



CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

Outorgante: <u>Maria Claudineide de Aquino Batista</u>		Data Nasc:
Estado Civil: <u>solteira</u>	Profissão: <u>autônoma</u>	Nacionalidade: <u>brasileira</u>
RG: <u>99006021084</u>	CPE: <u>756.719.643-34</u>	
Endereço: <u>Rua Camomila nº 33</u>		
Cidade: <u>Fortaleza-CE</u>		CEP: <u>60.813-180</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 FENASE, 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 cumprimento amplo do objeto do presente mandato.

Fortaleza (CE), 13 de junho de 20 19.

Maria Claudineide de Aquino Batista
OUTORGANTE



CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA

DECLARAÇÃO DE POBREZA

Declaro para os devidos fins que eu,
Maria Claudineide de Aquino Batista residente e
domiciliado na Rua Leonorinha, nº 33,
bairro: Maracana, na cidade de Fortaleza, portador(a) do
RG nº 99006021084, inscrito(a) no CPF nº 756.719.643-51
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, 13 de junho de 20 19.

Maria Claudineide de Aquino Batista
DECLARANTE



CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Pela Sr(a) Maria Claudineide de Aquino Batista presente, o (a) Declarante 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, 13 de junho de 20 19.

Maria Claudineide de Aquino Batista

DECLARANTE

TESTEMUNHAS:

1. NOME:

CPF:

ASSINATURA:

2. NOME:

CPF:

ASSINATURA:



CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Maria Claudineide de Aquino Batista, brasileira(a) solteira, autônoma, portador(a) de cédula de identidade nº 99006021084, inscrito(a) no CPF sob o nº 756.719.643-34, DECLARO que tenho domicílio e sou residente na Rua: Camomila, nº 33, Bairro -, CEP: - /CE, conforme comprovante de endereço anexo em meu nome.

Fortaleza, 13 de junho de 2019.

Maria Claudineide de Aquino Batista

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 DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

Impresso nº 2018262086

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 5130 / 2018



Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **29/11/2018 10:34:25**
Data / Hora da Ocorrência: **22/10/2018 15:15:00**
Endereço da Ocorrência: **RUA VASCO DE ATAÍDE**
Complemento:
Bairro: **MESSEJANA**
Município: **FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência: **AO LADO DA YPIOCA**

RECEBEMOS

13 FEV 2019

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **MARIA CLAUDINEIDE DE AQUINO BATISTA**
Nascimento: **04/07/1972** CPF: **756.719.643-34**
RG: **99006021084** Orgão Emissor: **SSPDC**
Filiação: **FRANCISCA CARINA DE AQUINO SILVA**
RAIMUNDO PEREIRA BATISTA
Endereço: **RUA CAMOMILA, 33**
Bairro: **MESSEJANA**
Município: **FORTALEZA/CE**
País: **BRASIL**

UF: **CE**

CEP: **60.843-180**
Telefone: **(85) 98991-5730**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **PME3263** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **BAGSU1920GR155184** Renavam: **1089358803** Tipo do Veículo: **AUTOMÓVEL** Marca / Modelo: **I/CHEVROLET CLASSIC LS** Ano Fabricação: **2016** Ano Modelo: **2016** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **PRATA** Proprietário: **VERONICA GOMES PEREIRA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ABALROAMENTO**

Histórico

Afirma a declarante que na data, hora e local acima citados, estava pedalando sua bicicleta quando foi atropelada pelo carro de placas PME3263 (acima descrito); QUE, em consequência, a declarante ficou lesionada e foi socorrida pela motorista do citado veículo, sendo levada para atendimento médico ao Hospital Distrital Edmilson Barros de Oliveira (Frotinha de Messejana); QUE, é responsável pelas informações aqui prestadas; QUE, está ciente que o prazo para representação criminal é de 06 (seis) meses; QUE, nada mais disse. FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO NO ART. 340 DO CPB.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 6. DISTRITO POLICIAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

SUZETE MARIA LIMA GONÇALVES - MAT.: 133215-1-5

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A) :

JOSE RODRIGUES JUNIOR - MAT.: 126788-1-9

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

Consolidado em: 29/11/2018 10:44:11

Pág. 1 de 1

Impresso em: 29/11/2018 10:44:11

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por CAROLINA FREITAS MOREIRA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 30/06/2019 às 15:20, sob o número 01419837820198060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0141983-78.2019.8.06.0001 e código 4AB0EF6.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DE JUSTIÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 99006021084 DATA DE EMISSÃO 27/7/1972

NOME MARIA CLAUDINEIDE DE AQUINO BATISTA

RESIDÊNCIA RAIMUNDO PEREIRA BATISTA E FRANCISCA CARINA DE AQUINO SILVA

NATURALIDADE FORTALEZA-CE DATA DE NASCIMENTO 04/07/1972

DOC. ORIGEM CERT. CASAM. 16747 E B/30 F 001V MESSEJANA/FORT/CE

CPF

POSTALEZA/CE

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/09/63

maria claudineide de Aquino Batista

CARTEIRA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas
Número de inscrição

756.719.643-34

Nome
MARIA CLAUDINEIDE DE AQUINO BATISTA

Nascimento
04/07/1972

RECEBEMOS

13 FEV 2019

Maria Gacineide F. Nobre
Corretora de Seguros Erel
CNPJ: 21.487.739/0001-06



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° 558212811

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

JAN/2019

Utilize o n° abaixo sempre
que entrar em contato conosco

N° DO CLIENTE
5298993 DV **3**

VENCIMENTO
15/02/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)
0,00

End. da Unidade Consumidora RU CAMOMILA 00033 CS A MESSEJANA FORTALEZA 60843180

RG / CPF / CNPJ 756.719.643-34 CGF

Classe B1 - 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA Fator de Potência 0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual Leitura Anterior Constante Consumo (kWh) Consumo Incl. Consumo Faturado

FP 2737 2734 1 3 0 30

DESCRIÇÃO DA CONTA Quantidade Tarifa Valor (R\$)

ENERGIA CONSUMO 30 0,51880 15,56

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/ Apresentação Prev. Próxima Leitura
16/01/2019 15/02/2019

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

EFB1.1F64.3C7D.6FFB.505D.5DF8.D63D.0B5E

ICMS

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

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

ENERGIA 8,09
TRANSMISSÃO 0,86
DISTRIBUIÇÃO 4,60
ENCARGOS SETORIAIS 1,23
TRIBUTOS (ICMS, PIS/COFINS) 0,78

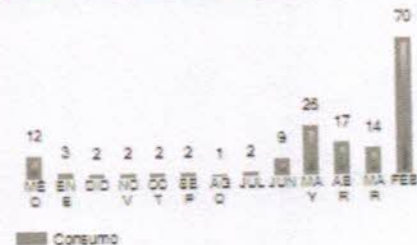
INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta. CM: 7,18
Conjunto

Mês NOV/ 2018

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC (h)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
FIC (un)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
DMIC (h)	0,00			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

RECEBEMOS

N° do Cliente: 5298993-3 N° da Nota Fiscal: 558212811 Total a Pagar (R\$): 0,00
Data de Emissão: 13/02/2019 Referência: JAN/2019 N° de Controle:

FATURA PAGA, NÃO RECEBER

13 FEV 2019
Maria Gacineide F. Noronha
Corretora de Seguros
CNPJ: 21.487.738/0001-00

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

NOME DO PACIENTE MARIA CLAUDINEIDE DE AQUINO BATISTA		DADOS PESSOAIS	
CADUS	NASCIMENTO 04/07/1972(46 ANOS)	Nº DO PRONTUÁRIO 5126261	Nº DO 307202
NOME MAR CORIN	DE AQUINO	SEXO F	RACIA PARO
ENDEREÇO RUA 10MILA 33 GUAJIRU	NOME RESPONSÁVEL NI	MUNICÍPIO FORTALEZA	UF CE
LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/DADOS DO ACIDENTE	OCORRÊNCIA		CEP 60.843-180
QUEIXA ATROPELADA EM VIA PÚBLICA SOFREU TRAUMA CONTUSO NO MID E PANCADA NA CABEÇA.NÃO DESMAIO	CLASSIFICAÇÃO DE RISCO		ESCALA DE DOR 8 (ADULTO)
SINAIS VITAIS	MOTIVO ATROPELAMENTO		
PESO NI KG	PRESSÃO ARTERIAL NI/NI	SAT O2 NI%	PULSO NI
TEMPERATURA NI °C	ALERGIAS NEGA		GLUCOSE NI
CLASSIFICAÇÃO AMARELO	RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO RAIMUNDA MARLENÉ CARDOSO MARQUES		DATA E HORA CLASSIFICAÇÃO 22/10/2018 17:18
ÁREA EMERGÊNCIA TRAUMATOLOGICA	ÁREA ATENDIMENTO		
ANÁLISE	ATENDIMENTO MÉDICO		
<i>Recebido</i> <i>OBV3091200</i> RECEBEMO 13 FEV 2019 Maria Cecineide F. Corretora de Seguro CNPJ 21.487.732/0001-90			
DIAGNÓSTICO	COD. PROCEDIMENTO		
RAIO X SOLICITADO: () HC () SU () US ABDOMINAL () TC CRANIO () RAIO-X	() OUTROS		
MÉDICAMENTO	PRESCRIÇÃO MÉDICA		
APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO		
<i>Proced 100</i> <i>11-17-30</i>			
TIPO DE ALTA/SAÍDA			
ALTA/SAÍDA () DECISÃO MÉDICA () A PEDIDO () EVASÃO () TRANSFERÊNCIA () INTERNAÇÃO ÓBITO: () ATÉ 48 HORAS () APÓS 48 HORAS			
DESTINO DO CORPO: () FAMÍLIA () IML () ANAT. PATOL			
DATA E HORA DO ATENDIMENTO	CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA		

Impresso por RAIMUNDA MARLENÉ CARDOSO MARQUES em 22/10/2018 17:18:42

Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 299 do Código Penal.

Dr. Mardônio Salmito
CRM 4411

maria claudineide de aquino batista

04.035.197/0012-05
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON
BARROS DE OLIVEIRA

Av. Jornalista Tormaz Coelho, 1578
Messejana - CEP: 60.864-810

Fortaleza

Ceará

CONFERE COM ORIGINAL
12/11/18

delson

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por CAROLINA FREITAS MOREIRA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 13/06/2019 às 15:20, sob o número 014198837820198060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 014198837820198060001 e código 4AB0EF6.

AMBULATORIO DE TRAUMATOLOGIA



Reg. Geral: _____

Reg. Ambulatorial: _____

Reg. Radiológica: _____

Nome: Paula dos Reis

Diagnóstico: _____

Data: 12/11/18 Médico: Dr. Márcio Salmito CRM 4411

Auxiliar: _____

Redução sob anestesia: _____

Realizada: _____ após o acidente: _____

RECEBEMOS

13 FEV 2019

Maria Geacineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ: 21.487.738/0001-06

Voltar em: 12/11/18 às 9:00 horas
 Voltar em: _____ às _____ horas
 Voltar em: _____ às _____ horas
 Voltar em: _____ às _____ horas
 Voltar em: _____ às _____ horas
 Voltar em: _____ às _____ horas
 Voltar em: _____ às _____ horas
 Voltar em: _____ às _____ horas
 Voltar em: _____ às _____ horas
 Voltar em: _____ às _____ horas

HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON
BARROS DE OLIVEIRA MESSEJANA

Prontuário Único (1)

Data

22/10/2018 17:08

Prontuário

5126261

Nome do Paciente

Dados Pessoais

maria claudineide de aquino batista

Nome Mãe

francisca carina de aquino silva

Nascimento

04/07/1972

Idade

46 anos

Situação Conjugal

Profissão

Escolaridade

Documento de Identificação

CadSus

Endereço

Rua Camomila 33

Naturalidade

Fortaleza-CE

CEP

60.843-180

Bairro

Guajiru

Município/Estado

Fortaleza/CE

Telefone(s)

Abertura:

22/10/2018 17:08

Consultas

Autorizado por:

Médico Indicado:

Especialidade:

Consulta

Horário

Médico

Especialidade

Data Hora

Evolução

Evolução

RECEBEMOS

13 FEV 2019

Maria Gacineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ: 21.487.738/0001-06

CONFERE COM ORIGINAL

12/11/18

Bilson

04.985.197/0012-05
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON
BARROS DE OLIVEIRA

Av. Jornalista Tomaz Coelho, 1578
Messejana - CEP 60.864-810

Fortaleza

Ceará

Rio de Janeiro, 09 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190127675

Vítima: MARIA CLAUDINEI DE AQUINO BATISTA

Data do Acidente: 22/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CARLOS AUGUSTO DOS SANTOS BARROS

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), MARIA CLAUDINEI DE AQUINO BATISTA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

