento.

Data do Pagamento	Valor da Indenizacao	Juros e Correção	Valor Total
27/03/2017	R\$ 4.725,00	R\$ 0,00	R\$ 4.725,00

ACESSIBILIDADE



(/Pages/Acessibilidade.aspx)



(/Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx)

A A A

COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

Documentos Despesas Médicas (/Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx)

Documentos Invalidez Permanente (/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx)

Documento Morte (/Pages/Documentacao-Morte.aspx)

Dicas Indispensáveis (/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)

PAGUE SEGURO

Como Pagar (/Pages/Pague-Seguro.aspx)

Consulta a Pagamentos Efetuados (/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetutados.aspx)

Informações Gerais (/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx)

ACOMPANHE O PROCESSO

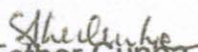
Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização. (/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx)

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, e em virtude da faculdade que lhe é conferida por lei, e ao processo nº P428268/2016, que o SAMU 192 Regional Fortaleza prestou atendimento ao Sr. **Renaldo Lima da Silva**, no dia **16/09/2016**, às **01h28min**, na **Rua Alves Correia**, no **Bairro Varjota**, vítima de acidente de trânsito. Paciente atendido no local e removido para o **Instituto Doutor José Frota**.

Fortaleza, 11 de novembro de 2016

Atenciosamente,


Esther Cunha

Coord. SAME do SAMU 192 Regional Fortaleza


Rita Lima

Ouvidora do SAMU 192 Regional Fortaleza



INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

SAÚDE e SUS
HOSPITALAR

Emitido em: 14/02/2017 11:0:21

**Registro de Atendimento
Emergencial**

Por: JACQUELINE NASCIMENTO DE SOUSA

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL				DATA/HORA: 16/09/2016 02:41:46	
70480/074482423		NOME: RENALDO LIMA DA SILVA		Registro: 5466352	
RG:		D. NASC: 02/01/1974		ESTADO CIVIL:	
RAÇA/COR: Branca		SEXO: M			
NOME DA MÃE: ANTONIA LIMA DA SILVA		NOME DO PAI: MARIO LEANDRO DA SILVA			
ENDEREÇO DO PACIENTE: LIND AGOSTINHO		Nº: 32		BAIRRO: CRISTO REDENTOR	
TELEFONE CONTATO:		MUNICÍPIO: FORTALEZA		UF: CE CEP: 60336830	
NOME: FRANCISCO ALDERI SOARES JUNIOR		PARENTESCO: GENRO		TELEFONE: 988686440	
CBO DO EMPREGADO:		CNPJ DO EMPREGADOR:		COSIDO DO CNAER:	
TÍPO DE ATENDIMENTO: Acidente com automóvel / microônibus (acidente de carro). Ocupante de um auto traumatizado em acidente de transporte sem colisão. Inclui: capotamento, queda					
EXAMES: Vítima de acidente de moto com provável fratura de clavícula. Queixa-se de dor torácica					
OBSERVAÇÕES:					
SINAIS VITAIS					
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Pública		Escala de Dor: Moderado		PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: VERDE	
EQUIPAMENTO DO ATENDIMENTO:					
MÓDULO:					
Nº Físico:					
Data:					
SERVIÇO DE PROTEÇÃO - SUS RAE TIRADA DELO SISTEMA E-SUS DATA 14/09/2016 MATRÍCULA 1365519 SERVIÇÓRIA					
TÍTULO NECESSÁRIO PARA RESERVAÇÃO:					
MÉDICO COMPLEMENTARES CITADOS:					
AMINHAAMENTO DO PACIENTE:					
A E HORA DO ATENDIMENTO:		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:			



**Prefeitura de
Fortaleza**
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

LAUDO MÉDICO

PRONTUÁRIO :5466952

NOME: RENALDO LIMA DA SILVA

DATA DE NASCIMENTO: 02/01/1974

PAI: MARIO LEANDRO DA SILVA

MÃE: ANTONIA LIMA DA SILVA

DATA DE ATENDIMENTO:16/09/2016

DATA DE SAÍDA:13/10/2016

MOTIVO: O PACIENTE RENALDO LIMA DA SILVA, 43 ANOS, DEU ENTRADA NA EMERGÊNCIA DO IJF, EM 16/09/2016, COM TRAUMA EM OMBRO ESQUERDO, DECORRENTE DE ACIDENTE DE MOTO.

APRESENTAVA, NO MOMENTO DA ADMISSÃO, FRATURA DE CLAVÍCULA E ESCÁPULA ESQUERDOS.

FRATURA EM PORÇÕES POSTERIORES DOS ARCOS COSTAIS DO 3º AO 9º, À ESQUERDA, EVIDENCIADOS EM TC DO TÓRAX.

PERMANECEU INTERNADO, AGUARDANDO CIRURGIA.

EM 11/10/2016, FOI SUBMETIDO A CIRURGIA PARA RESSECÇÃO DE ESPÍCULA ÓSSEA EM CLAVÍCULA ESQUERDA.

FOI INDICADA CONDUTA CONSERVADORA, DA FRATURA DOS ARCOS COSTAIS.

EVOLUIU ESTÁVEL, CONSCIENTE, ORIENTADO E VERBALIZANDO, PERMANECEU INTERNADO, ATÉ O DIA 13/10/2016, QUANDO RECEBEU ALTA HOSPITALAR.

LAUDO DIGITADO EM 09/02/2017 (JOÃO ANANIAS/C)''

Dr. João Ananias Vasconcelos Neto

MÉDICO
CREMEC 3636

MÉDICO RESPONSÁVEL PELAS INFORMAÇÕES CONTIDAS NO PRONTUÁRIO/RAE/NUAME / IJF ASS PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Nº. HOSPGESTOR: 29388

LEITO: 1714

NOME: RENALDO LIMA DA SILVA

DATA DE INTERNACAO: 16/ 09/ 2016

BE/PRONT: 5466952

NASCIMENTO: 02011974

DATA DA ALTA: 13/10/2016

CIDADE DE ORIGEM: FORTALEZA

IDADE: 42

DIAGNOSTICOS: OMBRO FLUTUANTE ESQ (OPERADA)

CONDUTAS E CUIDADOS POS-

OPERATORIOS:

TELEFONE:

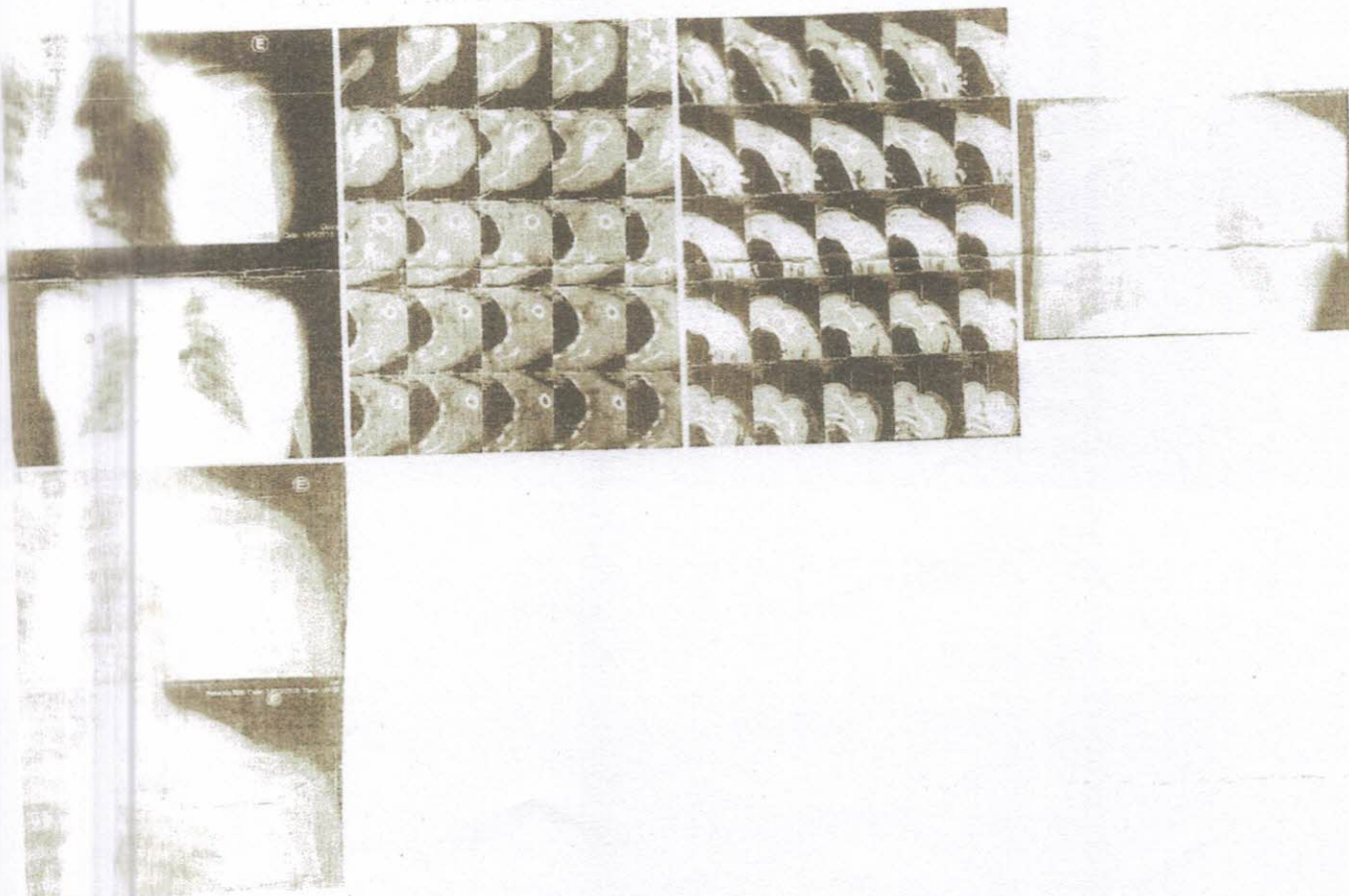
CELULAR:

STAFF QUE OPEROU NA EMERGENCIA:

STAFF DO LEITO: CLODOALDO

RESIDENTE DO LEITO: REJELOS CHARLES

Montar o uso do tipo 1.



Mapa de Cirurgias

MAPA DO DIA 11/10/2016 - Terça-Feira

27

A SEGUIR 1714

GUILHERME COLARES

REJELOS CHARLES

* CX BASICA 10 PARA MMSS + CX PEQUENOS FRAGMENTOS + KIT BASICO: CX OSTECTOMOS MARTELO, CURETAS E SACABOCADO + TREPANO PNEUMATICO MACON

REALIZADA

FRATURA DE CLAVICULA ESQUERDA BE 5466952

Marcado por REJELOS CHARLES em 13-10-2016 13:27:00

Retornar dia: 11/10/2016 Hora: _____ para Dr. *[Signature]*

https://www.hgresidencia.com.br/ijfc_paciente_resumo.php?pac_codigo=29388



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° 518903542

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60136 040 | Fortaleza CE
CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

A Tarifa Social de Energia Elétrica
foi criada pela Lei n° 10.438 de
26 de abril de 2002

Esta é a segunda via de

MAR/2018

Utilize o n° abaixo sempre
que entrar em contato conosco

N° DO CLIENTE

2890566

DV **0**

VENCIMENTO

04/04/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

110,51

DADOS DO CLIENTE

Rota 19 01150 19 0163400

Nome MARIA EVANIR BARBOSA

Endereço Postal

Medidor

11994303

Poste

0000 D62P

End. da Unidade TR LINO AGOSTINHO 00032 CS BAIXO COLONIA FORTALEZA
Consumidora 60336830

RG / CPF / CNPJ 456.147.413-72

CGF

Classe 01-RESIDENCIAL, 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 21025 20838 1 187 0 187

DESCRIÇÃO DA CONTA

Quantidade + Tarifa = Valor (R\$)

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/
Apresentação

27/03/2018

Prev. Próxima
Leitura

26/04/2018

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

ED4F.F1C5.90E0.5135.68BB.D47B.FB79.537B

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do imposto
88,24	27%	34,06

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

OUTROS PAGAMENTOS

PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA S. BAIXA RENDA

1,68

ICMS COMPLEMENTAR BAIXA RENDA-CONV CONFAZ 079

10,24

ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL-CAP

10,35

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

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

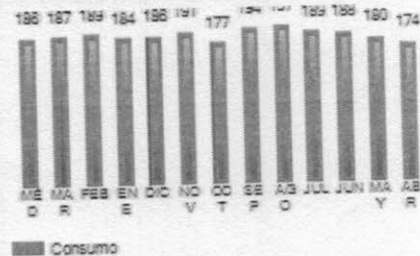
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 30,15

Conjunto BARRA DO CEARA

Mês JAN/ 2018

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC (h)	4,95	9,91	19,82	0,00	0,00	0,00
FIC (un)	3,11	6,22	12,45	0,00	0,00	0,00
DMIC (h)	2,77			0,00		

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



autenticação mecânica cliente

N° do Cliente:

2890566-0

N° da Nota Fiscal: **518903542**

Total a Pagar (R\$): **110,51**

Data de Emissão:

19/04/2018

Referência: **MAR/2018**

N° de Controle:

FATURA PAGA, NÃO RECEBER

SINISTRO 3170141667 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA RENALDO LIMA DA SILVA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO MARIA GECINEIDE FERREIRA NOBRE COR. SEGUROS EIRELI

BENEFICIÁRIO RENALDO LIMA DA SILVA

CPF/CNPJ: 45874409300

Posição em 26-03-2019 14:56:39

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento. O valor abaixo será creditado na conta que você indicou no formulário de autorização de pagamento. O prazo para o banco confirmar o pagamento é de até 5 dias úteis. Caso não identifique o valor em sua conta após esse período, volte a consultar o processo aqui no site.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
27/03/2017	R\$ 4.725,00	R\$ 0,00	R\$ 4.725,00