



PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

Outorgante: <u>Livan Rocha Pina</u>		Data Nasc:
Estado Civil: <u>solteira</u>	Profissão: <u>autônoma</u>	Nacionalidade: <u>brasileira</u>
RG: <u>2008099015966</u>	CPF: <u>028.824.553-99</u>	
Endereço: <u>Rua Edgar Sales Moura</u>		
Cidade: <u>Maracá - CE</u>	CEP: <u>62.580-000</u>	

OUTORGADO: CAROLINA FREITAS MOREIRA, brasileira, solteira, advogada, inscrito na OAB/CE de 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 FENASEG, 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, 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), 43 de julho de 20 18.

Livan Rocha Pina
OUTORGANTE



DECLARAÇÃO DE POBREZA

Declaro para os devidos fins que eu, Divan Rocha Pereira, residente e domiciliado na Rua: Edgar Siqueira Moura, nº 600, bairro: -, na cidade de Aracaju, portador(a) do RG nº 8008099045966, inscrito(a) no CPF nº 028.824.553-99, 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 julho de 20 18.

x Divan Rocha Pereira
DECLARANTE



CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Pela _____ presente, _____ o _____ (a)
Sr(a) Divan Rocha Lima 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, 13 de julho 2018.

x Divan Rocha Lima

DECLARANTE

TESTEMUNHAS:

1. NOME:

CPF:

ASSINATURA:

2. NOME:

CPF:

ASSINATURA:



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Rivan Rocha Pereira, brasileiro(a), solteiro, autônomo, portador(a) de cédula de identidade nº 2008099015966, inscrito(a) no CPF sob o nº 028.824.553-99, DECLARO que tenho domicílio e sou residente na Rua Edgar Sales Moura, nº 600, Bairro -, CEP: - /CE, conforme comprovante de endereço anexo em meu nome.

Fortaleza, 13 de julho 2018.

x Rivan Rocha Pereira

DECLARANTE

TESTEMUNHA:

1. _____

RG Nº:

CPF Nº:

2. _____

RG Nº

CPF Nº

1004776163

PROIBIDO PLASTIFICAR

1004776163

NOME
RIVAN ROCHA PARA

fls. 17



DOC. IDENTIDADE / CDS. INSCRIÇÃO
2008099015966 SSP

CPF
028.824.553-99 DATA NASCIMENTO
03/05/1992

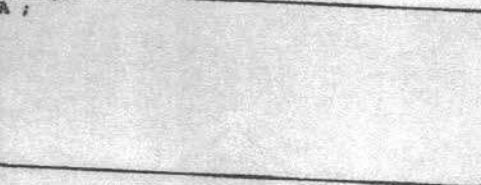
FUNÇÃO
JOSE IVAN DE ALMEIDA
PARA
RITA DE CÁSSIA ROCHA

PERMISSÃO
ACC
CINQUA

Nº REGISTRO
0581-0003284

VALIDADE
18/05/2018 1ª VALIDADE
24/10/2013

CONDIÇÃO



Rivan Rocha Para

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
FORTALEZA, CE

DATA EMISSÃO
28/10/2014

[Assinatura]
DEPT. NACIONAL DO TRÁFICO

08054433263
CE144389606

DETRAN CE (CEARA)





**GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ**
Secretaria das Cidades

Nº de Inscrição:
016002555

DADOS DO CLIENTE
 Nome: **RODOLFO DA SILVA**
 End. Leitura: **RUA EDGAR DALES MOURA, 600, SÍTIO BURITI**
 Cidade: **CRATO** CEP: **62560-000**
 End. Entrega:
 Cidade: **CRATO** Local: **000** Setor: **000** Quadra: **0129** Lote: **0100** CEP: **0000**
 Subsetor: **00** Subquadra: **00** Comp:

ECONOMIAS
 Residencial: **000** Comercial: **000** Industrial: **000** Pública: **000**

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volumem³	Media Semestral (m³)
ABR 17	000000011	1070	1092	16	12

DATAS
 Leitura Atual: **00/11/2017** Emissão: **00/11/2017** Lacre Água: **050040**
 Leitura Anterior: **00/10/2017** Próxima Leitura: **00/12/2017** Lacre Esgoto:

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: **00/10/2017**

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Exigidas	0.10	0.10	0.05	0.10	0.10
Analisadas	0.10	0.10	0.05	0.10	0.10
Em conformidade					

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
 Agradecemos sua pontualidade. Água tratada e saúde.
RELATÓRIO DA QUALIDADE DA ÁGUA VEJA NO SITE CAGECE

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME		
		Mês/Ano	Água (m³)	Esgoto (m³)
PREST. DE SERV. DE ABASTECIMENTO	17.07	NOV/16	11	0
DEB. DE 0.74 L/S	0.74	DEC/16	11	0
JUROS DE 0.770 AO DIA	0.10	JAN/17	12	0
		FEB/17	12	0
		MAR/17	10	0
		ABR/17	8	0
		MAY/17	10	0
		JUN/17	11	0
		JUL/17	12	0
		AGO/17	12	0
		SET/17	11	0
		OUT/17	13	0

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO		SUBSÍDIO	
Descrição	Valor (R\$)	Descrição	Valor (R\$)
ITR	0.10	VALOR DO SERVIÇO	62.76
COFINS	2.29	VALOR DO SUBSÍDIO	14.85
		VALOR TOTAL A PAGAR	47.91

MÊS/ANO
11/2017

VENCIMENTO
9/12/2017

TOTAL A PAGAR (R\$)
47.91

ONDE PAGAR SUA FATURA
 Bancos: Bradesco, BNB, Itaú, BIC, Banco do Brasil, Caixa Econômica Federal, Santander, Triângulo. Outros: PagFacil. A Cagece disponibiliza o serviço de débito em conta de sua fatura. Ative já este serviço. Consulte sua agência.



0800 275 0195



É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme resoluções das Agências Reguladoras.

Mais informações pelo telefone: **0800 275 0195**, nas lojas de atendimento, de 8h às 17h, no site www.cagece.com.br ou na ouvidoria da Cagece: 3101.1918, de 8h às 12h e 13h às 17h. Ouvidoria estadual: 155. Site da ARCE: www.arce.ce.gov.br.

Entidades Reguladoras: Fortaleza: **ACFOR** – Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental: **0800 265 1919**. Demais localidades: **ARCE** – Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará: **0800 275 3838**.



gov.br
É seu. É fácil. Participe.

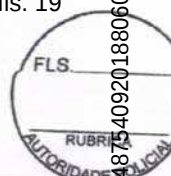


155
Disque Denúncia



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

fls. 19



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 403 - 1563 / 2017

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **07/06/2017 10:01:29**
Data / Hora da Ocorrência: **29/04/2017 16:00:00**
Endereço da Ocorrência: **RUA EXPEDITO FARIAS**
Complemento:
Bairro: **CENTRO** Município: **ACARAU/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **RIVAN ROCHA PARA**
Nascimento: **03/05/1995** CPF:
RG: **2008099015966** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **RITA DE CASSIA ROCHA**
JOSÉ IVAN DE ALMEIDA PARA
Endereço: **RUA EDGAR SALES MOURA, 600**
Bairro: **SITIO BURITI** CEP:
Município: **ACARAU/CE**
País: **BRASIL** Telefone: **(08) 89775-1645**

Histórico

Disse que é habilitado e trafegava em sua motocicleta modelo HONDA/CEB 200 STRADA, de placa HVX 5125, de cor PRETA, registrada no nome do declarante RIVAN ROCHA PARA, quando foi passando em um cruzamento foi atingido por um veículo de marca TOYOTA/COROLLA; Que foi socorrido por um popular que passava no local e levado para o hospital Dr. Moura Ferreira em um veículo particular; Que devido as lesões sofridas o declarante foi transferido para a Santa Casa de Misericórdia de Sobra e após alguns dias transferido para o Hospital em Maracanau onde passou por uma cirurgia; Nada mais disse.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE ACARAU

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

CONCEIÇÃO SOUZA SANTOS - MAT.: 301175-4

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A) :

EVERTON JOSÉ PESSE - MAT.: 300854-15

Guia de atendimento - RECEPCAO

Prontuário: 081927
Paciente: RIVAN ROCHA PARA
RG : 2008099015966
Pai: JOSE IVAN DE ALMEIDA
Endereço: RUA EDGAR SALES MOURA, SN
Bairro: SITIO BURITI
Profissão:
Convênio: SUS
Cônjuge:
Endereço: RUA EDGAR SALES MOURA, SN
Data Atendimento: 29/04/2017 Hora: 16:36
Médico: FRANCISCO MIGUEL DE LIMA JUNIOR
Tipo Atendimento:
Peso: kg Sinais Vitais: T (°C):
Altura (cm):

Atendimento: 0002

Guia Aut:

Data Nascimento: 03/05/1995 Idade: 21
Mãe: RITA DE CASSIA ROCHA
Telefone:

Município: ACARAU
Empresa:
Matrícula:
Responsável: NILTON SANTOS
Município: ACARAU

CPM/UF: 13352/CE

Funcionário: MARIA PA
PA (mmHg):

R (mpm):

Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta

() Consulta Simples () Consulta com Medicação () Observação () Encaminhado p/ Internação ()
() Procedimento Enfermagem () Sutura () Procedimento Cirúrgico () Não Aguardou Atendimento

Q.P.

HDA

Exame Físico

Noticiário vítima de atropelamento por carro. Nega TCE, trauma torácico ou abdominal. Referiu dor no pé. CD: Solicito Rx

Exames Solicitados

Diagnóstico

Prescrição Médica

- Voltaren 50mg - 1q VO
- Dipirona 1g - 1amp LA EV

Horário

Evolução Médica

Rx: Fratura de Tibia
CD: 4 referências

Alta em

Tipo de Alta: () Alta () Internação () Referência () Retorno () Retorno com SADT ()

FRANCISCO MIGUEL DE LIMA JUNIOR - CRM: 13352

Assinatura Paciente/Responsável:
Responsável: NILTON SANTOS

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por CAROLINA FREITAS MOREIRA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 19/07/2018 às 11:30, sob o número 01487540920188060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0148754-09.2018.8.06.0001 e código 39E47B3.

FILIADA A FEDERAÇÃO DAS MISERICÓRDIAS E ENTIDADES FILANTRÓPICAS DO CEARÁ

Identificação do Paciente

Paciente : RIVAN ROCHA PARA

Doc. Identificação: 2008099015966 SSP CE

Data Nascimento: 03/05/1995

Origem: Procedimento Cirúrgico Traumatológico

Período de Atendimento: 29/05/2017 a 31/05/2017

Convênio: SUS

Médico Assistente: DR WALTER CANDIDO DE OLIVEIRA CRM: 7841

Conforme solicitação por escrito do paciente, procedemos ao seguinte RFI ATÓRIO MÉDICO:

RESUMO DE INTERNAÇÃO

MOTIVO DE ATENDIMENTO: Paciente vitima de trauma;

RESUMO DA HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO: Paciente apresentando quadro de dor, edema e deformidade no membro inferior direito

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: Fratura da tíbia direita , CID: S82.1

TRATAMENTO REALIZADO: Restabelecimento da continuidade óssea por meio de osteossíntese com placa+06 parafusos :

EXAMES SOLICITADOS E RESULTADOS: Radiografia da tíbia direita.

CONDIÇÕES DE ALTA: Melhorado;

OBSERVAÇÕES: Paciente orientado a retornar com 15 (quinze) dias para revisão operatória no Ambulatório.

Maracanaú-Ce 23 de Setembro de 2017.

Traumatologista
Walter Candido De Oliveira
CRM: 7841

Rua João Conrado, 363 – Pajuçara – Maracanaú/Ceará

Fones: (85) 3215.3133 / 3215.3134

CNPJ: 06.578.611/0001-06 CNSS: 23002.005898/85-51



Dr. Gemerson Alves Tavares
CREMEC 13456
Clínica Médica

DECLARO P/ OS DEVIDOS FINS QUE RIVAN
ROCHA PARA', VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂN-
SITO EM 29.04.17, CONFORME FICHA
DE ATENDIMENTO HOSPITALAR. APRESENTOU
TRAUMA CONTUSO EM M.I.D, COM FRATURA
COMPLETA DE TÍRIDA. FOI SUBMETIDO A
TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO. APRE-
SENTA LESÃO TRAUMÁTICA, COM CARÁTER
PERMANENTE, COM GRAU DE INCAPACIDA-
DE FUNCIONAL DE 50% P/ M.I.D, ALÉM
DA DEFORMIDADE FÍSICA.

02.09.17

Dr. Gemerson A. Tavares
Médico
CREMEC 13456

Buscar no site

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

Nova Consulta

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

SINISTRO 3170542019 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** RIVAN ROCHA PARA**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** Sabemi Seguradora S/A-Filial Fortaleza-CE**BENEFICIÁRIO** RIVAN ROCHA PARA**CPF/CNPJ:** 02882455399**Posição em 12-01-2018 16:50:50**

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
24/11/2017	R\$ 4.725,00	R\$ 0,00	R\$ 4.725,00

Histórico das correspondências enviadas		
Data da Carta	Referência	Ver Carta
28/12/2017	Pagamento de Indenização, com memória de cálculo de invalidez	
15/11/2017	Reprogramação de pagamento	
08/11/2017	Reprogramação de pagamento	
08/11/2017	Reprogramação de pagamento	
18/10/2017	Interrupção de Prazo	
12/10/2017	Aviso de Sinistro	

ACESSIBILIDADE



(/Pages/Acessibilidade.aspx)



(/Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx)

A A A O