



Mônica Almeida

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

OUTORGANTE: Katiuscia Rodrigues Braga brasileiro(a).
 estado civil solteira profissão doméstica inscrito(a) sob o CPF nº 023.549.373-60
 e RG nº 2000097105520 residente
 e domiciliado na Rua 01 Rua Jardim do Amor nº 09
 Bairro Alto da Mangueira cidade de Maracanaú telefone (85) 3560.6447
 abaixo assinado, nomeia e constitui seu bastante-procurador judicial:

OUTORGADO: MÔNICA ALMEIDA DA SILVA, brasileira, divorciada, advogada devidamente inscrita na OAB-CE sob o nº 25.813, sócia da MÔNICA ALMEIDA SOCIEDADE INDIVIDUAL DE ADVOCACIA, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº 24.878.656/0001-70, e no Registro de Sociedade de Advogados OAB/CE sob o nº 1219, com endereço profissional, para onde deverão ser encaminhadas as intimações e notificações, Rua Professor Francisco Gonçalves, nº 1300, Bairro Dionísio Torres, Fortaleza-Ceará, telefones (85) 99811-1818.

PODERES: Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante acima qualificado nomeia e constitui seu bastante-procurador o outorgado também supra qualificado, ao qual concede procuração para o foro em geral, com os poderes das cláusulas "ad judicium e et extra judicium", para sua representação e defesa, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, nos termos do artigo 50, parágrafo 2º da Lei nº. 8.906/94, podendo portanto, promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, assinar termo, substabelecer com ou sem reserva de poderes, e praticar ainda, todos e quaisquer atos necessários e convenientes ao bom e fiel desempenho deste mandato.

PODERES ESPECÍFICOS: A presente procuração outorga ao Advogado(a) acima descrito, os poderes para receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, desistir, transigir, renunciar o direito em que se funda a ação, firmar compromissos e acordos, ratificar em Juízo, receber, dar quitação, receber alvará judicial, pedir justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica requerer falência ou concordata, podendo, ainda, o outorgado, substabelecer, com ou sem reserva de iguais poderes.

Fortaleza (CE), 02 de maio de 201 8.

Katiuscia R. Braga.

OUTORGANTE

SIS DPVAT - Sinistros

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

Destinatário
Recall do Brasil Ltda

Remessa de Documentação ASL-0458916/17 Sinistro - Invalidez



A045891617



B0000000839



C775595389



D775595389

Documentos nessa remessa:

- Boletim de ocorrência
- Comprovação de ato declaratório
- Declaração de Inexistência de IML
- Documentação médico-hospitalar
- Documentos de identificação

No caso de problemas na recepção ou conferência
desta documentação, favor retorná-la para:

LIBIA CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME
Avenida Antônio Sales, 1317 SALA 1001 - Joaquim Távora
Fortaleza - CE - CEP 60135-101



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA METROPOLITANA DE MARACANAÚ



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 284 - 18165 / 2017

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRANSITO
Data / Hora da Comunicação: 17/11/2017 14:37:43
Data / Hora da Ocorrência: 14/05/2016 02:00:00
Endereço da Ocorrência: RUA 01
Complemento: JARDIM DO AMOR
Bairro: ALTO DA MANGUEIRA Município: MARACANAÚ/CE
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: KATILUSCIA RODRIGUES BRAGA
Nascimento: 10/04/1961 CPF: 023.579.373-60
RG: 2000097105520 Órgão Emissor: SSP UF:
Filiação: ELIANE RODRIGUES BRAGA
MANOEL MARCONDES BRAGA DO NASCIMENTO
Endereço: RUA 01, 10
Bairro: ALTO DA MANGUEIRA - JARDIM DO AMOR
Município: MARACANAÚ/CE CEP:
País: BRASIL Telefone: (85) 8560-6447

Histórico

Afirma o declarante que na data, hora e local supracitados estava trafegando a pé na via pública quando foi surpreendida por uma motocicleta que em alta velocidade acabou atropelando-a; Afirma a declarante que foi socorrida por populares e foi levada por um homem que a mesma desconhece, para o Hospital Municipal DR. João Elísio de Holanda, localizado em Maracanaú, pois não recebeu atendimento pelo SAMU, AMBULÂNCIA ou qualquer órgão semelhante; Que em face do acidente a declarante sofreu uma lesão contusa em sua coxa direita onde teve que ser realizada uma sutura simples no mencionado local; Que não tem informações acerca do piloto da moto que lhe atropelou, haja vista o mesmo ter se evadido do local após o acidente; E nada mais disse:///////.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA METROPOLITANA DE MARACANAÚ

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

CLEILTON HOLANDA PEREIRA - MAT.: 30095710

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Katiuscia R. Braga

VISTO DO DELEGADO(A):

ANDRÉ FRANCO DE FREITAS - MAT.: 300571-1-2

PROIBIDO PLASTIFICAR

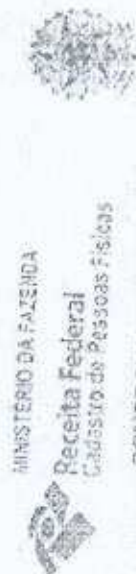
REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO HUMANA E PERÍCIAS BIOMÉTRICAS

Polegar Direito

Katiuscia R Braga

CARTÃO DE IDENTIDADE



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
023.579.373-60

Nome
KATIUSCIA RODRIGUES BRAGA

Nascimento
10/04/1981

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2000097105520

DATA DE EMISSÃO 24/09/2015

NOME KATIUSCIA RODRIGUES BRAGA

RELACÃO MANOEL MARCONES BRAGA DO NASCIMENTO

ELIANE RODRIGUES BRAGA

NATURALIDADE FORTALEZA - CE

DATA DE NASCIMENTO 10/04/1981

DATA DE EMISSÃO 24/09/2015

CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: 1 ZONA TERMO: 55353 FOLHA: 145

LIVRO: A 48 FORTALEZA - CE

ASSINATURA DO DETENTOR

DATA DE EMISSÃO 24/09/2015

VIA 2

CPF

Assinatura verificada pelo
Sistema de Assinatura Digital (SAD) do Brasil
em 10/08/2016 às 17:36, sob o número 01685127120188060001.
Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0168512-71.2018.8.06.0001 e código 3DE49B9.

www.receita.fazenda.gov.br

A autenticidade deste comprovante deverá
ser confirmada no Internet, no endereço

CODIGO DE CONTROLE
2AE06AA.2294.B4AF

1250293-6
Para aplicar seu abatimento, utilize o nº como
identificação em sua conta.

A Tarifa Social de Energia Elétrica
foi criada pela Lei nº 10.438
de 26 de abril de 2002
Companhia Energética do Ceará
Rua Pedro Valsamão, 150
CEP 60035-040 | Fortaleza - CE
CNPJ 07.047.250/0001-70 | CGF 06.105.848-0

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 498756340

Rota 17 26000 11 102600 - 9 Data da Emissão 26/10/2017

Nome ANA CLAUDIA DA SILVA TELES

End. Postal RJ 0001 RES JARDIM DO ANJO 00000

ALTO DA MANGUEIRA - MARACANAU -

Medidor 8895249 Poste 0000 8275

Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASICO BAIXA RENDA Potência 0,00

RG/CPF/CNPJ 706944433-87 CGF

Nome do Responsável

ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO
Veja a legenda no verso desta conta.
Conjunta: 100%
Mês: Ago/2017 EIOB: 8,91

ÍNDICE
Base de Cálculo (R\$) Alíquota Valor do Imposto
143,55 27,00% 40,14

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL
6439,4226,2201,9779,0036,9640,6880,4472

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO
Lett. Atual Let. Anterior Const. Consumo (kWh) Cons. Ind. Cons. Fat. Tarifa (R\$/kWh) Valor (R\$)
13474 13270 1,00 204 3,00 30 4,5511 136,48
70 104 8,5511 68,22

26/10/17 26/09/17 30,0103 124 165,48

DESCRIÇÃO

VALOR CONSUMO DO MES 106,48

ICMS COMPLEMENTAR BAIXA RENDA-CONV CONFAZ 079 11,40

MULTA MORATORIA REF 09/2017 0,40

JUROS DO MES 0,16

ILUMINAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL 37,28

PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA 2,11

CASA PROTEGIDA 0800 600 0560 7,90

ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 7,09)

VENCIMENTO 10/11/2017 TOTAL A PAGAR (R\$) 165,73

COMPOSIÇÃO DO VALOR DO CONSUMO

Energia	106,48
Transmissão	11,40
Distribuição	0,40
Oncargos Setoriais	0,16
Tributos (ICMS PIS-COFINS)	37,28
TOTAL	165,73

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

103	204	77	70	90	203	146	76	79	71	66	77	78
-----	-----	----	----	----	-----	-----	----	----	----	----	----	----

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)
Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.
Emitido kg (CO₂) Compensado kg (CO₂) Consciência Ecológica (%CO₂)
88,17 0,00 100

CONTAS EM ATRASO

Prezado Aviso
NOTIFICAÇÃO DE SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ENERGIA ELÉTRICA
Prezado Cliente, constata-se em nossos controles contatos em atraso. Devido o detalhamento do débito, o não pagamento de dívidas implica na possibilidade de suspensão do fornecimento de energia em 15 dias após a entrada deste, conforme previsto na Res. ANCEL 414/10, Art. 172 e 173, bem como o envio das informações aos ÓRGÃOS DE PROTEÇÃO AO CRÉDITO E CARTÓRIO DE PROTESTO. Caso de tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar o aviso.

Deslizes Anteriores
Paga/Venc. Valor (R\$)
09/2017 40,58
Total 40,58

Consta desta fatura R\$ 7,42 referente a PIS e COFINS. Alíquotas: PIS:0,30% e COFINS:4,10%
Total: 9,52x 100 = 952,00% - ANCEL e Lei nº 10.437/02 e 10.821/03

Nº do Cliente: 1250293-6 Referência: Out/2017
Data de Emissão: 26/10/2017 Total a Pagar (R\$): 165,73
Nº da Nota Fiscal: 498756340 Nº de Controle: 0001250293 00518 39272 34

63620000001-0 65790031000-7 00012502930-6 05183937260-9



Hospital Municipal Dr. João Elísio de Holanda



Elaboração: 28/02/2012

Revisão: 1.1

Código: HMJH14

Núcleo de Emergência SPA/SP/CEO
SERVIÇO DE PRONTO ATENDIMENTO

Data: 14/05/2016	Ficha de Atendimento (Preenchimento obrigatório)		Nº Atendimento: 53
Hora: 02:25			Turno:
Nome do Paciente: KATINEI FERREIRA SOUZA			Natural de:
Idade: 33	Est. Civil: -	Sexo: M () F (x)	Profissão:
Endereço: Rua - 01 e 10 Jardim do Juvon			
Procedência:		Nome da mãe:	

Resumo do atendimento médico
(Preenchimento obrigatório)

Diagnóstico provisório e definitivo (Por memorizar no caso de acidente e colisão)	Código
História clínica e hipótese diagnóstica: Atendimento com trauma lesão contusa em zona dorsal Realizada sutura simples na mesma, após lavagem e antisepsia Outros diagnósticos: com 2ºis fraturas + 1ºis fratura + torção OBS: paciente encaminhado para: UBS - Flaciano, em tratamento	
Causa da lesão:	
Pequena cirurgia realizada:	
Médico:	CRM: Data: Hora do atendimento:

Orientação na alta

Orientação médica:	Hospital que foi encaminhado:	1 () Internação EMERGEN
		2 () Transferido para outro hospital
		3 () Exatidão
		4 () Óbito no SPA
		5 () Alta a pedido
		6 () Exatidão
		7 () Óbito domiciliar
		8 () Encaminhado para ambulatório
		9 () Indisposição
Data: 1/1/1	Hora:	

Transferência	Meios próprios ()	Outros ()
	SOS Maracanhá ()	

Conduta em caso de óbito

() Definido - (Indique a sua causa)	Data:
() Mal definido - (Encaminhamento)	Hora:
() Inst. Médico legal	

Rua João Alencar s/n - Centro - Maracanhá/CE
CEP: 61909-150
CNPJ: 16.319.826/0001-63
PABX: 3521.55.00 / Fax: 3521.55.06

CONFERE COM O ORIGINAL
EM: 07/05/16
Gilson Assunção de Figueiredo
Diretor Clínico - HMJH - CREMEC 1025

Importante nome do



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

023 579 373-60

Nome completo da vítima

Katiuscia Rodrigues Braga

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	Katiuscia Rodrigues Braga		CPF titular da conta	023 579 373-60		Profissão	Recurso
Endereço	Rua 01		Número	09		Complemento	Rua Jardim do Lamer
Bairro	alto da mangueira		Cidade	maracanau		CEP	61 902 000
Email	bruno		Estado	ce		Telefone (DDD)	(85) 9 8147 8700

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR	☐ SEM RENDA	☐ ATÉ R\$ 1.000,00	☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

Nº

4371

(informar dígito se existir)

C/V

CONTA

Nº

12121

(informar dígito se existir)

D/V

6

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

Nº

AGÊNCIA

Nº

D/V

CONTA

Nº

D/V

(informar dígito se existir)

(informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

maracanau, 27 de Novembro de 2017.

Local e Data

Katiuscia R. Braga

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

SIS DPVAT - Sinistros

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

Destinatário
Recall do Brasil Ltda

Remessa de Documentação ASL-0458916/17 KATIUSCIA RODRIGUES BRAGA



A045891617



B0000006000



C775595389



D801672658

Documentos nessa remessa:

- Autorização de pagamento
- Comprovante de residência

No caso de problemas na recepção ou conferência
desta documentação, favor retorná-la para:

LIBIA CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME
Avenida Antônio Sales, 1317 SALA 1001 - Joaquim Távora
Fortaleza - CE - CEP 60135-101



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos – Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interdita com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Katharine Rodrigues Braga

CPF da Vítima

023.549.373-60

Data do Acidente

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante Legal

E-mail

Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

- ☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

27 de Novembro de 2017

Local e Data

Katharine R. Braga

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins e a quem interessar possa que o paciente **KATIUSCIA RODRIGUES BRAGA** foi atendido neste Hospital no dia **14/05/2016** e seus dados foram inseridos incorretos em sua Ficha de Atendimento. Segue abaixo dados retificados

Nome: **KATIUSCIA RODRIGUES BRAGA**

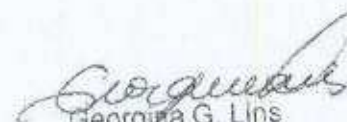
Data do Atendimento: **14/05/2016**

Data de Nascimento: **10/04/1981**

Nome da Mãe: **ELIANE RODRIGUES BRAGA**

Maracanaú-CE; 29 de Junho de 2016.

Atenciosas saudações;


Georgina G. Lins
do Setor Prontuários
HMJEH