





# SARA SOMBRA

Advocacia e Assessoria Jurídica

## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Arildo Brazil Proto, brasileiro(a),  
Silviano, Autônomo, portador (a) de cédula de  
Identidade nº 203947391, inscrito(a) no (PF sob o nº  
510 401 723-68, DECLARO que tenho domicílio e sou residente na  
Rua Francisco Viana, nº 01313, Bairro  
Jpom, CEP: 62.640.000/CE, conforme comprovante anexado  
em meu nome.

*Pentecoste* /CE, 17 de 01 2018

*Arildo Brazil*  


---

DECLARANTE

DAB-CE 23562

Endereço 1: Rua Pedro de Queiroz, 640 - Amadeu Furtado, Fortaleza/CE.  
Endereço 2: Rua Dr. Moreira de Azevedo, 458 - Matriz, Pentecoste/CE.  
E-mail: [adv.sarasombra@gmail.com](mailto:adv.sarasombra@gmail.com) - Fones: 85 3243-5517 / 85 9213-9979



# SARA SOMBRA

Advocacia e Assessoria Jurídica

## PROCURAÇÃO AD JUDICIA

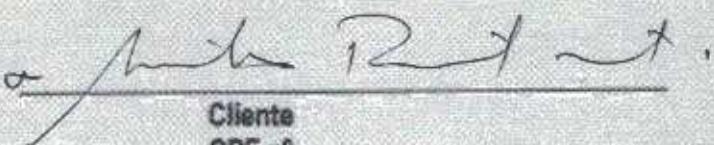
### **OUTORGANTE:**

Arildo Brasil Leotir, bimônico, solteiro, autônomo, RG = 203347391. CPF: 510.421.773-68. Endereço: Rua Francisco Nunes, 01313, Jpaci, Cidada. Pernambuco

**OUTORGADA:** SARA CAMPELO SOMBRA, brasileira, solteira, advogada, inscrita na OAB-CE sob o nº 23.562, com endereço profissional no Município de Fortaleza/CE, Rua Carlos Vasconcelos 1702, 1º andar, Aldeota; e também no Município de Pentecoste/CE, na Rua Major João Martins, nº 548, Centro, CEP 62.640-000.

**PODERES:** pelo presente instrumento o outorgante confere ao outorgado amplos poderes para o foro em geral, com cláusula "ad-judicia et extra", em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito, as ações competentes e defendê-lo nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe ainda, poderes especiais para receber citação inicial, confessar, e conhecer a procedência do pedido, desistir, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, podendo agir em Juízo ou fora dele, assim como substabelecer esta a outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, para agir em conjunto ou separadamente com o substabelecido.

Local, Data Pentecoste 17 de 01 2020

  
 Cliente  
 CPF nº



## SARA SOMBRA

Advocacia e Assessoria Jurídica

### DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Pela presente, o (a)

Sr(a) Anilto Camilo Costa 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 tramitara 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. SARA CAMPELO SOMBRA, OAB/CE Nº 23.562, de qualquer responsabilidade civil e/ou criminal.

Pentecoste /CE, 17 de Janeiro 2019.

Anilto Costa

DECLARANTE



OAB-CE 23562

Endereço 1: Rua Pedro de Queirós, 640 - Amadeu Furtado. Fortaleza/CE.  
 Endereço 2: Rua Dr. Moreira de Azevedo, 458 - Matriz. Pentecoste/CE.  
 E-mail: [advsarasombra@gmail.com](mailto:advsarasombra@gmail.com) - Fones: 85 3243-5517 / 85 9213-9979



# SARA SOMBRA

Advocacia e Assessoria Jurídica

## DECLARAÇÃO DE POBREZA

Declaro para os devidos fins que eu, e n° residente Arildo Brumal Pinto, domiciliado na Rua Francisco Nogueira, nº 01313, bairro: Jpma, na cidade de Pentecoste, portador (a) do RG nº 203347391, inscrito (a) no CPF nº 510.421.773-08, 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 estes na lei nº 1060/05.

*Pentecoste* /CE, 17 de janeiro de 2020

*[Handwritten signature]*  
DECLARANTE



OAB-CE 23562

Endereço 1: Rua Pedro de Queirós, 640 - Amadeu Furtado. Fortaleza/CE.  
Endereço 2: Rua Dr. Moreira de Azevedo, 458 - Matriz. Pentecoste/CE.  
E-mail: [adv.sarasombra@gmail.com](mailto:adv.sarasombra@gmail.com) - Fones: 85 3243-5517 / 85 9213-9979



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



Impresso nº 201951101

## BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 525 - 178 / 2018

## Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
 Data / Hora da Comunicação: 22/01/2019 10:05:17  
 Data / Hora da Ocorrência: 26/12/2018 08:49:00  
 Endereço da Ocorrência: **AVENIDA PRESIDENTE JUSCELINO K. DE  
Complemento:  
Bairro: SÃO PEDRO** Município: PENTECOSTE/CE  
 Ponto de Referência: **EM FRENTE A ASSIMBÉIA**

## Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **ARILDO BRASIL COSTA**  
 Nascimento: 07/09/1971 CPF: 510.421.773-68  
 RG: 203347391 Orgão Emissor: SSPDS UF: CE  
 Filiação: **MARIA NILZA SOUSA COSTA  
PEDRO FERREIRA DA COSTA**  
 Endereço: **SITIO LOCALIDADE CANAFÍSTULA**  
 Bairro: **ZONA RURAL**  
 Município: APUAIRES/CE  
 País: BRASIL CEP: 62.630-000  
 Telefone: (85) 99201-6761

## Histórico

INFORMA O DECLARANTE QUE, NA DATA DO DIA 26 DE DEZEMBRO DE 2018, POR VOLTA DAS 08:49H TRANSITAVA PELA AV. PRESIDENTE JUSCELINO K. DE OLIVEIRA - SAO PEDRO - PENTECOSTE-CE., NA CONDUÇÃO DE SUA MOTOCICLETA DE MARCA HONDA/CG 150 TITAN JOB, DE PLACA HWR-2384/PENTECOSTE-CE., COR VERMELHA, ANDA EM NOME DE MARIA JOSE RODRIGUES DER CASTRO, QUANDO NUM DETERMINADO TRECHO DA AVENIDA, AO COLIDIR CONTRA UM CACHORRO, SOFREU ACIDENTE DE TRÂNSITO. DIZ O DECLARANTE QUE, EM CONSEQUÊNCIA DO ACIDENTE, SOFREU LESÃO (FRATURA NO TORNOZELO ESQUERDO), SENDO SOCORRIDO POR POPULARES E CONDUZIDO PARA A UPA24, ONDE RECEBEU OS ATENDIMENTOS DE PRAXE, FICANDO INTERNADO EM OBSERVAÇÃO E APÓS O PERÍODO DE OBSERVAÇÃO, FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL LOCAL DESTA CIDADE, ONDE SUBMETEU-SE AOS PROCEDIMENTOS ESPECÍFICOS TENDO A ESCLARECER O DECLARANTE QUE AINDA ENCONTRA-SE EM FASE DE RECUPERAÇÃO E IMPOSSIBILITADO DE EXERÇER SUAS FUNÇÕES LABORAIS, QUE SERVIRAM COMO TESTEMUNHAS DO FATO AS PESSOAS DE NOMES MARIA JOSE RODRIGUES DE CASTRO, RESIDENTE NA RUA RAIMUNDO TEIXEIRA DE CASTRO - SÃO PEDRO - PENTECOSTE-CE., E MARIA ISVELYSA DOS SANTOS SILVA, RESIDENTE NA RUA SARGENTO GUILHERME 582 - PEDREIRA - PENTECOSTE-CE. QUE ORA REGISTRA O PRESENTE BOLETIM PARA FINS DE JUSTIFICAÇÃO, E NADA MAIS DISSE.

Caráter que a presunte copia  
Corre com o original que foi  
representado. Doc. nº  
representante - CE  
Pentecoste - CE  
28.1021.19  
Francisco Leontino Duarte da Silva  
Escrevendo

03

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE PENTECOSTE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: \_\_\_\_\_

DELEGACIA MUNICIPAL DE PENTECOSTE  
PASTADIGITAL - MAT

Pág. 1 de 2

Impresso em: 22/01/2019 10:24:01

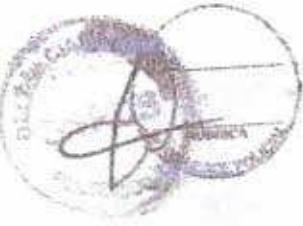
DELEGACIA MUNICIPAL DE PENTECOSTE

Consultado em: 22/01/2019 10:24:01





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



Impresso nº 201951101

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 525 - 176 / 2019

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:  *Victor Barbosa Piona*

VISTO DO DELEGADO(A): *Victor Barbosa Piona*

VICTOR BARBOSA PIONA - MAT.: 30123573



Certifico que a presente cópia  
Confere com o original que foi  
representado. Dou fé  
Pentecoste - CE *08/02/19*

*Francisca Leonida Queiroz da Silva*  
Assinatura  
Escrivão de Justiça

DELEGACIA MUNICIPAL DE PENTECOSTE  
Consolidado em: 22/01/2019 10:24:01

Pág. 2 de 2

Impresso em: 19/01/2019 10:34:01



PREFEITURA DE PENTECOSTE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO  
Rua São João Sales Pessoa, 406 - São Francisco  
Pentecoste/CE - Fone/Fax: (85) 3352.2252

UPA 24h  
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO  
PREFEITURA DE  
PENTECOSTE

### FICHA DE ATENDIMENTO

Repcionista: nathan

Data: 26/12/18 Horários 08:45

Nome: Arilson Brasil Costa

Estado Civil: ( ) S ( ) C ( ) V ( ) D Sexo: (X) M ( ) F

SUS: 131360541980002 Mãe:

Endereço: 8º nunes

Bairro Centro

Município: Pentecoste

D.N.: 474

Telefone: 071/09171

PRÉ-CONSULTA: ( ) Abarentemente bem ( ) Regular ( ) Grave Peso: kg

Alergia: Benzodiazepínicos

#### ANAMNESE E EXAME FÍSICO

Sinais Vitais: PA: 130x116 mmHg F: 36 °C P: 80 bmp R: 16 mm/min SpO2: 97 mg/dl

QUEIXA PRINCIPAL: Paciente ress. dor no pe esquerdo + inchaço no pé (oração) + hipotensão

Sintoma  
Enfermeiro(a)

Artefato motora

#### CONSULTA

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: Fistula Tonsilar

EXAMES SOLICITADOS:

( ) Residência ( ) Internação ( ) Recusou Internação ( ) Transferência ( ) Ambulatório ( ) Observação

J. Maria José R. de Castro

#### DESTINO

Assinatura do Paciente

Assinatura e carimbo do médico

#### Prescrição Médica

1) Glicopat 100mp + 100mp 1F 2ml

Horário: 09/16 Assinatura: Silvana

2) Dipuma 2ml/4ml

Horário: 09/16 Assinatura: Silvana

3) 9 exomat 0,5mg + 24h

100mg 3/4 500ml  
Médico  
CRM: 15.711

18/01/2019

Horário: 09/18 Assinatura: Silvana

4) mule Repel 120ml SU

Ent.

Horário: 09/18 Assinatura: Silvana

5) SF 2,4g. Senna 5g

Ent.

Horário: 09/23 Assinatura: Silvana

6) mule Repel 120ml SU

Ent.

Horário: 11:53 Assinatura: Silvana

#### Material utilizado

		Horário	Auxiliar
Agulha	Gesso	09/16	Silvana
Equipo	Luvas	09/16	Silvana
Scalp	Ataduras	09/16	Silvana
Seringa	Gases	09/16	Silvana
Sondas	Outros	09/16	Silvana

Observações: DX - 304 mg/100ml

## RECEITUÁRIO

Anilas 3 mil reais

97 reais

100.

-

- Piroxim (200) - 004.

Tomar 01 gr 06

12 152 com.

Dr. Celio Carvalho Magalhães  
Ortopedia - Traumatologia  
C.R.C. - 4285 - TEC - 5413  
Carimbo e Assinatura do Médico

Data: 27/12/2018

FUMAR CAUSA CÂNCER DE BOCA, ESÓFAGO E PULMÃO

## RECEITUÁRIO

Atento que Arildo Bisal  
 Costa, 48 anos, foi vítima de  
 acidente de motocicleta, moto,  
 em 26/12/2018, sofrendo  
 trauma no frácto exposto.  
 Ao ex: fura fura do metacôlo  
 radial. Mota transferida  
 dia, concreto! Traumas +  
 bala nra + AINE + Ax +  
 frade + fílio frôntris. Encantante  
 com metra contida e  
 em ALTA DEFINIÇÃO. Pela  
 Seguro DPVAT.

Nr.  
 Dr. Célio Cavalcante Magalhães  
 Ortopedia - Traumatologia  
 CREMEC - 4286 TEOT - 5413

Data: 11/12/2019

Carimbo e Assinatura do Médico

FUMAR CAUSA CÂNCER DE BOCA, ESÓFAGO E PULMÃO

PREFEITURA MUNICIPAL DE PENTECOSTE  
 Secretaria Municipal de Saúde  
 PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

Nome:

Julio Brasil Costa

Relato para os efeitos  
 que o paciente  
 Julio Brasil Costa este  
 no ato de fisioterapeu  
 p/ ato de fisioterapeu  
 malido lateral à esq.  
 Mesmo já ter o resul  
 de fisioterapeu com melho  
 os quadros algico e  
 edema. No entanto o  
 mesmo ainda tem dificuldade  
 p/ movimentar o pé e ↓ de  
 força e ADM do tornozelo

DATA: 28/05/19 Manoel Marques

FUMAR CAUSA CÂNCER DE BOCA, ESGFAGO E PULMÃO

Manoel Marques  
 Credito 3015


**Prefeitura de  
Pentecoste**  
*Prazer de viver pra você*

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
**PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

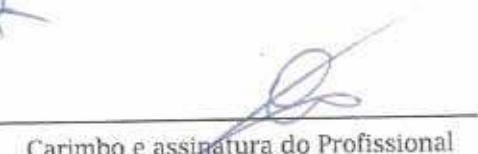
**RECEITUÁRIO**

Nome: Avíldo Brasil Góto

Lando Néidim

Atento para os detalhes  
 bem, que o paciente  
 citado acima, sofreu  
 acidente de moto e  
 apresentou fratura ma-  
 leolar lateral. No momen-  
 to, encontra-se  
 comidade e paciente  
 encontra-se de alta do  
 acompanhamento ambula-  
 torial ortopedista. Ao  
 rego D.P.V.A.T

DATA: 28/05/13

  
Carimbo e assinatura do Profissional

Rua João Verçosa, s/n - Centro - Pentecoste - Ceará  
 Fone: (85) 3352-2619 | E-mail: saudepentecoste@hotmail.com



UPA24h PREFEITURA DE PENTECOSTE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
Unidade de Pronto Atendimento 24h

Paciente: Acilon 47anos  
Raio X de: joenuzinho e  
Solicitado por: LENO  
Data: 20/10/18  
Ass. Técnico: ffj

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 18 de Dezembro de 2019

**Nº do Pedido do**

Seguro DPVAT: 3190699262

## Vítima: ARILDO BRASIL COSTA

**Data do Acidente: 26/12/2018**

## **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: MARFRA HERBEN BANDEIRA MARTINS NASCIMENTO

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), ARILDO BRASIL COSTA**

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do 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 informações.

Atenciosamente

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag 00621/00622 - carta 02 - INVA IDE7

00070311

Carta n° 15259912

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por SARA CAMPelo SOMBRA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 08/03/2020 às 15:52, sob o número 02163686020208060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0216368-60.2020.8.06.0001 e código 620785D.

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

**Rio de Janeiro, 04 de Janeiro de 2020**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190699262**      **Vítima: ARILDO BRASIL COSTA**

**Data do Acidente: 26/12/2018**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: MARFRA HERBEN BANDEIRA MARTINS NASCIMENTO**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), ARILDO BRASIL COSTA**

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =      R\$ 1.687,50

**Recebedor: ARILDO BRASIL COSTA**

**Valor: R\$ 1.687,50**

**Banco: 104**

**Agência: 000001089**

**Conta: 000000103568-1**

**Tipo: CONTA POUPANÇA**

**NOTA:** O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: [www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 17 de Dezembro de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190699262**      **Vítima: ARILDO BRASIL COSTA**

**Data do Acidente: 26/12/2018**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: MARFRA HERBEN BANDEIRA MARTINS NASCIMENTO**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), ARILDO BRASIL COSTA**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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 informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 15251606