



CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

Outorgante: ELIZEUDO COSTA SOBRINHO		Data Nasc: 25.04.1990
Estado Civil: CASADO	Profissão: MOTOBOY	Nacionalidade: BRASILEIRO
RG: 05101901807	CPF: 052.113.533-82	
Endereço: RUA 09, 1336- RESIDENCIAL MARACANAÚ		
Cidade: MARACANAU- CE		CEP: 61.913-090

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), 08 de Julho de 2020.

Elizeudo Costa Sobrinho

ELIZEUDO COSTA SOBRINHO



CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA

DECLARAÇÃO DE POBREZA

Declaro para os devidos fins que eu, ELIZEUDO COSTA SOBRINHO, brasileiro, casado, motoboy, residente e domiciliado a Rua 09, 1336, Residencial Maracanaú, Maracanaú-CE, portador (a) do RG: 05101901807, DETRAN/CE, inscrito (a) no CPF: 052.113.533-82, 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, 08 de Julho de 20 20.

x Elizeudo Costa Sobrinho
ELIZEUDO COSTA SOBRINHO



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, ELIZEUDO COSTA SOBRINHO, brasileiro, casado, motoboy, portador (a) de cédula de identidade nº. 05101901807, DETRAN/CE, inscrito (a) no CPF sob o Nº 052.113.533-82, DECLARO que tenho domicílio e sou residente na Rua 09, 1336, Residencial Maracanaú, Maracanaú - CE, conforme comprovante de endereço anexo em meu nome.

Fortaleza, 08 de Julho 2020.

Elizeudo Costa Sobrinho

ELIZEUDO COSTA SOBRINHO

TESTEMUNHA:

1. _____

RG Nº :

CPF Nº:

2. _____

RG Nº

CPF Nº



DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Pela presente, o (a) Sr (a) ELIZEUDO COSTA SOBRINHO
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, 08 de Julho 2020.

Elizeudo Costa Sobrinho

ELIZEUDO COSTA SOBRINHO

TESTEMUNHAS:

1. NOME:

CPF:

ASSINATURA:

2. NOME:

CPF:

ASSINATURA:



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria das Cidades

Nº de Inscrição:

0005703450

DADOS DO CLIENTE

ELIZEUDO COSTA SOBRINHO
RUA 09 RESIDENCIAL MARACANAU I, 1336, CAGADO
MARACANAU - CEP: 61.913-090
Codificação: 146.083.00.023.00.0086.0000.6
Padrão do Imóvel: REGULAR

ECONOMIAS

Residencial: 001 | Comercial: 000 | Industrial: 000 | Pública: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	VOLUME(m³)	Média Semestral (m³)
AGUA	A17F06895	318	333	15	18

DATAS

Leitura Atual: 20/06/2020 Emissão: 02/07/2020 Lacre Água: 5438581
Leitura Anterior: 21/05/2020 Próxima Leitura: 21/07/2020 Lacre Esgoto:

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 04/2020

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Exigidas	050	050	014	050	050
Analisadas	058	058	058	058	058
Em conformidade	058	056	047	053	058

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME
AGUA	52,40	Mês/Ano JUN/2019 Água (m³) 22 Esgoto (m³) 0
MULTA DE 2%	1/1 1,16	JUL/2019 17 0
PARCELAMENTO DE DEBITOS	4/24 29,73	AGO/2019 21 0
JUROS DE 0,033% AO DIA	1/1 0,74	SET/2019 20 0
TARIFA DE CONTINGENCIA	0,00	OUT/2019 18 0
ACRESC.IMPONT.AGUA	1/1 0,25	NOV/2019 20 0
TARIFA CONTINGENCIA	0,00	DEZ/2019 26 0
JUROS/MULTA TARIFA	1/1 0,23	JAN/2020 28 0
CONTINGENCIA	0,00	FEV/2020 14 0
		MAR/2020 14 0
		ABR/2020 13 0
		MAI/2020 14 0

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO

Descrição	Valor (R\$)	SUBSÍDIO	Valor (R\$)
PIS	0,81	Descrição	
COFINS	4,04	VALOR DO SERVIÇO	93,76
		VALOR DO SUBSÍDIO	9,25
		VALOR TOTAL A PAGAR	84,51

MÊS/ANO
06/2020

VENCIMENTO
08/07/2020

TOTAL A PAGAR (R\$)
84,51

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

INFORMAÇÕES AO CLIENTE

MEDIA DE CONSUMO(OUT/14 A SET/15): 9 m³ | META: 10 m³.
Constatamos debito de R\$ 152,95. Caso pago, desconsiderar.
ESTE MÊS VOCÊ NÃO TERÁ COBRANÇA DA TARIFA DE CONTINGENCIA,
ESTE É UM BENEFÍCIO DO GOVERNO DO CEARÁ PARA A SUA FAMÍLIA,
EM VIRTUDE DA PANDEMIA DO CORONAVÍRUS.

AVISOS



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria das Cidades

Fatura Mensal

Via do agente arrecadador

DADOS DO CLIENTE

Inscrição: 0005703450

Mês/Ano: 06/2020

Vencimento: 08/07/2020

Total(R\$): 84,51

82660000000-2 84510009100-6 00570345001-4 10003831025-4



EMISSÃO: GESSE 02/07/2020 11:39:32

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		
MINISTÉRIO DAS CIDADES		
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO		
CARTEIRA NACIONAL DE IDENTIFICACAO		
NOME ELIZEUDO COSTA SOBRINHO		
DOC IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR UF 20072133613 SSP CE		
CIV 052.113.533-82 DATA NASCIMENTO 25/04/1990		
FILIAÇÃO FRANCISCO EPIFANIO SOBRINHO MARIA COSTA SOBRINHO		
PERMISSAO ACC CATIMA		
Nº REGISTRO 05101901807 VALIDADE 22/03/2025 1ª REGISTRAÇÃO 15/12/2010		
Observações		
Assinatura do Portador <i>Elizeudo Costa Sobrinho</i>		
LOCAL FORTALEZA, CE DATA EMISSAO 31/03/2015		
Assinatura do Emissor <i>Im Valsencios Pires</i> 15480005818 CE146759613		
DETRAN - CE (CEARA)		



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
 POLÍCIA CIVIL
 DELEGACIA METROPOLITANA DE MARACANAÚ
 Impresso nº 2019743572



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 204 - 10000 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
 Data / Hora da Comunicação: **17/10/2019 14:45:16**
 Data / Hora da Ocorrência: **19/08/2019 14:40:00**
 Endereço da Ocorrência: **AV 14, JEREISSATI II - MARACANAÚ/CE**
 Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **ELIZEUDO COSTA SOBRINHO**
 Nascimento: **25/04/1990** CPF: **052.113.533-82**
 RG: **20072133613** Orgão Emissor: **SSPDS** UF:
 Filiação: **MARIA COSTA SOBRINHO**
FRANCISCO EPIFÂNIO SOBRINHO
 Endereço: **RUA 09, 1336**
 Bairro: **RESIDENCIAL I/CAGÁDO**
 Município: **MARACANAÚ/CE** CEP:
 País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98591-7146**

Histórico

Afirma o declarante que na data, hora e local supracitados, estava pilotando a moto de marca/modelo HONDA/CG 150 TITAN, de placa HVG-8072/CE, CHASSI 9C2KC08105R843332, registrada em seu nome, quando ao chegar no cruzamento na Avenida 14, um carro, não sabendo informar placa, que estava em alta velocidade, avançou a sua preferencial e colidiu na sua moto; Que, após isto, o motorista se evadiu do local sem prestar o devido socorro; Que, o declarante caiu na pista de rolamento e bateu com a cabeça no chão perdendo um pouco a consciência, declarando que foi socorrido por populares, pois não recebeu atendimento do SAMU, Ambulância ou qualquer órgão semelhante, declarando que ao retornar sua consciência, ligou para sua esposa de nome Elisângela Ferreira Meneses Costa, a qual foi de imediato para o local do acidente em um carro particular e levou o declarante para o Hospital Dionísio Lapa, localizado a Pajuçara/Maracanaú; Que, em face do acidente, o declarante sofreu fratura em seu punho direito; E nada mais disse;//////////.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA METROPOLITANA DE MARACANAÚ

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

CLEILTON HOLANDA PEREIRA - MAT.: 30099710

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Elizeudo Costa Sobrinho

VISTO DO DELEGADO(A) :

PAULO ANDRE MAIA CAVALCANTE - MAT.: 126907-1-1

ANAMNESE DO PACIENTE

DADOS DO PACIENTE		() Prioridade	Registro: 7416
Nome: ELIZEUDO COSTA SOBRINHO			CNS: 701.006.876.065.79
Idade: 29 anos 3 meses 24 dias			Data Nasc: 26/04/90
Nome da mãe: MARIA COSTA SOBRINHO			Nome do pai:
Endereço: 09			Nº: 336
Bairro: RESIDENCIAL			Município: MARACANAÚ
RG: 20072133613	Orgão Expedidor:	Expedição:	CPF:
20072133613			
Celular	Telefone Residencial	Telefone Comercial	
	8588464711		
DADOS DO ATENDIMENTO			
Data atendimento: 19/08/19		Hora: 15:35:02	
Médico: ROGERIO ARAUJO DO NASCIMENTO		CRM: 11696	
Especialidade:		Unidade: RECEPCAO	
Convenio: SUS		Categoria: SUS	
AMBULÂNCIA:		MOTORISTA:	
NÚMERO DA AR: 336		Situação:	
Atendente: NATANAEL DA SILVA CARNEIRO			

AMARELO: ()

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
VERDE: ()

AZUL: ()

MOTIVO DO ATENDIMENTO:

RESUMO DE TRATAMENTO

Prontidão sem história de
resposta D. 11696 (B)

DESCRIÇÃO SUMÁRIA DO EXAME CLÍNICO

EXAMES SOLICITADOS

DIAGNÓSTICO:

PROCEDIMENTO:

PRESCRIÇÃO MÉDICA

REGISTRO DE ENFERMAGEM

Dr. Rogério Araújo do Nascimento
Ortopedista e Traumatologista
CRM: 11696

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL OU PACIENTE

COMISSÃO DE AÇÃO DE PRONTUÁRIO
CONFERE COM ORIGINAL
ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE MÉDICA DE PAUÇARA
CNPJ: 06.567.611/0001-06
MARACANAÚ-CE 21/09/2019



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

ABEMP

fls. 23

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1. ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2. CNES

3. ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

ABEMP- ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE MÉDICA DE PAJUÇARA

4. CNES

237215-0

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5. NOME DO PACIENTE

ELIZEUDO COSTA SOBRINHO

6. Nº DO PRONTUÁRIO

7. CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE - SUS

701006876965794

8. DATA DE NASCIMENTO

25.04.1990

9. SEXO (1- MASCULINO/ 3-FEMININO)

1 X

3

10. NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

MARIA COSTA SOBRINHO

11. TELEFONE DE CONTATO

85 988464711

12. ENDEREÇO (RUA, Nº, COMPLEMENTO E BAIRRO)

R- 09, N. 1336, RESIDENCIAL

13. MUNICÍPIO

MARACANAU

14. IBGE

15. UF

CE

16. CEP

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVO DA INTERNAÇÃO

17. PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Prontuário 1336 (sub 5)

18. CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

1336

19. PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)

1336

20. DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura + Luxação

CID - 10

21. PRINCIPAL

S55.1

22. SECUNDÁRIO

23. CAUSAS ASSOCIADAS

24. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

1336

PROCEDIMENTO SOLICITADO

26. LEITO/CLÍNICA

27. CARÁTER DA INTERNAÇÃO (1- ELETIVO/2 URGÊNCIA/ EMERGÊNCIA EM HOSP. DE REFERÊNCIA)

1

2

25. CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

28. NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

29. DATA

30. CNS/CPF:

31. ASSINATURA E CARIMBO C/ CONSELHO

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

32. ACIDENTE DE TRÂNSITO

33. CNPJ DA SEGURADORA

34. Nº DO BILHETE DO SEGURO

35. Nº DE SÉRIE DO BILHETE

36. ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO
ACIDENTE DE TRABALHO NO TRAJETO

37.

38. CNPJ DA EMPRESA

39. CNAE DA EMPRESA

40. CBO

41. CID PRINCIPAL

42. CID SECUNDÁRIO

43. NATUREZA DA LESÃO DE ACORDO COM A CLASSIFICAÇÃO MÉDICA DE LESÃO

43. LEVE

44. GRAVE

45. GRAVISSIMA

46. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

47. DATA

48. CNS/CPF:

49. Nº DE SÉRIE DO BILHETE

50. NOME DO PROFISSIONAL / PARECER DO CONTROLE, AVALIAÇÃO/AUDITORIA

52. DATA

53. CNS/CPF:

51. Nº DE SÉRIE DO BILHETE

54. Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR- AIH

55. ORGÃO EMISSOR DA AIH

ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE MÉDICA DE PAJUÇARA (ABEMP)

RELATÓRIO DE ALTA HOSPITALAR

NOME DO PACIENTE: _____ PRONTUÁRIO: _____
 UNIDADE DE INT/LEITO: _____ DATA DE NASCIMENTO: _____
 NOME DA MÃE: _____
 ENDEREÇO: _____ CIDADE: _____
 TELEFONE: _____ DATA DE INTERNAMENTO: _____

MOVIMENTO SAÍDA:

() CURADO () MELHORADO () A PEDIDO () EVASÃO

ÓBITO:

() DECLARAÇÃO P/ MÉDICO ASSISTENTE () DECLARAÇÃO IML/SVO

TRANSFERÊNCIA:

() ESTABELECIMENTO/ HOSPITAL TRANSFERIDO: _____

RESUMO CLÍNICO:

TRATAMENTOS REALIZADOS (DATA DA REALIZAÇÃO, CÓDIGO DO PROCEDIMENTO, ÓRTESE, PRÓTESE, ETC)

EXAMES COMPLEMENTARES REALIZADOS: (DISCRIMINAR E QUALIFICAR TODOS OS EXAMES)

ORIENTAÇÕES:

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL PELA ALTA



FILIADA A FEDERAÇÃO DAS MISERICÓRDIAS E ENTIDADES FILANTRÓPICAS DO CEARÁ

Convênios: SIH/SUS-INAMPS

ALTO

☐ ☐ ☐ ☐

ENFERM.

☐ ☐ ☐ ☐

LEITO

☐

GI. H

PACIENTE: ELIZEUDO COSTA SOBRINHO
 Natural de: FORTALEZA Sexo: MASC Cor: PARDA Nasc: 25/08/1971
 Doc. Ident: 20072133613 Est. Civil: N° 1336 Profissão: RESIDENCIAL
 Endereço: R- 09 Bairro: 85 98591711
 Município: MARACANAU Fone: 85 98591711
 Nome do Pai: FRANCISCO EPIFANIO SOBRINHO Natural de:
 Nome da Mãe: MARIA COSTA SOBRINHO Natural de:
 Responsável: Natural de:
 Endereço: N°1094 Bairro:

Internação Anterior? Admissão 26/08/19 Hora: 11
 Tem Acompanhante? Alta Hora:
 Origem Clínica

DIAGNÓSTICO

ANAMNESE

SSM

CI

Francisco Epifanio

Maria Costa

Original
 26/08/19

COBRANÇA MOTIVO CARACT.

☐ ☐ ☐ ☐

A B C D E F G
☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Médico Assistente

RX SIMPLES ☐

SANGUE RH (-) ☐

Análise clínica ☐

RX CONTRASTE ☐

ANESTESIA - (OCORRÊNCIAS PRINCIPAIS)

6 de 11
CONFIRMAÇÃO DE RECEBIMENTO
COM ORIGINAL
CONFIRMAÇÃO DE RECEBIMENTO
Nº 0238171-02.2020.8.06.0001

Data

Assinatura e Carimbo do Anestesiologista

Relatar as causas que justifiquem a longa duração da operação da anestesia a um maior consumo de material e medicamento.

Cirurgião		1º Auxiliar
Assinatura e Carimbo do Cirurgião		Assinatura e Carimbo
2º Auxiliar	3º Auxiliar	
Assinatura e Carimbo	Assinatura e Carimbo	

SINISTRO 3190693593 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA ELIZEUDO COSTA SOBRINHO****COBERTURA Invalidez****PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO Comprev****Previdência S/A-Filial Fortaleza-CE****BENEFICIÁRIO ELIZEUDO COSTA SOBRINHO****CPF/CNPJ: 05211353382****Posição em 30-12-2019 08:09:08**

O pedido de indenização está em fase final de análise na Seguradora Líder-DPVAT. Em breve, o pagamento da indenização será liberado.

Por gentileza, volte a consultar seu processo neste site dentro de 4 dias.

02/01/2020

R\$ 1.687,50

R\$ 0,00

R\$ 1.687,50