



OUTORGANTE: HELIENE DUARTE DA SILVA, brasileira, solteira, portadora do RG de nº. 90005016377 SSP/CE, e inscrita no CPF/MF sob o número 447.682.303-34, residente e domiciliada na Sem Terra 1, Travessa Colinas nº 16, Edron Queiroz, Fortaleza-CE, CEP 60812- 514.

OUTORGADO: Dr. MELKZEDEC TEIXEIRA DA FONSECA, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/CE, sob o número 25503, e Dr. JOÃO NOGUEIRA PONTE JUCÁ FILHO, solteiro, brasileiro, advogado, inscrito na OAB/CE sob o número 33761, Dra. MARIANA ALVES SANTOS, OAB/CE 35.946, todos com escritório na Rua Francisco Segundo da Costa, 107, sala, 17 e 18, bairro Edson Queiroz, Cep. 60811-350, Fortaleza-CE, E-mail, mt_consultoria@hotmail.com.

PODERES: Pelo presente instrumento o outorgante confere ao outorgado amplos poderes para representa-lo na ação criminal nº3000237-91.2017.8.06.0018 em trâmite no 4º Juizado Cível e Criminal da Comarca de Fortaleza-CE, podendo propor contra quem de direito, as ações competentes e defendê-lo nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe ainda, poderes especiais para confessar, e conhecer a procedência do pedido, desistir, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, podendo agir em Juízo ou fora dele, assim como substabelecer esta a outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, para agir em conjunto ou separadamente com o substabelecido.

Fortaleza-CE, 08 de janeiro de 2018.

Heliene Duarte da Silva
HELIENE DUARTE DA SILVA
CPF: 447.682.303-34

Rua Francisco Segundo da Costa, nº 107, sala 17-18, Edson Queiroz- Fortaleza-CE
 CEP 60811-650.

TELEFONES: (85) 4101-9021/ 986181414/ 999265030

<http://WWW.MTADVOGADO.COM.BR> E-mail: atendimento@mtadvogado.com.br

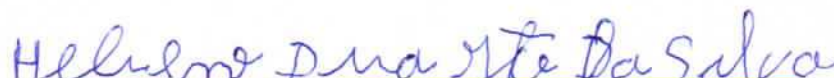




DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

HELIENE DUARTE DA SILVA, brasileira, solteira, portadora do RG de nº. 90005016377 SSP/CE, e inscrita no CPF/MF sob o número 447.682.303-34, residente e domiciliada na Sem Terra 1, Travessa Colinas nº 16, Edron Queiroz, Fortaleza-CE, CEP 60812- 514, DECLARO, com fins de pleitear os BENEFÍCIOS DA GRATUIDADE DA JUSTIÇA, previsto no inciso LXXIV, do art. 5º da Constituição Federal, parágrafo único, do artigo 4º da lei nº.1060/50, que sou juridicamente pobre, eis que não possuo condições financeiras para arcar com as despesas da justiça, especialmente das custas processuais, sem prejuízo de meu próprio sustento e de minha família; ciente de que pela falsa declaração de pobreza o declarante responde civil, penal e administrativamente, de conformidade com a legislação vigente.

Fortaleza-CE, 08 de janeiro de 2018.


HELIENE DUARTE DA SILVA
CPF: 447.682.303-34

PROCURAÇÃO AD-JUDICIA E EXTRA JUDICIA

Rua Francisco Segundo da Costa, nº 107, sala 17-18, Edson Queiroz- Fortaleza-CE
CEP 60811-650.

TELEFONES: (85) 4101-9021/ 986181414/ 999265030

<http://WWW.MTADVOGADO.COM.BR> E-mail: atendimento@mtadvogado.com.br





MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
447.682.303-34

Nome
HELIENE DUARTE DA SILVA

Nascimento
13/07/1965

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE
B2AE.9B0A.7322.1C55

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 10:14:26 do dia 24/04/2012 (hora e data de Brasília)
 dígito verificador: 00



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DO 26. DISTRITO POLICIAL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 126 - 3715 / 2009

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTES - OUTROS
Data / Hora da Comunicação: 12/11/2009 12:05:35
Data / Hora da Ocorrência : 25/10/2009 13:00:35
Endereço da Ocorrência: R 28 DE JUNHO
EDSON QUEIROZ FORTALEZA /CE

Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: HELIENE DUARTE DA SILVA
Nascimento: 13/07/1965
RG: 90005016377 Órgão Emissor: SSP UFR: CE - CPF:
Filiação: MANOEL JUSTINO DA SILVA
MARIA DE FÁTIMA DUARTE DA SILVA
Endereço: TV RIACHO DOCE 101
EDSON QUEIROZ
FORTALEZA CE BRASIL
Telefone: 91753049

Histórico

RELATA A NOTIFICANTE QUE NA DATA E LOCAL SUPRAMENCIONADOS, ENCONTRAVA-SE ESTENDENDO ROLPAS NO LOCAL ACIMA MENCIONADO, QUANDO FOI ATROPELADA PELO VEICULO GM/CHEVETTE, PLACAS HUR/2721, CITADO POR JOSÉ MARIO SANTOS DA SILVA, AFIRMA A NOTIFICANTE QUE FOI SOCORRIDO PELO VEICULO ATROPELADOR AO HOSPITAL FORTINHA DE MESSEJANA E DEPOIS TRANSFERIDA PARA A CLINICA DOS ACIDENTADOS, QUE PASSOU POR UMA CIRURGIA NO JOELHO ESQUERDO; E NADA MAIS DISSER. III / III / II

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 26. DISTRITO POLICIAL
RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: Edson Queiroz
MATRÍCULA: 024406-1-X
RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Helene Duarte da Silva
VISTO DO DELEGADO(A): _____



PRONTO SOCORRO DE ACIDENTADOS

Av. Desembargador Moreira, 2283 – CEP 60170-002 – Dionísio Torres
Fortaleza-Ce Tel 244 – 2144 Fax 224-7225.
e-mail: psa@fortalnet.com.br - C.O.C 07.272.297/0001-93

DECLARAÇÃO DE ACOMPANHAMENTO HOSPITALAR

Atesto e declaro que HELIENE DUARTE DA SILVA. Deu entrada neste Hospital no dia 25/10/09, Prontuário N.º 137.796, aos cuidados médicos do DR. CLAUDIO JOSÉ FERNANDES EUFRÁSIO. Paciente internada com laudo médico de FRATURA DO PLATÔ TIBIAL ESQUERDO, CID S 82.0, submetida a tratamento cirúrgico, recebeu alta hospitalar dia 10/11/09. Paciente encontra-se atualmente em alta médica definitiva, com seqüela de deformidade permanente em valgo no joelho esquerdo e dor contínuo.

DR CLAUDIO EUFRÁSIO
MÉDICO
CRM - 4078

SAMEX: SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E ESTATÍSTICA

JEFFSON ROCHA
RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO

Fortaleza, 6 de junho de 2012.

PRONTO SOCORRO DE ACIDENTADOS LTDA.
CNP J.: 07.222.937/0001-93
Jeffson Rocha da Cruz
Mat.: 00.315

RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

ATENÇÃO: A finalização deste relatório é seguir a avaliação da invalidez permanente, não sendo obrigatória a sua apresentação.

Nome completo da vítima	DUARTE M ^{te} SILVA	Numero do sinistro
-------------------------	------------------------------	--------------------

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

Data do acidente:	25/10/2009	Data do início do tratamento médico:	25/10/2009.
Nome completo e CRM do médico:	CHARLES R. O. MATEIRO - 6984.		
Lesões resultantes do acidente:	fractura M1E e fratura humeral direita Ex: C. pleto fr. distal. fr. humeral		
Dados relevantes dos tratamentos realizados (datas):	fr. cirurgico fratura do polso direito e fratura do humeral		
Existe algum defeito físico ou doença pré-existente ?	[] sim [] Não		
Com relação a invalidez pode-se concluir que:			
[] a invalidez é temporária portanto passível de recuperação significativa ou de cura.			
[X] a invalidez é permanente, ou seja, não há possibilidade de recuperação significativa ou de cura.			

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o seguimento ou órgão atingido)

	SEGMENTO ANATOMICO OU ÓRGÃO AFIETADO
1º	deformidade e limitação severa M1E
2º	
3º	
4º	
5º	

Afirmo que assisti e/ou avaliei a vítima no período de _____ a _____ e que as respostas acima, são completas e verdadeiras.

Assinatura e Carimbo: *Charles Mateiro* ORTOPEDISTA/TRAUMATOLOGIA

LOCAL: _____ DATA: _____ ASSINATURA DA VITIMA: *Helene Duarte Silva*

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

ACESSIBILIDADE

[Nova Consulta](#)

COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

Documentos Despesas Médicas
Documentos Invalidez Permanente
Documento Morte
Dicas Indispensáveis

PAGUE SEGURO

Como Pagar
Consulta a Pagamentos Efetuados
Informações Gerais

ACOMPANHE O PROCESSO

Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização.

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 2012202021 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA HELIENE DUARTE DA SILVA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO DELPHOS Serviços Técnicos S.A.

BENEFICIÁRIO HELIENE DUARTE DA SILVA

CPF/CNPJ: 44768230334

Posição em 13-03-2018 10:59:33

Seu pedido de indenização foi negado. Enviamos carta, para seu endereço, com mais informações sobre a conclusão da análise do seu processo.