



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



fls. 10

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 478 - 2849 / 2015

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTES - OUTROS**
Data / Hora da Comunicação: **01/09/2015 15:32:11**
Data / Hora da Ocorrência : **09/08/2015 20:00:00**
Endereço da Ocorrência: **AV DO CRUZEIRO**

DNER ICO /CE

Ponto de Referência: **PROXIMO AO HOSP. REGIONAL**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **CLEANE RODRIGUES DOS SANTOS**
Nascimento : **22/05/1984**
RG: **99099108355** Órgão Emissor: **SSP** UF: **-** CPF: **01985149303**
Filiação: **ISAIAS ALVES DE LIMA**
FRANCISCA CHAGAS RODRIGUES LIMA
Endereço: **TV B, CASA S/N**
ALTO DA BR
ICO CE BRASIL Telefone: **88996773228**

Histórico

A DECLARANTE COMPARECEU NESTA DR E INFORMOU QUE NO DIA, HORA E LOCAL MENCIONADOS, CONDUZIA A MOTOCICLETA DE MARCA HONDA CG 125 TITAN KS, ANO 2003/2003, PLACA HXT 8860-CE, COR VERMELHA, CHASSI 9C2JC30103R232728, RENAVAN 00847087417, EM NOME DE MANOEL SEBASTIÃO DOS SANTOS, QUANDO AO FAZER UMA CURVA, A CORRENTE DA REFERIDA MOTOCICLETA QUEBROU, PERDENDO O CONTROLE CAIU NA PISTA E FICANDO LESIONADA; QUE FOI SOCORRIDA POR SEU IRMÃO JOSE EDMAR RODRIGUES PARA O HOSPITAL REGIONAL DE ICO-CE, SOFRENDO TCE E PLEURITE. E NADA MAIS DISSE. //

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE ICO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

FRANCISCO MAURÍCIO GOMES - MAT.: 135617-1-0

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO :

Cleane Rodrigues dos Santos

VISTO DO DELEGADO(A) :

MARCOS SÁNDRO NAZARÉ DE LIRA - MAT.: 126911-1-4

[Ir para conteúdo principal](#) [Ir para menu principal](#)



Seguro DPVAT, administrado pela Seguradora Líder-DPVAT – Site Oficial –

[Assista ao vídeo da Líder](#)

- [Home](#)
- [Seguradora
Líder-DPVAT](#)
- [Pontos de
Atendimento](#)
- [Fraude é crime
Denuncie aqui](#)
- [SAC
0800 0221204](#)
- [Auto
Atendimento](#)
- [Ouvidoria](#)
- [Email](#)
- [Chat](#)
- [Facebook](#)
- [Twitter](#)
- [YouTube](#)

Início do conteúdo

Acompanhe o processo de indenização

[voltar](#)

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 até 30 dias a contar da data da entrega da documentação completa.

nova consulta

SINISTRO 3150854763 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA CLEANE RODRIGUES DE LIMA

COBERTURA Invalidez

SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

BENEFICIÁRIO CLEANE RODRIGUES DE LIMA

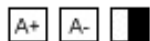
CPF/CNPJ: 01985149303

Posição em 05-11-2015 17:54:49

Pagamento creditado conforme dados bancários informados na autorização de pagamento assinada pelo beneficiário.

Data do Pagamento	Valor da Indenizacao	Juros e Correção	Valor Total
27/10/2015	R\$ 2.700,00	R\$ 0,00	R\$ 2.700,00

Acessibilidade



[Tradução em Libras](#)

[Leitura de Páginas](#)

[Atalhos de teclado](#)

[Acessibilidade](#)

Como dar entrada

- [Como dar entrada - Dicas importantes](#)
- [Documentos despesas médicas](#)
- [Documentos invalidez permanente](#)
- [Documentos morte](#)
- [Onde dar entrada](#)
- [Dicas indispensáveis](#)

Pague seguro

- [Como pagar](#)
- [Consulta a pagamentos efetuados](#)
- [Informações gerais](#)

Acompanhe o Processo

- [Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização.](#)
- [Mapa do Site](#)
- [Dicionário do DPVAT](#)
- [Imprensa](#)
- [Outros serviços](#)
- [Blog Viver Seguro no Trânsito](#)

Nº DO CLIENTE
5334381-6

coelce

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA | GRUPO B-4 | Nº 397640409

Rota: 10 18000 12 059100 - 4 Data de Emissão: 13/08/2015

Nome: CLEANE RODRIGUES DOS SANTOS

End. Postal: TR B ALTO DA BR 00000

ALTO DO CRUZEIRO - ICO - 63430000

Medidor: 337448 Poste: 0000 4705

Classe: 01-RESIDENCIAL MONOFASICO BAIXA RENDA Potência: 0,00

RG / CPF / CNPJ: 019851493-03 CGF:

Nome do Responsável:

DADOS			INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO		
Mês de Referência	Data da Apresentação	Previsão Próxima Leitura	Conjunto	Mês	Valor
Ago/2015	13/08/2015	14/09/2015	100	Jun/2015	EUSD 12,80

ICMS			Padrão Individual			Apuração Individual			
Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual	
ISENTO			DIC	5,43	10,86	21,73	0,00	0,00	0,00
			FIC	3,42	6,85	13,70	0,00	0,00	0,00
			OMIC	3,11			0,00		

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

EEF0.86C9.5053.E-03.B067.E061.8920.A807

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO							
Let. Atual	Let. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Const. Incl.	Const. Excl.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
3190	3066	1,00	94	0,00	30	0,1750	5,17
					64	0,2967	18,93
13/08/15	14/07/15		30 Dias		94		24,10

DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)
VALOR CONSUMO DO MES	24,10
MULTA MORATORIA REF 05/2015	0,55
JUROS DO MES	0,20
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	9,80
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA	1,11
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 2,83)	

VENCIMENTO 25/09/2015 **TOTAL A PAGAR (R\$)** 35,76

COMPOSIÇÃO DO VALOR DO CONSUMO		HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)	
Descrição	Valor (R\$)	Mês	Consumo (kWh)
Energia	15,60	109	94
Transmissão	9,80	94	91
Distribuição	0,87	100	97
Encargos Setoriais	2,30	104	112
Tributos (PIS-COFINS)	0,00	123	116
TOTAL	35,76	129	109
		116	124

Informações importantes e avisos de vencimento

CONTAS EM ATRASO

Prezado Cliente, notificação de suspensão do fornecimento de energia elétrica em atraso. Seque o detalhamento do Débito. O não pagamento da dívida implica na possibilidade de suspensão do fornecimento da energia em 15 dias após a entrega deste, conforme previsto na Res. ANEEL 414/10, Arts. 172 e 173, bem como o envio das informações aos ÓRGÃOS DE PROTEÇÃO AO CRÉDITO E CARTÓRIO DE PROTESTO. Caso já tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar o aviso.

Bandeira Tarifária: VERMELHA

Consta desta fatura R\$ 2,30 referente a PIS e COFINS.

Caro Cliente, constam quitadas as faturas de consumo de energia elétrica desta unidade consumidora vencidas até 31/12/2014, conforme a Lei N. 12.007/2009. Esta declaração substitui quitacoes anteriores.

1500254628	09/08/2015 20:18:39	FICHA DE ATENDIMENTO	CLINICA MEDICA	NOTURNO	20		
Paciente CLEANE RODRIGUES DE LIMA	Data Nascimento 22/05/1984	Idade 31 A 2 M 18 D	CNS	CPF	Prontuário		
Tipo Doc Documento	Yrgão Emissor	Data Emissão	Sexo F	Estado Civil CASADO(A)	Raça/Cor PARDA	Naturalidade ICO - CE	Contatos
Mãe FRANCISCA DAS CHAGAS LIMA	Pai IZAIAS ALVES DE LIMA						
Endereço RUA - B - - ALTO JOANINHA SOBRAL - ICO - CE							
Class. de Risco	Piano Convênio SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	N° da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal		
Motivo do Atendimento PRONTO ATENDIMENTO	Caráter do Atendimento URGÊNCIA	Profissional do Atend.	Procedência PSFMM - POSTO DE	Temp.	Peso	Pressão	
Sector URGÊNCIA / EMERGÊNCIA	Tipo de Chegada DEMANDA ESPONTANEA	Procedimento Sol.	Registrado por: FABIO				
Queixa Principal ☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue							
Anamnese de Enfermagem			GSC		TOTAL		
			AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6				
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)							
Exame Físico							
Hipótese Diagnóstica Pleurito.							
SADT - Exames Complementares ☐ RAIO - X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS: _____							
PRESCRIÇÃO			APRAZAMENTO		OBSERVAÇÃO		
1) Solicita Rx Torax.							
2) Voltaren (100)			30/45				
Condução ☐ Alta por Decisão Médica ☐ Ambulatório ☐ Alta a Pedido ☐ Observação (Até 24h) ☐ Alta a Revelia ☐ Internação ☐ Transferência para: _____ Data e Hora da Saída/Alta: ____/____/____							
Óbito Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ IML Anatomia Patológica ____/____/____							
Assinatura do Paciente ou Responsável Cleane Rodri			Carimbo e Assinatura do Médico Eugenio Cosmi PEDIATRA CRM 3663				
Impresso por: fabio Data Hora: 09/08/2015 20:19:22			1500254628				

SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO
HOSPITAL REGIONAL DE ICÓ
AV JOSEFA NOGUEIRA MONTEIRO, S/N
Telefone: 88-35611611



1500254628	09/08/2015 20:18:39	FICHA DE ATENDIMENTO		CLÍNICA MÉDICA	NOTURNO	20
Paciente CLEANE RODRIGUES DE LIMA		Data Nascimento 22/05/1984	Idade 31 A 2 M 18 D	CNS	CPF	Prontuário
Tipo Doc	Documento	Yrgão Emissor	Data Emissão	Sexo F	Estado Civil CASADO(A)	Raça/Cor PARDA
Mãe FRANCISCA DAS CHAGAS LIMA	Pai IZAIA ALVES DE LIMA		Naturalidade ICO - CE	Contatos		
Endereço RUA - B - - ALTO JOANINHA SOBRAL - ICO - CE						
Class. de Risco	Piano Convênio SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	N° da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal	
Motivo do Atendimento PRONTO ATENDIMENTO	Caráter do Atendimento URGÊNCIA	Profissional do Atend.	Procedência PSFMM - POSTO DE	Temp.	Peso	Pressão
Setor URGÊNCIA / EMERGÊNCIA	Tipo de Chegada DEMANDA ESPONTANEA	Procedimento Sol.	Registrado por: FABIO			
Queixa Principal dox no Tórax			☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue			
Anamnese de Enfermagem			GSC AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456			
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h) cheio ci cefaleia, dor no tórax e escoriações pelo corpo após acidente de moto.						
Exame Físico						
Hipótese Diagnóstica Pleurito. após acidente de moto						
SADT - Exames Complementares ☐ RAIO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:						
PRESCRIÇÃO			APRAZAMENTO		OBSERVAÇÃO	
1) Solicita Rx Tórax.						
2) Voltaren (100)			30-45			
Conduta ☐ Alta por Decisão Médica ☐ Ambulatório ☐ Alta a Pedido ☐ Observação (Até 24h) ☐ Alta a Revelia ☐ Internação ☐ Transferência para:			Data e Hora da Saída/Alta: / /			
óbito Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ IML Anatomia Patológica						
Assinatura do Paciente ou Responsável Cleane Rodri			Carimbo e Assinatura do Médico Dr. Henrique Costa PEDIATRA CRM - 3663			
Impresso por: fabio Data Hora: 09/08/2015 20:19:22						

Unidade de Origem: _____
Distrito Sanitário: _____ Município: _____
Nome: Leone Rodrigues Prontuário Nº _____
Sexo: M ☐ F ☐ Idade: _____ Ocupação: _____
Endereço: _____ Bairro: _____

Motivo do Encaminhamento: T.C. de crânio
Resultado de Exames: _____
Condução já Realizada: _____
Impressão Diagnóstica: TCE
Assinatura do Encaminhante - Nº Registro: _____ Função: Dr. Pedro Aquino
Data: 16/8/15 Hora: _____
CRM - CE 8274

AGENDAMENTO
Encaminhamento para Atendimento Ambulatorial ☐ Hospitalar ☐ Auxílio Diagnóstico ☐
Procedimento: _____ Profissional: _____
Unidade de Referência: _____ Data: ____/____/____ Hora: _____

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA (*)

Unidade de Referência: _____
Município: _____ Prontuário Nº _____ Alta ____/____/____

Resumo Clínico/ Cirúrgico: _____
Resultado de Exames: _____
Diagnóstico Principal: _____ CID: _____
Secundário 1: _____ CID: _____
Secundário 2: _____ CID: _____
Condução Realizada: _____
Proposta de Condução para Seguimento: _____
O problema justificou a referência? Sim ☐ Não ☐ O motivo da referência coincide com o diagnóstico? Sim ☐ Não ☐
Assinatura da Consultante - Nº Registro: _____ Função: _____ Data: ____/____/____

SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO
HOSPITAL REGIONAL DE ICÔ
AV JOSEFA NOGUEIRA MONTEIRO, S/N
Telefone: 88-35611611



1500264877	16/09/2015 20:03:24	FICHA DE ATENDIMENTO		CLINICA MEDICA	NOTURNO	43
Paciente CLEANE RODRIGUES DE LIMA		Data Nascimento 22/05/1984	Idade 31 A 3 M 25 D	CNS	CPF	Prontuário
Tipo Doc	Documento	Írgão Emissor	Data Emissão	Sexo F	Estado Civil CASADO(A)	Raça/Cor PARDA
Mãe FRANCISCA DAS CHAGAS LIMA	Pai IZAIAS ALVES DE LIMA		Naturalidade ICO - CE		Contatos	
Endereço RUA - B -- ALTO JOANINHA SOBRAL - ICO - CE						
Class. de Risco	Plano Convênio SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal	
Motivo do Atendimento PRONTO ATENDIMENTO	Caráter do Atendimento URGÊNCIA	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão
Setor URGÊNCIA / EMERGENCIA	Tipo de Chegada DEMANDA ESPONTANEA	Procedimento Sol.	Registrado por: MAYCOM			
Queixa Principal ☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue						
Anamnese de Enfermagem				GSC	TOTAL	
				AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456		
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h) <i>Doente veio com dor de cabeça e febre há 09 dias. Não tem mais dor de cabeça.</i>						
Exame Físico						
Hipótese Diagnóstica						
SADT - Exames Complementares						
☐ RAIO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS: _____						
PRESCRIÇÃO <i>CD: 0 Voltar a 75 - AMP</i>				APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO	
<i>Alta IM</i>						
Conduta						
☐ Alta por Decisão Médica				☐ Ambulatório		
☐ Alta a Pedido				☐ Observação (Até 24h)		
☐ Alta a Revelia				☐ Internação		
☐ Transferência para: _____				Data e Hora da Saída/Alta: ____/____/____		
óbito						
Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não				Destino: ☐ Família ☐ IML Anatomia Patológica		
<i>Cleane Rodrigues</i>				<i>Dr. Sérgio Roberto Silva</i>		
Assinatura do Paciente ou Responsável				Carimbo e Assinatura do Médico		
Impresso por: maycom				Data Hora: 16/09/2015 20:09:03		
Data Hora: 16/09/2015 20:09:03				1500264877		

Dra. Monique Pereira da Silva
Fisioterapeuta
Crefito 5893- LTF

Laudo Funcional para Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT.

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

I. Informações do Paciente

NOME: Clarene Rodrigues de Lima
CPF: 019.351.493-03

Essa perícia foi realizada por um profissional devidamente capacitado e regulamentado de acordo com as resoluções, N° 41 de 18 de junho de 2009 e n° 381, de 03 de novembro de 2010.

II. Histórico do acidente (sequelas, cirurgias, etc.)

Vítima de acidente de trânsito em: 09/08/15, sofreu:

Pt Clarene R. de Lima a mesma estava pilotando moto-cicleta quando sofreu acidente resultando em TCE e pleurite.

Submeteu-se a tratamento(s):

medicamentoso e acamado

III. Exame físico (ADM, Tônus e Trofismo):

Pt refere cefaleia constante, tontura, falta de equilíbrio, visão turva, apresenta ainda movimentos propceptivos alterados, marcha alterada, dificuldade de respirar, dor do lado direito do tórax, presença de secreção e saliva sanguinolenta na boca, e tosse constante, escoriações em 50% do corpo, retirando a mesma de suas AUV's.

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

1ª Lesão: TCE

Marque o percentual: () 10% residual () 25% leve () 50% médio (X) 75% grave

2ª Lesão: Pleurite

Marque o percentual: () 10% residual () 25% leve () 50% médio (X) 75% grave

3ª Lesão:

Marque o percentual: () 10% residual () 25% leve () 50% médio () 75% grave

4ª Lesão:

Marque o percentual: () 10% residual () 25% leve () 50% médio () 75% grave

Informações complementares:

São - CE, 01 de Setembro de 2015

Drª Monique Pereira
FISIOTERAPEUTA
CREFITO - 5893-LTF

Fisioterapeuta
CREFITO - 5893-LTF

Email: moniquefisioterapeuta@hotmail.com - Contato (88) 9913 6060
Rua Desembargador José Bastos 325 - Centro - Icó - Ceará



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
PREFEITURA MUNICIPAL DE ICÓ
HOSPITAL REGIONAL PREFEITO WALFRIDO
MONTEIRO SOBRINHO



fls. 20

RECEITUÁRIO

Nome: claudio Rodrigues

Rx

Prossó

Sex

1cp 1x/dia

Melocax 15mg

Sex

Aplicar

(IM)

1x/dia

Dexalgen

Sex

Aplicar

(IM)

2/2 dias

09/08/15

DATA

MÉDICO

HOSPITAL REGIONAL DE ICÓ-HRI
AV. JOSEFA NOGUEIRA MONTEIRO S/N.
CNPJ: 07.669.682/0001-79



PREFEITURA MUNICIPAL DE ICÓ-CE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RECEITUÁRIO

ESF: _____

PACIENTE: Leireno Cavalcanti

do Hospital

Quemora de 17 anos, 14 semanas
de gestação. Idoso, gravidez de
movimentos fetais. HA = 14 semanas.
Realizar USG de Grávida Ultrasom
Doppler (sem IM).

Sobito Anestesia

Hrs. Semelhante Fetal

BE - 118 - 130

DATA: 20/08/15

Dr. Sebastião Coelho
MÉDICO
CRM: 15209

MÉDICO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL		REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
REGISTRO GERAL	99099108355	DATA DE EXPEDIÇÃO	01/06/2012
NOME CLEANE RODRIGUES DOS SANTOS			
FILIAÇÃO ISAIAS ALVES DE LIMA			
FRANCISCA CHAGAS RODRIGUES LIMA			
NATURALIDADE	ICÓ - CE	DATA DE NASCIMENTO	22/05/1984
DOC. ORIGEM CERT. CASAMENTO - CARTÓRIO: 2 OFÍCIO: 18800: 7277 FOLHA: 45			
LIVRO: B-33 ICÓ - CE			
CPF 019.851.493-03			
2 VIA		P.: 135	
ASSINATURA DO DIRETOR		CARTEIRA DE IDENTIDADE	



Polegar Direito



Cleane Rodrigues dos Santos





PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

OUTORGANTE:

Nome: <i>Cleane Rodrigues dos Santos</i>		Nacionalidade: Brasileira
Residência: <i>TR. B alto da BR</i>		Profissão:
CPF nº: <i>019.851.493.03</i>	RG n°: <i>99099108355</i>	Estado Civil:
Bairro: <i>ALTO DO CRUZEIRO</i>	Cidade: <i>ICO</i>	Estado: CE
CEP: <i>63430000</i>	Telefone:	

OUTORGADOS:

ANTONIO EUGÊNIO FIGUEIREDO DE ALMEIDA e LUIS JORGE DE LIMA e PEDRO JORGE CRUZ DE LIMA, brasileiros, advogados regularmente inscritos na OAB-CE sob os nrs. 6.809, 6402 e 30.689, todos com escritório profissional na rua Julio Abreu, 155 – Varjota, na cidade de Fortaleza-CE, onde receberá as intimações necessárias.

PODERES:

Pelo presente instrumento particular de procuração, o 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 quaisquer medidas judiciais para o **recebimento da indenização do seguro obrigatório DPVAT que lhe cabe**, 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 audiências** em nome do outorgante, enfim todos os poderes necessários para o cumprimento amplo do objeto do presente mandato.

ICO-CE, 21 de setembro de 2015.

Cleane Rodrigues dos Santos
Outorgante

Escritório: Rua Julio Abreu, 155 – Bairro Varjota
Fortaleza-Ceará
Telefone: (85) 3467.6616



DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Nome: <u>Cleane Rodrigues dos Santos</u>		Nacionalidade: Brasileira
Residência: <u>TR. B ALTO DA BR.</u>		Profissão:
CPF nº: <u>019.851.993.03</u>	RG n°: <u>9909918355</u>	Estado Civil:
Bairro: <u>ALTO DO CRUZEIRO</u>	Cidade: <u>ICÓ</u>	Estado: CE
CEP: <u>63430000</u>	Telefone:	

Declaro para todos os fins a que esta se destinar que fui devidamente esclarecido pelos Drs. **ANTONIO EUGÊNIO FIGUEIREDO DE ALMEIDA, LUIS JORGE DE LIMA e PEDRO JORGE CRUZ DE LIMA**, advogados regularmente inscritos na **OAB-CE sob os nrs. 6.809, 6402 e 30.689**, acerca dos documentos necessários a serem apresentados para ingressar com a presente ação judicial de indenização do seguro obrigatório DPVAT, **assumindo, assim, de forma plena, única e integral a responsabilidade por toda documentação acostada ao processo judicial, bem como pelos fatos narrados neste.**

Desta forma, **ISENTO** o escritório **JORGE & LIMA ASSESSORIA E CONSULTORIA JURIDICA**, através dos advogados **ANTONIO EUGÊNIO FIGUEIREDO DE ALMEIDA, LUIS JORGE DE LIMA e PEDRO JORGE CRUZ DE LIMA**, advogados regularmente inscritos na OAB-CE sob os nrs. 6.809, 6402 e 30.689, todos com escritório profissional na rua Julio Abreu, 155 – Varjota, na cidade de Fortaleza-CE, ou de qualquer outro advogado indicado que venha a patrocinar o presente processo, **de toda e qualquer responsabilidade jurídica (cível, criminal, tributária, previdenciária) e/ou administrativa, no que tange a autenticidade, litispendência (existência de processo com os mesmos documentos e/ou dados) e veracidade dos fatos narrados e descritos em mencionados documentos, assumindo única e exclusivamente estas responsabilidades sobre tais informações.**

"As informações contidas no processo indenizatório DPVAT são de responsabilidade do beneficiário, sendo o mesmo informado que a comunicação de fato não ocorrido ou inexistente é crime punível na forma da lei arts. 339 e 340 do cpb."

Ciente de meus direitos e obrigações, bem como da validade de mencionado documento, firmo o presente, o qual passa a valer a partir desta data.

ICO – CE, 21, de setembro de 2015.

Cleane Rodrigues dos Santos

DECLARANTE

Escritório: Rua Julio Abreu, 155 – Bairro Varjota
Fortaleza-Ceará
Telefone.: (85) 3467.6616



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Nome: <i>Elaine Rodrigues dos Santos</i>		Nacionalidade: Brasileira
Residência: <i>TR B ALTO DA BR</i>		Profissão:
CPF nº: <i>019.881.493.03</i>	RG n: <i>99099108388</i>	Estado Civil:
Bairro: <i>ALTO DO CRUZEIRO</i>	Cidade: <i>ICO</i>	Estado: CE
CEP: <i>63430000</i>	Telefone:	

Declaro para os devidos fins que possuo hipossuficiência financeira, não possuindo condições de arcar com as 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.

ICO-CE, 21 de setembro de 20 15.

Elaine Rodrigues dos Santos
DECLARANTE



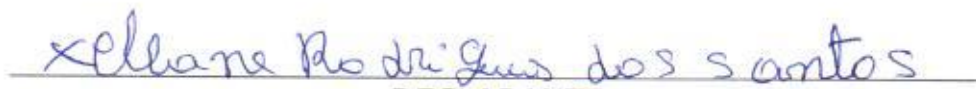
DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (Lei Nº. 7.115/83)

Nome: Cheone Rodrigues dos Santos		Nacionalidade: Brasileira
Residência: TR B AUTO DA BR		Profissão:
CPF nº: 019.881.493.03	RG n: 99099108353	Estado Civil:
Bairro: AUTO DO CRUZEIRO	Cidade: FEJ	Estado: CE
CEP: 63430000	Telefone:	

DECLARO conforme artigo 1º, da Lei 7115/83, que não possuo comprovante de endereço em meu nome e resido no endereço acima mencionado.

DECLARO ainda ser conhecedor das sanções civis, administrativas e criminais a que estarei sujeito, caso o quanto aqui declarei não porte estritamente a verdade.

ICO - CE. 21 de Setembro de 2015.


 DECLARANTE