

# PROCURAÇÃO

## OUTORGANTE:

Nome: DIANA ALVES DA SILVA		Nacionalidade: Brasileira	
Endereço: Localidade Barro Vermelho S/Nº		Profissão: Agricultora	
RG: 3347806/98 SSPDC/CE		CPF: 014.267.123-16	
		Estado Civil: Solteira	
Bairro: zona rural	Cidade: Iatira	Estado: Ceará	Cep: 63.720,000

## OUTORGADO:

**RAFAEL DE SOUSA REZENDE MONTI**, brasileiro, solteiro, advogado, devidamente inscrito na OAB/CE sob o nº. 18.044, portador do RG nº. 8.119.595 SSP/MG e CPF nº. 948.672.326-53, com escritório profissional no seguinte endereço: 1) Rua do Rosário, nº. 77, sala 604, Ed. Comandante Vital Rolim, Centro - Fortaleza - CEP 60.055-090. Fone / Fax: (85) 3254-4340.

## PODERES:

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante nomeia e constitui, os outorgados, suas bastantes procuradores, 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, 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.

MADALENA (CE), 30 DE AGOSTO DE 2014.

✕ Diana Alves da Silva  
Outorga

## DECLARAÇÃO

Nome: DIANA ALVES DA SILVA		Nacionalidade: Brasileira	
Endereço: Localidade Barro Vermelho S/Nº		Profissão: Agricultora	
RG: 3347806/98 SSPDC/CE      CPF: 014.267.123-16		Estado Civil: Solteira	
Bairro: zona rural	Cidade: Itatira	Estado: Ceará	Cep: 62.720,000

**DECLARA** com fundamento no artigo 1º da Lei nº 7.115/83, sob sua inteira e exclusiva responsabilidade, para todos os efeitos legais, as informações e declarações constantes no processo judicial e, também, ser pobre na acepção jurídica do termo (na forma da lei), enquadrando-se na concessão prevista na Lei nº 1060/50 e posteriores alterações, pois sua 'situação econômica' não lhe permite pagar as 'custas' e demais 'despesas' do processo e os honorários de advogado 'expert' sem prejuízo do sustento próprio ou da família.

Por ser expressão da verdade, firmo o presente.

MADALENA (CE), 30 DE AGOSTO DE 2014

Diana Alves da Silva

Declarante

## DECLARAÇÃO

Nome: DIANA ALVES DA SILVA		Nacionalidade: Brasileira	
Endereço: Localidade Barro Vermelho S/Nº		Profissão: Agricultora	
RG: 3347806/98 SSPDC/CE      CPF: 014.267.123-16		Estado Civil: Solteira	
Bairro: zona rural	Cidade: Itatira	Estado: Ceará	Cep: 62.720,000

Declaro que resido no endereço acima citado e forneço os 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.

MADALENA (CE) 30 DE AGOSTO DE 2014

Diana Alves da Silva

*Declarante.*

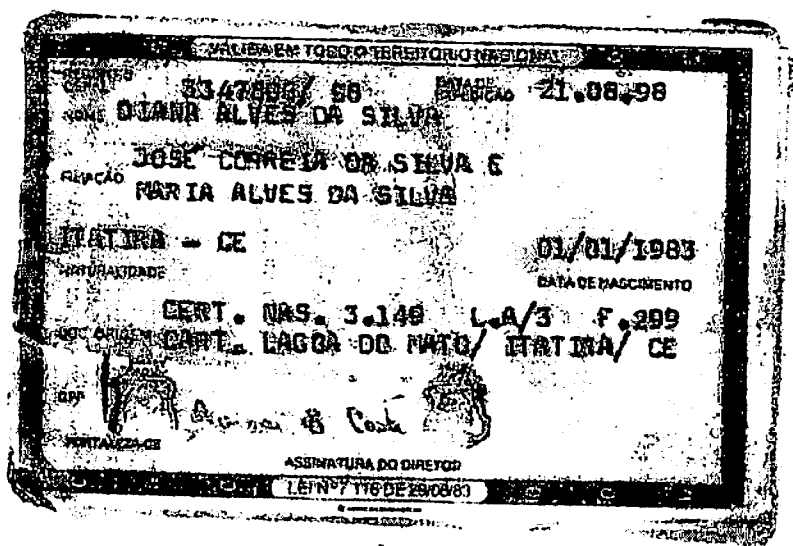


# TELEFONES DE CONTATO

(88) 9950-0004 (88) 9950-0003

(88) 8874-8777 (88) 9266-8392

(88) 3427-1916



**coelce**

Rua Padre Valério, 150 - CEP 00135-020 - Curitiba - PR  
 CNPJ 07.047.751/0001-70 - CGF 05.105.048-3  
 A Tenda Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei nº 10.430, de 26 de abril de 2002

**CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA - GRUPO B - SÉRIE B-3 - TRP**

Rota 31 30021 03 037400 - 0  
 Nome DIANA ALVES DA SILVA Data de Emissão 12/06/2014  
 End. Postal PV BARRO VERMELHO 00000 00000  
 DISTRITO DE LAGOA DO MATO - ITATIRA -  
 Medidor 24245971 Poste 0000 A73N  
 Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASICO BAIXA RENDA Fator de Potência 0,00  
 RG / CPF / CNPJ 014267123-15 CGF  
 Nome do Responsável

**DATAS**  
 Data de 12/06/2014  
**INDICADORES DE CONTINUIDADE**  
 Conjunto CONTINUA  
 Mês Abr/2014 ELEG 2,60  
 DICI = 0,00 P

Base de Cálculo	Alíquota	Valor do Imposto	Padrão Individual	Apuração Individual
DIC	7,89	15,79	31,58	0,00
FIC	6,49			0,00
DMIC				0,00

**ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL**  
 002172101.221372503.02273574.0018.0000

**INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO**

Leil. 2170	Leil. 2173	Consumo (kWh)	Consumo (MWh)	Consum. Fm	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
12/05/14	15/05/14	28 DIAS	37		0,22729	5,56

**TELEFONES DE CONTATO**

(88) 9950-0004 (88) 9950-0003  
 (88) 8874-8777 (88) 9266-8392  
 (88) 3427-1916

**COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO**

Transmissão	0,10
Distribuição	0,34
Encargos Especiais	0,91
Tributos (ICMS, PIS, COFINS)	6,12
<b>TOTAL</b>	<b>7,57</b>

**INDICADORES DE CONSUMO (Mês/Ano)**

Mês	Ano	Valor (R\$)
11	2013	9,70
12	2013	9,80
01	2014	10,20
02	2014	9,40
03	2014	11,50

**CONTAS EM ATRASO**

Informamos existir débitos vencidos sem acréscimos legais até esta data, no valor de R\$ 51,01. Seu fornecimento de energia poderá ser suspenso em até 90 dias contados a partir da fatura vencida e não paga.

Mês/Ano	Valor R\$
11/2013	9,70
12/2013	9,80
01/2014	10,20
02/2014	9,40
03/2014	11,50



**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**  
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
 POLÍCIA CIVIL - D.P.I. DEPARTAMENTO DE POLÍCIA DO INTERIOR  
 UNIDADE DE POLÍCIA CIVIL DE CAPISTRANO



**Nº. 640/2014**

- **DADOS DA OCORRÊNCIA:**
- **NATUREZA DO FATO: ACIDENTE DE TRANSITO:**
- **DATA/HORA DA COMUNICAÇÃO: 18/05/2014, por volta das 11:10 S**
- DATA/HORA DA OCORRÊNCIA: 29/03/2014, por volta das 08:00 hs**
- ENDEREÇO DA OCORRÊNCIA: Localidade de Barro Vermelho - Itatira - CE.**

**HISTÓRICO:**

Afirma a declarante que na data, local e horário supracitados, que sofreu um acidente de trânsito quando trafegava pilotando uma motocicleta HONDA CG 125 TITAN ES, de placa HWA 3115, de cor prata, ano 2000, e CHASSI Nº 9C2JC3020YR030519, licenciada em nome de Antônia de Fátima A. da Silva. Afirma a declarante que na ocasião do acidente seguia destino a cidade Madalena-CE, e na localidade de barro vermelho, abalroou em um cachorro que atravessa a via, perdeu o controle da motocicleta e caiu, declara que após o acidente deu entrada no Hospital de Lagoa do Mato, Itatira-CE, em seguida foi encaminhada para o ortopedista e foi verificado na declarante Fratura em cotovelo direito, e escoriações pelo corpo, causado pelo acidente, onde fez uso de tala gessada em braço direito. E NADA MAS DISSE NEM LHE FOI PERGUNTADO:

**NOME: Diana Alves de Sousa**

**DATA NAS: 01/01/1983**

**DOC. DE IDENTIFICAÇÃO: 3347806-98 da SSPDC/CE**

**PAI: José Correia da Silva**

**MÃE: Maria Alves da Silva**

**ENDEREÇO: Localidade de Barro Vermelho s/nº. - Itatira - CE**

**MUNICÍPIO: Itatira - CE**

**BAIRRO: zona rural**

**UF: CE**

**FONE: (88)**

**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:**

**RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:**

Diana Alves da Silva

## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, DIANA ALVES DA SILVA, portador da carteira de identidade nº 3347806/98 e inscrito no CPF/MF sob o nº 014.267.123-16 residente e domiciliado na LOCALIDADE BARRO VERMELHO S/Nº, Cidade ITATIRA, 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:

- ( X ) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência ; ou
- ( ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícia para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ( ) O estabelecimento do IML localidade no Município em que resido realiza perícia 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 da 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.

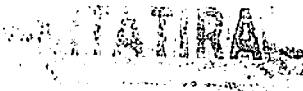
Diana Alves da Silva

Assinatura do Declarante

Conforme documento de identificação

Madalena-Ceará, 01 de Julho de 2014

Local e data



1. Preencher a ficha de referência.  
2. Ao terminar a consulta, o profissional deve  
3. Vias ao usuário, orientando-o para levá-la  
com a 1ª via à Unidade de Origem.

FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem: Unidade de Saúde  
Número de Registro: SECRET Município: Itaitira

Nome do Encaminhado: Diana Alves de Silva Prontuário: \_\_\_\_\_

Sexo: F Data de Nascimento: 02/02/88 Ocupação: \_\_\_\_\_  
Endereço: Rua Vermelha Bairro: \_\_\_\_\_

Motivo do Encaminhamento: Cliente deu entrada na Unidade de Saúde de Saúde Bucal com queixa de "quedo" de molares superiores e inferiores do arco inferior com lesões traumáticas  
Resultado de Exames: Do MSP. Necessidade de tratamento com uso de trausmódulo

Local onde Realizou: Atendimento no local apical

Expressão Diagnóstica: \_\_\_\_\_  
Assinatura do Encaminhante - Nº Registro: \_\_\_\_\_ Função: Dr. Rafael Rezende Montenegro Data: 29/03/14 Hora: 10:00h  
CNPJ: 09.093.000/10 CPF: 115.768.267-32

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: Ambulatorial  Hospitalar  Atendimento Diagnóstico   
Procedimento: Encaminhamento Profissional: Marcos Tereza de Jesus / apical  
Unidade de Referência: STCS Data: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA (\*)

Unidade de Referência: \_\_\_\_\_  
Município: \_\_\_\_\_ Prontuário Nº: \_\_\_\_\_

Recurso Clínico / Cirúrgico: \_\_\_\_\_

Resultado do(s) Exame(s): \_\_\_\_\_

Diagnóstico Principal: \_\_\_\_\_ CID: \_\_\_\_\_  
Secundário 1: \_\_\_\_\_ CID: \_\_\_\_\_  
Secundário 2: \_\_\_\_\_ CID: \_\_\_\_\_

Proposta de Consulta para Segmento: \_\_\_\_\_

O problema justificou a referência? Sim  Não  O motivo da referência coincide com o diagnóstico? Sim  Não



Ocorrência ~~Materna~~ 29/03/2014  
Médico: Dr. Amaro

Téc. de enfermagem: Quêden e Evanora

Recebemos O Plantão em intercorrência

às 12:45h de urgência Nesta unidade de Saúde

Renan Nisanto Sousa vítima de asfixia

lesão na boca e Edema na cabeça. O mesmo foi

transportado por unidade de referência

às 3:00h foi transportado por unidade

de referência Gestante. Foi Razão Sua Saúde

em trabalho de Parto Su Delatação Bóvia

Roto com Apresentação efetiva.

AS Ocorrência do dia 30/03/14

Enfermeiro Dr Amaro

Téc de Enfermagem Quêden e Evanora <sup>pelos</sup> <sub>vai</sub>

às 8:50h. Foi transportado o paciente

Marlon plus nênis de localidade São

Jensalo o mesmo chegou-se com tosse

às 10:00h foi transportado por unidade de referência

de referência vítima de fratura de M.O.

sem suspeita de fratura M.S.D. Às 19:00 encerramos o plantão

Ocorrência matutina

Am: 30/03/14

Médico: ?

Enf-a: Amaro

Téc. de enfermagem: Pednele - Jéssica

Motorista: Ivanildo Oliveira + Jaron + Diego

Vigia: Donizete

S. Gerais: Rita, Diego, Mire,

Às 19:00hs recebemos o plantão com (01) paciente intubado

sendo: 05 cilindros de O<sub>2</sub>, sendo: 03 lacradas e 02 vazias,

estetoscópio, 01 esfigmômetro, 01 glicosímetro, 01 termômetro, 02 garrafas

Este documento é uma cópia digitalizada do original, assinado digitalmente por RAFAEL DE SOUZA REFINO MCFT e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 04/02/2016 às 16:03 sob o número 0110022720168060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0110022-27.2016.8.06.0001 e código 1F1424F.



Hospital e Maternidade Regional São Francisco  
A Santa Casa de Canindé  
Praça Frei Aurélio, 1397 - Centro - Tele/Fax: (85) 3343-2110  
Canindé - Ceará



Recetário  
NOME: *Rafael de Sousa*

- 1) Tala  
gesso  
axilopilular
- 2) Curativos diários
- 3) Retornar 15 dias

*Dr. Rafael de Sousa*  
CRM: 100076

30/03/14

Voltando à consulta queira trazer a receita  
OBS: ESTE FORMULÁRIO É DE USO EXCLUSIVO NAS DEPENDÊNCIAS DO HOSPITAL REGIONAL SÃO FRANCISCO DE CANINDÉ.

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

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

NOME COMPLETO DA VITIMA:

*Diana Alves da Silva*

NÚMERO DO SINISTRO:

## DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE:

*29/03/14*

DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO:

*29/03/14*

NOME COMPLETO E CRM DO MÉDICO:

*Dr. José Carlos Mantovani Filho*

LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE:

*fratura colúmbica do C6 com lesões de ligamentos e ferimento.*

DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS):

*tratamento ortopedico imediato e imobilização ortopedica*

EXISTE ALGUM DEFETO FÍSICO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? CASO POSITIVO DESCREVER:

SIM  NÃO

COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE:

- A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO.
- A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.

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

	SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO
1º	<i>Colúmbica C6 (fratura e lesões ligamentares e ferimento)</i>
2º	
3º	
4º	
5º	

AFIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VITIMA NO PERÍODO DE QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.

*Madalena-le 07/14*

LOCAL

DATA

*Dr. José Carlos Martins*  
Traumatologia - Ortopedia  
CRM 6076

ASSINATURA E CARIMBO

ANEXAR CÓPIAS DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS RELATIVOS AO ACIDENTE

*Madalena-le 03.07.14*

LOCAL

DATA

*Diana Alves da Silva*

ASSINATURA DA VITIMA

# RELATÓRIO MEDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ:

## DECLARAÇÕES DO MÉDICO (PRÓPRIO PUNHO)

NOME COMPLETO DA VÍTIMA:

*Diana Aluís de Jesus*

DATA DO ACIDENTE:

*29/03/14*

TRATAMENTOS CIRURGICOS OU CONSERVADOR REALIZADOS NO PACIENTE:

*Antebraço e mão direita  
inerte com imobilização  
em gesso + ATW.*

PERIODO DE PERMANENCIA HOSPITALAR:

*01 (um) dia*

APÓS A ALTA HOSPITALAR, QUAIS OS OUTROS TRATAMENTOS REALIZADOS PELO PACIENTE. EX: TROCA DE GESSO RETIRADA DE MATERIAL DE SÍNTESE, FISIOTERAPIA, ETC.

*Tratamento  
em casa com ATW.*

DATA DA ALTA DEFINITIVA:

*30/06/14*

*Madeleine R*

LOCAL.

*03/07/14*

DATA

**Dr. José Carlos Martins**  
Traumatologia - Ortopedia  
CREMOC 6074

ASSINATURA E CARIMBO

# ATESTADO DE ALTA

Atesto que o paciente, Diana Alves da Silva

Vítima de acidente de trânsito ocorrido em 29.03/14, no qual sofreu as seguintes lesões:

fratura do cotovelo  
de, com fragmentos  
e lesões ligamentares.

efetuou os seguintes tratamentos

tratamento  
ortopédico imediato e  
instalação.

Informo que os tratamentos foram realizados durante o período de 29.03/14 a 27.06/14, tendo findado seu tratamento recebeu ALTA DEFINITIVA em 30.06/14

Seqüelas em caráter permanente resultantes do acidente:

artrose da crúrcia e  
atrito do cotovelo de,  
flexão e limitação na  
flexão e extensão e protração

Modelane

Local

**Dr. José Carlos Martins**  
traumato-ortopedista  
CRM-CE-0076

data

10/7/14

assinatura e carimbo

Paciente: Diana Alves da Silva



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 010546617260  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA PPT 01 COD. RENAVAM 00737443960 B.N.T.R.C. 0000000000 EXERCÍCIO 2013

NOME  
ANTONIA DE FALMA A DA SILVA  
MADALENA /CE

PLACA  
04057411380 HWA3115/CE

PLACA ANTIGA /CE

ESPECIE PAS/MOTOCICLO/NAO APLE 16 CO. INJETIVA GASOLINA

MARCA/MODELO HONDA/CG 125 TITAN ES ANO FAB. 2000 ANO REG. 2000

DIR/POT/CL 2P/12CV/124CC CATEGORIA PARTIC COR. PRINCIPAL PRATA

IPVA COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC./COTAS  
FAIXA IRVA PARCELAMENTO / COTAS

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

OBSERVAÇÕES

LOCAL MADALENA DATA 02/08/2013

Insc. Publica Superintendente DETRAN-CE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

CE Nº 010546617260 BILHETE DE SEGURO DPVAT

EXERCÍCIO 2013

CPF / CNPJ 04057411380 PLACA HWA3115

BILHETE DE SEGURO DPVAT

CE Nº 010546617260 EXERCÍCIO 2013 DATA EMISSÃO 02/08/2013

VIA 01 OFF / CNPJ 04057411380 PLACA HWA3115

RENAVAM 00737443960 MARCA/MODELO HONDA/CG 125 TITAN ES

ANO FAB. 2000 CAT. IMV. 09 Nº CHASSI 9C2JC3020YR030519

PRÊMIO TARIFÁRIO FMS (R\$) DENATRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)  
129,04 14,34 143,38

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$)  
4,15 1,11 292,01

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO  
 COTA ÚNICA  PARCELADO 29/07/2013

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A

CNPJ: 09.248.608/0001-04

02848

DETRAN

CONTREN

**BENEFICIÁRIOS**

- Saiba Mais
- Cobertura
- Habilitação de Postagem
- Honorários
- Onde dar entrada
- Formulários
- Tire suas dúvidas
- Projeto Corretor
- Solicitar Envelopes

[Voltar](#)**Processo**

Megadata: 2014/601179  
Processo: 629417  
Natureza: INVALIDEZ  
Data sinistro: 29/3/2014  
Nome: DIANA ALVES DA SILVA  
Situação: Processo liberado o pagamento

**Beneficiários**

Nome  
DIANA ALVES DA SILVA

**Históricos**

Data/Hora	Situação	Observações
19/7/2014	Pré-Cadastro não analisado	
22/7/2014	Pré-Cadastro analisado e aprovado	
28/7/2014	Proc. enviado p/ digitalização e análise da Seg. Líder	
25/8/2014	Processo liberado o pagamento	Data crédito: 26/08/2014 - R\$ 2362.50

**Restrições**[Mais Informações](#)[Virtual Informática para Seguros](#)