

# PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

Outorgante: <u>Maria Jaze Da Silva</u>		Data Nasc: <u>26/04/1966</u>
Estado Civil: <u>solteira</u>	Profissão: <u>Autônoma</u>	Nacionalidade: <u>Brasileira</u>
RG: <u>200105010080</u>	CPF: <u>60034291370</u>	
Endereço: <u>Ru: Luis Vieira DE SOUSA 00292</u>		
Cidade: <u>Boca Raton</u>	CEP: <u>63810-000</u>	

**OUTORGADO:** CAROLINA FREITAS MOREIRA, brasileira, solteira, advogada, inscrito na OAB/CE de nº23.787, com escritório profissional na Rua Pedro Borges, nº 33, 5º Andar, Sala 516, Ed. Palácio Progresso, Centro, CEP: 60.055-110, 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, 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), 20 de março de 20 17.

Maria Jaze Da Silva  
OUTORGANTE

**DECLARAÇÃO**

Eu, Maria José da Silva, Brasileiro (a),  
Solteira, portador (a) de Identidade nº 2001025019236 (SSP/CE), e  
CPF nº 60037241370, capaz, nesta oportunidade, DECLARO que resido no seguinte  
endereço: Ru. Luis Vieira de Sousa 00242  
Bom Jardim, Cidade: Bom Jardim  
Estado: Ceará, CEP 63810-000, e forneço os meus dados pessoais,  
documentos e demais declarações para a propositura de Ação Judicial em desfavor de qualquer seguradora  
conveniada DPVAT-FENASEG, sendo de minha total responsabilidade a declaração de invalidez ou óbito  
fornecida.

Fortaleza/CE, 20 de março de 20 17

Maria José da Silva  
DECLARANTE

**DECLARAÇÃO**Eu, Maria Jose da SilvaEstado Civil: SolteiraProfissão: AutônomaCPF: 600 372 413 70Identidade: 2001025 01Endereço: Ru: Luis Viegas de Sousa 00792CEP: 63870-000 Município: Boa Viagem Estado: Ceará

DECLARO para os devidos fins que possuo **Hipossuficiência Financeira**, não tendo, pois, condições de arcar com custas processuais e honorários advocatícios sem prejuízo do meu próprio sustento e o de minha família, consoante o que dispõe a Lei nº 1.050/60.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente para que surta seus devidos fins e efeitos.

Fortaleza-CE, 20 de março de 20 17.Maria Jose da Silva

DECLARANTE

**DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE**

Pela \_\_\_\_\_ presente, \_\_\_\_\_ o \_\_\_\_\_ (a)  
Sr(a) Maria José da Silva

Declara para os devidos fins de direito, ser responsável (civil e criminal) pelos fatos, informações e documentos apresentados e juntos ao processo judicial de cobrança de seguro DPVAT, em desfavor de qualquer seguradora do consórcio de seguro DPVAT, exonerando a Dra. **CAROLINA FREITAS MOREIRA – OAB/CE: 23.787** de qualquer responsabilidade civil e/ ou criminal.

Fortaleza, 20 de março 2017.

Maria José da Silva

**TESTEMUNHAS:**

1. NOME:  
CPF:
2. NOME:  
CPF:

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

IDENTIFICAÇÃO  
CPF: 2101023019236  
NOME: MARIA JOSE DA SILVA  
DATA DE EMISSÃO: 23/8/2001

NATURALIDADE: JOAGIM PEREIRA DA SILVA E LUIZ A MOREIRA DA SILVA  
DATA DE NASCIMENTO: 20/4/1966  
DOC ORIGEM: CARIACI, BARRA DO VAZ, CEARÁ

ASSINATURA DO DETENTOR: [Assinatura]

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

IDENTIFICAÇÃO  
CPF: 2101023019236  
NOME: MARIA JOSE DA SILVA  
DATA DE EMISSÃO: 23/8/2001

NATURALIDADE: JOAGIM PEREIRA DA SILVA E LUIZ A MOREIRA DA SILVA  
DATA DE NASCIMENTO: 20/4/1966  
DOC ORIGEM: CARIACI, BARRA DO VAZ, CEARÁ

ASSINATURA DO DETENTOR: [Assinatura]

MINISTÉRIO DA FAZENDA  
Secretaria da Receita Federal

**CPF**

Cadastro de Pessoas Físicas  
Número de Inscrição  
600.372.413-70

Nome  
MARIA JOSE DA SILVA

Nascimento  
20/4/1966



Coelce  
agora é enel

Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° 485952210

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135-040 | Fortaleza CE  
CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.105.848-3A Tarifa Social de Energia Elétrica  
foi criada pela Lei nº 10.438 de  
26 de abril de 2002

Esta é a segunda via de

JUL/2017

Utilize o n° abaixo sempre  
que entrar em contato conosco

N° DO CLIENTE

5294146

DV 9

VENCIMENTO

25/09/2017

TOTAL A PAGAR (R\$)

45,26

## DADOS DO CLIENTE

Rota 34 036042 10 035600

Medidor

2359426

Poste

0000 0

Nome MARIA JOSE DA SILVA

Endereço Postal

End. da Unidade Consumidora RU LUIS VIEIRA DE SOUSA 00292 GUIA BOA VIAGEM 63870000

RG / CPF / CNPJ 600.372.413-70

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

17678

17618

1

60

0

60

## DESCRIÇÃO DA CONTA

Quantidade ☒ Tarifa ☐ Valor (R\$)

## ENERGIA

Consumo faixa 0-30 Kwh  
Consumo faixa 31-100 Kwh

30

0,17423

5,22

30

0,29869

8,96

## DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/  
Apresentação

20/07/2017

Prev. Próxima  
Leitura

22/08/2017

## ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

62D8.0DD4.676C.8391.AF8C.67F9.B8C6.12D6

## ICMS

Base de Cálculo (R\$)

ISENTO

Alíquota

Valor do Imposto

## COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

ENERGIA	6,74
TRANSMISSÃO	0,67
DISTRIBUIÇÃO	4,57
ENCARGOS SETORIAIS	1,58
TRIBUTOS (ICMS, PIS/COFINS)	1,30

## OUTROS PAGAMENTOS

JUROS DO MES

0,02

MULTA MORATORIA

0,48

PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA S. BAIXA RENDA

0,68

DOACAO LBV - TEL 0800 055 5099

10,00

PROTECAO FACIL FAMILIAR PLUS

19,90

ADICIONAL BANDEIRA AMARELA MES ( R\$ 0,39 )

## INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

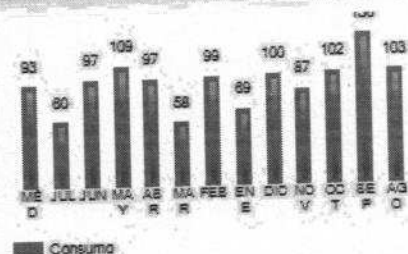
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 18,49

Conjunto BOA VIAGEM

Mês MAI/ 2017

	Padrão Individual Mensal	Trim. Mensal	Apuração Individual Anual	Trim. Mensal	Apuração Individual Anual
DIC (h)	10,58	21,17	42,34	0,00	0,00
FIC (un)	7,67	15,34	30,69	0,00	0,00
DMIC (h)	5,68			0,00	

## HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO<sub>2</sub> (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO<sub>2</sub>)Compensado kg (CO<sub>2</sub>)Consciência Ecológica(%CO<sub>2</sub>)

0 100

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

autenticação mecânica cliente

N° do Cliente:

5294146-9

N° da Nota Fiscal: 485952210

Total a Pagar (R\$): 45,26

Data de Emissão:

26/07/2017

Referência: JUL/2017

N° de Controle: 0005294146 00054 4356 2 38

83820000000-2 45260031000-9 00052941460-0 00544356215-7





# Polícia Militar

Governo do Estado do Ceará

## DADOS DA INFRAÇÃO E OU OCORRÊNCIA

Nº 537  
 Tipo de Ocorrência: ACIDENTE DE TRANSITO Data: 06/10/2014 Hora 09:20  
 Local: BOA VIAGEM

## DADOS DA 1ª VÍTIMA

Nome: MARIA JOSE DA SILVA  
 DATA DE NASCIMENTO: 26/04/1966  
 Endereço: R LUIS VIEIRA DE SOUSA Naturalidade: PEDRA BRANCA - CE  
 Profissão: AGRICULTORA Estado Civil: CASADA  
 Pai: JOAQUIM PEREIRA DA SILVA Mãe: LUIZA MOREIRA DA SILVA  
 RG: 2001025019286 DATA DE EXP: 23/08/2001 CPF: 600.372.413-70

## DADOS DA 2ª VÍTIMA

Nome:  
 DATA DE NASCIMENTO:  
 Endereço: Naturalidade:  
 Profissão: Estado Civil:  
 Pai: Mãe:  
 RG: DATA DE EXP: CPF:

## NARRAÇÃO DOS FATOS

No dia, hora e local acima citado nos informou a vítima a Sra MARIA JOSE DA SILVA, que vinha na motocicleta HONDA/NXR 150 BROS ES - PLACA OSG 5586 - COR PRETA ANO 2013/2013 BOA VIAGEM-CE CHASSI - 9C2KD0550DR353109 de responsabilidade da mesma e licenciada em nome de NATALIA RODRIGUES DO N. SENA, quando na localidade acima citada ao derrapar numa barreira caiu causando suposta fratura do pé com lesão de ligamento em fissura em pé direito, foi socorrido para o hospital local sofrendo também escoriações por todo corpo.

MAJ: FCO DE ASSIS MATRICULA: 098.676-1-9 ASSINATURA:

Boa Viagem- CE 10 Outubro 2014

Fco-de-Assis Magalhães Neto  
 Maj QOPM  
 Mat 098.676-1-9  
 CPF 234.099.163-34



**PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VIAGEM**  
**CSAM - CASA DE SAÚDE ADÍLIA MARIA**

Rua: São Vicente de Paula, Nº. 100, Centro.  
 Tel.: (88) 3427 1699 - (88) 3427 1136  
 CNPJ: 07.806.680/0001-84



**FICHA DE SERVIÇO DE PRONTO ATENDIMENTO (SPA)**

DATA DE ATENDIMENTO: 06/10/14 HORÁRIO: 9:00 SEXO: ( ) M ☒ F  
 NOME: M<sup>te</sup> Jose da Silva DATA DE NASC 26/04/68  
 RG 20910 250192 86 CPF \_\_\_\_\_ CARTÃO DO SUS Nº \_\_\_\_\_  
 PAI: Joaquim P. da Silva MÃE: Luiza M. da Silva  
 NATURALIDADE: Pedra Branca PROCEDÊNCIA: SUS  
 ESTADO CIVIL: casado PROFISSÃO: Agricultor  
 ENDEREÇO: Grina Nº. \_\_\_\_\_  
 BAIRRO: \_\_\_\_\_ CIDADE PN UF: CE  
 QUEIXA PRINCIPAL: \_\_\_\_\_

HDA: TRAUMA MÍD.  
 EXAME FÍSICO: DOR EDEMA

EXAMES SOLICITADOS: PLAIX

MEDICAMENTOS: ~~NO~~ DOLORIDA - JM 09/15

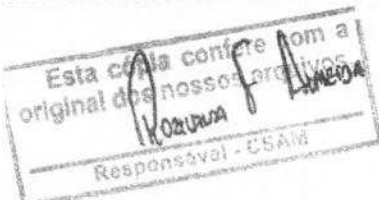
ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM: Paciente c/ dor no pé D, apresentando edema no mesmo  
Paciente referindo dor no pé D, apresentando edema no mesmo

PESO \_\_\_\_\_ TEMPERATURA \_\_\_\_\_ PA \_\_\_\_\_

ASSINATURA DO PACIENTE / RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

ESTA FICHA SÓ TERÁ VALIDADE PARA REGISTRO DE ATENDIMENTO HOSPITALAR COM CARIMBO E ASSINATURA  
 DIRETORA DESTA UNIDADE DE SAÚDE.



**ROZIVALDA FERREIRA DE ALMEIDA**  
 RESPONSÁVEL PELA C.S.A.M

CNPJ: 07.806.680/0001-84  
 Casa de Saúde Adília Maria  
 Rua São Vicente de Paula, nº 100  
 Centro - CEP: 63070-000  
 Fone: (88) 3427-1195  
 Boa Viagem-Co



**Ortopedia - Traumatologia**

**RELATÓRIO MÉDICO**

NOME: Manie José de Silva

LESÕES: fratura de base de  
5º metatarso, com lesão lipo-  
mentar (em fissura) em pé  
dx.

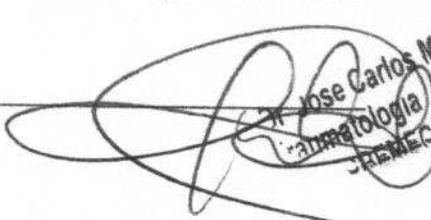
TRATAMENTO: tratamento ortopedico  
inimovimento com mobilizações  
ortopedicas, fisio e APT e  
curativos.

SEQUELAS: Artroalgia, dor, instabi-  
lidade, instabilidade e  
estido em pé dx. Claudicação

BOA VIAGEM - CE 04/11/14

ASSINATURA DO PACIENTE: Marília José da Silva

ASSINATURA DO PROFISSIONAL:

  
Dr. José Carlos Martins F.  
Ortopedia  
CRM 6076



## REGISTRO DE SINISTRO

fls. 22

Sinistro: 3150291192

Código: 9153

<b>Unidade</b> Singular DPVAT	<b>Parceiro Elionesio Maciel</b>			
<b>BO Nº</b> 537	<b>Data BO</b> 10/10/2014	<b>Delegacia</b> BOA VIAGEM		
<b>Placa</b> OSG5586	<b>Tipo do Veículo</b> 9 - MOTO	<b>IML</b>		
<b>Nome da Vítima MARIA JOSE DA SILVA</b>		<b>Natureza</b> INVALIDEZ		
<b>Tipo Sinistrado</b> 3 - Condutor	<b>Data Nascimento</b> 26/04/1966	<b>CPF</b> 600.372.413-70	<b>Data Ocorrência</b> 06/10/2014	
<b>Cidade</b> BOA VIAGEM	<b>UF</b> CE	<b>CEP</b> 63870-000	<b>Contato</b>	
<b>Nr. Beneficiários</b>	<b>Data Óbito</b>	<b>Medico</b>	<b>Valor</b>	
<b>Beneficiário</b>	<b>CPF</b>	<b>Banco</b>	<b>Agência</b>	<b>Conta</b>
MARIA JOSE DA SILVA	600.372.413-70	104 - CAIXA ECONOMICA FEDERAL	4370	7355-0
<b>HISTÓRICO</b>				
<b>Data</b>	<b>Descrição</b>			
16/02/2015 18:56	PRÉ-CADASTRO NÃO ANALISADO			
16/02/2015 18:58	PRÉ-CADASTRO COM RESTRIÇÕES: APRESENTAR COMPROVANTE BANCARIO, POIS O ENVIADO ESTA ILEGIVEL.			
30/03/2015 16:09	PRÉ CADASTRO ANALISADO E APROVADO			
01/04/2015 20:12	Processo enviado para analise da Seguradora Lider			
07/05/2015 09:10	PROCESSO COM RESTRICAO: PARECER SEGURADORA LIDER: VITIMA Não COMPARECEU PARA REALIZACAO DE PERICIA. DESTA FORMA, FAZ-SE NECESSARIO APRESENTACAO DE NOVO PEDIDO DE REAGENDAMENTO.			
14/05/2015 08:01	PROCESSO EM FASE DE REAGENDAMENTO DE PERICIA			
27/05/2015 10:28	PAGAMENTO PREVISTO PARA 28/05/2015 NO VALOR DE R\$ 1687.50. BANCO 104 / AGENCIA 4370 / CONTA 007355-0. BENEFICIÁRIO: MARIA JOSE DA SILVA			