



End. Profissional: Rua Dr. João Tomé, nº 979, Sala 103, Fátima I - Crateús-Ce
 Cep. 63.700-000 - Tel.: (Fax). (88) 3692 3794 - E-mail: deranysantos@hotmail.com

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Nome: <i>Barbara Maria de Souza</i>		Nacionalidade: BRASILEIRA	
Estado Civil: <i>Solteira</i>	Profissão: <i>do lar</i>	Carteira de Identidade: <i>2007 219577-5 SSP/CE</i>	
CPF nº: <i>675.064.373-68</i>	Residência: <i>Distrito Lagoa de Santo Antonio</i>		
Bairro: <i>Zona Rural</i>	Cidade: <i>Aracunda</i>	Estado/UF: <i>Ceará</i>	CEP: <i>62.210-000</i>

OUTORGADO: ANTONIA DERANY MOURÃO DOS SANTOS, brasileira, solteira, advogada inscrita na OAB/CE sob o nº 34.613; com endereço profissional na Rua Dr. João Tomé, nº. 979, Sala 103, Fátima I, Crateús/CE, CEP nº 63.700-000; Fone/Fax: (88) 3692.3794.

PODERES: Pelo presente instrumento particular de procuração, o(a) outorgante nomeia e constitui, o outorgado, seu bastante procurador, 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 SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT, 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(a) outorgante, enfim todos os poderes necessários para o cumprimento amplo do objeto do presente mandato.

CRATEÚS - CE., 29 de Agosto de 2017.

Barbara Maria de Souza
 (outorgante)

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO MILTON BARBOSA DE SOUZA

Polgar Direto

Barbara Maria de Souza

ASSINATURADO POLICIA

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 2007219577 - 5

DATA DE EXPIRAÇÃO 27/10/2008

NOME BARBARA MARIA DE SOUZA

RELACAO JOSE SEVERINO DE SOUZA

MARIA SOCORRO DE SOUZA

NACIONALIDADE BRASILEIRA

DATA DE NASCIMENTO 11/05/1975

ENDEREÇO RUA ARAUCÁRIA, 100 - JARDIM ARAUCÁRIA - ARACATUBA - SP

RG: ANT: 2503549-92

VIA

ASSINATURADO DIRETOR

LEI Nº 16.062/2004



DECLARAÇÃO

Declarante: <u>Barbara Maria de Souza</u>		Nacionalidade: <u>Brasileira</u>
Residência: <u>Distrito da Lagoa de Santo Antônio</u>		Profissão: <u>do lar</u>
CPF nº: <u>675.064.373-68</u>	RG nº: <u>2007219577-5 SSP/CE</u>	Estado Civil: <u>Solteira</u>
Bairro: <u>Lagoa Rural</u>	Cidade: <u>Maranda</u>	Estado/UF: <u>Ceará</u>
CEP: <u>62.210-000</u>	Telefone:	

DECLARO para os devidos fins que possuo hipossuficiência financeira, não possuindo condições de arcar com custas processuais e honorários advocatícios sem prejudicar o meu sustento próprio e o de minha família, consoante o que dispõe a Lei nº 1.050/60.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

Crateús - CE .. 29 de Agosto de 2017.

Barbara Maria de Souza.

Declarante



DECLARAÇÃO

Declarante: <u>Barbara Maria de Souza</u>		Nacionalidade: Brasileira
Residência: <u>Distrito Lagoa de Santo Antonio</u>		Profissão: <u>do lar</u>
CPF nº: <u>675.064.373-68</u>	RG nº: <u>2007219577-5 SSP-CE</u>	Estado Civil: <u>solteira</u>
Bairro: <u>Zona Rural</u>	Cidade: <u>Aracunda</u>	Estado/UF: <u>Ceará</u>
CEP: <u>62.210-000</u>	Telefone:	

DECLARO que resido no endereço acima citado e forneço os dados pessoais, documentos e demais declarações para a propositura de Ação Judicial em desfavor de qualquer seguradora conveniada DPVAT- FENASEG, E QUE FUI VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO. Sendo de minha total responsabilidade a declaração de invalidez ou óbito fornecida.

Crateris - CE, 29 de Agosto de 2017.

Barbara Maria de Souza.
(declarante)



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS

fls. 10

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 445 - 1360 / 2015

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO
Data / Hora da Comunicação: 25/02/2015 11:40:23
Data / Hora da Ocorrência : 06/10/2014 11:00:00
Endereço da Ocorrência: R NÃO INFORMADA

SUBESTAÇÃO NOVA RUSSAS /CE
Ponto de Referência: PASSAGEM DA LINHA FERREA

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: BARBARA MARIA DE SOUZA
Nascimento : 11/05/1975
RG: 20072195775 Órgão Emissor: SSP UF: CE - CPF: 67506437368
Filiação: JOSE SEVERINO DE SOUZA
MARIA SOCORRO DE SOUZA
Endereço: SIT LAGOA DE SANTO ANTONIO
ZONA RURAL 62210000
ARARÉNDIA CE BRASIL
Telefone:

Histórico

INFORMA A REGISTRANTE QUE NO DIA E HORA ACIMA MENCIONADO SOFREU ACIDENTE DE TRÂNSITO QUANDO SE ENCONTRAVA GUIANDO A MOTOCICLETA DE MARCA/MODELO HONDA/BIZ 125 ES, ANO DE FABRICAÇÃO/MODELO 2014/2015, COR PREDOMINANTE PRETA, PLACA PMG 9470, CHASSI 9C2JC4820FR504283, LICENCIADA EM NOME DE BARBARA MARIA DE SOUZA, VINDO A PERDER O CONTROLE DA MOTO QUANDO DERRAPOU NA PASSAGEM DA LINHA FERREA, CAINDO NO SOLO, SENDO SOCORRIDA PELO SOBRINHO DE NOME LUCIVANTO LOPES DE PAULA JUNIOR PARA O HOSPITAL MUNICIPAL DE ARARÉNDIA, PORQUE O MUNICIPIO NÃO DISPOE DE ATENDIMENTO DO SAMU, CORPO DE BOMBEIROS, ANJOS DO ASFALTO OU ORGÃO SIMILAR, FICANDO CONSTATADO ESCORIAÇÕES EM JOELHO, PÉ E MÃO TODOS DO LADO DIREITO COM EXTRAÇÃO DE UNHA DO PÉ DIREITO, E NADA MAIS DISSE.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

MANOEL GENESIO BERNARDINO - MAT.: 133958-1-0

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Barbara Maria de Souza

VISTO DO DELEGADO(A):

JOAO PEREIRA GOMES - MAT.: 198827-1-3



PREFEITURA MUNICIPAL DE ARARENDÁ

SSM - Secretaria de Saúde do Município
SUS - Sistema Único de Saúde

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE PACIENTE EXTERNO

Nº: _____

Data: 06/10/14

1. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

Nome: Antônia Maria da Silva ²
Est. Civil: casada Sexo: F Data do Nasc. 11/05/75 Idade: 39
Naturalidade: Novo Ruror Prof.: _____
Procedência: Ararendá
Residência: Logradouro de Paulo Antonio
Filiação: para primário de Maria e Maria
Cônjuge: _____

2. QUEIXA PRINCIPAL: problemas de saúde em geral, desde a infância, com problemas de saúde desde a infância.

3. HISTÓRIA ATUAL:

Dr. Victor T. Melo

6. TEMPERATURA: _____

5. P.A. _____

4. PESO _____ KG:

7. EXAMES SOLICITADOS: _____

Assinatura da Ass. Do Paciente ou Responsável

Assinatura do Médico

Rel.: 029 - GRL - Fr

Coelce
agora é

Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | Nº **488542967**
Companhia Energética do Ceará
 Rua Pedro Veloso, 140 | CEP 60126-140 | Fortaleza - CE
 CNPJ 07.017.251/0001-70 | CGF 06.105.818.3

A Tarifa Simulada de Energia Elétrica do
 Tarifa Simulada de Energia Elétrica do
 20 de abril de 2009

Esta é a segunda via de
AGO/2017

Utilize a 1ª abaixo sempre
 que entrar em contato conosco

4977849 8

17/08/2017

51,12

Rota 06 039141 01 07500
 Nome **BARBARA MARIA DE SOUZA**
 Endereço Postal

Medidor
926486

Poste
0000 0

End. da Unidade Consumidora **DT LG DE STO ANTONIO ARARENDIA 62210000**

RG / CPF / CNPJ **675.064.373-68**

CGF

Classe **01-RESIDENCIAL, MONOFASICA, BAIXA RENDA**

Fator de Potência

0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual 18195 | Leitura Anterior 18063 | Constante 1 | Consumo (kWh) 133 | Consumo Incl. 0 | Consumo Faturado 133

DESCRIÇÃO DA CONTA

ENERGIA

Consumo faixa 0-30 Kwh
 Consumo faixa 31-100 Kwh
 Consumo faixa 101-220 Kwh

Quantidade	Tarifa	Valor (R\$)
30	0,17684	5,30
70	0,30316	21,22
33	0,45475	15,01

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão / Apresentação **10/08/2017** | Prev. Próxima Leitura **12/09/2017**

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

A03F,63EA,EF49,1C00,2FED,2F4D,7A40,D4D9

ICMS

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

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

ENERGIA	19,81
TRANSMISSÃO	1,96
DISTRIBUIÇÃO	13,47
ENCARGOS SETORIAIS	4,66
TRIBUTOS (ICMS, PIS/COFINS)	2,56

OUTROS PAGAMENTOS

JUROS DO MES
 MULTA MORATORIA
 PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA S. BAIXA RENDA
 ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL-INT
 ADICIONAL RANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 2,00)

0,21
 0,85
 0,98
 7,55

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compare suas emissões pelo consumo de energia elétrica.
 Emissão kg (CO₂) | Compensado kg (CO₂) | Consciência Ecológica(%)

ÍNDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

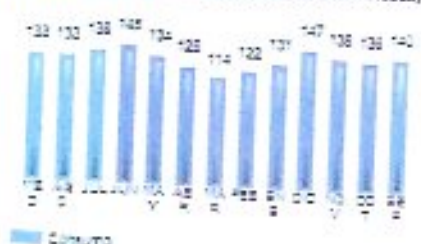
Veja a legenda na verso desta conta. CM: 33,83

Conjunto NOVA RUSSAS

Mes JUN/ 2017

	Padrão Individual Mensal	Índ. Anual	Apuração Individual Mensal	Índ. Anual
DIC (h)	10,73	21,46	42,92	0,00
PIC (h)	7,67	15,34	30,69	0,00
DMIC (h)	5,78		0,00	

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



Consumo

assinatura mecânica cliente

Nº do Cliente:
 Data de Emissão:

4977849-8
30/08/2017

Nº da Nota Fiscal: **488542967**
 Referência: **AGO/2017**

Total a Pagar (R\$): **51,12**
 Nº de Controle:

FATURA PAGA, NÃO RECEBER



(1)

Buscar no site

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

Resumo do Sinistro

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 3150228681 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA BARBARA MARIA DE SOUSA

COBERTURA Invalidez

SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO Sabemi Seguradora S/A-Filial Fortaleza-CE

BENEFICIÁRIO BARBARA MARIA DE SOUSA

CPF/CNPJ: 67506437368

Posição em 27-07-2017 09:47:19

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

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
15/04/2015	R\$ 3.375,00	R\$ 0,00	R\$ 3.375,00

ACESSIBILIDADE

[/Pages/Acessibilidade.aspx](#) [/Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx](#)

A A A O

COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

Documentos Despesas Médicas ([/Pages/Documentacao-Despesas-Medicinas.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](#))