



Daniel Farias Porto
Advocacia

PROCURAÇÃO
"AD JUDICIA ET EXTRA"

OUTORGANTE: JOANA PAULA DA SILVA
RG: 200203400-25 SSP/CE
CPF: 006.396.353-18
Nacionalidade: BRASILEIRA
Estado Civil: CASADA
Profissão: AGRICULTORA
Residente: RUA JOANINHA ALESSANDRA BARROS DO OLIVEIRA, 436
Cidade: ARACOIABA Estado: CE CEP: 62750-000
Telefone: 992763860 E-mail: joana.vitorino@gmail.com

OUTORGADO: DR. DANIEL FARIAS PORTO, brasileiro, divorciado, advogado, OAB-CE nº 20334, e Dra. ALESSANDRA ERIKA MAIA BARROS, solteira, advogada, OAB – CE nº 21113, com escritório na cidade de Fortaleza/Ce, Avenida Santos Dumont, nº 304, Sala 402, Centro, CEP 60160-150 Fone: (85) 3047-8110 / 98933-4070

Pelo presente instrumento particular de **PROCURAÇÃO**, o outorgante nomeia e constitui seu bastante procurador o outorgado, para o fim especial de agir judicialmente em ação de seu interesse, a fim de defender seus direitos perante qualquer Juízo, instância ou Tribunal, repartição pública, autarquia ou entidade paraestatal, propondo ou respondendo ação judicial de relacionada ao **SEGURO DPVAT**, em que o outorgante figure em qualquer dos polos, podendo responder, receber e levantar alvará judicial ou guia de retirada, reclamar, conciliar, desistir, transigir, fazer acordo, recorrer, receber e dar quitação, confessar, requerer inventário ou arrolamento, firmar compromissos, prestar declarações, receber citação, bem como substabelecer a presente, com ou sem reservas de poderes, se assim convier, praticando todos os atos necessários ao satisfatório desempenho deste mandato dando tudo por firme e valioso.

Fortaleza, 10 de OUTUBRO de 2020

Joana Paula da Silva
OUTORGANTE



Daniel Farias Porto
Advocacia

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

NOME: JOANA PAULA DA SILVA
CPF: 006.396.353-58
ESTADO CIVIL: CASADA
PROFISSÃO: AGRICULTORA

Declaro para os devidos fins que minha atual condição econômica não me permite demandar juízo sem prejuízo do meu sustento próprio e da minha família, pelo que rogo os benefícios da justiça gratuita previstos na **Carta Constitucional de 1988**, e mais precisamente, com fulcro no artigo 4º, caput da **Lei 1.060/50** (estabelece normas para a concessão da assistência judiciária aos necessitados), consorciado com o artigo 1º da **Lei 7.115** de 29 de agosto de 1983, indicando para o patrocínio de minha causa o advogado em **PROCURAÇÃO**.

Fortaleza – Ce, 10 de OUTUBRO de 2020

Joana Paula da Silva
DECLARANTE



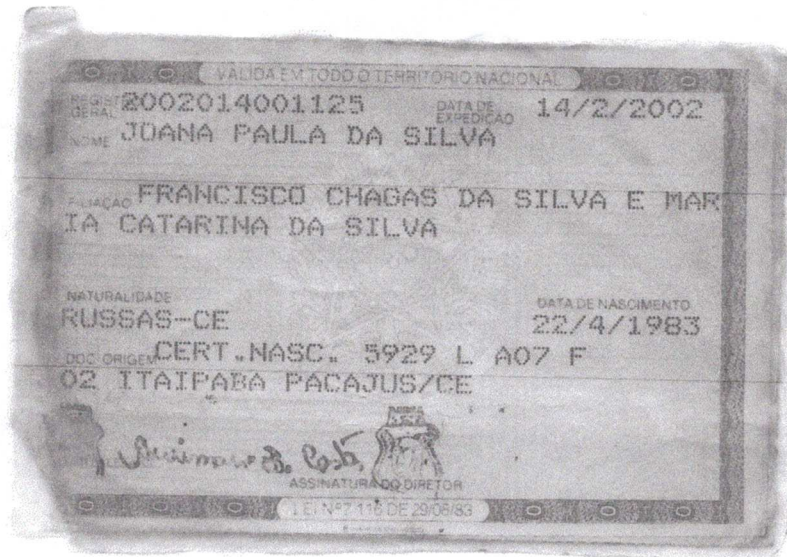
Daniel Farias Porto
Advocacia

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Eu, JOANA PAULA DA SILVA declaro para os devidos fins de direito, ser responsável (civil e criminal) pelos fatos, informações e documentos apresentados e juntos ao processo judicial de cobrança de seguro DPVAT, em desfavor de qualquer seguradora do consórcio de seguro DPVAT, exonerando o **Dr. DANIEL FARIAS PORTO – OAB/CE 20.334 e Dra. ALESSANDRA ERIKA MAIA BARROS – OAB/CE 21.113**, de qualquer responsabilidade civil e/ ou criminal.

Fortaleza-Ce 10 de OUTUBRO 2020

Joana Paula da Silva
DECLARANTE



8335038

criada pela Lei nº 10.438
de 26 de abril de 2002

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 150

CEP 60135 040 | Fortaleza CE

CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

Para agilizar seu atendimento, utilize o nº acima
sempre que entrar em contato conosco.

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | Nº 083318295

Rota AC006R56 - 100000

Referência 10/2020

Nome JOANA PAULA DA SILVA

Endereço RU JOANINHA ALVES DE OLIVEIRA, 00436, SOLON LIMA
VERDE, 62750-000, ARACOIABA

Classificação Resid. Baixa Renda

Emissão 13/10/2020

Modalidade Tarifária B1 RESIDENCIAL

Medidor 1543402-INE-019

Ligação Monofásico

ÁREA RESERVADA AO FISCO

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)

E2D7F7821F00E4633BE924A014BEE75D

DATAS DE LEITURA

P.F.: 32 dias

Anterior

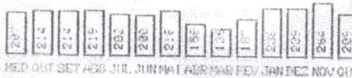
Atual

Próxima prevista

11/09/2020

13/10/2020

11/11/2020



DADOS DA MEDIÇÃO

Posto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo Mês (kWh)	Consumo Incl. (kWh)	Consumo Est. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FP	20.696	20.484	1,00	214	00	214	0,55384	114,07

DADOS DO FATURAMENTO

TARIFA

VALOR (R\$)

CIP - ILUM PUB PREF MUNIC	-	18,24
BENEFÍCIO TARIFÁRIO BRUTO	-	44,54
BENEFÍCIO TARIFÁRIO LÍQUIDO	-	-31,28
CONSUMO DE 000 KWH ATE 030 KWH	0,25667	7,70
CONSUMO DE 031 KWH ATE 100 KWH	0,44129	30,89
CONSUMO DE 101 KWH ATE 214 KWH	0,66211	75,48
MULTA	-	2,45

Tributo:	Base (R\$):	Aliquota (%):	Valor (R\$):
ICMS	158,61	27,00	42,81
PIS	115,80	0,71	0,81
COFINS	115,80	3,13	3,61

VENCIMENTO	27/10/2020	TOTAL A PAGAR (R\$)	148,02
CONSUMO CONSCIENTE		CPF/CNPJ	006.396.353-18
EMISSIONES DE CO ₂ (kg/kWh). Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.			
Emitido kg (CO ₂)	Compensado kg (CO ₂)	Consciência Ecológica (%CO ₂)	0
83,54	0,00		

INFORMAÇÕES AO CLIENTE

REAVISO DE DÉBITO Esta unidade consumidora está apta à suspensão de fornecimento por inadimplência a partir do dia 05/11/2020, ou a qualquer momento por débitos já Reavisados anteriormente. O encerramento da relação contratual poderá ocorrer em 02 ciclos de faturamento após a suspensão de fornecimento. Declaração de Débito: Constan os seguintes débitos sujeitos a ações de cobrança, como inclusão em ORGAOS DE PROTEÇÃO AO CREDITO e PROTESTO. Caso já tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar. Nº Cliente: 000008335038.

DÉBITOS ANTERIORES

MÊS/ANO VALOR (R\$)

09/2020 140,96

Total: R\$ 140,96

- Unid. consumidora enquadrada na subclasse Resid. Baixa Renda, faturada com desc. tarifário de R\$ 31,28.

Períodos: Band. Tarif.: Verde : 12/09 - 13/10

Nº do Cliente: 8335038 Referência: 10/2020 V: [1.0.0.15]
Data de Emissão: 13/10/2020 Total a Pagar (R\$): 148,02
Nº da Nota Fiscal: 083318295 Nº de Controle: 90001283458

83830000001 2 48020031090 2 00128345807 9 00008335038 1



83830000001 2 48020031090 2 00128345807 9 00008335038 1



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 413 - 650 / 2016

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **LESAO ACIDENTAL NO TRANSITO (EXCETO LESAO CORPORAL CULPOSA)**

Data / Hora da Comunicação: **14/06/2016 09:16:00**

Data / Hora da Ocorrência: **25/02/2016 17:30:00**

Endereço da Ocorrência: **RUA ANTONIO FELICIO**

Complemento:

Bairro: **PQ CENTENARIO**

Município: **ARACOIABA/CE**

Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **JOANA PAULA DA SILVA**

Nascimento: **22/04/1983** CPF: **006.396.353-18**

RG: **2002014001125** Orgão Emissor: **SSPDS**

UF:

Filiação: **MARIA CATARINA DA SILVA**

FRANCISCO CHAGAS DA SILVA

Endereço: **RUA JOANINHA ALVES DE OLIVEIRA**

Bairro: **CONJ. SOLON LIMA VERDE**

CEP:

Município: **ARACOIABA/CE**

País: **BRASIL**

Telefone: **(85) 9966-3252**

Histórico

Narra a declarante que estava na garupa da motocicleta KASINSKI/COMET 150 DE PLACA OII-1294, CHASSI:93FCMACFBBM007516, cor preta ano/modelo 2011, a qual na data do acidente estava sendo conduzida pela pessoa de JOSÉ EUDES DE OLIVEIRA LAURINDO quando caíram ; que a motocicleta é registrada no nome de DIOMEDIO RODRIGUES COSTA, o qual tem conhecimento de que a declarante sofreu acidente na motocicleta que está registrada em seu nome; que caíram logo que a declarante subiu na motocicleta e andaram questão de metros; que acredita que o condutor se desequilibrou devido as condições ruins do terreno; que a declarnte quebrou o braço direito na altura da articulação da mão; que foi conduzida para o hospital por uma pessoa que mora no local e se submeteu a cirurgia no local da fratura; que passou cerca de dois meses em tratamneto. E nada mais disse.////

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE ARACOIABA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

Fco Soares

FRANCISCO DE ASSIS SOARES DE OLIVEIRA - MAT.: 404834-1

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Joana Paula da Silva

VISTO DO DELEGADO(A) :

RICARDO GONÇALVES PINHEIRO - MAT.: 404576-1

FRANCISCO MARDÔNIO SALMITO DE ALMEIDA

ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA

CREMEC - 4411 - CPF: 122.369.423-20

RELATÓRIO MÉDICO

Relato, para os devidos fins, junto ao DPVAT, que o Sr.(a):

Joane Porto do Silva

vítima de acidente de trânsito, em 25/02/2016, sofreu:

Trauma do membro direito punho
cod. S52.5

e submeteu-se a tratamento(s):

Cirurgia
Redução e fixação do traço
fisioterapiaencontra-se de alta clínica, e apresenta invalidez permanente,
com grau de incapacidade funcional irreversível de:Dois e cinco por cento no
exercício da função de
trabalho e convívio precoce ao
movimento
monobras com como prep do
função nítida de um a vida
prejudicada da ocidente
com função funcional
do membro direito

18/05/2020

Dr. Francisco Mardônio Salmito de Almeida
Ortopedia - Traumatologia

Dr. Francisco Mardônio Salmito de Almeida

CREMEC 4411 /

Rua Guilherme Rocha, 1201 - Centro - Fortaleza - Ceará.



Sistema Ministério
Único de da
Saúde Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

MISC. 1

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente com quadro de dor no abdômen inferior direito, com febre e náuseas.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Neoplasia de cólon sigmóide.

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Exame físico normal.

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAL

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

35 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() N/A

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

45 - DOCUMENTO

46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS () CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Assinatura do profissional autorizador



UMA CIDADE DE TODOS
ARACOIABA
PREFEITURA MUNICIPAL

PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACOIABA
SECRETARIA DA SAÚDE

fls. 24

FOLHA SUMÁRIO DE URINA

FOLHA SUMÁRIO DE INTERNAMENTO

SABE	15.15	CLÍNICA	ET	BLOCO/LEITO		BLOCO/LEITO	25
NOME	Joana Paula da Silva				REGISTRO	050 832	
NACIONALIDADE	BRASILEIRA	SEXO	F	NASCIMENTO	22.04.83	IDADE	32
ESTADO CIVIL	Casada	PROFISSÃO	Agricultora	GRAU DE INSTRUÇÃO	4	RELIGIÃO	
RESIDÊNCIA	Edna Lima Verde			BAIRRO	Faz. Chagas da Silva		
LAÇÃO	M = Catarina da Silva						
NOME DO CONJUGE							

RESPOSTA A NOTIFICAR EM CASO DE URGÊNCIA	PARENTESCO	
RESIDÊNCIA	BAIRRO	FONE
RESPONSÁVEL	PARENTESCO	
RESIDÊNCIA	BAIRRO	FONE

DOCUMENTO APRESENTADO PARA INTERNAÇÃO							
DATA DA INTERNAÇÃO	25/07/16	DATA DA SAÍDA	25.07.16	DIAS DE HOSPITALIZAÇÃO		DESTINO DADO AO PACIENTE	
RESIDÊNCIA				ÓBITO			

TIPO	TIPO	TIPO
1 - CURADO	☐ 6 - ADMINISTRATIVO (CHEFIA MÉDICA OU SUPERVISÃO HOSPITALAR)	☐ 0 - INEXISTÊNCIA DE DADOS
2 - MELHORADO	☐ 7 - POR INDISCIPLINA	☐ 1 - ÓBITO OPERATÓRIO OCORRIDO DURANTE O ATO CIRÚRGICO
3 - INALTERADO	☐ 8 - POR EVASÃO	☐ 2 - ÓBITO PÓS-OPERATÓRIO OCORRIDO NAS PRIMEIRAS 24 hs
4 - PEDIDO	☐ 9 - PARA COMPLEMENTAÇÃO DO TRATAMENTO AMBULATORIAL	☐ 3 - ÓBITO PÓS-OPERATÓRIO OCORRIDO COM MAIS DE 24 hs E ATÉ 72 hs
5 - INTERNADO PARA DIAGNÓSTICO		☐ 4 - ÓBITO PÓS-OPERATÓRIO OCORRIDO DURANTE O ATO CIRÚRGICO 11 SEMANA APÓS ATO OPERATÓRIO
		☐ 5 - ÓBITO PÓS-OPERATÓRIO OCORRIDO DEPOIS DA PRIMEIRA SEMANA APÓS O OPERATÓRIO
		☐ 6 - ÓBITO POR ANESTESIA

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO	CÓDIGO
------------------------	--------

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO	CÓDIGO
------------------------	--------

OPERAÇÃO	CÓDIGO
----------	--------

ÓBITO	☐ ANTES DE 24hs	☐ DEPOIS DE 24hs	AUTÓPSIA	☐ SIM	☐ NÃO
-------	--	---	----------	------------------------------	------------------------------

OBSERVAÇÕES

SABE - FUNCIONÁRIO

MÉDICO ASSISTENTE - CRM

Rio de Janeiro, 05 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200221806

Vítima: JOANA PAULA DA SILVA

Data do Acidente: 25/02/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOANA PAULA DA SILVA

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 dos punhos

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: JOANA PAULA DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 004

Agência: 0000088

Conta: 000004026-1

Tipo: CONTA CORRENTE

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, retorne 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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

