

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Nome: JOSERLANDE PAULINO		Nacionalidade: Brasileiro	
Endereço: Rua Francisco Paulo de Oliveira – Nº 454		Profissão: Agricultor	
RG: 3361583/98- SSPDC/CE CPF: 023.915.363-48		Estado Civil: Casado	
Bairro: Santa Terezinha	Cidade: Madalena	Estado: Ceará	Cep: 63.860.000

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 judicium 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), 27 DE FEVEREIRO DE 2015.


Outorga

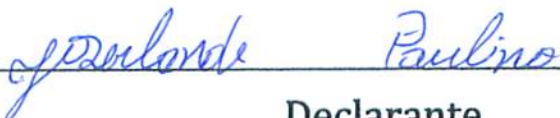
DECLARAÇÃO

Nome: JOSERLANDE PAULINO		Nacionalidade: Brasileiro	
Endereço: Rua Francisco Paulo de Oliveira -Nº 454		Profissão: Agricultor	
RG: 3361583/98- SSPDC/CE CPF: 023.915.363-48		Estado Civil: Casado	
Bairro: Santa Terezinha	Cidade: Madalena	Estado: Ceará	Cep: 63.860.000

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), 27 DE FEVEREIRO DE 2015


Declarante

DECLARAÇÃO

Nome: JOSERLANDE PAULINO		Nacionalidade: Brasileiro	
Endereço: Rua Francisco Paulo de Oliveira – Nº 454		Profissão: Agricultor	
RG: 3361583/98- SSPDC/CE CPF: 023.915.363-48		Estado Civil: Casado	
Bairro: Santa Terezinha	Cidade: Madalena	Estado: Ceará	Cep: 63.860.000

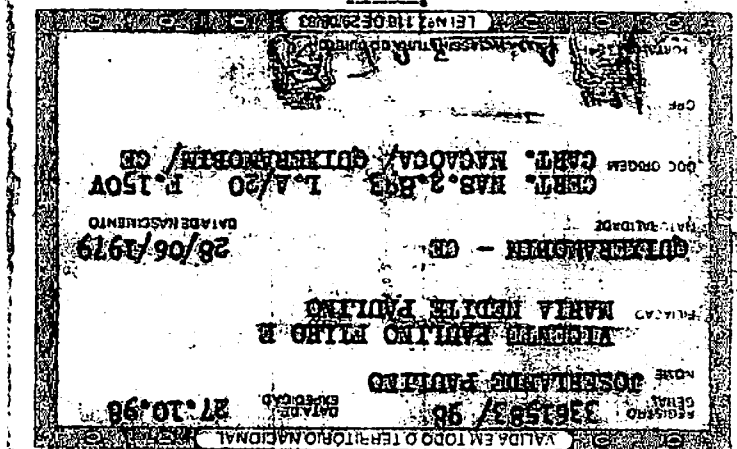
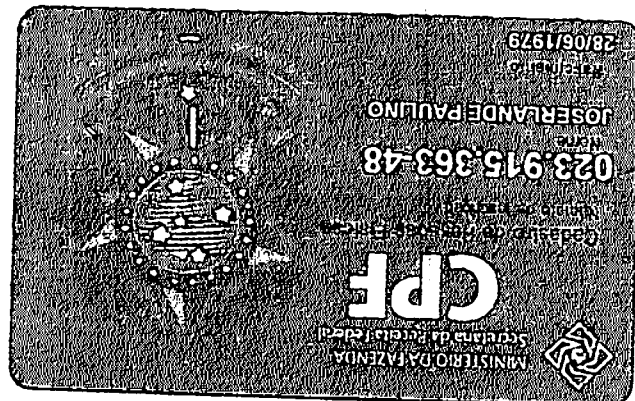
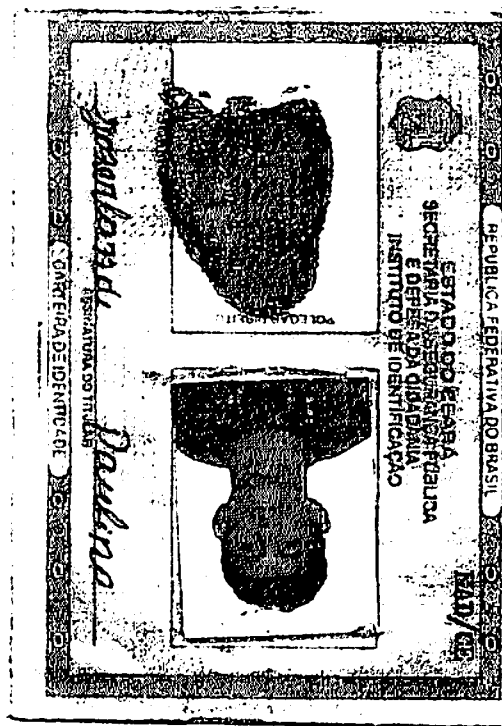
Declaro que resido no endereço acima citado e forneço os dados pessoais, documentos e demais declarações para a propositura de Ação Judicial em desfavor de qualquer seguradora conveniada DPVAT- FENASEG. Sendo de minha total responsabilidade a declaração de invalidez ou óbito fornecida.

MADALENA (CE), 27 DE FEVEREIRO DE 2015



Declarante

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



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, **JOSERLANDE PAULINO**, RG Nº **3361583/98**, data de expedição **27.10.1998**, Órgão **SSPDC/CE**, CPF Nº. **023.915.363-48**, venho parente a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguido, anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	RUA FRANCISCO PAULO DE OLIVEIRA
Número	Nº 454
Apto/Complemento	CASA
Bairro	SANTA TEREZINHA
Cidade	MADALENA
Estado	Ceará
CEP	63.860.000
Telefone de Contado	
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Madalena – CE, 10 de DEZEMBRO de 2014.

Joserlande Paulino

Nº DO CLIENTE

5048293-9

Para saber seu endereço, consulte o nº acima
e envie um e-mail para atendimento@cear.gov.br

Das P. de Venda, 100 - Cx. 60193-000 - Fortaleza - CE
FONE: 087 647 211/2001-70 - CEP: 61.001-900
A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei nº 10.438, de 20 de Junho de 2007

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA - GRUPO B - 110V - 362956134

Rota 20 36050 02 040230 - 7 Data de Emissão 30/10/2014

Nome ANA PAULA DA SILVA LIMA

End. Postal RU FRANCISCO PAULO DE OLIVEIRA 00454
SANTA TEREZINHA - MADALENA - 63860000

Medidor 1994497

Poste 0000 0000

Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASICO BAIXA RENDA Valor do Postagem 0,00

RG / CPF / CNPJ 058754643-30

CGF

Nome do Responsável

INDICADORES DE CONTINUIDADE

Mês de Referência Outubro/2014 Data de Apresentação 30/10/2014 Período Letura 28/11/2014 Conjunto QUILOMBOA Mês Maio/2014 ELSO 8.32

Bas. de Cálculo (R\$)	Ajustes	Valor do Inmetro	Pad. DCE	Atual	Três	Anual	Atual	Três	Anual
ISEITO			0,00	5,79	11,58	23,16	0,00	0,00	0,00
				3,55	7,10	14,20	0,00	0,00	0,00
				3,37			0,00		

4360.1012.0004.0000.4294.0540.0005.0200

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Unid. Atual	Unid. Anterior	Const.	Consumo (LWts)	Const. Ind.	Const. Fix.	Tarifa (R\$/LWts)	Valor (R\$)
2730	2649	1,80	81	0,00	23,51	0,12907 0,22042	4,10 12,10

TELEFONES DE CONTATO

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

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

(88) 3427-1916

VENCIMENTO 06/11/2014

TOTAL A PAGAR (R\$)

22,02

CONSUMO DE ENERGIA ELÉTRICA - GRUPO B - 110V - 362956134

Energia	9,94
Transmissão	0,00
Distribuição	0,00
Encargos Setoriais	0,00
Tributos (ICMS PIS/COFINS)	3,56
TOTAL	18,12

importante

PREZADO(A) CLIENTE: A SUA CONTA DE LUZ, APÓS O VENCIMENTO, DEVERÁ SER PAGA, PREFERENCIALMENTE, NAS AGÊNCIAS, CORRESPONDENTES OU CANAIS ELETRÔNICOS DOS BANCOS SANTANDER, BRANCO OU BANCO DO BRASIL.

Consta desta fatura R\$ 3,56 referente a PIS e COFINS.
Lei nº 11.728, de 10 de Junho de 2008 - Art. 1º, inciso II, alínea c, e Lei nº 10.637, de 30 de Setembro de 2003

92	81	88	90	99	80	91	101	103	92	109	91	88
----	----	----	----	----	----	----	-----	-----	----	-----	----	----

06/11/2014

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por RAFAEL DE SOUSA REZENDE MONTI e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 04/11/2015 às 16:14, sob o número 02041723420158060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0204172-34.2015.8.06.0001 e código 1D3C4B7.



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. 2021/2014

- **DADOS DA OCORRÊNCIA:**
- **NATUREZA DO FATO: ACIDENTE DE TRANSITO:**
- **DATA/HORA DA COMUNICAÇÃO: 20/11/2014, por volta das 15:10**

DATA/HORA DA OCORRÊNCIA: 16/10/2014, por volta das 08:00 hs
ENDEREÇO DA OCORRÊNCIA: Bairro Henrique Jorge - Madalena - CE.
HISTÓRICO:

Afirma o declarante que na data, local e horário supracitados, que foi vítima de acidente de trânsito, quando trafegava pilotando uma motocicleta HONDA CG 125 TITAN KS, de placa HXJ 1350, cor PRATA, ano 2000/2001, e CHASSI Nº 9C2JC30101R036433, licenciada em nome de Armindo Pinheiro da Silva; Afirma o declarante que na ocasião do acidente o pneu dianteiro da motocicleta derrapou, onde o declarante perdeu o controle da mencionada motocicleta e caiu, que após o acidente deu entrada no Hospital de Madalena-CE, o qual apresenta forte pancada com trauma contuso em tornozelo esquerdo, causado pelo acidente, onde foi medicado e encaminhado para o Ortopedista. E NADA MAS DISSE NEM LHE FOI PERGUNTADO:

NOME: Joserlande Paulino
DATA NAS: 28/06/1979
DOC. DE IDENTIFICAÇÃO: 3361583/98 da SSPDC/CE
PAI: Vicente Paulino Filho
MÃE: Maria Nedite Paulino
ENDEREÇO: Rua Francisco Paulo de Oliveira nº. 454
MUNICÍPIO: Madalena
BAIRRO: Santa Terezinha
FONE: (88)

UF: CE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: _____

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Joserlande Paulino

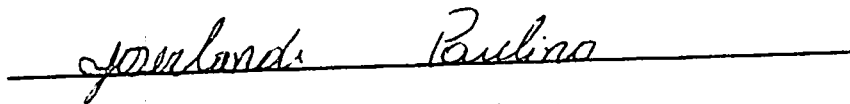
DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, JOSERLANDE PAULINO, portador da carteira de identidade nº 3361583/98 e inscrito no CPF/MF sob o nº 023.915.363-48, residente e domiciliando na RUA FRANCISCO PAULO DE OLIVEIRA N°. 454, Cidade MADALENA, 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.



Assinatura do Declarante

Conforme documento de identificação

Madalena-Ceará, 10 de DEZEMBRO de 2014

Local e data



PREFEITURA MUNICIPAL DE MADALENA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Geovânia

fls. 20

FICHA GERAL DE ATENDIMENTO

Nº

Unidade de Saúde: _____ PSF: _____

Equipe PSF: _____ Agente de Saúde: _____

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO

Nome: Josefina Paulina Data Nasc.: 28/06/79

Estado Civil: Casado ☒ Solteiro ☐ Profissão: Agricultor ☒ Outra ☐

Documento Nº RG = 3361583/98 Próprio ☐ Respons. ☐

Filiação: Pai: Vinicius Paulina Filho

Mãe: Maria Nedite Paulina

Endereço Residencial:

Rua: Alc. Paulo de Oliveira Nº: 454 Bairro: St. Teresinha

Distrito: _____ Localidade: Madalena CEP: 63860-11

Diabético ☐ Hipertenso ☐

PRÁTICA(S) TERAPÊUTICA(S)

1º Atendimento		Data: <u>16/10/14</u>
TP: _____ P.A. _____		Consulta ☐ Internamento ☐
Queixa Principal	Sinais e Sintomas Clínicos	Procedimento(s)
<u>Pré labor 1 ace de</u> <u>foto em der 10 nov 14 E.</u>		

2º Atendimento		Data: <u>16/10/14</u>
T.P. _____ P.A. _____		Consulta ☐ Internamento ☐
Queixa Principal	Sinais e Sintomas Clínicos	Procedimento(s)

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

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

NOME COMPLETO DA VÍTIMA: <u>Paula Lande Paulino</u>		NÚMERO DO SINISTRO:
RG: <u>3361583/98</u>	ÓRGÃO EXPEDIDOR: <u>SSPDC-CE</u>	CPF: <u>023.915.363-48</u>

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE: <u>16/10/14</u>	DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO: <u>16/10/14</u>
NOME COMPLETO E CRM DO MÉDICO: <u>Jose Carlos Martins Filho</u>	
LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE: <u>fratura de humero esquerdo com lesão de ligamento colateral lateral humeral e</u>	
DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS): <u>Tratamento ortopédico imediato com imobilização.</u>	
EXISTE ALGUM DEFEITO FÍSICO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? ☒ SIM ☐ NÃO	
CASO POSITIVO DESCREVER:	
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 ATINGIDO
1º	<u>Humero esquerdo</u>
2º	<u>Ligamento colateral lateral</u>
3º	<u>Humeral</u>
4º	<u>Humeral</u>
5º	<u>Humeral</u>

AFIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE: _____ A _____
QUE AS RESPOSTAS ACIMA SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.

Machado 23/12/14 Jose Carlos Martins
LOCAL DATA ASSINATURA E CARIMBO

ANEXAR CÓPIAS DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS RELATIVOS AO ACIDENTE

RELATÓRIO MEDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ:

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (PRÓPRIO PUNHO)

NOME COMPLETO DA VÍTIMA:

DATA DO ACIDENTE:

TRATAMENTOS CIRURGICOS OU CONSERVADOR REALIZADOS NO PACIENTE:

PERÍODO DE PERMANÊNCIA HOSPITALAR:

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

DATA DA ALTA DEFINITIVA:

LOCAL

DATA

ASSINATURA E CARIMBO

ATESTADO DE ALTA

Atesto que o paciente, Joseleide Paulino

Vítima de acidente de trânsito ocorrido em 16/10/14, no qual sofreu as seguintes lesões:

fratura torácica E
com lesões de ligamento
colateral lateral,
fratura
fechada

efetuou os seguintes tratamentos

tratamento ortopédico
momento e imobilização
+ analgésicos

Informo que os tratamentos foram realizados durante o período de 16/10/14 à 16/11/15, tendo findado seu tratamento recebeu ALTA DEFINITIVA em 17/11/15.

Seqüelas em caráter permanente resultantes do acidente:

fratura torácica Esg
com edema, deformidade
articular torácica Esg
articular e debilidade
funcional.

Local

data

Dr. José Carlos Martins
Traumatologia Ortopedia
CRM 5076

assinatura

Dr. José Carlos Martins
CRM 5076

Paciente:

Joseleide Paulino

BENEFICIÁRIOS

Salva Mals
Cobertura
Habilitação de Postagem
Honorários
Onde dar entrada
Formulários
Tire suas dúvidas
Projeto Corretor
Solicitar Envelopes

[Voltar](#)**Processo**

Megadata: 3150/013763
Processo: 683910
Natureza: INVALIDEZ
Data sinistro: 16/10/2014
Nome: JOSERLANDE PAULINO
Situação: Processo liberado o pagamento

Beneficiários

Nome
JOSERLANDE PAULINO

Históricos

Data/Hora Situação
19/12/2014 Pré-Cadastro não analisado
26/12/2014 Pré-Cadastro com restrições

Observações

* APRESENTAR DOCUMENTO COMPROBATÓRIO DOS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO: CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CÓPIA DO CARTÃO BANCÁRIO OU CÓPIA DO CABEÇALHO DO EXTRATO BANCÁRIO.

21/1/2015 Documentação complementar recebida na Unidade

21/1/2015 Pré-Cadastro analisado e aprovado

28/1/2015 Proc. enviado p/ digitalização e análise da Seg. Líder

26/2/2015 Processo liberado o pagamento

Data crédito: 27/02/2015 - R\$ 1687.50

Restrições**Descrição**

APRESENTAR DOCUMENTO COMPROBATÓRIO DOS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO: CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CÓPIA DO CARTÃO BANCÁRIO OU CÓPIA DO CABEÇALHO DO EXTRATO BANCÁRIO.

Situação

Resolvido

Mais Informações

[Virtual Informática para Seguros](#)