

PROCURAÇÃO**OUTORGANTE:**

Nome: WILLEMBERG SILVA DA COSTA		Nacionalidade: BRASILEIRO	
Estado civil: CASADO	Profissão: SAPATEIRO	Carteira de Identidade: 05856906178	
CPF nº: 921.633.353-72	Residência: RUA EDMUNDO LINHARES, 8		
Bairro: MONTESE	Cidade: FORTALEZA	Estado: CE	CEP: 60420-340
Telefones: (85) 30461120 / 85380537/99772966			

**OUTORGADO:**

**RAFAEL DE SOUSA REZENDE MONTI**, brasileiro, solteiro, advogado, devidamente inscrito na OAB/CE sob o nº 18.044, portador do RG nº M8.119.595 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) 3231-6493.

**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, transigir, 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.

FORTALEZA (CE), 10 de março de 20 15.

\* Willemberg Silva da Costa  
Outorgante

## DECLARAÇÃO

Nome: WILLEMBERG SILVA DA COSTA		Nacionalidade: BRASILEIRO	
Estado civil: CASADO	Profissão: SAPATEIRO	Carteira de Identidade: 05856906178	
CPF nº: 921.633.353-72	Residência: RUA EDMUNDO LINHARES, 8		
Bairro: MONTESE	Cidade: FORTALEZA	Estado: CE	CEP: 60420-340
Telefones: (85) 30461120 / 85380537/99772966			

Declaro para os devidos fins que possuo hipossuficiência financeira, não possuindo condições de arcar com custas processuais e honorários advocatícios sem prejudicar o meu sustento próprio e o de minha família, consoante o que dispõe a Lei nº 1.050/60.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

Fortaleza (CE), 10 de março de 20 19.

\* Willemberg Silva da Costa  
Declarante

## DECLARAÇÃO

Nome: WILLEMBERG SILVA DA COSTA		Nacionalidade: BRASILEIRO	
Estado civil: CASADO	Profissão: SAPATEIRO	Carteira de Identidade: 05856906178	
CPF nº: 921.633.353-72	Residência: RUA EDMUNDO LINHARES, 8		
Bairro: MONTESE	Cidade: FORTALEZA	Estado: CE	CEP: 60420-340
Telefones: (85) 30461120 / 85380537/99772966			

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, E QUE FUI VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO. Sendo de minha total responsabilidade a declaração de invalidez ou óbito fornecida.

Fortaleza (CE), 10 de maio, de 2018.

\* Willemberg Silva da Costa  
Declarante

**PROIBIDA PLASTIFICAR**  
**819423330**

**Observação:**  
SEM OBSERVAÇÃO;

*Willenberg Silva da Costa*

**ASSISTÊNCIA AO PORTADOR**

**LOCAL:** FOCALIZADA, CE **Data emissão:** 20/08/2013

*(Assinatura)* **22852290694**  
**CE133381153**

**DETRAN - CE (CEARA)**

**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**  
**DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO**  
**CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO**

**WILBERNEZ SILVA DA COSTA**

**IDENTIFICADORA:** 334736253 **UF:** CE

**CPF:** 921.633.333-72 **Data emissão:** 19/09/1982

**Função:**

**WILBERNEZ SILVA DA COSTA**

**Função:** PROFISSIONAL **ACC:** **CLASS:** A

**VALIDADE:** 05856906178 **VALIDADE:** 20/08/2014 **VALIDADE:** 20/08/2013

**VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL**  
**819423330**



**DADOS DO CLIENTE**

Nome: WILLENBERG SILVA DA COSTA  
 End. Leitura: RU EDMUNDO LINHARES, 8, MONTESE  
 Cidade: FORTALEZA CEP: 60420-340  
 End. Entrega:  
 Cidade:  
 Local: 001 Setor: 021 Quadra: 0073 Lote: 0117 Comp: 0000  
 Subsetor: 00 Subquadra: 00 CEP:

**ECONOMIAS**

Residencial: 001 | Comercial: 000 | Industrial: 000 | Pública: 000

**INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO**

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volumem <sup>3</sup>	Média Semestral (m <sup>3</sup> )
ACUA	R02S10G197	337	342	5	4

**DATAS**

Leitura Atual: 12/05/2014 Emissão: 12/05/2014 Lacre Água: 360008  
 Leitura Anterior: 11/01/2014 Próxima Leitura: 11/06/2014 Lacre Esgoto: 238021

**QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A:**

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
531	531	531	531	531	531
573	573	573	573	573	573
573	567	568	579	570	570

**MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**

CONSTATAMOS DEBITO DE R\$ 55,12 CASO PAGO, DESCONSIDERAR.  
 DEVIDO A FALTA DE CHUVAS FAÇA USO RACIONAL P/ ECONOMIZAR AGUA

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME		
		Mês/Ano	Água (m <sup>3</sup> )	Esgoto (m <sup>3</sup> )
ACUA	15,10	MÁI 13	5	4
ESGOTO	12,08	JUN 13	6	4
JUROS DE 0,0337 RD	0,30	JUL 13	1	0
TALANTA DE 2	0,51	AG 13	0	1
		SETE 13	1	3
		AUG 13	1	3
		SETE 13	1	3
		AGO 13	1	3
		SET 13	1	3
		OUT 13	1	3
		NOV 13	1	3
		DEZ 13	1	3
		JAN 14	1	3
		FEB 14	1	3
		MAR 14	1	3
		ABR 14	1	3

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO		SUBSIDIO	
Descrição	Valor (R\$)	Descrição	Valor (R\$)
PIS	0,84	VALOR DO SERVIÇO	46,86
COFINS	0,16	VALOR DO SUBSIDIO	20,84
		VALOR TOTAL A PAGAR	28,02

MÊS/ANO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
05/2014	02/06/2014	28,02



Bancos: Bradesco, BNA, Itaú, BPC, Banco do Brasil, Caixa Econômica Federal, Santander, Titânium, Outros: Pagfácil  
 A Cagece disponibiliza o serviço de débito em conta de sua fatura. Ative o seu serviço. Consulte sua agência.



É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme resoluções das Agências Reguladoras.

Maiores informações pelo telefone: 0800 275 0195, nas lojas de atendimento, de 8h às 17h, no site [www.cagece.com.br](http://www.cagece.com.br) ou na ouvidoria Cagece: 3101.1919, de 8h às 12h e 13h às 17h. Ouvidoria estadual: 155. Site da ARCE: [www.arce.ce.gov.br](http://www.arce.ce.gov.br)

Entidades Reguladoras: Fortaleza: ACPOR - Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental: 0800 285 1919 - Demais Localidades: ARCE - Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará: 0800 275 3838.

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por RAFAEL DE SOUSA REZENDE MONTI e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 28/01/2016 às 11:12, sob o número 01076890520168060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0107689-05.2016.8.06.0001 e código 1EEA867.



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DO 5. DISTRITO POLICIAL

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 105 - 3183 / 2014**

*Dados da Ocorrência*

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO  
Data / Hora da Comunicação: 15/05/2014 15:56:42  
Data / Hora da Ocorrência : 15/05/2014 07:00:42  
Endereço da Ocorrência: AV GOMES DE MATOS

MONTESE FORTALEZA /CE

Ponto de Referência:

*Dados da(s) Vítima(s)*

Nome: WILHELMBERG SILVA DA COSTA  
Nascimento: 13/09/1980  
RG: 334735098 Órgão Emissor: SSP UF: CE - CPF:  
Filiação: NC  
RUBENITA SILVA DA COSTA  
Endereço: R EDMUNDO LINHARES 8  
MONTESE  
FORTALEZA CE BRASIL Telefone: 85-91034571

*Histórica*

AFIRMA O DECLARANTE QUE VINHA EM SUA MOTO DE PLACA NIQ 5875, QUANDO AO FREAR BRUSCAMENTE PARA NÃO BATER NA TRASEIRA DE UM CARRO, CHEGOU A CAIR TENDO ESCORIAÇÕES, QUE FOI SOCORRIDO PARA O FROTINIL DE ANTÔNIO BEZERRA, E NADA MAIS DISSE.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 25. DISTRITO POLICIAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

JOZIL FERREIRA NOGUEIRA - MAT.: 380058-1-5

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

W. Wilmburg Silva da Costa

VISTO DO DELEGAD(A):

RAIMUNDO ROCHA DE ANDRADE JUNIOR - MAT.: 13385610

1400065404 13/05/2014 14:45:05 FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA/ORTOPEDIA DIURNO 1

Paciente: **WILLEMBERG SILVA DA COSTA**  
 Data Nascimento: 13/09/1980 Idade: 33 A 8 M 0 D CNS: CPF: 92163335372 Prontuário: 00044799  
 Tipo Doc: Documento Órgão Emissor: SSP CE Data Emissão: 20/08/2013 Sexo: M Estado Civil: CASADO(A) Raça/Cor: PARDA Naturalidade: FORTALEZA  
 Mãe: RUBÊNITA SILVA DA COSTA Pai: NC  
 Endereço: RUA - EDMUNDO LINHARES - 08 - MONTESE - FORTALEZA - CE Contatos: Cel1: 8591836571 - - -

Class. de Risco: Plano Convênio: SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE N da Carreira: Validade: Autorização: Sis Prenatal:  
 Motivo do Atendimento: Queda de Moto Carate do Atendimento: URGÊNCIA Profissional do Atend.: Procedencia: Temp.: Peso: Pressão:  
 Setor: AMBULATORIO Tipo de Chegada: DEMANDA ESPONTANEA Procedimento Sol.: Registrado por: ANA.KEILA

Queixa Principal: *Queda*  Síndrome Febril  Sintomático Respiratório  Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem: GSC TOTAL: AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - \_\_\_\_:\_\_\_\_h)

Exame Físico

Hipótese Diagnóstica: *CONTUSÃO por queda D.*

SADT - Exames Complementares:  RAIO - X  ULTRA-SON  TC  SANGUE  URINA  ECG  OUTROS:

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
<i>Alta por queda de MIAA</i>		
<i>(030/060/00)</i>		

*Dr. Laércio Antonio de Souza Costa*  
 CRM 5035 T 8591836571  
 Traumatologia Ortopedia

Conduta:  Alta por Decisão Médica  Ambulatório  
 Alta a Pedido  Observação (Até 24h)  
 Alta a Revelia  Internação  
 Transferência para: Data e Hora da Saída/Alta: / / : :

Óbito: Antes do 1º Atendimento?  Sim  Não Destino:  Família  IML Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável Carimbo e Assinatura do Médico



*30x40*  
*110*

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por RAFAEL DE SOUSA REZENDE MONTI e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 28/01/2016 às 11:12, sob o número 0107689-05.2016.8.06.0001 e código 1EEA867. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0107689-05.2016.8.06.0001 e código 1EEA867.

# LAUDO DE AVALIAÇÃO MÉDICA

## RELATÓRIO MÉDICO

Relato, para os devidos fins junto ao DPVAT, que o Sr.(a):

*Willemberg Soares de Costa*

vítima de acidente de trânsito, em: 13/05/14, sofreu:

*Contusão da perna direita*

e submeteu-se a tratamento(s): *conservado ortopédico*

encontra-se de alta clínica, e apresenta invalidez permanente;

com grau de incapacidade funcional irreversível de: *MID, devido a diminuição da força de sustentação, edema residual, claudicação leve.*

Fortaleza, 03/10/14

*Dr. Joaquim Freitas Diogo*  
Médico - CRM 8133  
F: 549.070.043-20

Dr. Joaquim Freitas Diogo  
CRM - CE 8133



**DETALHES DO PROCESSO**

Número Sinistro: 2014/532631      Garantia: 02 - Ipa / Invalidez  
 Categoria: 09 - Moto / Motocicleta  
 Data Sinistro: 13/05/2014      Data Recepção: 07/07/2014      Data Rateio: 07/11/2014  
 Seguradora: MBM - Seguradora      Angariador: MAJ PROMOTORA FILIAL  
 Preparador: Atendimento (Apoio)  
 Analista: Thais Marielly Nicollayow  
 Situação: Pago  
 Filial: MBM Serviços de Seguros

**DATAS DE ENVIO**

Data de Envio: 19/08/2014      Nº Carta: 1146  
 Data de Envio: 17/10/2014      Nº Carta: 1399

**VÍTIMAS**

Vítima: WILLEMBERG SILVA DA COSTA      Estado  
 Endereço: RUA EDMUNDA LINHARES, 8 - - FORTALEZA - CE -  
 Cep:  
 Telefone:

**DOCUMENTOS**

Descrição: - AUTORIZACAO DE PAGAMENTO  
 Data da Solicitação: 07/07/2014      Data Recepção: 19/08/2014  
 Descrição: - NUMERO DE CONTA DA VITIMA  
 Data da Solicitação: 07/07/2014      Data Recepção: 19/08/2014  
 Descrição: RELATÓRIO MÉDICO COM DESCRIÇÃO DAS LESÕES SOFRIDAS, TRATAMENTO REALIZADO E POSSÍVEIS SEQUELAS  
 Data da Solicitação: 29/08/2014      Data Recepção: 17/10/2014

**BENEFICIÁRIOS / PAGAMENTOS**

Beneficiário: O MESMO  
 CPF/CNPJ: 92163335372  
 Data Rateio: 00/00/0000      Data Pagamento: 00/00/0000  
 Agência: 1047      Nova Conta: 25848-2  
 Banco: Caixa Econômica      Tipo Conta: Poupança  
 Valor Indenização: 2.362,50      Valor Nota Fiscal: 0,00      Data Pagamento: 07/11/2014  
 Valor Reanalise: 0,00      Valor Nota Fiscal: 0,00      Data Pagamento: 00/00/0000  
 Valor Reanalise 2: 0,00      Valor Nota Fiscal: 0,00      Data Pagamento 2: 00/00/0000  
 Valor Reanalise 3: 0,00      Valor Nota Fiscal: 0,00      Data Pagamento 3: 00/00/0000  
 Valor Pleiteado: 13.500,00  
 Diferença: 11.137,50

*\* Willemberg Silva da Costa*

**CORRETORA**

Código: 1  
 Nome: MAJ PROMOTORA FILIAL  
 Responsável: JOSIVAN

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por RAFAEL DE SOUSA REZENDE MONTI e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 28/01/2016 às 11:12, sob o número 01076890520168060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0107689-05.2016.8.06.0001 e código 1EEA867.