



CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

OUTORGADO: CAROLINA FREITAS MOREIRA, brasileira, solteira, advogada, inscrito na OAB/CE nº 23.787, com escritório profissional na Rua Pedro Borges, nº 33, sala 516, Ed. Palácio Progresso, Centro, Fortaleza-CE, Cep: 60.055-10, fone: (85) 3055 9918.

Outorgante: <u>Francisco das Chagas Frota Marques</u>		Data Nasc:
Estado Civil: <u>solteiro</u>	Profissão: <u>advogado</u>	Nacionalidade: <u>brasileiro</u>
RG: <u>2001023005118</u>	CPF: <u>510.825.873-49</u>	
Endereço: <u>Rua: Siqueira Campos nº 190</u>		
Cidade: <u>Cumacimbu</u>	CEP: <u>62.400.000</u>	

nº 23.787, com escritório profissional na Rua Pedro Borges, nº 33, sala 516, Ed. Palácio Progresso, Centro, Fortaleza-CE, Cep: 60.055-10, 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 FENASEM, 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 o cumprimento amplo do objeto do presente mandato.

Fortaleza (CE), 20 de fevereiro de 2019.

Francisco das Chagas Frota Marques
OUTORGANTE



CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA

DECLARAÇÃO DE POBREZA

Declaro para os devidos fins que eu,
Francisco dos Chagas Freita M., residente e
 domiciliado na Rua Siqueira Campos, nº 190,
 bairro: -, na cidade de Camocim, portador(a) do
 RG nº 2004023005128, inscrito(a) no CPF nº 540.825.843-49,
 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, 20 de fevereiro de 20 19.

*Francisco dos Chagas Freita M.
 DECLARANTE



DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Pela presente, o (a)
 Sr(a) Fernando dos Anjos Faria 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, 20 de fevereiro 2019

Fernando dos Anjos Faria Marques

DECLARANTE

TESTEMUNHAS:

1. NOME:

CPF:

ASSINATURA:

2. NOME:

CPF:

ASSINATURA:



CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Francineux dos Chagas Costa Marques, brasileiro(a), solteiro, autônomo, portador(a) de cédula de identidade nº. 2004023005118, inscrito(a) no CPF sob o nº 540.825.873-49, DECLARO que tenho domicílio e sou residente na Rua: Siqueira Campos, nº 190, Bairro _____, CEP: _____/CE, conforme comprovante de endereço anexo em meu nome.

Fortaleza, 20 de fevereiro de 2019.

Francineux dos Chagas Costa Marques

DECLARANTE

TESTEMUNHA:

1. _____

RG Nº:

CPF Nº:

2. _____

RG Nº

CPF Nº



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 578 - 278 / 2017

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **15/03/2017 11:25:25**
Data / Hora da Ocorrência: **26/02/2017 15:30:00**
Endereço da Ocorrência: **VILA DO AEROPORTO**
Complemento:
Bairro: **CENTRO** Município: **JIJOCA DE JERICOACOARA/CE**
Ponto de Referência: **EM FRENTE A OFICINA DO "ZÉ DO JONAS"**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **FRANCISCA DAS CHAGAS FROTA MARQUES**
Nascimento: **12/05/1973** CPF: **540.825.873-49**
RG: **2004023005118** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **MARIA LUCIA FROTA MARQUES**
ANTONIO MARQUES DOS SANTOS
Endereço: **RUA SIQUEIRA CAMPOS, 190**
Bairro: **PRAIA** CEP: **62.400-000**
Município: **CAMOCIM/CE**
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 99481-3699**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **PMA3451** Uf: **CE** Município: **CAMOCIM** Chassi: **9C2KD0810GR417265** Renavam: **1078128780** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/NXR160 BROS ESDD** Ano Fabricação: **2015** Ano Modelo: **2016** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **PRETA** Proprietário: **LUCAS CHAVES** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **NORMAL**

Histórico

Afirma a noticiante que na data e horário supracitados, trafegava pela Vila do Aeroporto, em frente a oficina do "Zé do Jonas", centro de Jijoca de Jericoacoara, na garupa da motocicleta HONDA/NXR 160 BROS ESDD, placa PMA3451, ano de fabricação 2015, modelo 2016, chassi 9C2KD0810GR417265, renavam 1078128780, cor predominante PRETA, documentada em de LUCAS CHAVES, a qual era conduzida pelo mesmo. Que inesperadamente LUCAS freou bruscamente para se defender de uma "vala" (sem sinalização) na via. Que ele não conseguiu equilibrar a motocicleta e os dois caíram no chão. Que a noticiante LUCAS foram socorridos ao centro de Saúde Pública de Jijoca de Jericoacoara-CE, em um automóvel que passava pelo local. Que sofreu escoriações em MIE (joelho e pé) e MSE (mão). Que após realizado os procedimentos clínicos foi encaminhada para o hospital Deputado Murilo Aguiar, em Camocim-CE. Que indica como testemunhas do fato: ANTONIA IRACEMA FROTA MARQUES, (88) 9 94391744, residente na Rua Rita Aguiar, 63, Boa Esperança, Camocim-CE; e PEDRO RIBEIRO DE MORAES NETO, (88) 9 92448016, residente na Rua Bandeirante, 445, Boa Esperança, Camocim-CE. Que não foi socorrido por SAMU e nem CORPO DE BOMBEIRO, por não ter esses órgãos na região. Que o noticiante não possui Carteira Nacional de Habilitação (CNH). Que deseja dar entrada no seguro DPVAT. Nada mais.



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



BOLETIM DE Ocorrência Nº 578 - 278 / 2017

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE JIJOCA DE JERICOACOARA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

LEONARDO RODRIGUES SOARES - MAT.: 3005881x

Leonardo Rodrigues Soares
 Escrivão de Polícia Civil

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Francisca das Neves Freire Soares

VISTO DO DELEGADO(A) :

FLÁVIO ARTUR NOVAES - MAT.: 014677-1-9

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

Francisca das Chagas Frota Marques

CARTÃO DE IDENTIDADE

POLEGAR DIREITO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

2004023005119 - 2a V

FRANCISCA DAS CHAGAS FROTA MARQUES

ANTONIO MARQUES DOS SANTOS E MARIA LUCIA FROTA MARQUES

CAMOCIM-CE

CERT. NASC. 863 L A01 F

12/5/1973

286 V GURU/CAMOCIM/CE

ID. 227206492

LEI Nº 7.180 DE 1966

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

Cadastro de Pessoas Físicas

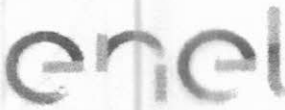
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
540.825.873-49

Nome
FRANCISCA DAS CHAGAS FROTA MARQUES

Nascimento
12/05/1973

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° 550153028

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

Esta é a segunda via de
NOV/2018

Utilize o n° abaixo sempre
que entrar em contato conosco

N° DO CLIENTE

2909955

PV 2

VENCIMENTO

25/11/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

91,86

DADOS DO CLIENTE

Rota 12 033000 02 071030

Medidor

Poste

Nome FRANCISCA DAS CHAGAS FROTA MARQUES 12047179

0000 0

Endereço Postal

End. da Unidade
Consumidora

RU SIQUEIRA CAMPOS 00190 SAO PEDRO CAMOCIM 62400000

RG / CPF / CNPJ

540.825.873-49

CGF

Classe B1 - 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 16641

16507

1

134

0

134

DESCRIÇÃO DA CONTA

Quantidade ☒ Tarifa ☐ Valor (R\$)

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/
Apresentação

19/11/2018

Prev. Próxima
Leitura

18/12/2018

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

FD43.743F.39F6.1408.0A5D.2548.D27A.51FC

ICMS

Base de Cálculo (R\$)

Aliquota

Valor do Imposto

ISENTO

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

OUTROS PAGAMENTOS

JUROS DO MES

0,16

JUROS DO MES

0,28

MULTA MORATORIA

0,72

PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA S. BAIXA RENDA

1,59

COBRANÇA CENTERCOB 0800 600 6531

45,00

ADICIONAL BANDEIRA AMARELA MES (R\$ 2,32)

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

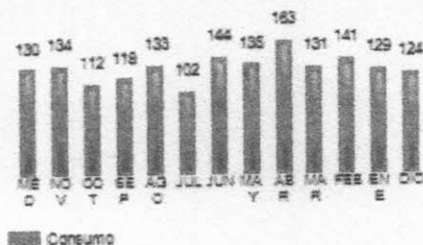
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 15,13

Conjunto CAMOCIM

Mês SET/ 2018

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC (h)	5,31	10,62	21,25	0,00	0,00	0,00
FIC (un)	3,30	6,60	13,20	0,00	0,00	0,00
DMIC (h)	3,03			0,00		

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

autenticação mecânica cliente

N° do Cliente:

2909955-2

N° da Nota Fiscal: **550153028**

Total a Pagar (R\$): **91,86**

Data de Emissão:

28/11/2018

Referência: **NOV/2018**

N° de Controle: **0002909955 00165 4381 2 10**

83890000000-5 91860031000-0 00029099550-7 01654381235-5





Prefeitura Municipal de Jijoca de Jericoacoara

Adm.: Amamos e Cuidamos

Secretaria Municipal de Saúde

RECEITUÁRIO

07 Francisca de Char Deth King

Paciente vítima de queda de moto,
aparente se conscient, orientada,
verbalizando, eonica, aponta lesões
em joelhos e em região em
perna. Refere dor em HSE e
em mão E.

CD: Sutura de lesão em joelho + analgesia

HD - Ex. de joelho? Ex. fechada de
mão E?

26/02/17

JIJOCA - CEARÁ



Prefeitura Municipal de Jijoca de Jericoacoara
Adm.: Amamos e Cuidamos
Secretaria Municipal de Saúde
CENTRO DE SAÚDE DE JIJOCA GABRIEL BRANDÃO DE SOUZA

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de direitos ou a quem possa interessar, que **FRANCISCA DAS CHAGAS FROTA MARQUES** portador do RG: **2004023005118** deu entrada nesta Unidade de Saúde no dia 26 de Fevereiro 2017, vítima de acidente automobilístico, apresentando escoriações em MIE (joelho e pé) e MSE (mão). Realizado procedimentos de urgência.

Certa das informações contidas nesta declaração, antecipo votos de estima e consideração.

Jijoca de Jericoacoara 09 de Março de 2017.

Atenciosamente,

Ana Paula Vellozo Barros
 COREN: 258168
 Diretora
 Centro de Saúde Gabriel Brandão

Ana Paula Vellozo Barros
 Respondendo pela Direção do Centro de Saúde



CENTRO DE SAÚDE GABRIEL BRANDÃO DE SOUSA

JIOCA DE JERICOACOARA - CEARÁ

BOLETIM DE ATENDIMENTO

DADOS DO PACIENTE

NOME:	Francisca da Chagas Fruta Marques		
IDADE:	DOCUMENTOS:	204023005918	CNS:
Nº DO PRONTUÁRIO			
LOCAL:			
DATA DE NASCIMENTO:	12.08.19		
ENDEREÇO	MUNICÍPIO:	UF:	

DADOS DO RESPONSÁVEL:

RESPONSÁVEL:			
ENDEREÇO:	MUNICÍPIO	CPF:	UF:

DADOS DO ATENDIMENTO:

DATA:	18.02.17	HORA:		CONVÊNIO:	
MATRICULA:		CID:			
PROFISSIONAL DO ATENDIMENTO:	Jeane Matias Magalhães				
CRM OU COREN/UF	389138				
TIPO DE CONSULTA/ATENDIMENTO:	Atendimento de urgência				
INDICADOR DE ACIDENTE:	Vítima de acidente automobilístico				
DATA E HORA DA LIBERAÇÃO/TRANSFERÊNCIA:					
TIPO DE SAÍDA: () ALTA	☒ TRANSFERÊNCIA				
SINAIS VITAIS: PE:		ALTURA:		TAX°C:	
R(RMP):		PA:		P(PMP):	

MOTIVO DO ATENDIMENTO E SUMÁRIO E SUMÁRIO DE ATENDIMENTO HISTÓRICO DIAGNÓSTICOS, EXAMES SOLICITADOS E CON
 Escorruações em MIE (joelho e pé) e MSE (Mão).

Jeane Matias Magalhães
 ENFERMEIRA
 COREN 389138
 ASSINATURA DO MÉDICO OU ENFERMEIRO

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELO ATENDIMENTO
 Ana Paula Barros
 COREN 389138
 Diretora
 Centro de Saúde Gabriel Brandão

JIOCA DE JERICOACOARA/CEARÁ
 AVENIDA JERICOACOARA/CENTRO
 CNPJ: 11.422.633/0001-04. TEL. 88 3669 1299

FICHA DE ACOLHIMENTO

HORA DO ATENDIMENTO MÉDICO: _____
HDA DO MÉDICO: _____

DIAGNÓSTICO: Polígrafo 7
CONDUTA: R x Trile consulto ortopedico
Ultrassom de joelho S.M.
R x s/ alteração
Obz Alta e 2^a consulta
Unicentro

Dr. José Sérgio Linhares
Ortopedista e Traumatologista
Artroscopia e Cirurgia do Joelho
CRM: 12586 TEOT: 14285

MOTIVO DO ATENDIMENTO

- () CLÍNICO () CARDIOLÓGICO () NEUROLÓGICO () OFTALMOLÓGICO
() CIRÚRGICO () TRAUMAT. ORTOPÉDICO () OTORRINO () ODONTOLÓGICO
() TENTATIVA DE HOMICÍDIO () OUTROS

DESTINO DE ATENDIMENTO:

CONSULTA

- () COM MEDICAÇÃO
() SEM MEDICAÇÃO

INTERNAÇÃO

- () CLÍNICA () CIRÚRGICA
() TRANSFERÊNCIA

OBSERVAÇÃO: DESTINO

- () INTERNADO () CLÍNICO () CIRÚRGICO
() ALTA
() TRANSFERÊNCIA () HOSPITAL DE ORIGEM () OUTROS

ALTA DO PACIENTE

DATA: ____/____/____ **HORA:** _____

ASS. DO PACIENTE

NOME: FCA. DAS CHAGAS F. MARQUES
IDADE: 43 anos
DATA: 18.03.2017

RX DO PÉ ESQUERDO

Fratura do terceiro e quinto metatarso do pé E.

Rx tirado 21 dias após o fratura em que se observa
uma discreta melhora na calcificação do osso.

Dr. Brizola
Fco. Brizola P. Guedes
CARDIOLOGIA
CREMEC - 0653

Dr. Fco. Brizola P. Guedes



RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	
Nome Completo:	<i>Frederico J. M.</i>
CRM:	<i>RS15</i> UF: <i>CE</i> Nº: _____
Endereço Completo e telefone:	
Cidade:	<i>Camocim</i> UF: <i>CE</i>

1.ª VIA - FARMÁCIA / 2.ª VIA - PACIENTE

Paciente: *Fra - das Chagas F. Marques*

Endereço: *R. Frei Manoel Vitor 209*

Prescrição: *COD E IN 30mg - 1x h2:50*
219 - 3rd -

Cefaclor 500mg - 2crs.
219 - 12/126 - 2d.

17/03/17

Frederico

Dr. Jorjão Sampaio de Souza
CPF: 301.402.853-34 / CRM 5519
Clínica Cirúrgica

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	
Nome: <i>Françisca das Chagas</i> <i>Frota Marques</i>	
Ident.: <i>20040130</i>	Org. Emissor: <i>SDP-CE</i>
End.: <i>Siqueira Campos 190</i> <i>Bi. Praia</i>	
Cidade:	<i>Camocim</i> UF: <i>CE</i>
Telefone: <i>98856-3795</i>	

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR	
ASSINATURA DO FARMACÊUTICO	
DATA: <i>1 / 1</i>	

USO EXCLUSIVO NAS UNIDADES DE SAÚDE PORTARIA Nº 344/98