

PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA

OUTORGANTE: JULIANE CAVALCANTE PIMENTA CASADA,
MAVICURE, BRASILEIRA, Carteira de Identidade nº 340913344
 C.P.F. nº 01005009377, residente e domiciliado na Rua
PEO RAMOS, nº 155, bairro PEDRAS Cep 60745540 Cidade
FORTALEZA no Estado CEARA.

OUTORGADO: Dr. Felipe Reinaldo Rabelo Leal, brasileiro, casado,
 advogado inscrito na OAB-CE sob o nº 17.528, C.P.F. nº 785.408.873-04,
 com escritório profissional situado na Rua. Do Rosário 77 sala 1402, bairro
 Centro, Fortaleza, no Estado do Ceará.

PODERES: Através do presente instrumento particular de mandato, o
 (a) **OUTORGANTE** nomeia e constitui como seu procurador
 o **OUTORGADO**, concedendo-lhe amplos poderes, inerentes ao bom e fiel
 cumprimento deste mandato, bem como para o foro em geral, conforme
 estabelecido no artigo 103 e seguintes do Novo Código de Processo Civil, e
 os especiais para transigir, fazer acordo, firmar compromisso, renunciar,
 desistir, reconhecer a procedência do pedido, receber intimações, receber e
 dar quitação, assinar declaração de hipossuficiência econômica, praticar
 todos atos perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, e
 órgãos da administração pública direta e indireta, praticar quaisquer atos
 perante particulares ou empresas privadas, recorrer a quaisquer instâncias e
 tribunais, podendo atuar em conjunto ou separadamente, dando tudo por
 bom e valioso, com fim específico para propor ação para recebimento do
 seguro DPVA.

Fortaleza-CE, 12 de SETEMBRO 2014

X Juliane Cavalcante Pimenta



Leal Advocacia

DECLARAÇÃO DE POBREZA

Nome: SULIANE CAVALCANTE PIMENTA
 Nacionalidade: BRASILEIRO Estado: CEARA Estado Civil: CASADA
 Profissão: MANICURE
 Rg: 3409133-99 SSP/CE-CPF: 020.050.093-77
 Logradouro: FRANCISCO RAMOS
 , Nº 155 , Compl.: CASA 05
 Bairro: PEDRAS CEP: 608745-590
 Cidade: FORTALEZA Telefone: ---

Desejamos obter os benefícios da "Justiça Gratuita", declara, sob as penas da lei que não possui recursos suficientes para custear qualquer demanda, sem prejuízo do sustento próprio e da família, pelo que, nos termos da lei nº 1.060 de 05 de Fevereiro de 1950, faz jus aos benefícios da gratuidade da justiça.

Fortaleza/CE: 12 de SETEMBRO de 2016

Suliane Cavalcante Pimenta

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

NOME:	JULIANE GABRIELLE
RG:	340453-94
SSP/	CPF: 020.050.093-77

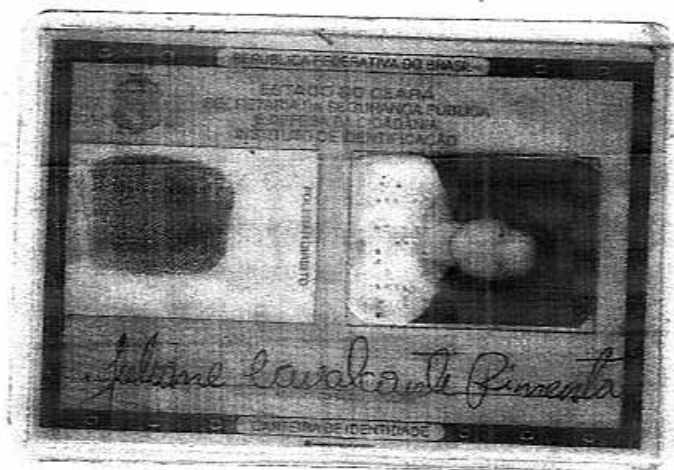
DECLARA de sã consciência e bem da verdade que VIVE E RESIDE em:

Logradouro:	FRANCISCO RAMOS 153 CASA 05		
Nº	153	compl	CASA 05
Bairro	PEDRAS		
Cep nº	608.245.390.		
Cidade:	FORTALEZA		
UF:	CE/PA		

Que a presente declaração é a expressão da verdade, a qual é feita nos termos e sob as penas da lei, pelo que me responsabilizo pela presente

Fortaleza/CE, 12 DE SETEMBRO 2018

Juliane Gabriel



Rua Padre Valdevino, 150
 CEP 60135-040 Fortaleza CE
 CNPJ 07.047.251/0001-70 CGF 06.105.848-3

6300851-3

Rota 14 01220 44 111000 - 0 Data de Emissão 19/05/2015
 Nome JULIANE CAVALCANTE PIMENTA
 End. Postal RU FRANCISCO RANOS 00155 CS 05
 PEDRAS - FORTALEZA - 60874590
 Medidor 1568908 Poste 0000 V335
 Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASICO BAIXA RENDA Valor de Potência 0,00
 RG / CPF / CNPJ 020950093-77 CGF
 Nome do Responsável

CONTAS DE ENERGIA ELÉTRICA - GRUPO B (SÉRIE B-3) - Nº

Período	Data da Apresentação	Data de Corte
Mai/2015	19/05/2015	19/06/2015

ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO
 Veja a legenda no verso desta conta.
 Conjunto J-EUT
 Maio 2015 EIGF 13,73
 Índice de Qualidade do Serviço

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
ISENTO		

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL
 DFC 5,87 11,34 22,69 1,45 1,45 1,45
 FIC 0,36 6,72 13,45 1,00 1,00 1,00
 DMIC 0,29 1,45

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Let. Atual	Let. Anterior	Consumo (kWh)	Consumo Incl. (kWh)	Consumo Excl. (kWh)	Taxa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
1144	1042	1,00	1,00	0,00	27,55	27,55

VALOR CONSUMO DO MÊS 27,55
JUROS DO MÊS 0,25
ILUMINAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL 10,69
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA 2,02
INDENIZAÇÃO TRIMESTRAL DFC -0,28
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MÊS (R\$ 3,24)

15/06/2015 **40,23**

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

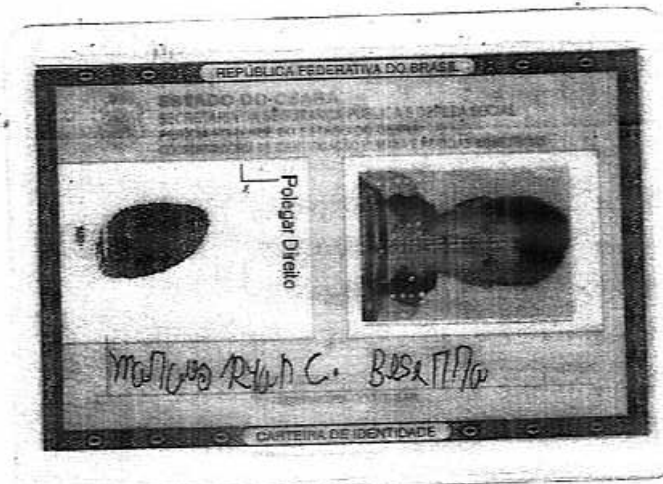
Período	Consumo (kWh)	Valor (R\$)
12/7	102	27,55
9/8	123	33,81
12/9	120	33,06
10/10	100	27,55
12/11	127	34,89
12/12	114	31,41
12/1	229	63,07
0/2	0	0,00
0/3	0	0,00
0/4	0	0,00

44,08 **0,00**

Informações
 A PARCELAMENTO RESPOSTA: MENOS DE 7,15% DO TRIMESTRE DE BASTA
 TERMO: 14 CUELTAS, INICIANDO A PARTIR DE 12 DE MARÇO DE 2015.
 CONFORME RESOLUÇÃO NORMATIVA N.º 1802 DE 14-04-2015.
 A CUELTAS ADICIONAIS E PARCELAMENTOS FOMOS INICIADOS NOS SEUS FOMOS.

Bandeira Tarifária: VERMELHA
 Consta desta fatura R\$ 4,20 referente a PIS e COFINS.
 Em 2015 entrou em vigor o sistema de bandeiras tarifárias. A bandeira verde não implica cobrança adicional. As bandeiras amarela e vermelha, quando acionadas, implicam cobranças de maior valor, devido ao maior custo de geração. Para informações em www.eneel.com.br.

6300851-3 **Mai/2015**
19/05/2015 **40,23**
387364214 **0006300851 00009 39092 20**
83850000000-8 40230031000-7 00063008510-2 00093909210-7





GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRÂNSITO



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 2083 / 2015

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
 Data / Hora da Comunicação: 07/08/2015 09:35:13
 Data / Hora da Ocorrência : 20/04/2015 12:00:13
 Endereço da Ocorrência: ROD BR 116

MESSEJANA FORTALEZA /CE
 Ponto de Referência: ALTURA DO KM 11

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **JULIANE CAVALCANTE PIMENTA**
 Nascimento : 22/12/1984
 RG: 340913399 Órgão Emissor: SSP UF: RN - CPF: 02005009377
 Filiação: **MOISES CAVALCANTE PIMENTA**
RAIMUNDA MARIA DO SOCORRO PIMENTA
 Endereço: R FRANCISCO RAMOS 155 CASA 5
PEDRAS
FORTALEZA CE BRASIL Telefone: 97362110

Nome: **MARCUS RYAN CAVALCANTE BESERRA**
 Nascimento : 16/11/2005
 RG: 20081591505 Órgão Emissor: SSP UF: CE - CPF: 06649397326
 Filiação: **MARCUS PAULO BESERRA DA SILVA**
JULIANE CAVALCANTE PIMENTA
 Endereço: R FRANCISCO RAMOS 155 CASA 5
PEDRAS
FORTALEZA CE BRASIL Telefone:

Nome: **MARCUS PAULO BESERRA DA SILVA**
 Nascimento : 12/06/1985
 RG: Órgão Emissor: UF: - CPF:
 Filiação: **FRANCISCO DE ASSIS DA SILVA**
FRANCISCA BESERRA DA SILVA
 Endereço: R FRANCISCO RAMOS 155 CASA 5
PEDRAS
FORTALEZA CE BRASIL Telefone: 96877294

Histórico

AFIRMA O DECLARANTE, MARCUS PAULO BESSERA DA SILVA, QUE NA DATA E HORA ACIMA CITADOS TRAFEGAVA EM UMA MOTO HONDA CG 150, COR CINZA, ANO 2008, PLACA HYW 5287, LICENCIADA EM NOME DE VENIRA ALVES BESERRA, PELA BR 116, SENTIDO CAPITAL/ INTERIOR, JUNTAMENTE COM SUA ESPOSA E SEU FILHO NA GARUPA DA MOTO, QUANDO NA ALTURA DO KM 11, UM VEICULO DE PLACAS NÃO ANOTADAS TRANCOU SUA MOTOCICLETA, OCASIÃO EM QUE A

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRÂNSITO

Marcus Paulo Bessera da Silva

Juliane Cavalcante Pimenta

HOSPITAL DISTRITAL DR. EVANDRO AYRES DE MOURA RUA CÂNDIDO MARIA, 284 - ANT? BEZERRA						Fortaleza	
FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA/ORTOPEDIA		DIURNO		10	
Paciente	Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário		
MARCUS RYAN CAVALCANTE BESERRA	16/11/2005	9 A 5 M 4 D	898004161312301	05649397326	00093265		
Tipo Doc	Documento	Emissor	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade	
IDENTIDADE	20081591505	SSPCE	M	CASADO(A)	PARDA	OROS - CE	
Nºe			Pai			Contatos	
JULIANE CAVALCANTE PIMENTA			MARCUS PAULO BESERRA DA SILVA	(85) 9687-7294			
Endereço	RUA - FRANCISCO RAMOS - 155 - PEDRAS - FORTALEZA - CE						
Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorizações	Sis Prenatal		
VERDE	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE						
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão	
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA						
Setor	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.	Registrado por:				
AMBULATORIO	DEMANDA ESPONTANEA		MARIA.SOCORRO				
Queixa Principal	[] Síndrome Febril [] Sintoma Respiratório [] Suspeita de Dengue						
Anamnese de Enfermagem	GSC		TOTAL				
	AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456						
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)							
Exame Físico							
Hipótese Diagnóstica							
SADT - Exames Complementares	[] RAIO-X [] ULTRA-SOM [] TC [] SANCUE [] URINA [] ECG [] OUTROS: _____						
PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO		OBSERVAÇÃO				
<i>Parar cirurgia geral</i>							
Condição	Alta por Decisão Médica		Ambulatório				
[] Alta a Pedido			Observação (Até 24h)				
[] Alta a Revelia			Interna				
[] Transferência para:			Data e Hora da Saída/Alta				
?bito	Antes do 1º Atendimento?		Sim [] Não []		Destino: [] Família [] IML Anatomia Patológica		
Assinatura do Paciente ou Responsável	Carimbo e Assinatura do Médico						
Impresso por: maria.socorro	Data Hora: 20/04/2015 14:27:20		1600154126				

21/04/2015

Guia de Atendimento 02

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



2289

15/032057 21/04/2015 11:38:55 FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA DIURNO

Paciente: MARCUS RYAN CAVALCANTE BESERRA Date Nascimento: 16/11/2005 Idade: 9 A 5 M 5 D CNS: CPF: 06649397326 Pront. N°: 00181137

Tipo Doc: Documento 7rg?o Emissor: Data Emiss?o: 10/04/2012 Sexo: M Estado Civil: SOLTEIRO(A) Parda Ra?a/Cor: OROS - CE Naturalidade: Contatos: MARCUS PAULO BESERRA DA SILVA (85) 9736-2110

ID: 200815591505 SSP CE

M?o: JULIANE CAVALCANTE PIMENTA

Endere?o: RUA - FRANCISCO RAMOS - 155 - MESSEJANA - FORTALEZA - CE

Clas. de Risco: SUS - SISTEMA UNICO DE SAUDE N? da Carteira: Validade: Autoriza??o: Sis Prenatal:

Motivo do Atendimento: Car?ter do Atendimento: Profissional do Atend.: Proced?ncia: Temp.: Peso: Pront. N°:

Ser: URG?NCIA Tipo de Chegada: Procedimento Sol.: Registrado por: PAULA ANDRADE

Q?ixa Principal: *les?o em Joelho e tornozelo* ☐ S?ndrome Febril ☐ Sintom?tico Respirat?rio ☐ Suspeita de Dano

Anamnese de Enfermagem: *les?o em Joelho e tornozelo* GSC: AD: 1234 RV: 12345

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____ h): *TPA pel?o*

Exame F?sico: *Joelho e tornozelo*

H?tese Diagn?stica: *Fratura* *03-01-2015 12*

SABT - Exames Complementares: ☐ RAIO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:

FRESCRI??O: *Cart?o e pel?o* APRAZAMENTO: OBSERVA??O:

Assinatura do Paciente ou Respons?vel: *Paulo Elyel Frata Ponte* HOSPITAL DISTRITAL M? JOSE BARROSO DE OLIVEIRA ATESTO QUE COPIA CONFERE COM ORIGINAL FUNCIONARIO - MATRICULA: *03-01-2015 12*

Condi?ta: ☐ Alta por Decis?o M?dica ☐ Ambulat?rio ☐ Alta a Pedido ☐ Observa??o (At? 24h) ☐ Alta a Revelia ☐ Interna??o ☐ Transfer?ncia para: Data e Hora da Sa?da/Alta: ____/____/____

7?ito: ☐ Sim ☐ N?o Destino: ☐ Fam?lia ☐ IML Anatomia Patol?gica

Assinatura do Paciente ou Respons?vel: Assinatura do M?dico: *Paula Andrade* 150032057

Impresso por: paula.andrade Data Hora: 21/04/2015 11:43:18

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por FELIPE REINALDO RABELO LEAL e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 08/12/2016 às 11:39, sob o número 01899338820168060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0189933-88.2016.8.06.0001 e código 27771BF.

08/12/2016

Seguradora Lider-DPVAT Acompanhe o Processo

SINISTRO 3150761596 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** JULIANE CAVALCANTE PIMENTA**COBERTURA** Invalidez**SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO** COMPREV SEGURADORA S/A**BENEFICIÁRIO** JULIANE CAVALCANTE PIMENTA**CPF/CNPJ:** 02005009377**Posição em 08-12-2016 11:37:24**

Pagamento creditado ao beneficiário de acordo com os dados informados na autorização de pagamento.

Data do Pagamento	Valor da Indenizacao	Juros e Correção	Valor Total
21/09/2015	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50