



CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

OUTORGADO: CAROLINA FREITAS MOREIRA, brasileira, solteira, advogada, inscrito na OAB/CE

Outorgante: Carmelita Roberto de Araújo		Data Nasc:
Estado Civil: solteiro	Profissão: autônomo	Nacionalidade: brasileiro
RG: 201520448-3	CPF: 940.396.823-00	
Endereço: Rua: Da República nº 335		
Cidade: Cumoeiro	CEP: 62.400.000	

nº 23.787, com escritório profissional na Rua Pedro Borges, nº 33, sala 516, Ed. Palácio Progresso, Centro, Fortaleza-CE, fone: (85) 3055 9918.

PODERES: Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante nomeia e constitui, a outorgada sua bastante procuradora, 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 FENASEC 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 demais atos necessários dos interesses dos serviços contratados podendo ainda, transigir, requerer, juntar retirar documentos, assinar livros, termos, recibos, dar ou receber quitações, fazer levantamento de valores depositados, 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 cumprimento amplo do objeto do presente mandato.

Fortaleza (CE), 19 de fevereiro de 2019.

Carmelita Roberto de Araújo
OUTORGANTE



CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA

DECLARAÇÃO DE POBREZA

Declaro para os devidos fins que eu, Carminêta Roberto de Araujo, residente e domiciliado na Rua da República, nº 535, bairro: -, na cidade de Comoeim, portador(a) do RG nº 2015620448-3, inscrito(a) no CPF nº 940.396.823-00, estou impossibilitado(a) de custear despesas judiciais sem prejuízo de meu próprio sustento e da família não podendo arcar com custas processuais pelo que declara ser pobre nos termos da lei nº 7.115 de 29 de agosto de 1983, pelo que assume inteira responsabilidade, requer os benefícios da Justiça Gratuita, com esteio na lei nº 1060/05.

Fortaleza, 29 de fevereiro de 2019.

x Carminêta Roberto de Araujo
DECLARANTE



CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Pela Sr(a) Carmelita Roberto de Araujo presente, o (a) Declarante para os devidos fins de direito que tem total e plena consciência da propositura da AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT em seu nome, e que a demanda judicial tramitará no Estado do Ceará, mais precisamente na Comarca de Fortaleza, ressaltando, ainda, que até a presente data, não propôs nenhuma ação judicial contra qualquer seguradora do consórcio de seguro DPVAT, referente aos fatos narrados e aos documentos ora apresentados.

Outrossim, DECLARA, ainda, estar ciente de sua responsabilidade (civil e criminal) pelos fatos, informações e documentos apresentados e anexados ao processo judicial de cobrança de seguro DPVAT, principalmente em caso de falsa declaração com o fim de alterar a licitude sobre fato juridicamente relevante, exonerando a Dra. CAROLINA FREITAS MOREIRA, OAB/CE Nº 23.787, de qualquer responsabilidade civil e/ ou criminal.

Fortaleza, 29 de Fevereiro de 20 19.

Carmelita Roberto de Araujo

DECLARANTE

TESTEMUNHAS:

1. NOME:

CPF:

ASSINATURA:

2. NOME:

CPF:

ASSINATURA:



CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Carmelita Roberto de Araujo, brasileiro(a), solteira, rubrica, portador(a) de cédula de identidade nº 2015 120448 - 3, inscrito(a) no CPF sob o nº 9210.396.823-00, DECLARO que tenho domicílio e sou residente na Rua: Da República, nº 335, Bairro -, CEP: - /CE, conforme comprovante de endereço anexo em meu nome.

Fortaleza, 19 de fevereiro 20 19

x Carmelita Roberto de Araujo

DECLARANTE

TESTEMUNHA:

1. _____

RG Nº:

CPF Nº:

2. _____

RG Nº

CPF Nº

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA REGIONAL DE CAMOCIM

fls. 19

FLS. _____

RUBRICA

AUTORIDADE POLÍCIA

BOLETIM DE Ocorrência Nº 430 - 323 / 2018**Dados da Ocorrência**Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**Data / Hora da Comunicação: **26/01/2018 09:24:20**Data / Hora da Ocorrência: **23/10/2017 09:09:43**Endereço da Ocorrência: **RUA ALCINDO ROCHA**

Complemento:

Bairro: **CENTRO**Município: **CAMOCIM/CE**

Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)Nome: **CARMELITA ROBERTO DE ARAUJO**Nascimento: **07/09/1945** CPF: **940.396.823-00**RG: **20151204483**Orgão Emissor: **SSP**UF: **CE**Filiação: **DIONIZIA BARBOSA DE ARAUJO****JOÃO ROBERTO DE ARAUJO**Endereço: **RUA DA REPUBLICA , 335**Bairro: **CENTRO**Município: **CAMOCIM/CE**CEP: **62.400-000**País: **BRASIL**

Telefone: _____

Histórico

Afirma a vitima que estava caminhando quando ao ultrapassar a rua, foi surpreendida por uma motocicleta não identificada a qual atropelou a vitima e a mesma veio a cair ao solo;Que, devido ao atropelamento, a vitima veio a sofrer uma fratura no tornozelo esquerdo e escoriações pelo corpo;Que, foi socorrido pela as testemunhas de nomes FRANCISCA ARAUJO FONTENELES-RG2008099072048, CPF 864.648.683-49 E HILDETE ARAUJO FONTENELE-RG 20151205617, CPF 918.590.183-00 ate a UPA24HS em Camocim-CE para receber os primeiros atendimentos médicos, haja vista, na cidade não dispõem de órgãos socorristas.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE CAMOCIM**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :** _____**CLAUDIVAM LUSTOZA BRANDAO - MAT.: 300098-1-9****RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:** _____*X Carmelita Roberto de Araujo***VISTO DO DELEGADO(A) :** _____**HERBERT PONTE E SILVA - MAT.: 014672-1-2**

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA FORÇA DO ESTADO DO CEARÁ
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO, FURGÃO E SERVIÇOS DE IDENTIFICAÇÃO

Polícia Digital

Polícia Plástica

Emelita Roberto de Araújo

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
CIVIL 2015120448 - 2 DATA DE
EXPIRAÇÃO 28/09/2015

EMELITA ROBERTO DE ARAÚJO
JOÃO ROBERTO DE ARAÚJO
DEONIZIA BARBOSA DE ARAÚJO

VIRGÍNIA CE

DOSSIER
CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: SEDE TERMO: 55 FOLHA: 28 V LIVRO: A
BARROQUINHA - CE
CPF 940.396.823-00 RG: ANT: 1047703- P.: 170

1 VIA

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° 549813669

Companhia Energética do Ceará

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

A Tarifa Social de Energia Elétrica
foi criada pela Lei nº 10.438 de
26 de abril de 2002

fls. 21

Esta é a segunda via de

NOV/2018

Utilize o nº abaixo sempre
que entrar em contato conosco

Nº DO CLIENTE
321235 DV 1

VENCIMENTO

22/11/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

0,00

Rota 10 033000 20 0134000

Medidor

Poste

Nome CARMELITA ROBERTO DE ARAUJO

2738439

0000 0000

Endereço Postal

End. da Unidade
Consumidora

RUA DA REPUBLICA 00335 CAMOCIM CAMOCIM 62400000

RG / CPF / CNPJ 940.396.823-00

CGF

Classe B1 - 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA, BAIXA RENDA

Fator de Potência

0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual ☐ Leitura Anterior ☒ Constante ☐ Consumo (kWh) ☒ Consumo Incl. ☐ Consumo Faturado

FP 27471

27367

1

104

0

104

DESCRIÇÃO DA CONTA

Quantidade ☒ Tarifa ☐ Valor (R\$)

ENERGIA

Consumo faixa 0-30 Kwh

30

0,18746

5,62

Consumo faixa 31-100 Kwh

70

0,32136

22,49

Consumo faixa 101-220 Kwh

4

0,48206

1,93

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/
Apresentação

Prev. Próxima
Leitura

14/11/2018

15/12/2018

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

FE69.AFB3.06CF.AC96.EDED.9DC8.3930.4E12

ICMS

Base de Cálculo (R\$)

Alíquota

Valor do Imposto

ISENTO

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

ENERGIA	15,46
TRANSMISSÃO	1,65
DISTRIBUIÇÃO	8,81
ENCARGOS SETORIAIS	2,36
TRIBUTOS (ICMS, PIS/COFINS)	3,27

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta. CM: 14,54

Conjunto CAMOCIM

Mês SET/ 2018

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC (h)	5,31	10,62	21,25	0,00	0,00	0,00
FIC (un)	3,30	6,60	13,20	0,00	0,00	0,00
DMIC (h)	3,03			0,00		

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO₂)

Compensado kg (CO₂)

Consciência Ecológica(%CO₂)

0 100

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

autenticação mecânica cliente

Nº do Cliente:

321235-1

Nº da Nota Fiscal: 549813669

Total a Pagar (R\$): 0,00

Data de Emissão:

06/12/2018

Referência: NOV/2018

Nº de Controle:

FATURA PAGA, NÃO RECEBER



(1)

Buscar no site

A COMPANHIA ▾ SEGURO DPVAT ▾ PONTOS DE ATENDIMENTO (/Pontos-de-Atendimento) CENTRO DE DADOS E ESTATÍSTICAS ▾ SALA DE IMPRENSA ▾ TRABALHE CONOSCO ▾ CONTATO ▾

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

Nova Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3180128614 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA CARMELITA ROBERTO DE ARAUJO

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO Sabemi Seguradora S/A-Filial Fortaleza-CE

BENEFICIÁRIO CARMELITA ROBERTO DE ARAUJO

CPF/CNPJ: 94039682300

Posição em 06-09-2018 09:46:45

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento. O valor abaixo será creditado na conta que você

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
22/05/2018	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
25/05/2018	Pagamento de Indenização, com memória de cálculo de invalidez	https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/Ufs4Oj7nhisiRtBLmoxG...api_key=2EUxO2SGR89AycdPswx__q__w63vfYcAzTBYQYMTJWn98=
10/05/2018	Interrupção de Prazo	https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/BO2eNfwc01KdI2xolm...api_key=2EUxO2SGR89AycdPswx__q__w63vfYcAzTBYQYMTJWn98=
28/04/2018	Exigência Documental	https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/D91F5xKPokN5UIP...api_key=2EUxO2SGR89AycdPswx__q__w63vfYcAzTBYQYMTJWn98=
17/04/2018	Exigência Documental	https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/saoyggAFrPmvBt2FL...api_key=2EUxO2SGR89AycdPswx__q__w63vfYcAzTBYQYMTJWn98=



Dr. Geniel de Sousa

PERITO ASSISTENTE TÉCNICO

FISIOTERAPEUTA - CREFITO 210125 - F

Neurologia, Ortopedia, Traumatologia, Reumatologia, Neuropediatria,
Respiratória, Desportiva, Massagem, Terapêutica e Geriatria.

PG: 2015/20440-3,

Atestado

Carmelita Roberto de Araújo

*Atesto para devidos fins de
decreto que a paciente foi
vítima de trauma em
torção do E, onde apresenta
dificuldade para deambular,
hipotonia em MSE, marcha
claudicante impossibili-
tando-a de realizar suas
atividades de vida diárias*

*elid: 10582
10 R26
10 P942.*

*Dr. Geniel de Sousa Rocha
CREFITO 210125-90*

causam

09/04/18

LIBERDADE DE MOVIMENTO

Rua da Independência, 657 - Centro - Camocim - CE
E-mail: geniel.fisioterapia@hotmail.com
Fone: (88) 3621.0731/ 99958.1046



**CLÍNICA
SANTA
ROSA**



Rua Engenheiro Privat, 95 - Centro - Camocim - CE
Fones: (88) 3621.8790 - 99998.5042 / 39278.9478



1700052182 AMARELO 23/10/2017 09:09:43 FICHA DE ATENDIMENTO CLÍNICA MÉDICA DIURNO
Paciente Data Nascimento Idade CNS CPF Prontuário
CARMELITA ROBERTO DE ARAUJO 07/09/1945 72 A 1 M 16 D 700006417622902 00018182
Tipo Doc Documento Órgão Emissor Data Emissão Sexo Estado Civil Raça/Cor Naturalidade
F VIUVO(A) PARDA CAMOCIM - CE
Contatos
Mãe Pai
DIONIZIA BARBOSA DE ARAUJO
Endereço
RUA - REPUBLICA - 335 - CENTRO - CAMOCIM - CE
Plano de saúde Número da carteira Data validade
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
Queixa Principal Anamnese de Enfermagem Temperatura Peso Pressão Arterial
IDOSA REFERE ATROPELAMENTO POR MOTOCICLETA, ALERGIA A DIPIRONA; PORTADORA DE HAS (NÃO FEZ N/A 170/100
REFERE QUEDA, APRESENTA ESCORIAÇÕES NOS MMIIUSO DA MEDICAÇÃO HOJE);
E DOR NO PÉ ESQUERDO;

Consulta

Anamnese Médica

pct vítima de atropelamento com multiplas escoriacoes

Exame Físico

multiplas escoriacoes

Hipótese Diagnóstica

multiplas escoriacoes

Exames Complementares

Conduta

() Alta por Decisão Médica () Alta a Pedido () Alta a Revelia () Transferência para: ()

Observação (Até 24h) () Internação Data e Hora da Saída/Alta: */*/ : : :

Óbito

Antes do Primeiro Atendimento? () Sim () Não Destino: () Família () IML Anatomia Patológica */*/ : : :

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Carimbo e assinatura da Enfermagem

Prescrição

Prescrição

Anotações

Rubrica

1) VOLTAREN 75 MG 1 AMP IM

09:35

2) Limpeza + antiseptico

Dr. Luiz Antonio S. da Silva
Médico
CRM: 12.200.1

Dr. Edmarcio de S. Santos
ENFERMEIRO
CORENCE 467453

HOSPITAL DEPUTADO MURILO AGUIAR
 RUA 24 DE MAIO, 698 - CENTRO
 FONE: (88) 3621-0744 - (88) 3621-1250
 CAMOCIM - CEARÁ - BRASIL

1700013988		26/10/2017 08:25:03		FICHA DE ATENDIMENTO			CLINICA ADULTO		MANHÃ		
Paciente CARMELITA ROBERTO DE ARAUJO				Data Nascimento 07/09/1945		Idade 72 A 1 M 19 D		CNS 700006417622902		CPF 00068121	
Tipo Doc IDENTIDADE		Documento Mãe DIONIZIA BARBOSA DE ARAUJO		Órgão Emissor Endereço RUA - DA REPUBLICA - 335 - CENTRO - CAMOCIM - CE		Data Emissão Sexo F		Estado Civil SOLTEIRO(A)		Raça/Cor PARDA	
				Naturalidade CAMOCIM - CE		Contato JOAO ROBERTO DE ARAUJO		Ocupação			
Class. de Risco		Plano Convênio SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE		Nº da Carteira		Validade		Autorização		Sis Prenatal	
Motivo do Atendimento		Caráter do Atendimento URGÊNCIA		Profissional do Atend. DR MIRACI		Procedência		Temp.		Peso	
Setor EMERGENCIA		Tipo de Chegada		Procedimento Sol.		Registrado por: LEONARDO					
Queixa Principal											
☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue											
Anamnese de Enfermagem								GSC AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456		TOTAL	
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - h) Foi admitido na UPA na data de atendimento.											
Exame Físico Semelhante a E. Solito nariz x											
Hipótese Diagnóstica Urticária de transito											
SADT - Exames Complementares ☐ RAIO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:											
PRESCRIÇÃO								APRAZAMENTO		OBSERVAÇÃO	
								há 03 dias			
								Urticária			
								Urticária			
								Reação de urticária de urticária lateral			
								1 dia			
								Ad = Gesso + Retorno			
								Urticária			
Conduta ☐ Alta por Decisão Médica ☐ Ambulatório ☐ Alta a Pedido ☐ Observação (Até 24h) ☐ Alta a Revelia ☐ Internação ☐ Transferência para: Data e Hora da Saída/Alta: / /											
óbito Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ IML Anatomia Patológica											
Assinatura do Paciente ou Responsável								Carimbo e Assinatura do Médico			
Impresso por: leonardo Data Hora: 26/10/2017 08:32:28											



1700013988