

PROCURAÇÃO**OUTORGANTE:**

Nome: <i>Maria da Silva Capistrano</i>		Nacionalidade: BRASILEIRA	
Estado Civil: <i>Casada</i>	Profissão: <i>Agricultora</i>	Carteira de Identidade: <i>48744882</i>	
CPF nº: <i>99372401315</i>	Residência: <i>Rua Florianópolis</i>		
Bairro: <i>Piracicoba</i>	Cidade: <i>St. Quitéria</i>	Estado: CE	CEP: <i>62280.000</i>

OUTORGADO:

RAFAEL DE SOUSA REZENDE MONTI, brasileiro, solteiro, advogado, devidamente inscrito na OAB/CE sob o nº 18.044, portador do RG nº 8.119.595 SSP/MG e CPF nº 948.672.326-53, com escritório profissional no seguinte endereço: 1) Rua do Rosário, nº 77, sala 604, Ed. Comandante Vital Rolim, Centro – Fortaleza – CEP 60.055-090. Fone / Fax: (85) 3231-6493

PODERES:

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante nomeia e constitui, os outorgados, suas bastantes procuradores, 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 pagamento e quitações, firmar autorizações de pagamentos ou créditos de indenização de sinistro **receber intimações para audiência e perícias medicas**, em nome do outorgante, enfim todos os poderes necessários para o cumprimento amplo do objeto do presente mandato.

FORTALEZA (CE), 25 de Outubro de 2013.

Maria da Silva Capistrano
Outorgante

CARTÓRIO FERNANDES
2º Tabelionato

Registro Imobiliário
Fone/Fax: (88) 3628.0029

Santa Quitéria - CE



DECLARAÇÃO

Eu, Maria da Silva Capistrano, brasileira,
_____, _____, portador da Carteira de Identidade/RG nº
48744882 -SSP/CE, e inscrito no CPF/MF sob o nº 99372401315, residente e
domiciliado na cidade de Santa Quiteria, estado de Ceará,
Rua Florianópolis, nº _____,
Itiacicaba, 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.

Fortaleza (CE), 25 de outubro de 2013

Maria da Silva Capistrano
Declarante

DECLARAÇÃO.

Eu, Maria da Silva Capistrano, Brasileira, RG 48744382, CPF 99372401315, capaz, residente e domiciliado na Rua Florianópolis, cidade de Stº Ale. Teó. /CE, CEP 62280.000. Declaro que resido no endereço acima citado e forneço os dados pessoais, documentos e demais declarações para a propositura de Ação Judicial em desfavor de qualquer seguradora conveniada DPVAT- FENASEG, e que fui vítima de acidente com veículo automobilístico. Sendo de minha total responsabilidade a declaração de invalidez ou óbito fornecida.

Fortaleza (CE), 25 de outubro de 2013.

Maria da Silva Capistrano

Declarante.



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

fls. 12

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 553 - 10296 / 2013

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO
Data / Hora da Comunicação: 16/07/2013 13:25:28
Data / Hora da Ocorrência : 24/05/2013 21:00:00
Endereço da Ocorrência: R OTAVIO LOBO
CENTRO SANTA QUITERIA /CE
Ponto de Referência: EM FRENTE AO FÓRUM



Dados da(s) Vítima(s)

Nome: MARIA DA SILVA CAPISTRANO
Nascimento : 10/06/1958
RG: 48744882 Órgão Emissor: SSP UF: CE - CPF: 99372401315
Filiação: NÃO DECLARADO
MARIA ALVES DA SILVA
Endereço: LGO FAZENDA SOLIDADE
ZONA RURAL
SANTA QUITERIA CE BRASIL

Telefone:

Histórico

Afirma a declarante que no dia 24 de maio de 2013, por volta de 21:00, quando vinha na garupa da moto de RENAVAM: 181307774, Chassi: 9C2KC1550AR013266, Placa: NQO3460, Marca/Modelo: HONDA/CG 150 FAN ESI, Ano de Fabricação: 2009, Ano do Modelo: 2010, Cor: CINZA, Tipo Veículo: MOTOCICLETA, Proprietário: CARLOS AUGUSTO LIMA, que era pilotada pelo proprietário, pela Rua Otávio Lobo, nas proximidades do Fórum, Centro de Santa Quitéria-CE, derrapou e caiu, e em decorrência do acidente, a declarante sofreu uma fratura do pé direito e um corte na cabeça, sendo socorrido por populares para o hospital municipal de Santa Quitéria-CE, onde foi atendido e em seguida liberado. Nada mais havendo, deu-se por encerrada a presente ocorrência policial.

Obs.: O noticiante ficou ciente das penalidades do Art. 299, do C.P.B.(Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante - "Falsidade Ideológica").

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE SOBRAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

MATRÍCULA: 61292-1-8

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A):



Maria da Silva Capistrano



Conta desta fatura R\$ 0,24 referente a PIS e COFINS.

Energy	13.39
Energy	6.73
Transportation	6.40
Distribution	6.10
Construction	5.85
Health Services	5.75
Libraries	5.24
TOTAL	21.69

22,38

07/10/2013

VALOR CONSUMO DO MES 21,88
MULTA MORATORIA REF 06/2013 0,35
JURO DO MES 0,15

[illegible]

ET02/60/90

31493864

26 39082 02 010600 - 5
JOAO FRANCO DE MOURA
FZ SOLEDADE 99999
PALESTINA - STA QUITERIA -
10879100

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Maria da Silva CapistranoRG nº 48744882, data de expedição 14/08/82, Órgão SSP-ceCPF nº 99372401315, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Fazenda Solidade</u>
Número	<u>Sem número</u>
Apto / Complemento	<u>-</u>
Bairro	<u>zona rural</u>
Cidade	<u>Santa Quitéria</u>
Estado	<u>Ceará</u>
CEP	<u>62280.000</u>
Telefone de Contato	<u>(88) 36280622 ou (88) 99276726</u>
E-mail	<u>-</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: S^a Quitéria, 25/07/13Assinatura do Declarante: Maria da Silva Capistrano

DATA: 26 / 05 / 2013

HORAS 5.00 h

NOME DO PACIENTE: MARIA DA SILVA CAPISTRANO

D.N: 06/06/1958

NOME DA MÃE: MARIA LUIZ DA SILVA

NOME DO PAI:

PROFISSÃO: AGRICULTORA

SEXO: F

IDADE: 56a

ENDEREÇO: RUA ADILIA BENEVIDES

BAIRRO: PIRACICABA

Nº 75

Q.P.+

FIDA:

Q.P.+
HDA: faciemul meu este un lucru alinau
bun, dar un lucru alinau bun
un lucru alinau bun, un lucru alinau bun
de lucru

I.D.: Fraktur des 5. Met. des 4^{ten} F. + Lyangew. am 20. 01. 19

CONDUTA: Rx + Intermittentemente a soporifica della chimica.

ASS. PACIENTE: Onilene da Silva Capistrano (ASS. PRESCRITOR)

BENEFICIÁRIOS

Saiba Mais
Cobertura
Onde dar entrada
Tire suas dúvidas
Projeto Corretor

Voltar

Processo

Megadata: 2013/460710
Processo: 515213
Natureza: INVALIDEZ
Data sinistro: 24/5/2013
Nome: MARIA DA SILVA CAPISTRANO
Situação: Processo liberado o pagamento

Beneficiários

Nome

MARIA DA SILVA CAPISTRANO

Históricos

Data/Hora Situação

24/7/2013 Pré-Cadastro não analisado

24/7/2013 Pré-Cadastro com restrições

31/7/2013 Pré-Cadastro analisado e aprovado (R)

31/7/2013 Proc. enviado p/ digitalização e análise da Seg. Líder

12/8/2013 Processo com restrições

Observações

Favor enviar comprovante de residencia.

Segundo a Seguradora Líder: Encaminhar Boletim de Atendimento Médico (BAM) DO HOSPITAL ONDE SE DEU O PRIMEIRO ATENDIMENTO, com a descrição das lesões agudas e as condutas médicas realizadas para corrigi-las. - Encaminhar prontuário hospitalar descrevendo a evolução das lesões, os tratamentos realizados e seus resultados.

21/8/2013 Processo Pendente (restr. regularizadas)

21/8/2013 Proc.retornou p/ Seguradora Líder (Aguardar Posição)

12/9/2013 Processo com restrições

SEG LÍDER: Encaminhar Boletim de Atendimento Médico (BAM) DO HOSPITAL ONDE SE DEU O PRIMEIRO ATENDIMENTO, com a descrição das lesões agudas e as condutas médicas realizadas para corrigi-las. - Encaminhar prontuário hospitalar descrevendo a evolução das lesões, os tratamentos realizados e seus resultados.

18/9/2013 Processo Pendente (restr. regularizadas)

18/9/2013 Proc.retornou p/ Seguradora Líder (Aguardar Posição)

8/10/2013 Processo liberado o pagamento

Data crédito: 09/10/2013 - R\$ 1687.50

Restrições

Descrição

COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DO PROCURADOR NÃO FOI APRESENTADO
 PROCESSO COM PENDÊNCIA

Situação

Resolvido

Resolvido

Mais informaçõesVirtual Informática para Seguros