

PROCURAÇÃO**OUTORGANTE:**

Nome: <i>Ana Mônica Farias Matias Rios</i>		Nacionalidade: <i>Brasileira</i>	
Estado Civil: <i>casada</i>	Profissão: <i>doméstica</i>	Carteira de Identidade: <i>2007786542-6</i>	
CPF nº: <i>006.077.903-93</i>	Residência: <i>Rua Anastacio Barma</i>		
Bairro: <i>Cruxeiro</i>	Cidade: <i>Itapipoca</i>	Estado: <i>Ceará</i>	CEP: <i>62.500-000</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) 3231-6493/4101-2403.

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 quitações, 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), 24 de Julho de 2015

Ana mônica farias matias rios
Outorgante

DECLARAÇÃO

Eu, Ana Mônica Farias Matias, brasileira,
casada, doméstica, portador da Carteira de Identidade/RG nº
2007786542-6 SSP/ce, e inscrito no CPF/MF sob o nº 006.077.903-93
residente e domiciliado na cidade de Itapipoca, estado de Ceará, na
R. Anastácio Barroso Valente, Cruzeiro, declaro para
os devidos fins que possuo hiposuficiência 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), 24 de Julho de 2015.

Ana mônica Farias matias Pires

Declarante

DECLARAÇÃO.

Eu, Ana Monica Farias Matias, Brasileira,
casada, doméstica, RG 2007786542-6, CPF
006.077.903-93, capaz, residente e domiciliado na
Rua Anastacio Barma, 394, Cruzeiro cidade de Itapipoca.
CEP 62500-000. 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
AUTOMOBILÍSTICO. Sendo de minha total responsabilidade a declaração de invalidez ou
óbito fornecida.

Fortaleza (CE), 24 de Julho de 2015.

Ana mônica farias matias Piss
Declarante.

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO HUMANA E PERÍCIAS BIOMÉTRICAS

Polegar Direito

Ana mônica Farias matias Pires

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

006.077.903-93

ANA MONICA FARIAS MATIAS

23/10/1980

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2007786542 - 6 DATA DE EXPEDIÇÃO 13/01/2011

NOME ANA MÔNICA FARIAS MATIAS PIRES

PAI JOÃO RANOS MATIAS

MÃE JOSÉRA FARIAS MATIAS

NATURALIDADE ITAPIPOCA - CE DATA DE NASCIMENTO 23/10/1980

DOC. ORIGEM CERT. CASAMENTO - CARTÓRIO: 1º OFÍCIO TERMO: 8945 FOLHA: 143

LIVRO: 8-24 ITAPIPOCA - CE

CPF 006.077.903-93

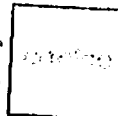
ASSINATURA DO DETENTOR

LEI Nº 7.116 DE 28/08/88

P. 15

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por RAFAEL DE SOUSA REZENDE MONTI e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 18/01/2016 às 12:01:18. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0103441-93.2016.8.06.0001 e código 1EAB704.

3698665-3



15 35000 03 0.3200 - 3
 ANA MONICA FARIAS MATIAS
 RU ANASTACIO BARROSO VALENTE 00394 00394 AP ALTOS
 CRUZEIRO - ITAPIPOCA - 62500000
 1593340
 01-RESIDENCIAL MONOFASICO BAIXA RENDA
 006077903-93
 20/01/2015
 0000 A3AN
 0,00

Jan/2015	20/01/2015	21/02/2015	ITAP-11004	Nov. 2014	ESP 7,46
32,62	27,00	25,06	5,55	0,00	0,00
712,900,00	412,1628,82	524,957	3,45	0,00	0,00
			3,20		1,02
528	349	1,00	17	0,00	0,00
20-01-15	20-12-14	31-01-15	173		64,09
VR. CONSUMO DO MES PRECO NORMAL					
DESCONTO TARIFA SOCIAL-BAIXA RENDA					
ICMS COMPLEMENTAR -AIXA RENDA-CONV CONFAZ 079					
MULTA MORATORIA REF 12/2014					
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL					
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA					
					92,82
					-28,73
					7,76
					1,30
					8,14
					8,29

VENCIMENTO 02/02/2015

TOTAL A PAGAR (R\$) 81,58

General	31,33
Transmissao	0,00
Distribuição	1,00
Encargos Setoriais	1,00
Tributos (IGF PIS-COFINS)	25,97
TOTAL	72,14

82	175	171	82	0	1	30	47	50	32	78	117	123
NEI	Jan	Fev	Mar	Abr	Maio	Jun	Jul	Ago	Sep	Out	Nov	Dez

CONSUMO CONSECUTIVO EMISSÃO DE CO2
 Consumo em kg(CO2) 77,36
 Compensado kg(CO2) 0,00

Informações importantes e avisos de vencimento

REVISÃO DE VENCIMENTO:

Informamos a existência de débito vencido em 02/02/2015. Caso não seja pago até esta data, no valor de R\$ 73,77. Conforme artigo 172 de Lei, nº 414/10, poderá ser suspensa o fornecimento de energia elétrica após decorridos 30 dias da data de vencimento.

Valor R\$ 73,77

(88) 3427-26 21

Telefone p/ contato



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

fls. 17

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 466 - 1698 / 2015

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Data / Hora da Comunicação: 17/04/2015 15:18:30

Data / Hora da Ocorrência : 08/01/2015 13:00:00

Endereço da Ocorrência: **MAJOR ANTONIO RODRIGUES TEIXEIRA**

ITAPIPOCA /CE

Ponto de Referência:



Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **ANA MÔNICA FARIAS MATIAS PIRES**

Nascimento : 23/10/1980

RG: 20077865426 Órgão Emissor: SSP UF: CE - CPF: 00607790393

Filiação: **JOÃO RAMOS MATIAS**

JOSÉFA FARIAS MATIAS

Endereço: **R ANASTACIO BARROSO VALENTE 394**

CRUZEIRO

ITAPIPOCA CE BRASIL

Telefone:

Histórico

Narra que na data, hora e local supramencionados, trafegava na condição de passageira na motocicleta HONDA/CG 125 FAN ESD, FAB/MOD: 2013/2014, COR: PRETA, PLACA: ORW0318, CHASSI: 9C2JC4160ER018892, registrada em nome de Deimyson Soares Pires, conduzida por Adriano Soares Pires (CNH:05003421350) quando ao passar por um buraco, o condutor da referida motocicleta veio a perder o controle da mesma indo ambos condutor e passageira ao solo. Afirma que em decorrência da queda fora socorrida por populares para o Hospital Maternidade São Vicente de Paulo, conforme prontuário de nº 041072 e atendimento de nº0009; Nada mais havendo, deu-se por encerrada a presente ocorrência policial.

Obs.: A 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 ITAPIPOCA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

HELIA MARIA DE LIMA PREITAS - MAT.: 300488-1-4

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO : **ANA MÔNICA FARIAS MATIAS PIRES**

VISTO DO DELEGADO(A) :

RAUL TÊSSIUS SOARES - MAT.: 198444-1-2

Guia de atendimento - EMERGENCIA ADULTO

Prontuário: 041072 Atendimento: 0009 CNS: 898003473401643 Guia Aut:
Paciente: ANA MONICA FARIAS MATIAS Est. Civil: Solteiro(a) Sexo:
CPF : 00607790393 Nascimento: 23/10/1980 Local: ITAPIOCA/CE Idade: 34 Anos
Pai: JOAO RAMOS MATIAS Mãe: JOSEFA FARIAS MATIAS CEP: 62500-000 UF: CE
Endereço: RUA ANASTACIO BARROSO VALENTE, 394 Telefone: 88 97042986
Bairro: CRUZEIRO Município: ITAPIOCA
Profissão: DO LAR Empresa:
Convênio: SUS Matrícula:
Cônjuge: Responsável: JOSEFA FARIAS MATIAS
Endereço: RUA ANASTACIO BARROSO VALENTE, 394 Município: ITAPIOCA Sala:
Data Atendimento: 08/01/2015 Hora: 14:14 CID: CRM/UF: 3289/CE
Médico: ANTONIO PIERRE AGUIAR NETO Funcionário: ANGELICA DE SOUSA SOARES
Tipo Atendimento: CONSULTA CPF do Responsável:
Indicador de Acidente: Relatário: D. afirma intensa dor
Observação: Cliente afirma vitima de acidente automobilístico hoje por volta de 13hs, apresentando edema em tornozelo D. afirma intensa dor local.

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

João Carlos
João Carlos
Dr. Dr. Tazul N. W.
Bento Z...
Valton + 15/14
B. pinos

Dr. Antº Pierre Aguiar Neto
TRAUMATOLOGIA - ORTOPEDIA
CREMECCE 3289-SBOT 1113

ANTONIO PIERRE AGUIAR NETO - CRM: 3289

Antônio S. Pina
Assinatura Paciente/Responsável



SÃOCAMILO
Hospital e Maternidade
São Vicente de Paulo

www.saocamiloitapipoca.org.br

ATESTADO MÉDICO

Atesto para devidos fins que o (a) Sr. (a)

Ana Maria Farias Matos Reis
Compareceu neste hospital no dia de hoje das ____ h às ____ h por
motivo de doença, devendo:

() Retornar ao trabalho.

() Ser dispensado no dia de hoje.

(x) Permanecer afastado do trabalho (15) dias a partir de 19/03/2015 permanecer

Observações: Exames de Tumorais
descontos CID: _____

ITAPIPOCA, 19 de março 2015

ASSINATURA E CRM

Hospital e Maternidade São Vicente de Paulo - Itapipoca
Rua Urbano Teixeira de Menezes, 01 - Fazendinha
62500-000 Itapipoca CE
Tel.: 88 3631.5100

Dr. Antônio Aguiar Neto
TRAUMATOLOGIA - ORTOPEdia
CREMEC/CE 3289-5807 1111



SÃO CAMILO
Hospital e Maternidade
São Vicente de Paulo

www.saucamiloitapipoca.org.br

fls. 20

RECEITUÁRIO MÉDICO

NOME DO PACIENTE

Am. Monica F. Melo

Rx
1) Bupropion 150mg clat
2) Calpro 4 clat
3) Calpro 4 clat
4) Calpro 4 clat
5) Calpro 4 clat
6) Calpro 4 clat
7) Calpro 4 clat
8) Calpro 4 clat
9) Calpro 4 clat
10) Calpro 4 clat

ITAPIPOCA, 19 de 02 2015

ASSINATURA E CRM

Hospital e Maternidade São Vicente de Paulo
Rua Urbano Teixeira de Menezes, 01
Fazendinha
62500-000 Itapipoca CE
Tel.: 88 3631.5100

Siga em Frente



DESCONECTAR

Olá MARIA LOPES RODRIGUES MARTINS

Dados do processo

[Voltar](#)

Produtor	Seguradora	Data de entrada	Nº do Sinistro
MARIA LOPES RODRIGUES MARTINS	MBM SEGURADORA S/A	11/05/2015	3150/446196

Vítima

Vítima	Endereço	Bairro	Cidade
ANA MONICA FARIAS MATIAS	RUA ANASTACIO BARROSO	CRUZEIRO	ITAPIPOCA
UF	CEP	Código da vítima	Natureza
CE	62500-000	TRANSPORTADO	INVALIDEZ
Data de nascimento	CPF	Valor (DAMS)	Data do sinistro
23/10/1980	006.077.903-93	R\$	08/01/2015

Beneficiários

Beneficiário	Nome	CPF/CNPJ	Data de nascimento	Cidade	UF
Beneficiário 1	ANA MONICA FARIAS MATIAS	006.077.903-93	23/10/1980	ITAPIPOCA	CE
	Banco	Agência	Conta		
	104 - CAIXA EC	0748	30335-1		

Histórico

Data	Status	Descrição
23/06/2015	PROCESSO PAGO	
18/05/2015	PROCESSO ENCAMINHADO PARA SEGURADORA LIDER	
15/05/2015	PROCESSO ANALISADO E APROVADO	
11/05/2015	PROCESSO COM RESTRIÇÃO	⚡ APRESENTAR DECLARAÇÃO ASSINADA PELO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO COM FIRMA RECONHECIDA POR AUTENTICIDADE VERDADEIRA E COM A ASSINATURA DO CONDUTOR, CONFORME CIRCULAR DA SEGURADORA LIDER ⚡ ADENDO AO B.O. COM DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO/CONDUTOR POR AUTENTICIDADE VERDADEIRA, ATESTANDO SEU ENVOLVIMENTO NO ACIDENTE

Dados do pagamento

Beneficiário	Data	Valor
ANA MONICA FARIAS MATIAS PIRES	23/06/2015	R\$ 1.687,50