



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>Domíngos Soares de Melo Coelho</i>		Nacionalidade: BRASILEIRA
Estado Civil: <i>Solteira.</i>	Profissão: <i>Loja Lar</i>	Carteira de Identidade: <i>R71529730</i>
CPF nº: <i>056.297.853-46</i>	Residência: <i>Cj. Otávio Leite Bustosa</i>	
Bairro: <i>Zona Rural</i>	Cidade: <i>Novo Oriente</i>	Estado/UF: CEP: <i>CE 63.740-000</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., 11 de Janeiro de 2018.

Domíngos Soares de Melo Coelho
(outorgante)

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1471529730

PROIBIDO PLASTIFICAR
471529730

NOME: DANIELA SOARES DE MELO COELHO

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF: 2009099070450 SSP CE

CPF: 056.297.853-46 DATA NASCIMENTO: 25/11/1993

RELAÇÃO: JOSE JUCUNDO COELHO FRANCISCA SOARES DE MELO

PERMISSÃO: ACU CAT. VE: 2

Nº REGISTRO: 06545203919 VALIDADE: 12/09/2020 1ª HABILITAÇÃO: 07/01/2016

OBSERVAÇÕES:
SEM OBSERVAÇÃO;

DANIELA SOARES DE MELO COELHO

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL: FORTALEZA, CE DATA EMISSÃO: 28/03/2017

ASSINATURA DO EMISSOR: 56086669706 CE158762070

CEARA



PINH 2º
NOVO ORIENTE - CE

- B. Manoel Alexandre Pinho
- Núbia Coelho de Pinho
- Antonia Cleide Medeiros

AUTENTICAÇÃO

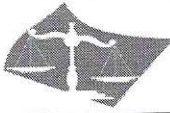
Certifico que esta fotocópia confere com o original. Dou fé.

Novo Oriente-CE, 28/06/2017.

Luiza Marcelino de Sousa Neta

CARTÓRIO PINH 2º
2º Ofício - Novo Oriente-CE
Luiza Marcelino de Sousa Neta
Escrevente Substituto





ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS - ADVOGADA - OAB/CE Nº. 34.613
ADVOCACIA: TRABALHISTA, CÍVEL, CRIMINAL E PREVIDENCIÁRIA

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

DECLARAÇÃO

Declarante: <u>Daniela Soares de Melo Coelho</u>		Nacionalidade: Brasileira
Residência: <u>Coy. Otavio Leite Laureano,</u>		Profissão: <u>100 Lm</u>
CPF nº: <u>056.297.853-46</u>	RG nº: <u>147.152.9730</u>	Estado Civil: <u>Solteira</u>
Bairro: <u>Zona Rural</u>	Cidade: <u>Novo Oriente</u>	Estado/UF: <u>CE</u>
CEP: <u>63.740-000</u>	Telefone: _____	

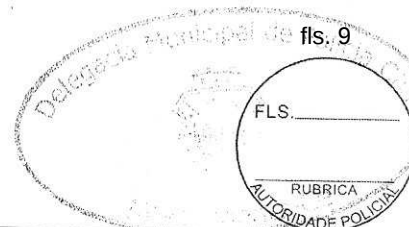
DECLARO para os devidos fins que possuo hipossuficiência financeira, não possuindo condições de arcar com custas processuais e honorários advocatícios sem prejudicar o meu sustento próprio e o de minha família, consoante o que dispõe a Lei nº 1.050/60.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

Crateús - 11 de Janeiro de 2018..

Daniela Soares de Melo Coelho

Declarante



BOLETIM DE Ocorrência Nº 511 - 507 / 2017

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **06/07/2017 09:44:35**
Data / Hora da Ocorrência: **18/06/2017 11:30:00**
Endereço da Ocorrência: **RUA B**
Complemento:
Bairro: **CONJUNTO OTÁVIO LEITE** Município: **NOVO ORIENTE/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **DANIELA SOARES DE MELO COELHO**
Nascimento: **25/11/1993** CPF: **056.297.853-46**
CNH: **1471529730** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **FRANCISCA SOARES DE MELO**
JOSÉ JUCUNDO COELHO
Endereço: **RUA B, 33**
Bairro: **CONJUNTO OTÁVIO LEITE LUSTOSA**
Município: **NOVO ORIENTE/CE** CEP: **63.740-000**
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 9801-3399**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **PNP9257** Uf: **CE** Município: **NOVO ORIENTE** Chassi: **9C2KD0810GR482973** Renavam: **1100110361** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/NXR160 BROS ESDD** Ano Fabricação: **2016** Ano Modelo: **2016** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **VERMELHA** Proprietário: **MANOEL SOARES DE OLIVEIRA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

1ª) Vítima - Condutora

A vítima declara que no dia, hora e local mencionados acima, sofrera um acidente de motocicleta, quando trafegava na Bairro Conjunto Otávio Leite, Novo Oriente-CE; QUE, para não bater em uma outra motocicleta que estava na frente a vítima breiou a motocicleta, vindo a perder o controle e cair ao solo; QUE, com a queda, a vítima fraturou o pé direito e teve escoriações pelo corpo; QUE as duas testemunhas compromissadas presenciaram o acidente; QUE as testemunhas se prontificaram a socorrê-la, sendo levada ao Hospital local, em seguida foi transferida para o Hospital de Crateús, para realizar exame de Raio-X; QUE, com o exame, ficou constatado que a vítima havia fraturado o pé direito; QUE nada mais disse.

Testemunhas Compromissadas:

- 1) Raimunda da Silva Nascimento RG 20066019065680
- 2) Diena Lima Gomes RG 2007574170-3

Dados do veículo acima descrito.

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 15/01/2018 às 12:54, sob o número 01026531120188060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0102653-11.2018.8.06.0001 e código 329CB45.



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



BOLETIM DE Ocorrência Nº 511 - 507 / 2017

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE NOVO ORIENTE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : Julia R. Costa

"ESCRIVÃO AD HOC" - MAT.:

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: x Raimunda Santos de Melo Coelho

VISTO DO DELEGADO(A) :

Emerson Faria
EMERSON FARIA - MAT.: 30114019

Raimunda da Silva Nascimento

x Raimundo da Silva Nascimento

Diene Lima Gomes

Diene Lima Gomes

1 - IDENTIFICAÇÃO

NOME: Daniela Soares de Melo Coelho

NOME DO PAI: Jose Teodoro Coelho

NOME DA MÃE: Francisca Soares de Melo

CNS: 848 0030 4174 8749

ESTADO CIVIL: Solteira SEXO: F DN: 25.11.93 IDADE: 23

PROFISSÃO:

ENDEREÇO: Cam. Otavio Leite RG: CPF: CIDADE: NO

SINAIS E SINTOMAS:

paciente vítima de queda de moto, com escoriações em região torácica

de palma e de punho, cotovelo direito, sobre a pele intesa em

perímetro de coxas, acometida a porção distal do membro

3 - DIAGNÓSTICO:

fratura de fêmur

4 - CONDUTA:

Cetorin 100mg, 500mg, 100mg, 100mg, 100mg, 100mg

ASS. DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Raimundo da Silva

ASS. DO MÉDICO

FICHA DE REFERENCIAUnidade de Origem: HOSPITAL DR. JOSE MARIA F. LEITAO

Distrito Sanitário: _____

Município: NOVO ORIENTE
Nome: DANIELA SOARES DE MELO COELHO Prontuário: _____
Endereço: RUA B, CONJUNTO OTAVIO LITE, Nº 33, NOVO ORIENTE
Sexo: M ☐ F ☒ Data de Nasc.: 25, 11, 1993 Ocupação: _____
Motivo do Encaminhamento?
PACIENTE 23 ANOS, FEMININO, CHEGOU COM QUADRO DE DOR E EDEMA EM
PORÇÃO DISTAL DE M.D APÓS QUEDA DE MOTO, ALÉM DE ESCORIAÇÕES EM OUTRAS
Resultado de Exames: REGIÕES.
NÃO DISPONHO DE APARELHO DE RAO X P/ MELHOR CONDUTA DO CASO
Conduta já RealizadaANALGESIAImpressão Diagnóstica EDEMA PERI-ARTICULAR DE TORNOZELO DIREITO A/E
Dra. Bruna S. Ximenes
Assinatura
Médica18, 06, 17

Função

Data

Hora

CREMEC: 18.516

AGENDAMENTOEncaminhamento para Atendimento: Ambulatorial ☐ Hospitalar ☐ Auxílio Diagnóstico ☐Procedimento: AValiação e conduta Profissional: EMERGENCISTAUnidade de Referência: HOSP. DE REFERÊNCIA SÃO LUCAS Data / / Hora /**FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA (*)**

Unidade de Referência: _____

Município: _____

Prontuário N.º _____

Alta / /**Resumo Clínico/Cirúrgico****Resultado de Exames**

Diagnóstico: Principal _____

CID _____

Secundário 1 _____

CID _____

Secundário 2 _____

CID _____

Proposta de Conduta para seguimento
O problema justificou a referência? Sim ☐ Não ☐ O motivo da referência coincide com o diagnóstico Sim ☐ Não ☐

Assinatura do Consultante - N.º Registro _____

Função _____

Data / /



SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO
HOSPITAL SAO LUCAS

Impressão: 19/06/2017 07:17

Página 1

v2017001

Guia de atendimento - CONSULTORIOS

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 019186	Atendimento 0003	Nome do Paciente DANIELA SOARES DE MELO COELHO	CNS 898003041748799	Guia de Autorização
Documento(s) Identidade: 2009099070450		Estado Civil Solteiro(a)	Sexo Feminino	
Data de Nascimento 25/11/1993	Local NOVO ORIENTE/CE	Idade 23 Ano(s)		
Pai JOSE JUCUNDO COELHO	Mãe FRANCISCA SOARES DE MELO			
Endereço RUA B, 33	Bairro CONJUNTO OTAVIO	CEP 63740-000	Município NOVO ORIENTE	UF CE
Profissão ESTUDANTE	Empresa	Cônjuge	Telefone 88 98013399	
Responsável DEUSELINA PEREIRA SOARES	CPF do Responsável	Endereço RUA B, 33	Município NOVO ORIENTE	UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 19/06/2017	Hora 07:17	Convênio SUS	Matrícula	CID
Profissional do Atendimento JAMIL SANCHES JORQUEIRA		CRM/UF 6945/CE	Tipo Atendimento CONSULTA ORTOPEDICA/TRAUMATO	
Indicador de Acidente Trânsito		Funcionário SILVANA VIEIRA DE OLIVEIRA		
Observação trouxe guia dia 19/06/17				
Sala	Data/Hora Liberação	às	hs.	Tipo de Saída () Alta () Internação () Óbito

Sinais Vitais

Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)	R (mpm)	PA (mmHg)
—	—	36	—	—	110x80

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico. Diagnóstico. Exames Solicitados e Conduta)

Paralela em linha
na pro A que de
e coluna
A + pro A que
Exatidão de pro A
Falta de

JAMIL SANCHES JORQUEIRA - CRM: 6945

Raimunda Silva

Assinatura Paciente/Responsável

Responsável: DEUSELINA PEREIRA SOARES



Dr. Kleiber
S. Cáceres Morales

CRM 12959

fls. 14

RELATORIO MEDICO

Atesto para fins do seguro DPVAT, que **Daniela Soares de Melo Coelho**, RG:2009099070450/SSP/CE, com relato de ter se envolvido em acidente de transito, no dia 18 de junho de 2017, no município de Novo Oriente - CE, com necessidade inicial de atendimento no Hospital municipal de Novo Oriente - CE.

- Com diagnóstico inicial de trauma da mão esquerda, cotovelo direito e fratura do pé direito
- Seguindo tratamento conservador com imobilização gessada e fisioterapia.

Com base ao exame clínico pode-se afirmar que o Autor encontra-se em alta definitiva na data de hoje e apresenta dano anatômico ou funcional permanente, evidenciando-se as seguintes limitações físicas irreparáveis:

- Refere dor intensa e dificuldade para a movimentação do membro inferior direito.
- Apresenta limitação funcional para a flexo - extensão e rotação normal do tornozelo direito.

Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009, procedo a correlacionar as graduações percentuais então compatíveis aos danos apurados, respectivamente a cada segmento corporal acometido, apurando de modo global ou setorial.

1ª Lesão - Região corporal (seqüela): Tornozelo direito.

Marque o percentual: () 10% residual () 25% leve () 50% médio (x) 75% intensa () 100% completa.

Atenciosamente,


Dr. Kleiber S. Cáceres Morales
MÉDICO
CRM-CE 12959

Crateús, 02 de setembro de 2017.

kleibercm@hotmail.com
Caixa Postal, 09 - CEP: 63.700-970
Crateús - Ceará



Esta é a segunda via de
DEZ/2017

Utilize o nº abaixo sempre
que entrar em contato conosco

Nº DO CLIENTE
4706263 DV **0**

VENCIMENTO
03/01/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)
42,07

Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | Nº **506646397**

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

DADOS DO CLIENTE

Rota 17 038030 01 037800 Medidor Poste
Nome DANIELA SOARES DE MELO COELHO 1479703 0000 0
Endereço Postal

End. da Unidade CJ OTAVIO LEITE LUSTOSA 00033 RUA B PICARRA NOVO ORIENTE
Consumidora 63740000

RG / CPF / CNPJ 056.297.853-46 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 10115 10009 1 106 0 106

DESCRIÇÃO DA CONTA

DESCRIÇÃO DA CONTA	Quantidade	Tarifa	Valor (R\$)
ENERGIA			
Consumo faixa 0-30 Kwh	30	0,18330	5,49
Consumo faixa 31-100 Kwh	70	0,31423	21,99
Consumo faixa 101-220 Kwh	6	0,47135	2,84

OUTROS PAGAMENTOS

JUROS DO MES	0,03
MULTA MORATORIA	0,51
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA S. BAIXA RENDA	1,34
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL-INT	9,87
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 2,03)	

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/ Apresentação	Prev. Próxima Leitura
26/12/2017	25/01/2018

AREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

F0C5.565C.BD01.CBEC.065F.8624.2B2D.7B59

ICMS

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

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

ENERGIA	14,27
TRANSMISSÃO	1,42
DISTRIBUIÇÃO	9,68
ENCARGOS SETORIAIS	3,35
TRIBUTOS (ICMS, PIS/COFINS)	2,93

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

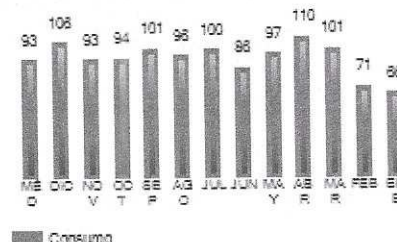
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 11,86

Conjunto CRATEUS

Mês OUT/ 2017

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC (h)	5,67	11,34	22,69	0,97	0,00	0,00
FIC (un)	3,30	6,60	13,20	2,00	0,00	0,00
DMIC (h)	3,29			0,70		

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

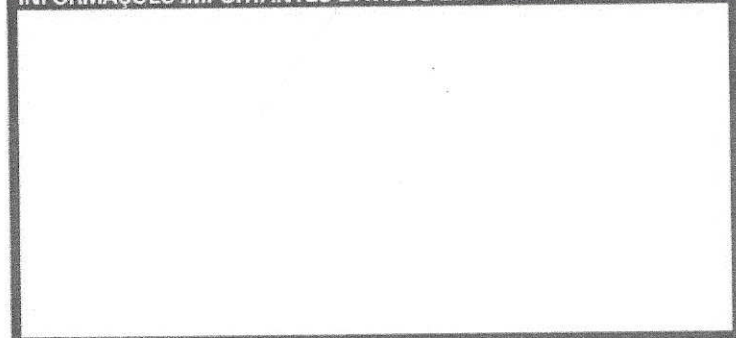


CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO ₂)	Compensado kg (CO ₂)	Consciência Ecológica(%CO ₂)
		0 100

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO



autenticação mecânica cliente

Nº do Cliente: **4706263-0** Nº da Nota Fiscal: **506646397** Total a Pagar (R\$): **42,07**
Data de Emissão: **09/01/2018** Referência: **DEZ/2017** Nº de Controle:

FATURA PAGA, NÃO RECEBER

SINISTRO 3170455373 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA DANIELA SOARES DE MELO COELHO

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO Sabemi

Seguradora S/A-Filial Fortaleza-CE

BENEFICIÁRIO DANIELA SOARES DE MELO COELHO

CPF/CNPJ: 05629785346

Posição em 08-01-2018 15:01:23

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento na conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
22/09/2017	R\$ 2.531,25	R\$ 0,00	R\$ 2.531,25