



**PROCURAÇÃO "AD-JUDICIA"**

**OUTORGANTE:** Jaqueline Sidonio do Vale, Brasileira,  
Solteira, doméstica, Rq: 2008010250090 cpf: 65072548380  
Rua: R: Edson Martins, n: 165 Bom Jardim  
Fortaleza/ce, cep: 60543454 telefone: 89633589  
8800-3443.

**OUTORGADOS: ERINALDA CAVALCANTE SCARCELA DE LUCENA**, brasileira, casada, advogada regularmente inscrita na OAB/CE sob os ns. 7953, com escritório profissional na Rua Capitão Antonio Aguiar, n. 70, Meireles, Fortaleza/CE., CEP 60.115.250, onde receberão intimações e ainda o Estagiário **JOÃO BOSCO DA SILVA JUNIOR**, portador do CPF de n. 018.533.313.33, também estabelecido no mesmo endereço.

**PODERES CONFERIDOS:** O(s) Outorgante(s) confere(m) aos Outorgados amplos e ilimitados poderes para o foro em geral, com a cláusula "**Ad Judicia**", para representá-lo em qualquer juízo, instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-lo(a) nas contrárias, seguindo umas e outras até o final da decisão, usando os recursos legais cabíveis para a plena defesa dos interesses do Outorgante e acompanhando-o(s), conferindo-lhe(s) ainda poderes especiais para confessar, transigir, desistir, receber e dar quitação e firmar compromisso ou acordo em qualquer procedimento, utilizando-se ainda os outorgados de todos os mecanismos oferecidos pelo sistema jurídico necessários ao desiderato colimado em cada postulação, de bem como outras que se fizerem necessárias para tanto, sendo certo que o presente patrocínio estende-se até a segunda instância, podendo os outorgados agir em conjunto ou separadamente, sendo-lhes facultado substabelecer esta para outro(s) advogado(s), com ou sem reserva de iguais poderes, dando tudo por bom, firme e valioso ao cumprimento do presente mandato valendo acrescentar, por derradeiro, que este mandato tem seu foco mais especificamente voltado para a defesa dos interesses do(s) outorgante(s) na esfera da Justiça Estadual e Federal do Ceará.

FORTALEZA, DE DE 2014  
Jaqueline Sidonio Vale:  
**OUTORGANTE(S)**



## SUBSTABELECIMENTO

**EU, ERINALDA CAVALCANTE SCARCELA DE LUCENA**, brasileira, casada, advogada regularmente inscrita na OAB/CE sob o n. 7953, portadora do CPF de n. 410.940.853-91, SUBSTABELEÇO COM RESERVA os poderes que me foram conferidos por JACQUELINE ISIDORIO DO VALE, já qualificado nos autos, para os advogados **FABIO LIMA SOMBRA** – OAB/CE 27447 e **FRANCISCO WAGNER B. DE ALENCAR FILHO** – OAB/CE sob o nº 29811, ambos com escritório na Travessa: Capitão Antônio Aguiar, número 70, Bairro Aldeota, nesta capital, podendo substabelecer.

Fortaleza, 21 de maio de 2014

  
\_\_\_\_\_  
DRA. ERINALDA C. SCARCELA DE LUCENA

OAB/CE – 7953



**DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA**

Eu, Jacqueline Fido de Vale, também, para os devidos fins, ser pobre, na forma e sob as penas da Lei nº 7.115/83, não podendo, assim, arcar com as despesas advindas desse processo sem que haja prejuízo do sustento meu e de minha família.

Fortaleza, CE, de de 2014

Jacqueline Fido de Vale

DECLARANTE

A

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A.

## DECLARAÇÃO

Eu, JACQUELINE ISIDÓRIO DO VALE portador da carteira de identidade nº 8008010250090 e inscrito no CPF sob o nº 610.925.483 - 80

Residente e domiciliado na RUA EDSON MARTINS 165 BOM JARDIM

Cidade: FORTALEZA, Estado CEARA declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar; PRONTUÁRIO COMPLETO INCLUINDO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, realizado no Hospital \_\_\_\_\_ Data de Entrada: 02/01/14

Data de Saída:     /    /    

Localizado em; FORTALEZA

O hospital se nega a disponibilizar a Xerox do PRONTUÁRIO COMPLETO ONDE INFORMA TODOS OS PROCEDIMENTOS CIRURGICO REALIZADOS.

Por esse motivo venho através desta comunicar e solicitar e requerer indenização do Seguro Dpvat (Lei nº 6.194/74)

Com o objetivo de permitir o andamento do meu pedido de indenização do Seguro Dpvat, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação enviada.

Concordando desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau, ou lesões para os fins do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Jacqueline Isidório do Vale

Assinatura do Declarante

FORTALEZA 12/03/2014

Local e Data

[Imprimir](#)[Fechar](#)

## JACQUELINE ISIDORIO DO VALE

De: [aruanaseguros.pendencia@gmail.com](mailto:aruanaseguros.pendencia@gmail.com)

Enviada: quarta-feira, 16 de abril de 2014 00:22:58

Para: [josetariasflamengo@hotmail.com](mailto:josetariasflamengo@hotmail.com)

Informamos abaixo o processo que sofreu movimentação durante o dia 15/04/2014, ficamos a disposição para qualquer esclarecimento.

Responsável pela alteração: JOAO CAIO

Nome da Vítima	Cobertura	Número do Sinistro	Situação	Observação
JACQUELINE ISIDORIO DO VALE	INVALIDEZ	2014199742	PROCESSO INDENIZADO	DATA PAGAMENTO: 16/04/2014 VALOR PAGAMENTO: 1687.50



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DO 32. DISTRITO POLICIAL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 132 - 290 / 2014

*Dados da Ocorrência*

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
Data / Hora da Comunicação: 17/01/2014 09:00:36  
Data / Hora da Ocorrência : 02/01/2014 21:00:36  
Endereço da Ocorrência: **R MISTES CORDEIRO 564  
BOM JARDIM FORTALEZA /CE**  
Ponto de Referência:

*Dados da(s) Vítima(s)*

Nome: **JACQUELINE ISIDORIO DO VALE**  
Nascimento : 11/10/1980  
RG: **2008010250090** Órgão Emissor: SSP UF: CE - CPF:  
Filiação: **FRANCISCO DE ASSIS  
VANDA MARIA ISIDORIO DO VALE**  
Endereço: **R JOSE MARTINS 165  
BOM JARDIM  
FORTALEZA CE BRASIL** Telefone:

*Histórico*

Que diz a declarante que no dia 02/01/2014, por volta das 21:00hs, ao sair do trabalho na Rua Mirtes Cordeiro, 564, vinha na garupa da moto honda CG 125, ano 1983, de cor preta, placa HUH6687, juntamente com o seu esposo, ANTONIO JEFERSON que vinha guiando, quando na ocasião um veículo de placas não anotadas trancou a mot, vindo a declarante e o seu esposo cair no chão. Que a declarante devido a pancada na cabeça desmaiou e ainda sofreu escoriações pelo corpo, no braço direito e na perna esquerda. Nada mais disse

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 32. DISTRITO POLICIAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: \_\_\_\_\_

MATRÍCULA: 15533714

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Jacqueline Isidório do Vale

VISTO DO DELEGADO(A): \_\_\_\_\_



**ARTICULAR**  
Clínica Médica e Fisioterapia

Av. Humberto Monte, 1440 - Parquelândia - CEP: 60450-000  
Telefone: (85) 3283.4784 / 8800.0778

RECEITUÁRIO

Atleta

Atleta Renato dos Anjos -  
do Vôlei sob per. travessa CPF  
MP em 02/01/2014, submetido  
a tratamento consisting of:  
mobilizações e exercícios  
musculares, principalmente do pé  
para melhorar mobilizações e  
fortalecimento de movimentos  
e melhorar índice de performance.

  
Dr. João Batista Soares da Silva  
Médico - CRM: 5765  
CPF: 228.775.923-91

Fortaleza, 07/03/14

Guia de Atendimento SPA 02 ...

http://192.168.1.2:8888/IS4/is4/69B0F772-2D78-43BB-81E2-8D5...

VERDE

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA  
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE  
HOSP.DIST. MARIA JOSE BARROSO DE OLIVEIRA  
FROTINHA DE PARANGABA



FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA	DIURNO	17									
1400169664	02/01/2014 09:42:37												
Paciente	JACQUELINE ISIDORIO DO VALE	Data Nascimento	11/10/1980	Idade	33 A 2 M 22 D	CNS		CPF		Prontuário	00103772		
Tipo Doc	Documento	Orgão Emissor		Data Emissão		Sexo	F	Estado Civil		Raça/Cor	PARDA	Naturalidade	FORTALEZA
Mãe	VANDA MARIA ISIDORIO DO VALE	Pai	FRANCISCO DE ASSIS DO VALE										
Endereço	RUA - EDSON MARTINS - 161 - BOM JARDIM - FORTALEZA - CE												
Contatos	---												
Classe de Risco	VERDE	Plano Convênio	SUS - SISTEMA UNICO DE SAUDE	N da Carteira		Validade		Autorização		Sis Prenatal			
Motivo do Atendimento	ACIDENTE DE MOTO	Carala do Atendimento	URGÊNCIA	Profissional do Atend.		Procedencia		Temp.		Peso		Pressão	
Selqr		Tipo de Chegada	DEMANDA ESPONTANEA	Procedimento Sol.		Registrado por:	FRANCISCA.BANDRA						
Queixa Principal	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue												
Antecedente de Enfermagem	PCT COM TRAUMA NA REGIAO CERVICAL APOS ACIDENTE DE MOTO												
Antecedente - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)	Dr. Kildery Pontes ENFERMEIRO COREN-CE 008.470 Trema perme ad e cervical de pe' ad Pe' ad e cervical												
Exame Físico	Trema pp E												
Hipótese Diagnóstica													
SADT - Exames Complementares	<input checked="" type="checkbox"/> RAIO-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS:												
Prescrição	0303090200												
Aprazamento													
Observação	Bote gessado												
Conduta	<input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Alta a Revelia <input type="checkbox"/> Internação <input type="checkbox"/> Transferência para: _____                    Data e Hora de Alta: ____/____/____												
Óbito	Antea do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                    Destino: <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> Instituto de Diagnóstico e Referencia Epidemiológica												
Assinatura do Paciente ou Responsável	Dr. Carlos Renato de Sá Ortopedista e Traumatologista CRM 15541												
Carimbo e Assinatura do Médico													

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por FABIO LIMA SOMBRA e Tribunal de Justiça do Ceará, protocolado em 03/06/2014 às 14:52, sob o número 08644967220148060001. Para conferir o original, acesse o site http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0864496-72.2014.8.06.0001 e código 12F09DD.



**DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA**

Eu, JACQUELINE ISIDORIO DO VALE

RG nº 2058010250090, data de expedição 22/07/08, órgão 65D

CPF nº 610.725.488-80, 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)	RUA EDSON MARTINS
Número	165
Apto / Complemento	
Bairro	BOM JARDIM
Cidade	FORTALEZA
Estado	CEARA
CEP	60543-454
Telefone de Contato	(80)3251-1385 / 8576-4120
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: FORTALEZA 12/08/2014

Assinatura do Declarante: Jacqueline Isidório do Vale

CLIENTE: LEIS DARE DOS SANTOS  
 ENDEREÇO: RUA EDSON MARTINS, 165 BOM JARDIM  
 CIDADE: FORTALEZA CEP: 60543-454

CLASSIFICAÇÃO: 001 - 055 - 0107 - 0135 - 0000  
 (Saneamento Básico - Abastecimento - Tratamento - Esgoto)

ECONOMIA: 001 - 000 - 000 - 000  
 (Residencial - Consumo - Industrial - Pôsterior)

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Tempo	Módulo	Letra Anterior	Letra Atual	Volumen <sup>1</sup>	Medida Simultânea
AGUA	R015000679	283	295	12	12

CONTABILIZAÇÃO DA AGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 11/2013

Consumo	Consumo	Consumo	Consumo	Consumo	Consumo
Residencial	550	550	550	550	550
Industrial	503	503	503	503	503
Comercial	502	502	502	502	502

CONSTATAMOS DÉBITO DE R\$ 40,68 CASO PAGO, DESCONSIDERAR DEVIDO A FALTA DE CHUVAS FAÇA USO RACIONAL P/ ECONOMIZAR AGUA

HISTÓRICO DE PAGAMENTOS

Valor	Debitado	Recebido	Saldo
AGUA	20,18		
JUROS DE 0,033%	0,14		
MULTA DE 2%	0,30		
DEZ-13		7,00	
FEV-13		7,00	
MAR-13		00,00	
ABR-13		00,00	
MAI-13		13,00	
JUN-13		00,00	
JUL-13		15,00	
AGO-13		11,00	
SET-13		00,00	
OUT-13		00,00	
NOV-13		14,00	

RESUMO DO PAGAMENTO

Descrição	Valor R\$	Descrição	Valor R\$
PIS	0,61	VALOR DO SERVIÇO	29,84
COFINS	0,12	VALOR DO SUBSÍDIO	9,22
		VALOR TOTAL A PAGAR	20,62

DATA DE VENCIMENTO: 08/01/2014

AGÊNCIA DE ATENDIMENTO: 155  
 GOVERNO DO CEARÁ

É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme resoluções das Agências Reguladoras.  
 Maiores informações pelo telefone: 0800-011-0111 nas lojas de atendimento, de 8h às 17h, no site www.cagece.com.br ou na ouvidoria Cagece: 3101.1918 de 8h às 12h e 13h às 17h. Ouvidoria estadual: 0800-011-0111. Site da ARCE: www.arce.gov.br

CLIENTE: LEIS DARE DOS SANTOS Nº de inscrição: 0004765000  
 ENDEREÇO: RUA EDSON MARTINS, 165 BOM JARDIM  
 CIDADE: FORTALEZA CEP: 60543-454

CLASSIFICAÇÃO: 001 - 055 - 0107 - 0135 - 0000  
 (Saneamento Básico - Abastecimento - Tratamento - Esgoto)

ECONOMIA: 001 - 000 - 000 - 000  
 (Residencial - Consumo - Industrial - Pôsterior)

VALOR TOTAL A PAGAR: R\$ 20,62

8268000000 0 20620009200 8 00370509901 2 00063022015 0



ESTADO DO CEARÁ SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO MILTON SAMPÓSIA DE SOUSA	
	
<i>Jaqueline: S. do Vale</i>	
CARTEIRA DE IDENTIDADE	
REGISTRO GERAL 2008010250090	DATA DE EXPEDIÇÃO 22/7/2008
NOME JACQUELINE ISIDORIO DO VALE	
FILIAÇÃO FRANCISCO DE ASSIS DO VALE E VANDA MARIA ISIDORIO DO VALE	
NATALIDADE FORTALEZA-CE	DATA DE NASCIMENTO 11/10/1980
DOC ORIGEM CERT. NASC. 38538 L A-31 F	
486 PARANGABA/FORTALEZA-CE	
CPF	
FORTALEZA-CE	ASSINATURA DO DIRETOR
	LEI Nº 7.116 DE 2008/83

MINISTÉRIO DA FAZENDA  
**Receita Federal**  
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número  
**610.725.483-80**

Nome  
**JACQUELINE ISIDORIO DO VALE**

Nascimento  
**11/10/1980**

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO