

Studart & Lima

Advogados Associados

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

Nome: MARIA SAMARA DA SILVA		Data Nasc: 16-09-1994
Estado Civil: SOLTEIRA	Profissão: ESTUDANTE	Nacionalidade: BRASILEIRA
RG: 2808358305-0	CPF: 063.038.483-03	Telefone: (85) 991360-15
Endereço: RUA ALTO DA BELA VISTA, PEDREVAL		
Cidade: SANTANA DO ARAUÁ - CE	CEP: 60.150.000	

OUTORGADOS: RAFAEL ESTEVES STUDART, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/CE de nº 22.655, DIEGO LIMA DE FARIAS, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/CE de nº 22.985 e FÁBIO MONTEIRO ARRAIS MEDEIROS, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/CE de nº 23.738, todos com escritório profissional na Rua Paula Rodrigues, nº 260, sala 13 – Bairro de Fátima, Fortaleza/CE, cep: 60.411-270, fone: (85) 3032-8932.

PODERES: Concede amplos poderes com os da cláusula "AD JUDICIA" para o foro em geral, para ajuizamento de medida judicial aplicável para cobrar a diferença do Seguro DPVAT, acompanhando-a em todos os seus termos até o final, agravar ou apelar de qualquer despacho ou sentença, fazer e assinar requerimentos e os documentos necessários, produzir provas e justificações, transigir, acordar, desistir, renunciar ao direito em que se funda a ação, receber e dar quitação, finalmente tudo mais fazer, para o completo desempenho deste mandato, inclusive substabelecer, com ou sem reserva de iguais poderes.

Fortaleza (CE), 23 de JULHO de 2013.

Maria Samara da Silva
OUTORGANTE

DECLARAÇÃO DE PORRETA

Declaro para os devidos fins que eu, MARIA SAMARA DA SILVA, portador(a) do RG nº 2808258305 - 0, inscrito(a) no CPF nº 063.018.483 - 02, estou impossibilitado(a) de custear despesas judiciais sem prejuízo de meu próprio sustento e da família não podendo arcar com custas processuais pelo que declaro ser pobre nos termos da lei nº 7.196 de 29 de agosto de 1983, pelo que assume inteira responsabilidade, requer os benefícios de Justiça Gratuita, com esteio na lei nº 1050/05.

Fortaleza, 25 de JUNHO de 2013.

Maria samara da Silva.
DECLARANTE

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
061.018.483-02

Nome
MARIA SAMARA DA SILVA

Nascimento
16/09/1994

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

COLEÇÃO DE IDENTIFICAÇÃO NACIONAL E IDENTIFICAÇÃO LOCAL

Polgar Direito

Maria Samara da Silva

ASSINATURA DO TITULAR

COLEÇÃO DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE
3970.4DA5.12FB.50B1

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 07:50:33 do dia 11/04/2013 (hora e data de Brasília)

dígito verificador: 00

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

COLEÇÃO DE IDENTIFICAÇÃO NACIONAL E IDENTIFICAÇÃO LOCAL

Polgar Direito

Maria Samara da Silva

ASSINATURA DO TITULAR

COLEÇÃO DE IDENTIFICAÇÃO

SAC CAIXA: 0800 726 0101 (informações, sugestões e elogios) / 0800 726 0102 (reclamações)

ce
Energia
24 de 100 Watts
na fatura, para
de 2013 de 2012

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA | GRUPO B | SÉRIE B-4.1 N°

Rota 01 32170 02 057999 - 7 Data de Emissão 01/03/2013

Nome MARIA DE JESUS EUFRASIO

End. Postal RU ALTO DA BELA VISTA 00000
PEDREGAL - SANTANA DO ACARAU - 62150000

Medidor 24998296 Poste 0000 0000

Classe RESIDENCIAL MONOFASICO BAIXA RENDA Fator de Potência 0,00

RG/CPF/CNPJ 773933923-72 CGF

Nome do Responsável

DATAS			INDICADORES DE CONTINUIDADE		
Período de Cobertura	01/03/2013	02/04/2013	Conjunta	PSS-1E	
Mês	Mar/2013		Mês	Mar/2013	
				DICI = 12,22 P	

ICMS			Padrão Individual						Apuração Individual		
Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto	Mensal	Trím.	Anual	Mensal	Trím.	Anual	Mensal	Trím.	Anual
ISENTO			5,67	11,34	22,6	0,18	0,18	0,18	0,18	0,18	0,18
			DIC			3,46	6,97	13,95	1,00	1,00	1,00
			FC			0,29			0,10		
			DMIC								

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL
FFTD: 3683,4571,7547,7504,4516,4538,4552

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Const. Incl.	Const. Fac.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
1178	1079	1,00	99	0,90	24	0,15	15,42
01/03/13	01/02/13		29 DIAS		99		15,42

DESCRIÇÃO

DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)
VALOR CONSUMO DO MÊS	15,42
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	2,38
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA	0,41

VENCIMENTO 11/03/2013 **TOTAL A PAGAR (R\$)** 18,21

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO		HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)	
Energia	9,27	92	91
Transmissão	0,50	99	99
Distribuição	4,22	91	93
Encargos Setoriais	0,90	93	93
Tributos (ICMS PIS-COFINS)...	0,06	98	93
TOTAL	15,95	78	85

importante

A COELCE AGRADECE E PARABENIZA PELA PONTUALIDADE NOS SEUS PAGAMENTOS.

A ANEEL ATRIBUIU REAJUSTO MÉDIO DE -18,05% DAS TARIFAS DA COELCE, APLICADAS A PARTIR DE 24 DE JANEIRO, CONFORME RESOLUÇÃO HOMOLOGATÓRIA NÚM. 1430 DE 24 DE JANEIRO DE 2013.

Consta desta fatura R\$ 0,06 referente a PIS e COFINS.
1641 e Nota: 100 2005 - ANEEL e Nota: 10.637 02 e 10.637 03

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por DIEGO LIMA DE FARIAS e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 08/08/2013 às 12:03, sob o número 01846716520138060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0184671-65.2013.8.06.0001 e código E554D4.

Declaração de Residência
(Lei nº 7.115/83)

Eu, MARIA SAMARA DA SILVA, abaixo assinado, brasileiro(a), estado civil SOLTEIRA, profissão ESTUDANTE portador(a) do RG nº 2008258305-0 SSP/CE e CPF nº 061.018.483-02, filho de pai: ANTONIO PROFIRO DA SILVA e mãe MARIA DE JESUS EUFRASIO DECLARO, para os devidos fins, conforme artigo 1º da Lei 7.115/83, que sou residente e domiciliado na RUA: ALTO DA BELA VISTA, nº 28, bairro PEDREGAL, na cidade de SANTANA DO ALARAU CE, ponto de referência (próximo à): BAR DO HOLLAND.

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.

SANTANA DO ALARAU - CE, 18 / 04 / 2013.

MARIA SAMARA DA SILVA



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

fls. 13

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 544 - 260 / 2013

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTES - OUTROS**
Data / Hora da Comunicação: **16/04/2013 09:23:12**
Data / Hora da Ocorrência : **12/09/2010 13:00:00**
Endereço da Ocorrência: **SIT LOCALIDADE DE CAJAZEIRAS**
ZONA RURAL SANTANA DO ACARAU /CE
Ponto de Referência: **PROXIMO A LOACIDADE SÃO VICENTE**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **MARIA SAMARA DA SILVA**
Nascimento : **16/09/1994**
RG: **2008258305** Órgão Emissor: **SSP UF: CE** - CPF: **06101848302**
Filiação: **ANTONIO PROFIRO DA SILVA**
MARIA DE JESUS EUFRASIO
Endereço: **R ALTO DA BELA VISTA**
PEDREGAL 62150000
SANTANA DO ACARAU CE BRASIL Telefone: **97165981**

Histórico

Informa a noticiante que sua filha **MARIA SAMARA DA SILVA** seguia em uma motocicleta **MARCA/MOD.: HONDA/CG 125 FAN KS, PLACA: NQV 1214, RENAVAM: 223800660, CHASSI: 9C2JC4110AR659131, ANOFAB./MOD.: 2010/10** de cor predominante preta, por uma estrada carroçável saindo da Fazenda Cajazeiras com destino a Localidade de São Vicente. Que em sua frente viam três pessoas (que a noticiante e a vítima não conhecem) em motocicletas separadas e que o rapaz que vinha na frente ao tentar olhar para trás teria colidido com **SAMARA**, que foi socorrida e levada ao hospital. Que no acidente sofreu fraturas na mão e pé direitos. **Nada mais disse.**

Noticiante(s)

Nome : **MARIA DE JESUS EUFRASIO**
Endereço : **R ALTO DA BELA VISTA**
Bairro : **PEDREGAL 62150000**
Município/UF : **SANTANA DO ACARAU CE BRASIL** Telefone:

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE SANTANA DO ACARAU

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

MATRÍCULA: 198451-1-7

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A):

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, MARIA SAMARA DA SILVA, portador da carteira de identidade nº 2008258305-0 e inscrito no CPF/MF sob o nº 061.038.483-02 residente e domiciliado na RUA ALTO DA BELA VISTA - PEDREGAL Cidade SANTANA DO ALARÃO, Estado CEARÁ, 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:

☐ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

☒ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido 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 a 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 impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Maria Samara da Silva

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

SANTANA DO ALARÃO 18 DE ABRIL DE 2013

Local e data



- [Home](#)
- [Dicionário](#)
- [Formulários Úteis](#)
- [Imprensa](#)
- [Outras Informações](#)
- [Pontos de Atendimento Autorizados](#)

[Pagamento anual do seguro](#) [Prepare o pedido de indenização](#) [Fale Conosco](#) - [Informações Oficiais](#)

[Pedido de Indenização](#)

Acompanhe o pedido de indenização

[voltar](#)

Este serviço está disponível de 2ª a sábado das 7h às 20h e aos domingos das 12h às 20h

Dados Informados

CPF do Beneficiário: 061.018.483-02
Número do sinistro: 2013263737

Outros dados deste sinistro

Nome do beneficiário: MARIA SAMARA DA SILVA
Nome da vítima: MARIA SAMARA DA SILVA
Cobertura: Invalidez

Informações importantes

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. A seguradora que acolheu o seu pedido de indenização foi a **CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A**. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder, administradora do Seguro DPVAT. **O prazo para emissão do parecer final é de até 30 dias a contar da data da entrega da documentação completa.**

Posição em: 07/08/2013 - 11:54

Indenização creditada no banco no valor de R\$ 9.112,50



Prepare o pedido



Entregue o pedido
pontos de atendimento

facebook twitter YouTube

Administrado pela [Seguradora Líder](#) - 2013



Dr. Isaac Otávio

Fisioterapia Geral / Quiropraxia
Terapia Manual / RPG e Acupuntura

CREFITO 74596F

Atestado

/ Maria Samara da Silva

Atesto para os devidos fins
que a paciente supracitada
é portadora de sequelas de
TCC grave, fratura de metacarpo
direito e fratura de metatarso
direito, devido acidente de trânsito
dia 12/09/2010, tendo finalizado
seu tratamento permanecer co-
tataments clínicos com artroscopia,
desfeio para flexão dos dedos
e dor para prumos palmares
desfeio para flexão dos dedos
do pé esquerdo mancha de urticária
e edema.

17/04/13

Santana do Acaraú

Dr. Isaac Otávio C. Vasconcelos
Fisioterapeuta
CREFITO 74596F

Rua Mateus Mendes, 77 - Centro - Santana do Acaraú - CE (88) 9619.5585 / 9938.8202

Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde	Orgão Emissor : M231270801 Protocolo : 94524 AIA : 231010364038-3 Est : SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SOBRAL MARIA SAMARA DA SILVA SANTOS Nascimento: 16/06/1988 D.Autoriza: 15/09/2010 Procedi : 0415030013 - TRATAMENTO Op.Sistema: DOMITILA
Identificação do Estabelecimento de Saúde 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE SANTA CASA DE MISERICÓI 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE SANTA CASA DE MISERICÓI	
Identificação do Paciente ATEND.: 2560098 DT. ATEND.: 12/9/2010 - 19:20 MATRI.: 661727 NASCIMENTO.: 16/9/1984 NOME...: MARIA SAMARA DA SILVA MAR...: MARIA DE JESUS EUPRASIO CPF...: CNS: SUSPACIL: ENDER...: FAZENDA CAJAZZIRAS BAIRRO: ZONA RURAL - SANTANA DO ACARAÚ - CE - CEP: 62150000 <i>Fazenda Cajazirras</i> 16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: <i>Santana</i> 17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO: 18 - UF: <i>CE</i> 19 - CEP:	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO 20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Paciente vítima de trauma por acidente de moto, apresentando quadro de desorientação, episódios convulsivos, a compunhado de lesões em face, tórax e membros superiores.</i> 21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>Risco de complicação</i> NEUROLOGIA 22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <i>Anamnese + Exame físico</i> 23 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>traumatismo craniano</i> 24 - CID 10 PRINCIPAL: 25 - CID 10 SECUND.: 26 - CID 10 CAUSAS ASSOC. <i>S06.9</i>	
PROCEDIMENTO SOLICITADO 27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Poli-traumatismo</i> 28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO <i>0415030013</i> 29 - CLÍNICA 30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO 31 - DOCUMENTO () CNS (X) CPF 32 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <i>1867110341304</i> 33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <i>Dr. João Martins Neto</i> 34 - DATA DA SOLICITAÇÃO <i>20/09/10</i> 35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) <i>Dr. João Martins Neto</i> NEUROLOGIA <i>CRM 2225</i>	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS) 36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO 37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO 38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO 39 - CNPJ DA SEGURADORA 40 - Nº DO BILHETE 41 - SÉRIE 42 - CNPJ EMPRESA 43 - CNPJ EMPRESA 44 - CBO 45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURO	
AUTORIZAÇÃO 46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 47 - Nº DO DOCUMENTO 48 - DOCUMENTO () CNS () CPF 49 - Nº DO DOCUMENTO 50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) 52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR <i>Dr. José Ronaldo Resende de Sousa</i> MEIC/AUTORIZAÇÃO <i>CRM 2225</i> 04 NOV. 2010	

PLANO TERAPEUTICO

Nome:	M ^a Samara da Silva	Clinica:	Emerg	Enf.:		Leito:	11	Mat.	664727	Reg.	2560098	Peso:		Altura:	
-------	--------------------------------	----------	-------	-------	--	--------	----	------	--------	------	---------	-------	--	---------	--

Data: 12/04/10 PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORARIO

OBSERVAÇÃO DE ENFERMAGEM

M	SINAIS VIT
---	------------

Data: 12/04/2014 PRESCRIÇÃO MÉDICA

Dr. Rocino Mariano de Oliveira Neto
CIRURGIA GERAL
CRENEL 10.423

CONFERE COM O ORIGINAL

OBSERVAÇÃO DE ENFERMAGEM

01:50h Permanece com
quadro comprometido,
donolenta, eufri-
ca, gemente, mantida
com isototerapia,
borda vesical aberta
em funcionamento e
minou 450 ml. diurese
de cor alaranjada, eu-
rativo envolvido com
faixa de crepom na
mão E e Mão esquerda.
Ja realizou T e eu-
rinal. PA = 120 x 80
T = 34.2 R = 18 P = 100
CA = 100 ml de
7:20h. Continua respon-
siva, eufórica no
momento sem quei-
xas. mantida est. fona-
da vesical e minou
700 ml diurese
de cor escura (caca-
ca) e em 24h. 1100 ml. —

Old 34 DE Sandra -
10:00 Trans Nick, polio vaccine
adults, 1st time 25, 602 -
10:05. Admitted with rent
24 24 on 2nd; under 10
- alt complete 1st time
for complete 2nd time

SINAIS VITAIS

HORA	TEMP.	PA	P	FR
7:25	120	80	107	20
				12:00
				12:00
				12:00

USO O, e AR COMP.

	UG.	DESL.	CONF.
O ₁			
O ₁			
AR			
AR			

RESPIRADOR

LIG	DESL
LIG	DESL

Continuo	
----------	--

Monitor	LIG	DESL	COM
Oxímetro	LIG	DESL	COM

GLICEMIA	FEARIA
----------	--------

HORA	VALOR	HORA	VALOR
------	-------	------	-------

				MA
--	--	--	--	----

HORA	VALOR	HORA	VALOR
------	-------	------	-------

[illegible]

HORA	VALOR	HORA	VALOR
------	-------	------	-------

[illegible]

BOMBAS DE INFUSÃO | me

MEDICAÇÃO	LIGADO	DESE
-----------	--------	------

--	--	--

[illegible][illegible][illegible][illegible]

ECG às	
--------	--

Ref: as

Coed. 261 - Graded CCLEIDE - (36) 3611

•

3

Estadística

FACULDADE DE MEDICINA
SORRAL
LUC

Altura:	
---------	--

OBSERVAÇÃO DE ENFERMAGEM

SINAIS VITAIS

HORA	TEMP.	PA	P

USO O, e AR COMP.

	LIG.	DESL.
O ₁		
O ₂		
AR		
AR		

RESPIRADOR

LIG	DESL.
LIG	DESL.

Continuo

	LIG	DESL.
--	-----	-------

Monitor		
---------	--	--

Oximetra	LIG	DESL.
----------	-----	-------

Garrows		
---------	--	--

GLICEMIA

HORA	VALOR	HORA
------	-------	------

--	--	--	--

HORA	VALOR	HORA	VALOR
------	-------	------	-------

HORA	VALOR	HORA
------	-------	------

--	--	--	--

BOMBAS DE INFUS.

NEDICAÇÃO	LIGADO
-----------	--------

--	--

--	--

--	--	--

ECG as _____

Cod. 261 - Gráfica GLEIDE - 1991

000, 101 - 01100 02402 - (00)

CONFERE COM O ORIGINAL

Este documento é uma cópia da original, assinado digitalmente por EGOLOMA DAFARIAS e registrado em cartório em 08/08/2013 às 12:03, sob o número 018467165201300160001. Para conferir o original, acesse o site <http://rsj.tjce.jus.br/pastadigital/pastabr/ConferenciaDocumentos.do>, informe o processo 018467165201300160001 e código E554D4.