

Consultoria e Assessoria Jurídica
SOCORRO DUARTE OAB/CE - 33455-A
Rua Josafá Batista da Silva, nº 560-3, Tianguá - CE.
Cel: 88 99917 6790 socorroduart@hotmail.com



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que são autênticas as fotocópias carregadas na petição inicial da:

| AÇÃO | PARTES |
|----------------------------|--|
| Ação de cobrança de Dprvat | Daniel Rodrigues Silva Seguradora Lander dos Consórcios Dprvat. |

Estão conforme o contido no art. 225 do Código Civil e Art. 425, IV, do Código de Processo Civil.

Tianguá-CE, 26 de Outubro 2016.

Maria do Socorro Medeiros Duarte

Advogada/OAB

Consultoria e Assessoria Jurídica
SOCORRO DUARTE OAB/CE - 33455-A
Rua Josafá Batista da Silva, nº 560-3, Tianguá - CE.
Cel: 88 99917 6790 socorroduart@hotmail.com



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

DANIEL RODRIGUES SILVA, brasileiro, agricultor, portador do documento de identidade (RG) nº 2005028090812 SSPCE, inscrito no Cadastro de Pessoas Físicas (CPF) sob o nº 029.532.253-58, residente e domiciliado na Rua São Francisco, Bairro: Escola Normal, Viçosa do Ceará-CE.

OUTORGADA:

MARIA DO SOCORRO MEDEIROS DUARTE brasileira, casada, advogada, inscrita no Cadastro de Pessoas Físicas (CPF), sob o nº 312.618.254-20, RG nº 2006010102574 SSPCE, e na Ordem dos Advogados do Brasil, Seccional de Alagoas, sob o nº 13.611 e na Seccional do Ceará sob o nº 33.455-A, com escritório profissional na Rua Josafá Batista da Silva, nº 560-3, Centro - Tianguá/CE.

PODERES:

Pelo presente instrumento particular de mandato, o outorgante nomeia e constitui sua procuradora, a quem confere amplos poderes para o **foro em geral**, com cláusula "ad-judicia et extra" para representá-lo em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, inclusive repartições públicas federais, estaduais e municipais, de qualquer natureza, podendo propor contra quem de direito, as ações competentes e defendê-lo nas contrárias, até final decisão, podendo, a outorgada, substabelecer com ou sem reservas de iguais, todos os poderes aqui conferidos, tudo para o bom e fiel desempenho do presente mandato.

Viçosa do Ceará, 06 de setembro de 2016

x Daniel Rodrigues SILVA

DANIEL RODRIGUES DA SILVA



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
 POLÍCIA CIVIL
 DELEGACIA MUNICIPAL DE VICOSA DO CEARÁ



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 570 - 1773 / 2015

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO
 Data / Hora da Comunicação: 05/11/2015 14:35:37
 Data / Hora da Ocorrência : 14/07/2015 10:26:00
 Endereço da Ocorrência: SIT CARRAPATEIRAS

Dados da Ocorrência

Ponto de Referência: ZONA RURAL, VICOSA DO CEARÁ / CE

Nome: DANIEL RODRIGUES DA SILVA
 Nascimento : 19/12/1986
 RG: Órgão Emissor: UF: - CPF:
 Filiação: FRANCISCO DA SILVA TEXEIRA
 MARIA DO SOCORRO DOS SANTOS RODRIGUES
 Endereço: R SÃO FRANCISCO
 ESCOLA NOROMAI. 62300000
 VICOSA DO CEARÁ CE BRASIL

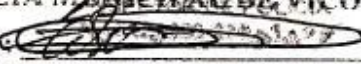
Dados da(s) Vítima(s)

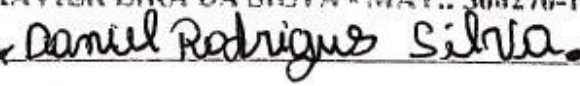
Telefone:

Histórico

O NOTICIANTE INFORMA QUE CONDUZIA A MOTOCICLETA HONDA/NXR 150 BROS ES, COR PRETA, ANO E MODELO 2007/2007, PLACA IYR 1845, CHASSI 9C2KD03307R033263, DE PROPRIEDADE DE ANTONIO FRANCISCO NERES, QUANDO SE ENVOLVEU EM ACIDENTE DE TRÂNSITO, APÓS COLIDIR EM UM ANIMAL CACHORRO, CHEGANDO ESTE A CAIR AO CHÃO E SOFRENDO LESÕES CORPORAIS CONFORME O LAUDO MÉDICO E ANEXO. ESTE B.O É PARA FINS DPVAT, QUE NADA MAIS DISSE E NEM LHE FOI INFORMADO, DANDO-SE ESTE TERMO POR ENCERRADO.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE VICOSA DO CEARÁ

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: 
 EDSON XAVIER LIRA DA SILVA - MAT.: 300270-1-9

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: 

VISTO DO DELEGADO(A): FRANCISCO MIGUEL DE SALES FILHO - MAT.: 126884-1-5

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
E DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO



FOLHA ÚNICA

DANIEL RODRIGUES SILVA
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2005028076812 DATA DE EMISSÃO 28/10/2005

NOME DANIEL RODRIGUES SILVA

FILIAÇÃO FRANCISCO DA SILVA TEIXEIRA S
ARIA DO SOCORRO DOS SANTOS RODRIGUES S

NATALIDADE VILVOSA DE OCEANOPI DO CEARÁ

DOC ORIGEM SIV 2 DE VILVOSA DE OCEANOPI

CPF 00000000000

ASSINATURA DO DIRETOR

LEIN 7.116 DE 2005/83

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal


CPF

532.253-58

DANIEL RODRIGUES SILVA



1980



CORREIOS

(31603000000)

11/10/2005

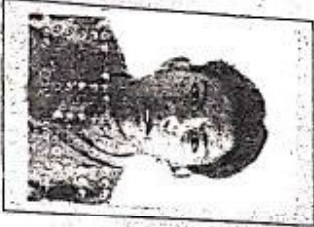
AMSTERDÃ

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
E DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO



POLEGAR DIREITO



DANIEL RODRIGUES SILVA
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

Registro de Pessoas Físicas
Número de Inscrição

029.532.253-58

Nome
DANIEL RODRIGUES SILVA

Nascimento
19/12/1986



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2005028070812 DATA DE EXPEDIÇÃO 20/10/2008

NOME DANIEL RODRIGUES SILVA

FILIAÇÃO FRANCISCO DA SILVA TEIXEIRA
ÁRIA DO SOCORRO DOS SANTOS RODRIGUES SILVA

NATALIDADE VICOSA DE CEARÁ DATA DE NASCIMENTO 13/02/1986

DOC ORIGEM 13021986

CPF 029.532.253-58

FORTALEZA Assinatura do Diretor

LEI Nº 7.116 DE 29/06/83



(31603071430)

AMESTERDÃ



FICHA DE REFERÊNCIA



SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS / CEARÁ

Unidade de Origem: _____

Distrito Sanitário: _____

Município: _____

Nome: Daniel Rodrigues Silva

Prontuário Nº: _____

Sexo: M F Data de Nascimento: ____/____/____

Ocupação: _____

Endereço: _____

Bairro: _____

Município: _____

Fone: _____

Motivo do Encaminhamento: Paciente O 28 anos, vítima de acidente de trânsito sem capacete, alcoolizada, apresentando ataxia à direita, vômito com sangue em supracílio Eº

Resultado do(s) Exame(s):

Glasgow 13 AO: 3 AV: 4 RM: 6

AP: MVU sem RA Abdome: plano, flácido, indolor

Conduta já Realizada: SRL 1000 ml EV

Valparim 75 mg IM

Impressão Diagnóstica: TCE

Neidimar Afonso de Menezes

MEDICA

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

Médica

Função

11/07/2015

Data

10:45

Hora

Raquel Brito de Araújo
CPF: 004.331.343-47
Secretária de Saúde

AGENDAMENTO

Encaminhamento para Atendimento: Ambulatorial Hospitalar Auxílio Diagnóstico

Procedimento: _____

Profissional: _____

Unidade de Referência: _____

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

Função

Data

Hora

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA(*)

Unidade de Referência: _____

Município: _____

Prontuário Nº _____

Data da Alta: ____/____/____

Resumo Clínico / Cirúrgico:

Resultado do(s) Exame(s):

Carta Casa de V. de Sobral
CONFERE COM O ORIGINAL
Andréia R. Montenegro
COORDENADORA

Diagnóstico: Principal _____

CID: _____

Secundário 1 _____

CID: _____

Secundário 2 _____

GID: _____

Proposta de Consulta para seguimento: _____

O problema justificou a referência? Sim Não O motivo da referência coincide com o diagnóstico? Sim Não

Assinatura do Consultante - Nº Registro

Função

Data

15
15

REGISTRO DE ATENDIMENTO

Nome: Daniel Rodrigues Silva / Prof. Agricultor
 Sexo: M () F () DN: 29/12/86 Idade: 28a. Raça/Cor: Parda
 Município de Origem: () Viçosa do Ceará () Outro Município: _____
 Endereço: B. Escola Normal Telefone () _____
 Cartão do SUS: 703 0028 8085 5976 RG: 2005028090812
 Data do Atendimento: 14/07/2015 Hora: 10:26 Recepção: SS
 Filiação: M^{re} do Socomo dos S. Rodrigues e F^{co} da Silva Teixeira.

SINAIS VITAIS

Peso: _____ g Temperatura: _____ °C Pressão Arterial: 110 x 80 mmHg
 FR: _____ irpm FC: _____ bpm DX: _____ mg/dL
 Classificação da dor: () Sem Dor () Leve () Moderada () Intensa () Insuportável

ACOLHIMENTO

Deseja Atendimento Ambulatorial: () Sim () Não
 Queixa Principal: _____ Há quanto tempo: _____
 Procurou Atendimento na Atenção Básica: () Sim () Não Qual o PSF: _____
 Justificativa: _____

TIPO DE ACIDENTE:

- () Acidente de Trânsito Data: ___/___/___ Hora: ___:___ Alcoolizado: () Sim () Não () Ignorado
- () Moto - Usando Capacete? _____ () Automóvel - Usando cinto de Segurança? _____
- () Atropelamento Local: _____
- () Acidente por arma branca () acidente por arma de fogo () acidente de trabalho () Afogamento
- () Choque elétrico () Queda. De onde? _____
- () Ingestão Acidental: () Corpo Estranho () Produtos químicos farmacêuticos
- () Queimaduras: () 1º grau () 2º grau () 3º grau Por: () Água () Óleo () Alcc'ol () Elétrico
- () Mordedura de Animais: () Domésticos () Selvagem
- () Outros: _____

Medicações e tempo de uso: _____

Anamnese e Exames Físicos Inicial: _____

Classificação de Risco:

Data: ___/___/___

Assinatura do Profissional: _____

ATENDIMENTO MÉDICO

16-1-20

AVALIAÇÃO CLÍNICA:

Tratamento de Dor de Dentes, Anestesia
Local Propofol.
TC: Anest. Semif. Cont.

EXAME FÍSICO:

HIPÓTESE (S) DIAGNÓSTICA (S):

TC leve.

PROCEDIMENTO E CONDUTA:

- 1- Anest. 2: 18 mg de k
- 2- Voltaren 750 mg
- 3-
- 4- Vitamina K. (AM)
- 5-
- 6-

APRAZAMENTO:



Dr. Wilson Aguiar
Médico
CREMESP

MÉDICO

Assinatura e Carimbo

OBSERVAÇÃO DE ENFERMAGEM:

DESTINO:

() Alta () Observação () TRANSFERÊNCIA PARA:

Ana Marcia da Silva

Assinatura do Usuário ou Responsável

16

REPUBLICA FEDERAL DO BRASIL
MINISTÉRIO DOS TRANSPORTES

DETRAN - CE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

Nº 010310478470

| | | | | |
|-------------------------|------------------|-------------|------------|-------------------|
| CRDD | 01 | 948812249 | 0000000000 | 2013 |
| ANTONIO FRANCISCO NERES | | | | |
| VICOSA DO CEARÁ/CE | | | | |
| 15098916844 | HYR1845 | PLACA | | |
| 9C2KD03307R033263 | CHASSI | | | |
| PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC | GASOLINA | COMBUSTIVEL | | |
| HONDA/NXR150 BROS ES | 2007 | ANO FAB | 2007 | ANO MOD |
| 2P/0CV/149CC | PARTIC | CATEGORIA | PRETA | COR PREDOMINANTE |
| 1 | VENIC COTA UNICA | VENIC COTAS | | |
| 2 | VENIC COTAS | VENIC COTAS | | |
| 3 | VENIC COTAS | VENIC COTAS | | |
| 286.75 | 1.11 | 292.01 | 09/07/2013 | DATA DE PAGAMENTO |

PREMIO TARIFARIO (R\$) 1.11 PREMIO TOTAL (R\$) 292.01 DATA DE PAGAMENTO 09/07/2013

VICOSA DO CEARÁ/CE DATA 10/03/2014

CE Nº 010310478470 **BILHETE DE SEGURO DPVAT**

2013

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
15098916844 **10/03/2014**
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

| | | | | | |
|--|----------------------|----------------|-------------------------------|-------|---------|
| 01 | 15098916844 | CPF / CNPJ | 2013 | PLACA | HYR1845 |
| 948812249 | HONDA/NXR150 BROS ES | MARCA / MODELO | | | |
| 2007 | 09 | Nº CHASSI | 9C2KD03307R033263 | | |
| PRÊMIO TARIFÁRIO | | | | | |
| 129.04 | 14.34 | DESTRAN (R\$) | CUSTO DO SEGURO (R\$) | | |
| 4.15 | 1.11 | ICF (R\$) | TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$) | | |
| CUSTO DO BILHETE (R\$) | | | | | |
| COTA UNICA PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO 09/07/2013 | | | | | |

LOTE / DDP: 099949/944-1 LITRE E DPVAT
MOTOR: KD03E370302630e/001-04

JUL-2013

coelce

COMPANHIA ENERGÉTICA DO CEARÁ
CNPJ 07.047.251/0001-70 - C.G.F. 08105.848-3
Rua Padre Valdevino, 150. CEP 60135-040. Fortaleza/CE.

17
13

Boleto para Pagamento

CLIENTE 4328815

MUNICÍPIO

VICOSA CEARA

NOME

ANA MARCIA DA SILVA

ENDEREÇO

RU ESCOLA NORMAL 00000 - LESTE

CEP 62.300-000

CPF/CNPJ: 038.471.083-28

| Mês/Ano | GRANDEZA | | CÁLCULOS |
|-----------------------|------------|-----------|---------------------|
| | Vencimento | Cons. kWh | Valor em R\$ |
| 2016 | 10/02/2016 | 67 | 32,83 |
| AUTENTICAÇÃO MECÂNICA | | | TOTAL A PAGAR 32,83 |

coelce

COMPROVANTE COELCE

CLIENTE

8815

MUNICÍPIO VICOSA CEARA

ROTA 016.031140.01.00102345

83870000000-1 32830031000-4 00043288150-6 00031457294-5



Boleto para Pagamento

TOTAL A PAGAR

32,83



EVOLUÇÃO CLÍNICA MÉDICA



PROFISSIONAL:

NOME: Daniel Rodrigues Silva

Nº PRONTUÁRIO 326669

SETOR:

ENFERMARIA:

LEITO:

DATA:

1.07.15

Dr. Claudio Henrique - Neurocirurgião

TC = Aumento de bordas subaracnóides
de natureza traumática

Fratura de osso de face TC

TC - cefalograma / 15

- Alcodigol

- Exame: Alt. neurocirurg
André SOUZA ARAÚJO

[Signature]
Dr. Claudio Henrique Souza Moreira
NEUROCIRURGIÃO - CRM: 15433
CNPJ: 204.176477/0001-00

2015

[Signature]

[Signature]
Dr. Rodrigo Barreto
Cirurgião PIA: 1100
CRM: 9102

Santa Casa de Misericórdias de São Paulo
DIFERE COM O ORIGINAL
MONTENEGRO
BORDENABORA



EVOLUÇÃO CLÍNICA MÉDICA



PROFISSIONAL:

NOME: Daniel Rodrigues Silva

Nº PRONTUÁRIO 326669

SETOR:

ENFERMARIA:

LEITO:

DATA:

1.07.15

Dr. Claudio Henrique - neurocirurgião

Exame = Aumento de terças subaracnóides
de natureza traumática
Tratado de osso de face PE

Exame = cefaléia / 15

Alcoolismo

Exame = Alta neurocirurgia
Anál. BIODINÂMICA

[Signature]
Dr. Claudio Henrique Souza Moreira
NEUROCIRURGIÃO - CRM: 6633
CNS: 704376427-2006

2015

[Signature]

[Signature]
Dr. Rodrigo Barreto
Cirurgião Plástico
CRM: 9102

Casa Médica de Sobral
PREFERE COM O ORIGINAL
MONTENEGRO
SORDENADORA

