

Fábio Monteiro
Advocacia

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

Nome: <i>Maria Lucia Gonçalves Brito</i>	Data Nasc: <i>13-12-60</i>
Estado Civil: <i>Casada</i>	Profissão: <i>Agricultora</i>
RG: <i>2739192-93</i>	CPF: <i>140.187.563-72</i>
Endereço: <i>Sítio Riacho Seco, 3075 Zona Rural.</i>	Nacionalidade: <i>Brasileira</i>
Cidade: <i>Cariruaçu</i>	Telefone: <i>3572-8095</i>
	CEP: <i>63220000</i>

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, 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 benefício da justiça gratuita, nos termos da Lei 1.060/50.

Fortaleza (CE), 19 de março de 2015.

Maria Lucia Gonçalves Brito

OUTORGANTE

Pará

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

Maranhão

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

Maria Lucia Gonçalves Brito
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL: 2739192-93 DATA DE EXPEDIÇÃO: 21.08.1993

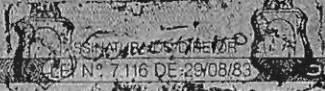
NOME: MARIA LUCIA GONÇALVES BRITO

FILIAÇÃO: RICARDO GONÇALVES ROSA E MARIA TAVARES GONÇALVES

NATURALIDADE: CARIRIAQU-CE. DATA DE NASCIMENTO: 13.12.60

DOC ORIGEM: CERT.CASA.1.234.LvB21.F1#30

CART. CARIRIAQU-CE.

CPF: 

FORTALEZA - CE

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

140.187.563-72

MARIA LUCIA GONÇALVES BRITO

13/12/1960

15 de NOVEMBRO de 1889

1013614-2

Para agilizar seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

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

Rua Padre Valdevino, 150 - CEP 60135-040 - Fortaleza - CE
CNPJ 07.672.251/0001-70 - CGF 06.105.848-3COELCE
uma empresa endesa brasil

fls. 10

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA | GRUPO B | SÉRIE B-4 | N°

359406585

Rota 21 13021 02 422000 - 4

Data de Emissão 30/09/2014

Nome MARIA LUCIA GONÇALVES BRITO

End. Postal ST RIACHO SECO 03075

NORTE - CARIRIACU - 63220000

Medidor 1351852

Poste 0000 A44N

Classe 04-RURAL MONOFASICO BAIXA RENDA

Fator de Potência 0,00

RG / CPF / CNPJ 140187563-72

CGF

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência
Out/2014Data da Apresentação
30/09/2014Previsão Próx. Leitura
31/10/2014

INDICADORES DE CONTINUIDADE

Conjunto VARZEA ALEGRE

Mês Ago/2014

EIGD 9,75

DICIPI 0,00 p

ICMS

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

ISENTO

Padrão Individual

Mensal Trím. Anual

Mensal Trím. Anual

Mensal Trím. Anual

Mensal Trím. Anual

Mensal Trím. Anual

Mensal Trím. Anual

Mensal Trím. Anual

Mensal Trím. Anual

Mensal Trím. Anual

Mensal Trím. Anual

Mensal Trím. Anual

Mensal Trím. Anual

Mensal Trím. Anual

Mensal Trím. Anual

Mensal Trím. Anual

Mensal Trím. Anual

Mensal Trím. Anual

Mensal Trím. Anual

Mensal Trím. Anual

Mensal Trím. Anual

Mensal Trím. Anual

Mensal Trím. Anual

Mensal Trím. Anual

Mensal Trím. Anual

Mensal Trím. Anual

Mensal Trím. Anual

Mensal Trím. Anual

Mensal Trím. Anual

Mensal Trím. Anual

Mensal Trím. Anual

Mensal Trím. Anual

Mensal Trím. Anual

Mensal Trím. Anual

Mensal Trím. Anual

Mensal Trím. Anual

Mensal Trím. Anual

Mensal Trím. Anual

Mensal Trím. Anual

Mensal Trím. Anual

Mensal Trím. Anual

Mensal Trím. Anual

Mensal Trím. Anual

Mensal Trím. Anual

Mensal Trím. Anual

Mensal Trím. Anual

Mensal Trím. Anual

Mensal Trím. Anual

Mensal Trím. Anual

Mensal Trím. Anual

Mensal Trím. Anual

Mensal Trím. Anual

Mensal Trím. Anual

Mensal Trím. Anual

Mensal Trím. Anual

Mensal Trím. Anual

Mensal Trím. Anual

Mensal Trím. Anual

Mensal Trím. Anual

Mensal Trím. Anual

Mensal Trím. Anual

Mensal Trím. Anual

Mensal Trím. Anual

Mensal Trím. Anual

Mensal Trím. Anual

Mensal Trím. Anual

Mensal Trím. Anual

Mensal Trím. Anual

Mensal Trím. Anual

Mensal Trím. Anual

Mensal Trím. Anual

Mensal Trím. Anual

Mensal Trím. Anual

Mensal Trím. Anual

Mensal Trím. Anual

Mensal Trím. Anual

Mensal Trím. Anual

Mensal Trím. Anual

VENCIMENTO

06/11/2014

TOTAL A PAGAR (R\$)

16,87

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia 7,17
Transmissão 0,15
Distribuição 2,80
Encargos Setoriais 0,40
Tributos (ICMS PIS/COFINS) ... 2,72
TOTAL 13,24

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

107 62 110 94 110 67 112 125 111 154 108 134

importante

PREZADO(A) CLIENTE: A SUA CONTA DE LUZ, APÓS O VENCIMENTO, DEVERÁ SER PAGUA, PREFERENCIALMENTE, NAS AGÊNCIAS, CORRESPONDENTES OU CANAIS ELETRÔNICOS DOS BANCOS SANTANDER, BRASECO OU BANCO DO BRASIL.

Consta desta fatura R\$ 2,72 referente a PIS e COFINS.

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por FABIO MONTEIRO ARRAIS MEDEIROS e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 30/06/2015 às 14:34, sob o número 01697434120158060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0169743-41.2015.8.06.0001 e código 1A8724D.

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Maria Lucia Gonçalves BritoRG nº 2739192-93, data de expedição 21/08/93, Órgão SSP/CE

CPF nº 140.187563-72, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Sítio Riacho Seco</u>
Número	<u>3075</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Zona Rural</u>
Cidade	<u>Camimacum</u>
Estado	<u>Ceará</u>
CEP	
Telefone de contato	<u>9947-6820-9935-7461</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Juazeiro Norte - 19-03-15

Assinatura do Declarante: Maria Lucia Gonçalves Brito

DETALHES DO PROCESSO

Número Sinistro:	3150/272611	Garantia:	02 - Ipa / Invalidez		
Categoria:	09 - Moto / Motocicleta				
Data Sinistro:	07/05/2014	Data Recepção:	25/03/2015	Data Rateio:	28/04/2015
Seguradora:	MBM - Seguradora	Angariador:	Bessa Assessoria		
Preparador:	Atendimento (Apoio)				
Analista:	Thais Ayuki Inoue				
Situação:	Pago				
Filial:	MBM Serviços de Seguros	Protocolo:	0		

DATAS DE ENVIO

Data de Envio	26/03/2015	Nº Carta	507
---------------	------------	----------	-----

VÍTIMAS

Vítima	Maria Lucia Goncalves Brito	Estado	CE
Endereço:	Sítio Riacho Seco,3075 - Rural - Caririacu - CE		
Cep:	63.220-000		
Telefone			

DOCUMENTOS

Descrição	Descrição da rejeição: CONTA CORRENTE/DV DO FAVORECIDO INVALIDO		
Data da Solicitação	00/00/0000	Data Recepção	00/00/0000

BENEFICIÁRIOS / PAGAMENTOS

Beneficiário	O mesmo				
CPF/CNPJ	14018756372				
Data Rateio	00/00/0000	Data Pagamento	00/00/0000		
Agência	1747-7	Conta Corrente	7822-0		
Banco	Banco do Brasil	Tipo Conta	Conta Corrente		
Valor Indenização	1.687,50	Valor Nota Fiscal	0,00	Data Pagamento	06/05/2015
Valor Reanalise	0,00	Valor Nota Fiscal	0,00	Data Pagamento	00/00/0000
Valor Reanalise 2	0,00	Valor Nota Fiscal	0,00	Data Pagamento 2	00/00/0000
Valor Reanalise 3	0,00	Valor Nota Fiscal	0,00	Data Pagamento 3	00/00/0000
Valor Pleiteado	13.500,00				
Diferença	11.812,50				



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

fls. 13

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 436 - 229 / 2015

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **11/03/2015 16:59:10**
Data / Hora da Ocorrência : **07/05/2014 15:00:00**
Endereço da Ocorrência: **ROD PADRE CICERO**

NAO INFORMADO CARIRIACU /CE
Ponto de Referência: **CURVA DA MORTE**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **MARIA LUCIA GONÇALVES BRITO**
Nascimento : **13/12/1960**
RG: **273919293** Órgão Emissor: **SSP UF: CE - CPF: 14018756372**
Filiação: **RICARDO GONÇALVES ROSA**
MARIA TAVARES GONÇALVES
Endereço: **SIT RIACHO SECO DO MEIO**
ZONA RURAL
CARIRIACU CE BRASIL Telefone: **99176820**

Histórico

Advertida da pena de falsa comunicação, disse que no dia 07.05.2014, encontrava-se na garupa da motocicleta, na qual sua filha, MARIA VANAÍZIA GONÇALVES BRITO, era a condutora, quando na Rod. Padre Cicero, próximo a conhecida "curva da morte", foram surpreendida por um carro que invadiu a faixa e que, para na colidir frontalmente, foi necessário que sua filha jogasse a motocicleta para o acostamento, vindo, por consequência da manobra, a sofrer algumas lesões; QUE sofreu um corte no joelho direito e várias escoriações pelo corpo; QUE, sua filha sofreu apenas escoriações; QUE a declarante foi socorrida para o Hospital Municipal Geraldo Lacerda Botelho em Caririçu-CE, local onde recebeu o atendimento médico; QUE, pegou no joelho lesionado 16 pontos; QUE, o veículo que conduzia possui as seguintes características: HONDA/CG TITAN EX, PLACA: OSF 3878, COR: VERMELHA, ANO FAB/MOD: 2014/2014, CHASSI: 9C3KC1660ER019932, RENAVAM: 998545201, LICENCIADA NO NOME DE MARIA TAVARES DE MEDEIROS. NADA MAIS DISSE NEM LHE FOI PERGUNTADO////

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE CARIRIACU

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : _____

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO : _____

VISTO DO DELEGADO(A) : _____

KAMILA MOURA BRITO - MAT.: 198389-1-9

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Maria Lucia Gonçalves Brito, portador da carteira de identidade nº 2739192-93 e inscrito no CPF/MF sob o nº 140.187.563-72, residente e domiciliado na Sítio Riacho Seco, 3075 Corinaçu, Cidade Corinaçu, 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 Lucia Gonçalves Brito

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Juazeiro Norte 19-03-15

Local e data



ESTADO DO CEARÁ
GOVERNO MUNICIPAL DE CARIRIÁÇU
SECRETARIA DE SAÚDE

Rita Rêchelo Melo M

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

M^a Lucina F. de Brito 53 anos L=07

DATA	RELATÓRIO
07-05-14	<i>Doa parte vítima de queda de moto, consciente, orientada, apresenta escoriações no corpo, frito suturas no Joelho D. e punho, aguarda fazer no local. PA=120x90 Alta Rita</i>
07/05/14	<i>PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILISTICO ENCONTRO-SE BEM APRESENTA ESCORIAÇÕES PELO CORPO REALIZADO SUTURAS CURSIVOS PA=120x80 T=36.9°C 22:00H PA=120x70 T=36.5°C 5:00H Rosalva Moraes Silva Téc. de enfermagem COREN-CE 638.532</i>
08.05.14	<i>Pac. evolui em EGR. Consciente, orientada, com escoriações no corpo e suturas no Joelho D. Aguarda RX no Joelho D. Afetado SSVV e repouso. Alta</i>
08.05.14	<i>Pac consciente, orientada verbalmente, com c/ aguda vítima de queda de moto apresenta escoriações pelo corpo tem suturas no Joelho D. aguarda RX PA=140x90mmHg T 36.2°C Paciente realiza RX vista pelo médico e alta com repouso. Genevieve Frazão Diniz Téc. de enfermagem COREN-CE 743.482</i>
	<i>Enfermeira Assistente Social CREN 13.106</i>

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por FABIO MONTEIRO e TRIBUNAL DE JUSTICA do Ceará, protocolado em 30/06/2015 às 14:34, sob o número 01697434120158060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0169743-41.2015.8.06.0001 e código 1A8724D



DECLARAÇÃO

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE A PACIENTE MARIA LUCIA GONÇALVES BRITO, 54, A MESMA DEU ENTRADA NESTA UNIDADE HOSPITALAR DIA 07 DE MAIO DE 2014, VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTA, APRESENTANDO CORTE PROFUNDO E LUXAÇÃO EM MEMBRO INFERIOR DIREITO COM ESCORIAÇÕES PELO CORPO, A QUAL FOI PROCEDIDA A REALIZAÇÃO DE SUTURA, CURATIVO, SENDO ESTA MEDICADA CONFORME, PRESCRIÇÃO MÉDICA E EM SEGUIDA LIBERADA COM ALTA HOSPITALAR.

Atenciosamente;

Adriana Calixto B. Costa
Adriana Calixto B Costa

Diretora Administrativa

Adriana Calixto Bezerra Costa
DIRETORA ADM. DA UNIDADE DE SAÚDE
CPF: 392.921.263-34
PORTARIA - 005/2014

Maria Simone Alexandre Leite ferreira
Maria Simone Alexandre Leite ferreira

Enfermeira Chefe

Eulina Alves Sousa Brito

Assistente social

Eulina Alves Sousa Brito
Assistente Social
CRESS nº 6106