



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

End. Profissional: Rua Dr. João Tomé, nº 998-A, Centro - Crateús-Ce
Cep. 63.702-885 - Celular/WhatsApp: (88) 99619 - 6396 - E-mail: deranysantos@hotmail.com

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

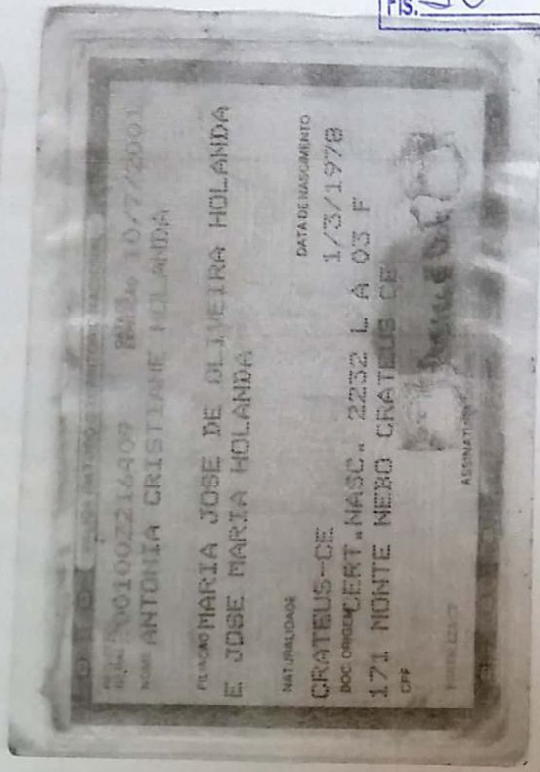
Nome: <i>Antonia Cristiane Helanda</i>		Nacionalidade: BRASILEIRA	
Estado Civil: <i>Solteira</i>	Profissão: <i>Advogada</i>	Carteira de Identidade: <i>2001002216409</i>	
CPF nº: <i>002.669.033-04</i>	Residência: <i>Rua J. de Araújo Chaves, 468</i>		
Bairro: <i>Cidade 2000</i>	Cidade: <i>Crateús</i>	Estado/UF: <i>Ce</i>	CEP: <i>63.400-000</i>

OUTORGADO: ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS, brasileira, solteira, advogada inscrita na OAB/CE sob o nº 34.613; com endereço profissional na Rua Dr. João Tomé, nº. 998-A, Centro, município de Crateús/CE, CEP nº 63.702-885; Celular/WhatsApp: (88) 99619-6396.

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, substabelecer com ou sem reservas, enfim todos os poderes necessários para o cumprimento amplo do objeto do presente mandato.

Crateús - CE., *05* de *junho* de *2019*.

x *Antonia Cristiane Helanda*
(outorgante)





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

End. Profissional: Rua Dr. João Tomé, nº 998-A, Centro – Crateús-Ce
Cep. 63.702-885 – Celular/WhatsApp: (88) 99619 – 6396 – E-mail: deranysantos@hotmail.com

DECLARAÇÃO DE POBREZA

Declarante: <i>Antônia Cristiane Melomda</i>		Nacionalidade: Brasileira
Residência: <i>Rua José de Araújo Chaves, 468</i>		Profissão: <i>Do lar</i>
CPF nº: <i>002.669.033-04</i>	RG nº: <i>2001002216409</i>	Estado Civil: <i>Solteira</i>
Bairro: <i>Parade 2000</i>	Cidade: <i>Crateús</i>	Estado/UF: <i>Ceará</i>
CEP: <i>63.700-000</i>	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., *05* de *junho* de *2019*.

Antônia Cristiane Melomda
Declarante



Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07.047.251/0001-70
CGF 06.105.848-3



Nº CLIENTE: 000006123243

MUNICÍPIO: CRATEUS CIDADE 2000

CEP: 63700-000

NOME: ANTONIA CRISTIANE HOLANDA

CPF: 002.669.033-04

ENDEREÇO: RU JOSE DE ARAUJO CHAVES 00468

MÊS/ANO
07/2019

VENCIMENTO
15/08/2019

CONSC. kWh
135

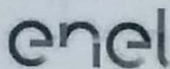
VALOR EM R\$
85,04

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

TOTAL A PAGAR EM (R\$)

85,04

COMPROVANTE ENEL



MUNICÍPIO 63700-000CRATEUSCIDADE 2000

ROTA RU JOSE DE ARAUJO CHAVES00468

TOTAL A PAGAR EM (R\$)

85,04

Nº DO CLIENTE 000006123243



83840000000 6 85040031200 7 00232582529 3 00006123243 2



Impresso nº 201813055

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 445 - 3434 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **19/09/2018 17:55:43**
Data / Hora da Ocorrência: **12/02/2018 16:25:00**
Endereço da Ocorrência: **RODOVIA CE 187**
Complemento:
Bairro: **CAMPO VELHO** Município: **CRATEUS/CE**
Ponto de Referência: **PX AO COLÉGIO FURTADO LEITE**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **ANTONIA CRISTIANE HOLANDA**
Nascimento: **01/03/1978** CPF: **002.669.033-04**
RG: **2001002216409** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **MARIA JOSÉ DE OLIVEIRA HOLANDA**
JOSÉ MARIA HOLANDA
Endereço: **RUA JOSÉ DE ARAÚJO CHAVES, 468**
Bairro: **CIDADE 2000**
Município: **CRATEUS/CE** CEP: **63.700-000**
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 99634-6341**

Noticiante(s)

Nome: **SERGIO JOSÉ OLIVEIRA HOLANDA**
Nascimento: **05/11/1979** CPF: **907.598.691-20**
RG: **2008756242-6** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **MARIA JOSÉ DE OLIVEIRA HOLANDA**
JOSÉ MARIA HOLANDA
Endereço: **RUA BENTO VIEIRA LIMA, 231**
Bairro: **FÁTIMA I** CEP: **63.700-000**
Município: **CRATEUS/CE**
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 99357-9023**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **NQS4846** Uf: **CE** Município: **CRATEUS** Chassi:
9C2KC1610AR062737 Renavam: **253264340** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CG150 TITAN MIX KS** Ano
Fabricação: **2010** Ano Modelo: **2010** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**
Cor: **LARANJA** Proprietário: **SERGIO JOSE OLIVEIRA HOLANDA**
Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

O noticiante informa que na data e horário acima, conduzia o veículo supra referido, tendo como passageira sua irmã, a pessoa de ANTONIA CRISTIANE HOLANDA; Que passava pelo local sobredito, quando dois cachorros, que brincavam na via, entraram na frente de sua motocicleta, vindo o declarante a colidir com os referidos animais, tendo os ocupantes do veículo caído ao solo; Que do acidente ficou apenas com escoriações leves, não necessitando de atendimento médico, mas sua irmã levou uma forte pancada no joelho direito, além de algumas escoriações leves; Que os



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



Impresso nº 201813055

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 445 - 3434 / 2018

populares acionaram o Corpo de Bombeiros Militar, pois a vítima não conseguia se locomover; Que os socorristas militares prestaram o primeiro atendimento e conduziram sua irmã CRISTIANE para o Hospital São Lucas, onde recebeu atendimento médico e foi liberada em seguida; Que no momento do acidente caia uma leve chuva. E nada mais disse.///

OBSERVAÇÃO: As informações contidas neste Boletim de Ocorrência são de inteira responsabilidade do(a) noticiante, sendo a(o) mesmo(a) informado(a) que a comunicação de crime ou de contravenção não ocorrido ou fato inexistente, bem como imputar-lhe(s) a alguém, de que sabe ser inocente, é crime punível na forma da lei (Arts. 339 e 340, CPB).

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

FABIO SOARES OLIVEIRA - MAT.: 301205-2-3

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

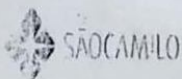
VISTO DO DELEGADO(A) :

RENE GOMES MESQUITA - MAT.: 30124944

X Anderson Cristiane Holanda

X Raimundo Pereira da Silva

Renê Gomes Mesquita
DELEGADO DE POLÍCIA
MAT. Nº 30124944



SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO
HOSPITAL SAO LUCAS

Guia de atendimento - EMERGENCIA

Impressão: 12/02/2018 16:58

Página 1
v2017005



DADOS DO PACIENTE

Prontuário 001197	Atendimento 0024	Nome do Paciente ANTONIA CRISTIANE HOLANDA	CNS 70580045388-139		Estado Civil Casado(a)	Sexo Feminino	Idade 39 Ano(s)
Documento(s) CPF: 002.669.033-04	Data do Nascimento 01/03/1978	Local CRATEUS/CE	Mão MARIA JOSE DE OLIVEIRA HOLANDA		UF CE	Telefone 88 96346341	
Pai JOSE MARIA HOLANDA	Mãe MARIA JOSE DE OLIVEIRA HOLANDA	Bairro CIDADE 2000	CEP 63700-000	Município CRATEUS	UF CE		
Endereço RUA JOSE DE ARAUJO CHAVES, 468	Profissão DONA DE CASA	Empresa	Cônjuge	Município CRATEUS			
Responsável MARIA JOSE DE OLIVEIRA HOLAN	CPF do Responsável	Endereço RUA JOSE DE ARAUJO CHAVES, 468	Município CRATEUS		UF CE		

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 12/02/2018	Hora 16:43	Convênio SUS	Matrícula	Cid		
Profissional do Atendimento FRANCISCO ELANILDO MARTINS	CRM/UF 6253/CE	Funcionário FRANCISCO ELANILDO MARTINS	Tipo Atendimento CONSULTA COM PROCEDIMENTO			
Indicador de Acidente						
Observação						
Sala	Data/Hora Liberação 12/02/2018 16:57	Tipo de Saida Alta				
Sinais Vitais	Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C) 36,2	P (bpm) 80	Fr (mpm) 18	PA (mmHg) 140x80

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

12/02/2018 16:57:55h Responsável: FRANCISCO ELANILDO MARTINS CRM-CE 6253

SAD, 100%.

RELATODE ACIDENTE DE TRANSITO REFERE TRAUMA EM JOELHO DIIREITO

PROPFENID100+100ML SF 42GTS

16:57 José Evandro Pereira de Souza
Téc. de Enfermagem
CORENICE: 847.618

RX DO JOELHO D

LIOPEZA E CURATIVO

realizado!
José Evandro Pereira de Souza
Téc. de Enfermagem
CORENICE: 847.618

Francisco E. Martins
MÉDICO
CRM-6253

FRANCISCO ELANILDO MARTINS - CRM: 6253

Rimundo Pereira de S
Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: MARIA JOSE DE OLIVEIRA



ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA DA CIDADANIA
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
GRUPO DE SOCORRO DE URGÊNCIA
REGISTRO DE SOCORRO

SECRETARIA
DE VARA

Fis. 10

Nº 3894



ESTACÃO: CRATEUS DATA: 12/02/18 Nº DA ASS. 2
NOME: ANTONIA CRISTIANE OLANNA
IDADE: 39 ANOS SEXO: F (X) M ()
LOCAL DA OCORRÊNCIA: CE 187 S/N
BAIRRO: CAMPO VELHO

HORA DA OCORRÊNCIA: 16:30
CHEGADA AO LOCAL: 16:35
SAÍDA DO LOCAL: 16:40
CHEGADA AO HOSPITAL: 16:45

TIPO DE OCORRÊNCIA:

- | | | |
|------------------------------|-------------------------|-------------------------------|
| 01. (X) ACIDENTE DE TRÂNSITO | 05. () AFOGAMENTO | 09. () MAL SÚBITO |
| 02. () AGRESSÃO | 06. () QUEIMADURA | 10. () EMERGÊNCIA OBSTÉTRICA |
| 03. () DESABAMENTO | 07. () CHOQUE ELÉTRICO | 11. () JÁ REMOVIDO |
| 04. () INTOXICAÇÃO | 08. () QUEDA | 12. () FALSO AVISO |

RAZÃO DO ATENDIMENTO: ACIDENTE DE TRÂNSITO (QUEDA DE MOTO)

DOENÇAS ANTERIORES:

MEDICAMENTOS:

ALERGIAS:

COR		PELE		RESPIRAÇÃO	
CIANÓTICO ()		QUENTE ()	SECA ()	SUPERFICIAL ()	
PÁLIDO ()		FRIA ()	ÚMIDA ()	DIFÍCIL ()	
CONGESTO ()		NORMAL (X)	NORMAL (X)	NORMAL ()	
NORMAL (X)				AUSENTE (X)	
PULSO RADIAL		ENCHIMENTO CAPILAR		SANGRAMENTO	
FORTE ()	IRREGULAR ()	NORMAL (X)		AUSENTE ()	
FRACO ()	AUSENTE ()	RETARDADO ()		MÍNIMO (X)	
REGULAR (X)		AUSENTE ()		MODERADO ()	
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA INICIAL		FALA		PUPILAS	
ALERTA (X)		NORMAL (X)		 D _____ mm E _____ mm REAGENTE () REAGENTE () SEM REAÇÃO () SEM REAÇÃO ()	
RESPONDE A COMANDO ()		CONFUSA ()			
RESPONDE A DOR ()		ININTELIGÍVEL ()			
SEM RESPOSTA ()		NENHUMA ()			

SINAIS VITAIS: HORA:

P.A.:

PULSO:

FR:

NATUREZA DA DOENÇA OU LESÕES PRINCIPAIS: SUSPEITA DE FRATURA NA PATELA
DESKIA / ESCORIAÇÕES GENERALIZADAS

OBSERVAÇÕES:

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

- | | |
|--------------------------|------------------------------|
| () ASPIRAÇÃO | () CURATIVOS |
| () OXIGÊNIO | () BANDAGENS |
| () ASSIST. VENTILATÓRIO | () IMOBILIZAÇÕES DE MEMBROS |
| () RCP | () FÉRULA DE TRAÇÃO |
| () ASSIST. OBSTÉTRICA | () LÍQUIDO EV: |

CONDIÇÕES DE CHEGADA AO HOSPITAL:

- () MELHORADO
() PIORADO
(X) INALTERADO

HOSPITAL DE DESTINO: H.R.S.L

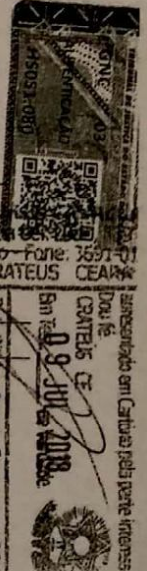
RESPONSÁVEL PELA RECEPÇÃO NO HOSPITAL

ÓBITO

- () ANTES DO SOCORRO
() ANTES DO TRANSPORTE
() NO TRANSPORTE

SD CLETON, SD EDILSON, SD G. LUCAS
SOCORRISTAS

Mop Gráfica - (88) 93403-5684 / 93904-034



Rio de Janeiro, 31 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **ANTONIA CRISTIANE HOLANDA**
Nº Sinistro: **3180493189**
Vitima: **ANTONIA CRISTIANE HOLANDA**
Data do Acidente: **12/02/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número **3180493189**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentos de identificação ilegível
- Declaração do Proprietário do Veículo não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00079(00080 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 13539528

Registrado no livro de tombo
nº 03, sob nº de ordem
134, às fls. 12

CONCLUSÃO

Aos 22.09.19 faço estes
autos conclusos ao MM Juiz de Direito
Crateús, _____

Diretor(a) de Secretaria