



ADVOCACIA

ASSESSORIA JURIDICA

Lorena Fernandes da Cunha
 ADVOGADA | OAB-TO 4225
 88' 3671 2583 | 9622 9474

PROCURAÇÃO AD JUDICIA

Pelo presente instrumento particular de mandato por mim abaixo assinado:

OUTORGANTE: Maria Helena Sales da Silva, nacionalidade Brasileira,
 estado civil Solteira, profissão Agricultora, RG nº 97028076798, SSP/CE CPF nº
950.215.403.78, residente e domiciliado(a) na Filipinho do Meio, nº 32, bairro
Zona Rural, na cidade de Licosa, e-mail: _____, constituo e nomeio a
 bastante procuradora:

OUTORGADA: Dr.^a **LORENA FERNANDES DA CUNHA**, advogada regularmente inscrito na OAB/CE 23.467-A, com
 escritório profissional na Rua Madalena Nunes, 16, eq. MT Quincas Bezerril, Centro, Tianguá - CE, e-mail:
 lorenacunha.adv@gmail.com.

OBJETO: representar o Outorgante, promovendo a defesa dos seus direitos e interesses, podendo, para tanto,
 propor quaisquer ações, medidas incidentais, acompanhar os processos administrativos e/ou judiciais em qualquer
 Juízo, Instância, Tribunal, ou Repartição Pública.

PODERES: Por este instrumento particular de procuração, constituo meus bastantes procuradores os outorgados,
 concedendo-lhe os poderes inerentes da cláusula *ad iudicia et extra*, para o foro em geral, especialmente para
 propor **AÇÃO DE COBRANÇA DE DIFERENÇA DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DE VEÍCULOS**
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE - DPVAT em face de **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO**
DPVAT, podendo, portanto, promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, assinar termo, oferecer
 defesa, direta ou indireta, interpor recursos, ajuizar ações e conduzir os respectivos processos, solicitar,
 providenciar e ter acesso a documentos de qualquer natureza, sendo o presente instrumento de mandato oneroso e
 contratual podendo substabelecer este a outrem, com ou sem reserva de poderes, dando tudo por bom e valioso, a
 fim de praticar todos os demais atos necessários ao fiel desempenho deste mandato.

PODERES ESPECÍFICOS: A presente procuração outorga aos Advogados acima descritos, os poderes especiais
 para receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito
 sobre que se funda a ação, firmar compromissos ou acordos, receber valores, dar e receber quitação,
 receber e dar quitação, levantar ou receber RPV e ALVARÁS, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de
 hipossuficiência econômica, em conformidade com a norma do art. 105 da Lei 13.105/2015.

Licosa - CE, 09 de Outubro de 2017

Maria Helena Sales da Silva
 OUTORGANTE

lorenacunha.adv@gmail.com

Rua Madalena Nunes, 016, eq. Mt. Quincas Bezzeril. Centro.
 88' 3671 2583 88'99622..9474. CEP 62.320-000. Tianguá - Ce.

DECLARAÇÃO DE POBREZA

Eu Maria Helena Sales da Silva
nacionalidade Brasileira, estado civil soltteira
profissão Agricultora, RG nº 970.28076798 SSP/ ce
CPF nº 950.215.403-78, residente e domiciliado(a) na
sítio campo do meio nº 20, bairro Zona Rural
na cidade de Lucena, venho por meio desta, Declarar, nos
termos da Lei nº 7.115, de 29 de agosto de 1983 e, para todos os fins de direito, que
não possuo condições financeiras de arcar com o pagar com o pagamento de custas
processuais, honorários advocatícios e demais cominações legais sem prejuízo próprio
e familiar, vindo requerer perante este Nobre Juízo, os benefícios da Justiça Gratuita
sob as penas da Lei.

Declaro ainda, que tenho conhecimento das sanções penais que estarei sujeito caso
inverídica a declaração prestada, sobretudo a disciplina no art. 299 do Código Penal.

Por ser verdade, firmo o presente.

Lucena, 09 de Outubro de 20 17

Maria Helena Sales da Silva

Assinatura

19

Declaração de Residência

(Lei nº 7.115/53)

Eu, Maria Helena Sales da Silva, abaixo assinado, brasileiro(a), estado civil Solteira, profissão Agricultora, portador(a) do RG nº 97028076798 SSP/ce e CPF nº 950.215.403 - 78, filho de pai Jose Carneiro da Silva e mãe Luiza Vitoria de Sales. DECLARO, para os devidos fins, conforme artigo 1º da Lei 7.115/83, que sou residente e domiciliado na sítio campo do novo, nº 5 bairro Zona Rural, na cidade de Luçosa - ce, ponto de referência (próximo à) _____.

DECLARO ainda ser conhecedor das sanções civis, administrativas e criminais a que estarei sujeito, caso o quanto aqui declarei não porte estritamente a verdade.

Por ser a expressão da verdade, firmo a presente declaração para que surta seus efeitos legais.

Luçosa - ce, 09/10/2017.

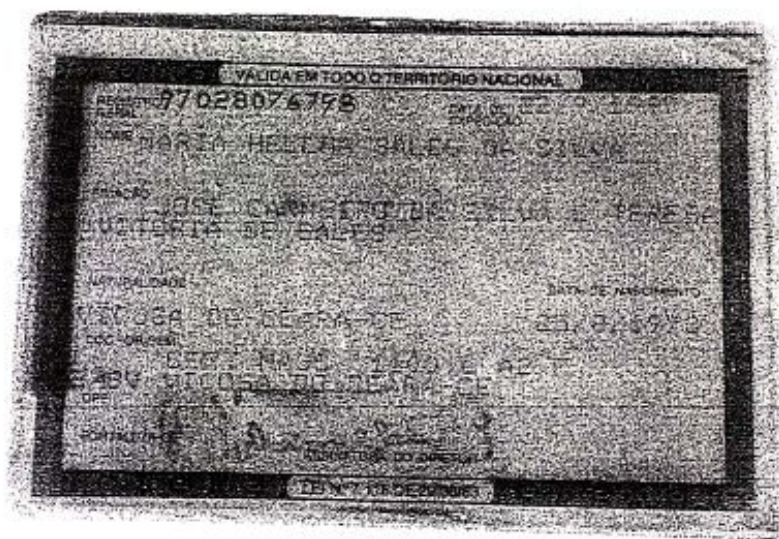
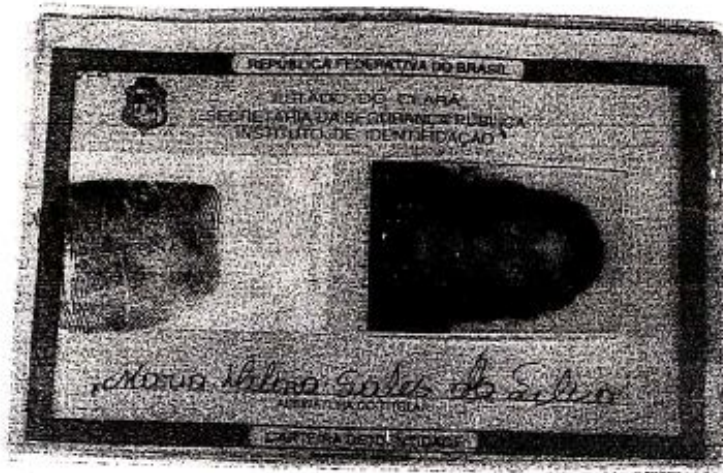
x Maria Helena Sales da Silva



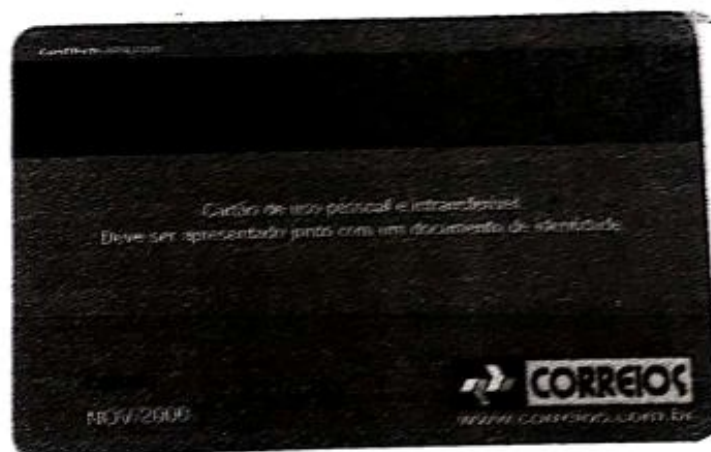
REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
ESTADO DO CEARÁ SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO HUMANA E PERÍCIAS BIOMÉTRICAS		REGISTRO GERAL 2015107277-3	DATA DE EXPEDIÇÃO 01/02/2017
 Polegar Direito		NOME RIAN SILVA FERREIRA	
 FOTO		INACIO ROBERTO FERREIRA MARIA HELENA SALES DA SILVA NATURALIDADE VIÇOSA DO CEARÁ - CE	
<i>Rian Silva Ferreira</i> Assinatura do Titular		DATA DE NASCIMENTO 12/10/2000	
CARTEIRA DE IDENTIDADE		CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: LAMBEDOURO TERMO: 7378 FOLHA: 434 LIVRO: A8 VIÇOSA DO CEARÁ - CE 082.162.923-92	
		P.: 42	

	MINISTÉRIO DA FAZENDA Receita Federal Cadastro de Pessoas Físicas COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO	
Número 082.162.923-92		
Nome RIAN SILVA FERREIRA		
Nascimento 12/10/2000		
VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO		

CÓDIGO DE CONTROLE 0FC0.57DA.C115.A10D
A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço www.receita.fazenda.gov.br
Comprovante emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil às 11:22:10 do dia 22/12/2015 (hora e data de Brasília) dígito verificador: 00







Scanned by CamScanner



SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE VICOSA DO CEARA

PLS.....
RUBRICAS



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 570 - 604 / 2017

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTES - OUTROS**
Data / Hora da Comunicação: **25/04/2017 10:09:46**
Data / Hora da Ocorrência: **23/11/2016 17:40:00**
Endereço da Ocorrência: **SITIO OITICICAS**
Complemento: **LADEIRA**
Bairro: **ZONA RURAL**
Município: **VICOSA DO CEARA/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **RIAN SILVA FERREIRA**
Nascimento: **12/10/2000** CPF:
RG: **20151072773** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
Filiação: **MARIA HELENA SALES DA SILVA**
INACIO ROBERTO FERREIRA
Endereço: **SITIO CAMPO DO MEIO**
Bairro: **ZONA RURAL**
Município: **VICOSA DO CEARA/CE** CEP: **62.300-000**
País: **BRASIL** Telefone:

Noticiante(s)

Nome: **RICARDO DA SILVA FERREIRA**
Nascimento: **30/09/1993** CPF:
RG: **20076433296** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
Filiação: **MARIA HELENA SALES DA SILVA**
INACIO ROBERTO FERREIRA
Endereço: **SITIO CAMPO DO MEIO**
Bairro: **ZONA RURAL**
Município: **VICOSA DO CEARA/CE** CEP: **62.300-000**
País: **BRASIL** Telefone:

Histórico

O NOTICIANTE AFIRMA QUE NO LOCAL E DATA SUPRACITADOS, CONDUZIA O VEÍCULO HONDA/CG150 FAN ESI, ANO 2012/2013, COR VERMELHA, PLACA OIC 0529, CHASSI 9C2KC1670DR430234, DE PROPRIEDADE DE RICARDO DA SILVA FERREIRA, LEVANDO COMO GARUPEIRO O SEU IRMÃO, RIAN SILVA FERREIRA, RG:2015107277-3, DATA NASCIMENTO:12/10/2000, QUANDO ENVOLVEU-SE EM ACIDENTE DE TRANSITO, APÓS COLIDIR EM PEDACO DE PAU QUE SE ENCONTRAVA NO MEIO DA ESTRADA, CHEGANDO O CONDUTOR A CAIR COM O PASSAGEIRO, FICANDO RIAN SILVA PEREIRA COM LESÕES CORPORAIS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE DE TRANSITO CONFORME OS DOCUMENTOS AMBULATORIO EM ANEXO. ESTE B.O. É PARA FINS DE DPVAT. QUE NADA MAIS DISSE.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE VICOSA DO CEARA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

SERGIO HENRIQUE OLIVEIRA FERREIRA - MAT.: 300265-1-9

DELEGACIA MUNICIPAL DE VICOSA DO CEARA

X *Ricardo Da Silva Ferreira*



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 570 - 604 / 2017

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: x Ricardo Da Silva Figueira

VISTO DO DELEGADO(A) :

GREGÓRIO JOSE DE OLIVEIRA NETO - MAT.: 198805-1-6



Nova Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3170261821 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** RIAN SILVA FERREIRA**COBERTURA** Invalidez**SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA-Filial Fortaleza-CE**BENEFICIÁRIO** RIAN SILVA FERREIRA**CPF/CNPJ:** 08216292392**Posição em 16-08-2017 14:29:07**

Pagamento liberado pela Seguradora Líder DPVAT.

Valor: R\$ 1.687,50

O prazo para recebimento da Indenização no banco depende do tempo necessário ao processamento bancário, que é de até 5 dias úteis contados a partir da data de liberação.

Data do Pagamento	Valor da Indenizacao	Juros e Correção	Valor Total
17/08/2017	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50

ACESSIBILIDADE</Pages/Acessibilidade.aspx></Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx>

A A A O

COMO PEDIR INDENIZAÇÃO[Documentos Despesas Médicas \(/Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx\)](/Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx)[Documentos Invalidez Permanente \(/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx\)](/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx)[Documento Morte \(/Pages/Documentacao-Morte.aspx\)](/Pages/Documentacao-Morte.aspx)[Dicas Indispensáveis \(/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx\)](/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)**PAGUE SEGURO**[Como Pagar \(/Pages/Pague-Seguro.aspx\)](/Pages/Pague-Seguro.aspx)[Consulta a Pagamentos Efetuados \(/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetutados.aspx\)](/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetutados.aspx)



REGISTRO DE ATENDIMENTO

Nome: IRAN SILVA FERREIRA
Sexo: M (X) F () DN: 10/12/2000 Idade: 16 Raça/Cor: _____
Nome do Pai: HELIO BARBOSA FERREIRA Nome da Mãe: MARIA HELENA SALES DA SILVA
Estado Civil: _____ Profissão: _____
Município de Origem: (X) Viçosa do Ceará () Outro Município: _____
Endereço: ST. CAMPO DO MELO Telefone () _____
Cartão do SUS: _____ RG: _____
Data do Atendimento: 23/11/16 Hora: 17:40 Recepção: _____

SINAIS VITAIS

Peso: _____ kg Temperatura: _____ °C Pressão Arterial: 120 x 80 mmHg
FR: _____ lpm 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 PSE: _____
Justificativa: _____

TIPO DE ACIDENTE:

- (X) Acidente de Trânsito Data: 23/11/16 Hora: 17:40 Alcoolizado: () Sim (X) Não () Ignorado
(X) Moto - Usando Capacete? Sim () 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 () Alcool () Elétrico
() Mordedura de Animais () Domésticos () Selvagem
() Outros: _____

Medicações e tempo de uso: _____

Anamnese e Exames Físicos Inicial: _____

Classificação de Risco: ☐

Assinatura do Profissional: _____

Data: 23/11/16

Dr. Antônio César V. Ribeiro
MÉDICO - CRM 8997
CPF: 036.233.252-14



ATENDIMENTO MÉDICO

AVALIAÇÃO CLÍNICA: Paciente vítima de acidente com motocicleta
Apresentando fratura no rádio (C)

EXAME FÍSICO: fratura de rádio (C)

HIPÓTESE (S) DIAGNÓSTICA (S):

PROCEDIMENTO E CONDUTA:

APRAZAMENTO

1- Devolução ao paciente

2- PO

3-

4-

5-

6-

Dr. Antônio Cesar V. Ribeiro
MÉDICO
CPF: 03
MEDICO
Assinatura e Carimbo

OBSERVAÇÃO DE ENFERMAGEM:

DESTINO:

() Alta () Observação

() TRANSFERÊNCIA PARA:

Assinatura do Usuário ou Responsável



FICHA DE REFERÊNCIA



SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS / CEARÁ

Unidade de Origem: Hirive

Distrito Sanitário: _____

Município: _____

Nome: Rian Silva Farias

Prontuário Nº: _____

Sexo: ☒ M ☐ F Data de Nascimento: 12/10/2000 Ocupação: _____

Endereço: _____

Bairro: _____

Município: _____

Fone: _____

Motivo do Encaminhamento: Paciente 16 anos vítima de acidente motociclístico apresentando dor e deformidade em braço (E).

Resultado do(s) Exame(s): _____

Conduta Realizada: Solicitada avaliação e conduta do Ortopedista.

Impressão Diagnóstica: Fx do rádio (distal)

Silvana Maria Carneiro Fontenele

Secretária de Saúde

CPF 293.310.483

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

Medica

Função

Data

Hora

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): _____

Diagnóstico: Principal _____

Secundário 1 _____

Secundário 2 _____

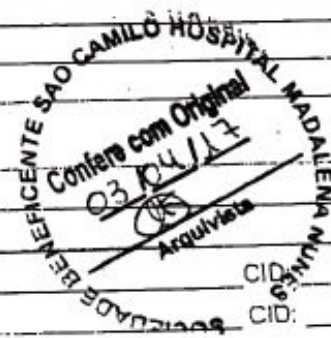
Proposta de Consulta para seguimento: _____

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

Assinatura do Consultante - Nº Registro

Função

Data



552.3

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 187951	Atendimento 0001	Nome do Paciente RIAN SILVA FERREIRA	CNS 208188550700003	Guia de Autorização
Documento(s) CPF: 082.162.923-92				
Data de Nascimento 12/10/2000	Local VICOSA DO CEARA/CE		Estado Civil Solteiro(a)	Sexo Masculino
Pai INACIO ROBERIO FERREIRA	Mãe MARIA HELENA SALES DA SILVA		Idade 18 Ano(s)	
Endereço SITIO CAMPO DO MEIO, SN	Bairro ZONA RURAL	Cep 62320-000	Município TIANGUA	UF CE
Profissão ESTUDANTE	Empresa			
Responsável RICARDO DA SILVA FERREIRA	CPF do Responsável	Endereço SITIO CAMPO DO MEIO, SN	Município TIANGUA	UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 24/11/2016	Hora 08:23	Convênio SUS	Matrícula	CID
Profissional do Atendimento DANILLO CONSERVA ARRUDA			CRM/UF 16409/SP	Tipo Atendimento ENCAMINHADO P/CONSULTA
Indicador de Acidente			Funcionário CAROLINE LOPES SILVA	
Transito				
Observação				
Sala				
	Data/Hora Liberação	às	hs.	Tipo de Saida () Alta () Internação () Óbito
Sinais Vitais				
Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)	R (mpm)
				PA (mmHg)

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



fx depre nido

R. foms

fx. tzh exch pdu

Dr Danilo Conserva Arruda
ORTOPEDIA E TRAUMA
CRM 16409

DANILLO CONSERVA ARRUDA - CRM: 16409

A 12h 00 - 02
A 12h 00 - 02
A 12h 00 - 02

Assinatura Paciente/Responsável

Responsável: RICARDO DA SILVA FERREIRA

24/11/16.

14:00