



ADVOCACIA E CONSULTORIA JURÍDICA

Dra. Najma Said – OAB/CE 28.394

Fones: (85) 98799.2088/ 99955-5507

Av. Carneiro de Mendonça, 1119, Jockey Club, Fortaleza-Ceará

E-mail: najma.said.adv@gmail.com

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE	Ocimar Cruz da Silva		
NACIONALIDADE	Brasileiro	NATURAL	
ESTADO CIVIL	Solteiro	RG Nº	98010156330
PROFISSÃO	Vendedor	CPF Nº	910.022.903-25
ENDEREÇO	R. Buenos Aires nº 42 casa 16		
BAIRRO	Padre Andrade	CEP	60340505
MUNICÍPIO / UF	Fortaleza/CE		
FONES	(85) 98842-2853 / 98907-5150		
E-MAIL	ocimarcruzda@gmail.com		

OUTORGADA: NAJMA MARIA SAID SILVA, brasileira, solteira, advogada, devidamente inscrita na OAB/CE sob o nº 28.394, portadora do RG nº 93002103354 SSP/CE e CPF nº 694.678.033-72, com escritório profissional na Av. Carneiro de Mendonça, 1119, Jockey Club – Fortaleza – CEP 60.440-160.

PODERES: Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante nomeia e constitui, a outorgada, sua bastante procuradora, conferindo-lhe os poderes da cláusula "ad judicia 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 FENASEG, 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 e demais atos necessários dos interesses dos serviços contratados podendo ainda, transigir, requerer, juntar e retirar documentos, assinar livros, termos, recibos, dar ou receber quitações, 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 o cumprimento amplo do objeto do presente mandato.

FORTALEZA (CE), 30 de janeiro de 2017.

ocimarcruzda@gmail.com
outorgante



ADVOCACIA E CONSULTORIA JURÍDICA

Dra. Najma Said – OAB/CE 28.394

Fones: (85) 98799.2088/ 99955-5507

Av. Carneiro de Mendonça, 1119, Jockey Club, Fortaleza-Ceará

E-mail: najma.said.adv@gmail.com

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIENCIA

fls. 15

Eu, Ocinas Cruz da Silva, brasileiro(a),
Solteiro, Vendedor, portador da Carteira de Identidade/RG nº
98010156330 -SSP/CE, e inscrito no CPF/MF sob o nº 910.022.903-25 residente e
domiciliado na cidade de Fortaleza, estado de Ceará, na Rua
Buenos Aires, 42, nº 16, Padre Andrade,
declaro para os devidos fins que possuo hipossuficiência financeira, não possuindo condições de
arcar com custas processuais e honorários advocatícios sem prejudicar o meu sustento próprio e o
de minha família, consoante o que dispõe a Lei nº 1.050/60.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

Fortaleza (CE), 30 de Janeiro de 20 17

Ocinas Cruz da Silva

Declarante



ADVOCACIA E CONSULTORIA JURÍDICA

Dra. Najma Said – OAB/CE 28.394

Fones: (85) 98799.2088/ 99955-5507

Av. Carneiro de Mendonça, 1119, Jockey Club, Fortaleza-Ceará

E-mail: najma.said.adv@gmail.com

DECLARAÇÃO

Eu, Ozimar Cruz da Silva,
Brasileiro(a), Solteiro, Vendedor, portador da cédula de Identidade N°
98010156330 E CPF N° 940 022.903-25, capaz,
nesta oportunidade, DECLARO que resido no seguinte endereço:
R. Buenos Aires nº 92 casa 16 - Padre Andrade

na Cidade de Fortaleza, Estado Ceará, CEP
60340505, e forneço os meus dados pessoais, documentos e demais declarações
para a propositura de Ação Judicial em desfavor de qualquer seguradora conveniada DPVAT-
FENASEG, sendo de minha total responsabilidade a declaração de invalidez ou óbito fornecida.

Fortaleza, 30, de Janeiro, de 2017.

Ozimar Cruz da Silva
DECLARANTE



ADVOCACIA E CONSULTORIA JURÍDICA

Dra. Najma Said – OAB/CE 28.394

Fones: (85) 98799.2088/ 99955-5507

Av. Carneiro de Mendonça, 1119, Jockey Club, Fortaleza-Ceará

E-mail: najma.said.adv@gmail.com

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

fls. 17

Eu, Ozimar Luiz da Silva, brasileiro(a),
Solteiro, Profissão Vendedor, portador do RG nº
9801015630, inscrito no CPF sob nº 916.022.903-25,
residente e domiciliado no endereço
Rua Buenos Aires nº 42 casa 16, declaro

para todos os fins a que se destinar, que fui devidamente esclarecido a cerca dos documentos necessários a serem apresentados para ingressar com a presente AÇÃO JUDICIAL e que tem total e plena consciência da propositura da **AÇÃO DE COBRANÇA DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO OBRIGATORIO DPVAT**, em seu nome e que a demanda judicial tramitará no Estado do Ceará, na Comarca de Fortaleza, ressaltando ainda, que até a presente data, não propõe nenhuma ação judicial contra qualquer seguradora do consorcio de seguro DPVAT, assumindo assim de forma plena, única e integral a responsabilidade por toda documentação acostada ao presente processo administrativo, bem como pelos fatos narrados neste.

Desta forma, ISENTO a **Dra. NAJMA MARIA SAID SILVA**, brasileira, solteira, advogada devidamente inscrita na OAB-CE sob o nº 28.394, com escritório profissional a Av. Carneiro de Mendonça, nº 1119, bairro Jockey Club, CEP 60.440-160, Fortaleza-CE, de toda e qualquer responsabilidade jurídica (cível, criminal, tributária, previdenciária) e, ou administrativa no que tange a autenticidade, litispendência (existência de processo com os mesmos documentos e/ou dados) e veracidade dos fatos narrados e descritos em mencionados documentos, assumindo única e exclusivamente estas responsabilidades sobre tais informações.

“AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NO PROCESSO INDENIZATÓRIO DPVAT SÃO DE RESPONSABILIDADE DO BENEFICIÁRIO, SENDO O MESMO INFORMADO QUE A COMUNICAÇÃO DE FATO NÃO OCORRIDO OU INEXISTENTE É CRIME PUNÍVEL NA FORMA DA LEI, ART. 339 E 340 DO CPB.”

Ciente de meus direitos e obrigações, bem como da validade de mencionado documento, firmo o presente, o qual passa a valer a partir desta data.

Fortaleza (CE), 30 de Janeiro de 2017

Ozimar Luiz da Silva

Declarante.

Samuel Rodrigues da Silva

TESTEMUNHA

CPF:

TESTEMUNHA

CPF



ADVOCACIA E CONSULTORIA JURÍDICA

Dra. Najma Said – OAB/CE 28.394

Fones: (85) 98799.2088/ 99955-5507

Av. Carneiro de Mendonça, 1119, Jockey Club, Fortaleza-Ceará

E-mail: najma.said.adv@gmail.com

DECLARAÇÃO DE ISENÇÃO DE IRPF

Nome: <u>Ozimar Cruz da Silva</u>		Nacionalidade: Brasileira
Endereço: <u>Rua Buenos Aires nº42</u>		Profissão: <u>Vendedor</u>
CPF nº: <u>910.022.903-25</u>	RG n: <u>910.022.903-25</u>	Estado Civil: <u>Solteiro</u>
Bairro: <u>Padre Andrade</u>	Cidade: <u>Fortaleza</u>	Estado: CE
CEP: <u>60340505</u>	Telefone: <u>(85) 98842-2853 / 8907-5150</u>	

Com a edição da INSTRUÇÃO NORMATIVA RFB Nº 864/2008 DE 25 DE JULHO DE 2008, deixou de existir a DECLARAÇÃO ANUAL DE ISENTO, a partir do ano de 2008. Assim, tendo em vista o que dispõe a Lei nº 7.115/83, o (a) acima qualificado (a) DECLARO(A), sob pena das sanções civis, administrativas e criminais previstas na legislação aplicável, que NÃO POSSUI RENDIMENTOS SUFICIENTES QUE ENSEJEM A APRESENTAÇÃO DE DECLARAÇÃO DE IRPF JUNTO À SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL.

Declaro (a), ainda, ter ciência do artigo 299 do Código Penal que assim dispõe:

Art. 299 – Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante.

Pena – reclusão, de 1 (um) a 5 (cinco) anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de 1 (um) a 3 (três) anos, e multa, se o documento é particular.

Por ser a expressão da verdade, firmo a presente:

Fortaleza, 30 de Janeiro de 2017

Ozimar Cruz da Silva

Assinatura

Lei Nº 7.115 de 29 de Agosto de 1983

O PRESIDENTE DA REPUBLICA, faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º. A declaração destinada a fazer prova de vida, residência, pobreza, dependência econômica, homonímia ou bons antecedentes, quanto firmada pelo próprio interesse ou por procurador bastante, e sob as penas da lei, presume-se verdadeira.

Parágrafo único – O dispositivo neste artigo não se aplica para fins de prova em Processo Penal.

Art. 2º. Se comprovadamente falsa a declaração, sujeitar-se-á o declarante às sanções civis, administrativas e criminais previstas na Legislação aplicável.

Art. 3º. A declaração mencionará expressamente a responsabilidade do declarante.

Art. 4º. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 5º. Revogam-se disposições em contrário.

Brasília, e, 29 de Agosto de 1983: 162º da Independência e 95º da República.

João Figueiredo / Ibrahim Arbi-Ackel / Hélio Beltrão

Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° **539135088****Companhia Energética do Ceará**Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135 040 | Fortaleza CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3A Tarifa Social de Energia Elétrica
foi criada pela Lei nº 10.438 de
26 de abril de 2002Esta é a segunda via de
AGO/2018Utilize o n° abaixo sempre
que entrar em contato conoscoN° DO CLIENTE
4320757 DV **0**VENCIMENTO
25/09/2018TOTAL A PAGAR (R\$)
57,76Rota 18 01150 27 0150600 Medidor Poste
Nome MARIA DO SOCORRO DO NASCIMENTO 14179329 0087 C09W
Endereço PostalEnd. da Unidade Consumidora RU BUENOS AIRES 00042 CS 16 PADRE ANDRADE FORTALEZA
60340505

RG / CPF / CNPJ 589.423.003-91

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 12459 12375 1 84 0 84

DESCRIÇÃO DA CONTA**ENERGIA**Consumo faixa 0-30 Kwh
Consumo faixa 31-100 Kwh30 0,18847 5,65
54 0,32310 17,45**DATAS DE LEITURA**Data de Emissão/
ApresentaçãoPrev. Próxima
Leitura

27/08/2018 26/09/2018

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

AF02.AA8E.ABC1.1DB8.FB7C.FD5E.8B0A.FB85

ICMSBase de Cálculo (R\$) Aliquota Valor do Imposto
ISENTO**COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO**ENERGIA 12,27
TRANSMISSÃO 1,31
DISTRIBUIÇÃO 7,00
ENCARGOS SETORIAIS 1,88
TRIBUTOS (ICMS, PIS/COFINS) 1,27**OUTROS PAGAMENTOS**Multa Moratória 0,40
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA S. BAIXA RENDA 0,63
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL-CAP 4,96
COB. SALDO FATURA ANTERIOR 28,67
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 2,21)**CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)**

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

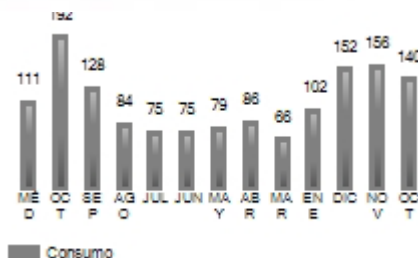
Emitido kg (CO₂) Compensado kg (CO₂) Consciência Ecológica(%CO₂)
0 100**INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO****INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO**

Veja a legenda no verso desta conta. CM: 8,26

Conjunto BARRA DO CEARA

Mês JUN/ 2018

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC (h)	4,95	9,91	19,82	0,00	0,00	0,00
FIC (un)	3,11	6,22	12,45	0,00	0,00	0,00
DMIC (h)	2,77			0,00		

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

autenticação mecânica cliente

N° do Cliente: **4320757-0** N° da Nota Fiscal: **539135088** Total a Pagar (R\$): **57,76**
Data de Emissão: **27/11/2018** Referência: **AGO/2018** N° de Controle:**FATURA PAGA, NÃO RECEBER**



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



BOLETIM DE Ocorrência Nº 301 - 3106 / 2016

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
 Data / Hora da Comunicação: **08/04/2016 12:40:30**
 Data / Hora da Ocorrência : **26/03/2016 21:30:00**
 Endereço da Ocorrência: **AV CORONEL DE CARVALHO**

BARRA DO CEARÁ FORTALEZA /CE

Ponto de Referência: **MOTEL CARIBE**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **OZIMAR CRUZ DA SILVA**
 Nascimento : **01/06/1982**
 RG: **98010156330** Órgão Emissor: **SSP UF: CE** - CPF:
 Filiação: **SAMUEL RODRIGUES DA SILVA**
MARIA CRUZ DA SILVA
 Endereço: **R BUENOS AIRES 42 CASA 16**
PADRE ANDRADE
FORTALEZA CE BRASIL Telefone: **986375268**

Histórico

QUE, COMPARECE A ESTA ESPECIALIZADA A FIM DE REGISTRAR QUE, NA DATA CITADA, PILOTAVA A MOTO: HONDA POP 100, COR VERMELHA, ANO FAB. 2011, ANO MOD.2012, PLACA OCR-3929/CE, LICENCIADA EM NOME DE SAMUEL RODRIGUES DA SILVA, QUE PERDEU O CONTROLE DA MOTO CAINDO NO CANTEIRO CENTRAL AV. CORONEL DE CARVALHO, FICANDO LESIONADA SENDO SOCORRIDA PELO SAMU PARA O IJF-CENTRO. E NADA MAIS DISSE.///////
 OBS:COMUNICAÇÃO FALSA É CRIME CAPITULADO NO ART.340 DO CPB.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

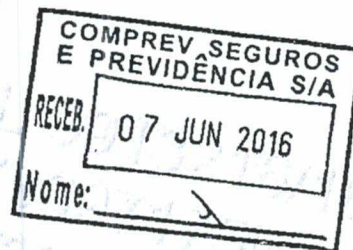
RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

FRANCISCO DELÂNIO CAMPELO ALMEIDA -MAT.: 404836-1-6

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO : *Ozimar Cruz da Silva*

VISTO DO DELEGADO(A) :

CÉSAR WAGNER MAIA MARTINS - MAT.: 011201-1-5



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL			
MINISTÉRIO DAS CIDADES			
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO			
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO			
 VÁLIDA EM TODOS O TERRITÓRIO NACIONAL INTERPRINT LTDA	NOME		DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR RFP
	OZIMAR CRUZ DA SILVA		98010156330 SSP CE
		CPF	DATA NASCIMENTO
		910.022.903-25	01/06/1982
FILIAÇÃO		FÉRMÃO	
SAMUEL RODRIGUES DA SILVA		ACC	
MARIA CRUZ DA SILVA		CAENAL A	
749193895 PROIBIDO PLASTIFICAR	Nº REGISTRO	VALIDADE	1ª HABILITAÇÃO
	94408875206	21/05/2010	19/07/2008
	OBSERVAÇÕES		
	SEM OBSERVAÇÃO;		
Assinatura do Portador: <i>Ozimar Cruz da Silva</i> ASSINATURA DO PORTADOR			
LOCAL	DATA EMISSÃO		
FORTALEZA, CE	24/05/2013		
16-Vij-24/5 IDOR VASCONCELOS PONTE ADMINISTRAÇÃO EMISSOR		11868011504 CE135821592	
DETTRAN-CE (CEARA)			

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

 **Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPV**

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160349982 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: OZIMAR CRUZ DA SILVA **Data do acidente:** 26/03/2016 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: TCE E FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA.

Descrição do exame médico pericial: APRESENTA DIMINUIÇÃO DA FORÇA DE SUSTENTAÇÃO DO MEMBRO COM HIPOTROFIA MUSCULAR, LIMITAÇÃO DE ROTACÃO E DE ABDUÇÃO DO OMBRO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR COM MEDICAÇÃO, REPOUSO, IMOBILIZAÇÃO, SEM FISIOTERAPIA. EVOLUIU COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA DE SUSTENTAÇÃO DO MEMBRO COM HIPOTROFIA MUSCULAR, LIMITAÇÃO DE ROTACÃO DE ABDUÇÃO DO OMBRO.
Sem complicações.

Sequelae permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Sequelae: Com sequela

Data da perícia: 30/06/2016

Conduta mantida:

Observações: REFERE FRATURA DE MAXILA, MAS NÃO APRESENTA DOCUMENTAÇÃO COMPROBATÓRIA. SEM SEQUELA INDENIZÁVEL DE TCE

Médico examinador: Greive Freitas Cavalcante

CRM do médico: 9050

UF do CRM do médico: CE

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PRESTADOR

SAUDESEG Sistemas de Saude Ltda.

Médico revisor: LUIZ DE LIMA CASANOVA NETO

CRM do médico: 17761

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:



SINISTRO 3160349982 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA OZIMAR CRUZ DA SILVA
COBERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO Comprev
Previdência S/A-Filial Fortaleza-CE
BENEFICIÁRIO OZIMAR CRUZ DA SILVA
CPF/CNPJ: 91002290325

Posição em 07-11-2018 17:14:52

Após a liberação do pagamento da indenização, recebemos seu pedido de reanálise do processo. No entanto, sua solicitação não foi concluída, pois não recebemos os documentos complementares requisitados em nossa última correspondência. Dessa forma, como não foram identificadas novas lesões permanentes ou agravamento daquelas já indenizadas, informamos que o seu pedido de reanálise foi encerrado e que fica mantido o valor pago anteriormente, conforme carta abaixo enviada para seu endereço.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
27/07/2016	R\$ 2.362,50	R\$ 0,00	R\$ 2.362,50