



CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

Outorgante: <u>Maria Valeria de Anshuak Cruz</u>		Data Nasc: <u>05/02/1972</u>
Estado Civil: <u>solteira</u>	Profissão: <u></u>	Nacionalidade: <u>Brasileira</u>
RG: <u>2008010201994</u>	CPF: <u>540204019387</u>	
Endereço: <u>R. Alameda Lima</u>		
Cidade: <u>Pentecoste</u>	CEP: <u>62640-000</u>	

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, Cep: 60.055-10, 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 FENASSEG 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) 23 de maio de 20 18.

Maria Valeria de Anshuak Cruz
OUTORGANTE



CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Pela _____ presente, _____ o _____ (a)
Sr(a) maria valeria de A. Cruz 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, 23 de maio 2018.

Maria Valeria de Andrade Cruz

DECLARANTE

TESTEMUNHAS:

1. NOME: Ma. Bruranda Teodósio de Pinho

CPF: 958.143.293-00

ASSINATURA: Ma. Bruranda Teodósio de Pinho

2. NOME: Ana Raquel Soares Cardoso

CPF: 585.033.903-53

ASSINATURA: Ana Raquel Soares Cardoso



CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Maria Valéria de A Cruz, brasileira,
leiro(a), Solteira, portador(a) de cédula
de identidade nº 2008010201994, inscrito(a) no CPF sob o
nº 56010419387, DECLARO que tenho domicílio e sou
residente na Rua Alameda Formosa, nº 516
Bairro 15 novembro, CEP: 62640-000 /CE, conforme
comprovante de endereço anexo em meu nome.

Fortaleza, 23 de maio de 2018.

Maria Valéria de A. Cruz

DECLARANTE

TESTEMUNHA:

1. Márcia Teodósio de Pinho

RG Nº: 2007074012-2

CPF Nº: 958.143.293-00

2. Ana Raquel Soares Cardoso

RG Nº 2007074012-1

CPF Nº 585.033.903-53



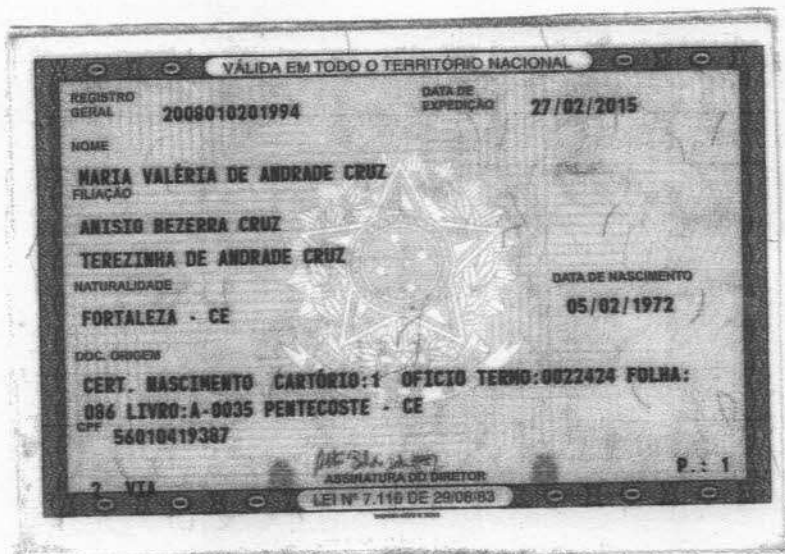
CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA

DECLARAÇÃO DE POBREZA

Declaro para os devidos fins que eu, Maria Valéria de Anônimo Cruz, residente e domiciliado na Francisco Oliveira Roemer, nº 514, bairro: 15 novembro na cidade de Pentecoste, portador(a) do RG nº 2008010201994, inscrito(a) no CPF nº 56010419387, 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, 23 de maio de 20 18.

X Maria Valéria de Anônimo Cruz
DECLARANTE





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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 525 - 904 / 2017

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
 Data / Hora da Comunicação: **22/06/2017 15:08:55**
 Data / Hora da Ocorrência: **07/03/2017 13:00:00**
 Endereço da Ocorrência: **RUA PE. SINVAL FACUNDO**
 Complemento:
 Bairro: Município: **PENTECOSTE/CE**
 Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **MARIA VALÉRIA DE ANDRADE CRUZ**
 Nascimento: **05/02/1972** CPF:
 RG: **2008010201994** Orgão Emissor: **SSP** UF:
 Filiação: **TEREZINHA DE ANDRADE CRUZ**
ANISIO BEZERRA CRUZ
 Endereço: **AVENIDA TABELIÃO FRANCISCO ALVES, 435**
 Bairro: **CENTRO** CEP: **62.640-000**
 Município: **PENTECOSTE/CE**
 País: **BRASIL** Telefone:

Histórico

A vítima compareceu a esta Delegacia para informar que no dia 07 de março do ano em curso, por volta das 13:00hs, sofreu um acidente de trânsito, tipo colisão, na Rua Pe. Sinval Facundo, Vila Nova, nesta cidade. Que na ocasião, a declarante dirigia a motocicleta HONDA/NRX 150 BROS ES, COR PRETA, ANO 2012, PLACA OIP6268, CHASSI 9C2KD0550CR600832, RENAVAL 490820638, REGISTRADO EM SEU NOME, sentido Vila Nova/Centro, eis que foi surpreendida por um automóvel que iniciava uma manobra para adentrar na mão de direção para tomar a direção contrária. Que de imediato, buzinou e acionou os freios, na ocasião o condutor do automóvel parou sem concluir a manobra. Que a declarante tentou evitar a colisão, levando a moto para a mesma via que o condutor do automóvel saía. Que a declarante acabou colidindo na lateral traseira do automóvel, caindo no calçamento da Rua Francisco José da Silva. Que o condutor do automóvel se tratava do ELTON LUZ, Diretor da Escola Técnica, o qual prestou os primeiros socorros a declarante. Que a declarante foi socorrida por populares e levada para a UPA desta cidade, e no mesmo dia transferida para o Frotinha do Antonio Bezerra, na cidade de Fortaleza. Que em decorrência do sinistro, a declarante quebrou a bacia, a sétima costela e o rádio do braço esquerdo. Que o ELTON se comprometeu em ajudar financeiramente, no sentido de cobrir os gastos médicos da declarante, porém até o presente momento não cumpriu. E, nada mais disse, dando-se por encerrado o presente procedimento.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE PENTECOSTE Licia Nádia Pinho de Castro

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

LICIA NADIA PINHO DE CASTRO - MAT.: 198308-1-0

Escrivã de Polícia
 198308-1-0

Valéria



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 525 - 904 / 2017

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

João Carlos Araújo Machado

VISTO DO DELEGADO(A) :

JOÃO CARLOS ARAÚJO MACHADO - MAT.: 30079213

Lígia Nádia Pinho de Castro
Lígia Nádia Pinho de Castro
Escrivã de Polícia
198308-1-0

Banco Itaú S.A.	341-7	34191,75421 31212,672047 00173,090002 8 000
-----------------	-------	---



00007048

CTCE FORTALEZA CE PLS
MARIA VALERIA DE ANDRADE CRUZ
R FRANCISCO OLIVEIRA LIMA SN
CS - 15 DE NOVENBRO
62640-000 PENTECOSTE - CE

PC-07

Postagem: 05/03/2018
Vencimento: 13/03/2018
Emissão: 01/03/2018
Fechamento próxima fatura: 08/04/2018

321109423023390000004826530 090318

Titular **MARIA VALERIA DE ANDRADE CRUZ**
Cartão **6062.XXXX.XXXX.1212**

Para que esperar a fatura impressa chegar em casa? Mude já para a Fatura Digital. Ligue: 3003-3030. E rapidinho!

A) pagamento total R\$... B) pagamento para R\$... C) parcelas fixas R\$... D) pagamento mínimo para R\$

Resumo da fatura em R\$	
Total da fatura anterior	79,83
● Pagamentos efetuados	0,00
● Saldo financiado	79,83
● Encargos (financiamento + moralidade)	14,06
● Lançamentos atuais	100,20
● Total desta fatura	194,09

Atenção! em caso de pagamento inferior ao valor total, o consumidor deve arcar com as taxas e encargos apontados nesta fatura, incidentes sobre a diferença entre o valor total e o valor pago.



ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENTECOSTE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL E MATERNIDADE REGIONAL VALE DO CURÚ
Rua Francisco Moreira, s/n - Pentecoste - Ceará

RECEITUÁRIO

Apto fme MANIA Valéria de
Andrade Cruz, 45 anos, foi vítima de
Acidente de trânsito, moto - auto-
móvel em 07/03/2017, sofrendo
fratura distal de rádio esquer-
do + fratura de ACETÁBULO Di-
reito + contusão fêmur. Real-
izou exames: Rx + imobilização gipsa-
da no membro superior esquerdo +
tr - contusão fratura acetábulo e
perólio, AINE, e encaminha-
do em fase de reabilitação (fio-
terapia mecânica para o punho
esquerdo e perólio flexão fêmur

Rx.



1552.5
532.4
520.2

Data: 21/06/2017

Carimbo e Assinatura do Médico

FUMAR CAUSA CANCER DE BOCA, ESÔFAGO E PULMÃO



PREFEITURA MUNICIPAL DE PENTECOSTE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24H

Rua Gonzalo Sales-Pessoa, 496 - São Francisco
Pentecoste/CE | Fone/Fax: (85) 3352.2252

FICHA DE ATENDIMENTO

Recepcionista: Laudiane

Data: 07/03/17

Horário: 21:54

Nome: ME Valeria de Andrade Cruz Idade: 44 A

Estado Civil: ☐ S ☐ C ☐ V ☐ D - Sexo: ☐ M ☒ F Telefone: _____

Identidade: _____ Mãe: _____

Endereço: Rua Donaíria

Bairro: Centro Município: Pentecoste

☐ Aparentemente bem

PRE-CONSULTA

☐ Regular

☐ Grave

ANAMNESE E EXAME FÍSICO

Sinais Vitais: PA: _____ mmHg T: _____ °C P: _____ bpm R: _____ mmrpm

Queixa Principal: _____

CONSULTA

Enfermeiro (a) _____

Paciente vítima de acidente automobilístico, evoluiu com fratura em
punho esquerdo e em pé (antebraço). Retorno em guarnição de
da polícia penitenciária e de um número 1000

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: Fratura pé / punho

EXAMES SOLICITADOS:

DESTINO

☐ Residência ☐ Internação ☐ Recusou Internação ☐ Transferência ☐ Observação

M. Margaret
Assinatura do Paciente

Dr. Caio Simplicio
Assinatura do Médico (carimbo)
CREMEC 15.169

Prescrição Médica	Horário	Auxiliar
① Cetorfan 100 mg EV	<u>22.20</u>	<u>Valia</u>
② Dexam 2:18 A3 EV		
Dr. Caio Simplicio MÉDICO CREMEC 15.169		
09.06.2017		
<u>Jose Celio Campêlo Reis</u>		
Material Utilizado	Observações:	
Agulha	Gesso	
Equipo	Luvas	
Scalp	Ataduras	
Seringa	Gases	
Sondas	Outros	

SINISTRO 3170398091 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA MARIA VALERIA DE ANDRADE CRUZ****COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO MARIA****GECEINEIDE FERREIRA NOBRE COR. SEGUROS EIRELI****BENEFICIÁRIO MARIA VALERIA DE ANDRADE CRUZ****CPF/CNPJ: 56010419387****Posição em 17-04-2018 16:37:28**

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
04/09/2017	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50