

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Nome: LUCINEIDE DE ARAUJO FELIX		Nacionalidade: Brasileira	
Endereço: Rua Nossa Senhora de Nazare - Nº14		Profissão: Agricultora	
RG: 2003019038238 SSPDC/CE CPF: 759.476.093-04		Estado Civil: Solteira	
Bairro: Boa Viagem	Cidade: Boa Viagem	Estado: Ceará	Cep: 63.870.000

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.

BOA VIAGEM (CE), 28 DE OUTUBRO DE 2014.


Outorga

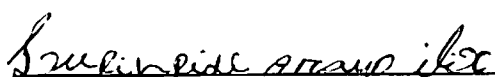
DECLARAÇÃO

Nome: LUCINEIDE DE ARAUJO FELIX		Nacionalidade: Brasileira	
Endereço: Rua Nossa Senhora de Nazare - Nº14		Profissão: Agricultora	
RG: 2003019038238 SSPDC/CE CPF: 759.476.093-04		Estado Civil: Solteira	
Bairro: Boa Viagem	Cidade: Boa Viagem	Estado: Ceará	Cep: 63.870.000

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.

BOA VIAGEM (CE), 28 DE OUTUBRO DE 2014



Declarante

DECLARAÇÃO

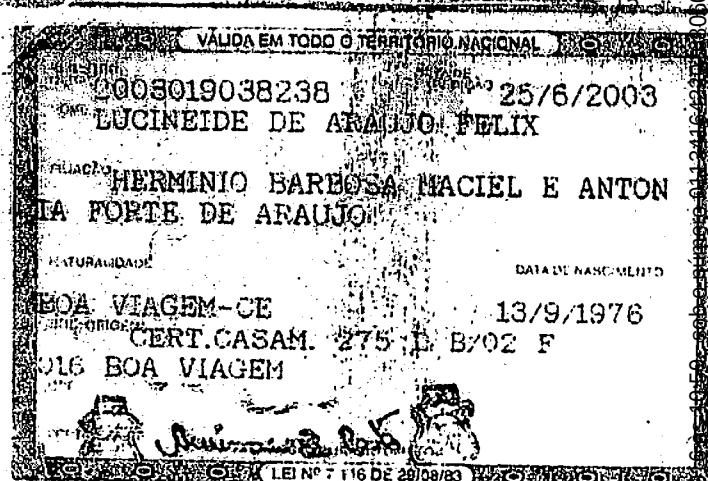
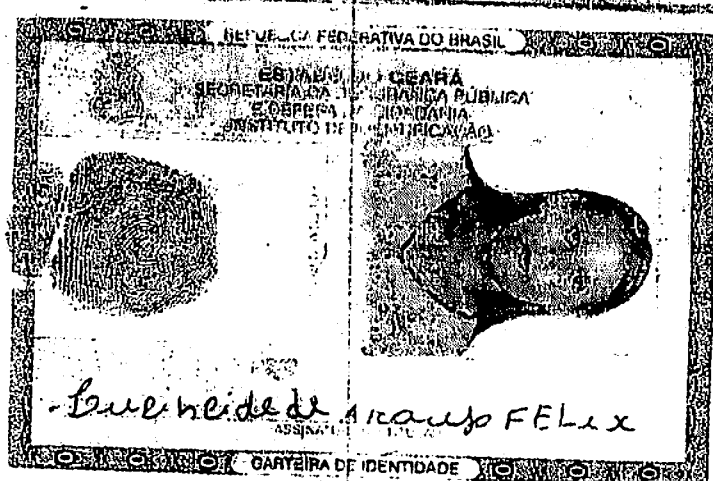
Nome: LUCINEIDE DE ARAUJO FELIX		Nacionalidade: Brasileira	
Endereço: Rua Nossa Senhora de Nazare -Nº14		Profissão: Agricultora	
RG: 2003019038238 SSPDC/CE CPF: 759.476.093-04		Estado Civil:Solteira	
Bairro: Boa Viaginha	Cidade: Boa Viagem	Estado: Ceará	Cep: 63.870.000

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.

BOA VIAGEM (CE) 28 DE OUTUBRO DE 2014

Lucineide Araujo Felix

Declarante



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



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 759.476.093-04

Nome da Pessoa Física: LUCINEIDE DE ARAUJO FELIX

Situação Cadastral: REGULAR

Digito Verificador: 00

Comprovante emitido às: 11:19:19 do dia 02/07/2014 (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: B127.2602.590F.DCD2

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço www.receita.fazenda.gov.br.

Aprovado pela IN/RFB nº 1.042, de 10/06/2010.

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

[illegible]



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 1407/2014

- DADOS DA OCORRÊNCIA:
- NATUREZA DO FATO: ACIDENTE DE TRÂNSITO
- DATA/HORA DA COMUNICAÇÃO 03/09/2014 POR VOLTA DAS 14:25 hs
- DATA/HORA DA OCORRÊNCIA: 25/06/2014 por volta das: 19:00 hs
- ENDEREÇO DA OCORRÊNCIA: Rua Enedina de Carvalho Estrada do Tibiquari – Boa Viagem/CE
- PONTO DE REFERÊNCIA:

HISTÓRICO:

Afirma a declarante que na data, local e horário supracitados, que sofreu um acidente de trânsito quando conduzia uma motocicleta HONDA/CG 150 TITAN ESD, de cor azul, ano 2004, placa HWP 9838, CHASSI Nº 9C2KC08205R009744, em nome de Francisco Adriano da Cruz Felix, quando a mesma passava pela a rua acima citada quando ao passar em buraco que avia a estrada a mesma perdeu o controle da moto vindo a colidir com uma porte (Coelce), logo após o acidente a mesma foi socorrida para o hospital pela a senhora Darliene, onde apresentava trauma mais fratura na perna esquerda com escoriações pelo corpo.... E NADA, MAS DISSE NEM LHE FOI PERGUNTADO.

NOME: Lucineide de Araújo Felix

DATA NAS: 13/09/1976

RG: 2003019038238

PAI: Hermínio Barbosa Maciel

MÃE: Antônio Forte de Araújo

ENDEREÇO: Rua Nossa Senhora de Nazaré Nº 14

MUNICÍPIO: Boa Viagem UF: CE

BAIRRO: Boaviagem

- RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

- RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Lucineide de Araújo Felix

DECLARAÇÃO E AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, LUCINEIDE DE ARAUJO FELIX, portador da carteira de identidade nº RG- 2003019038238 SSPDC/CE e inscrito no CPF/MF sob o nº 759.476.093-04, residente e domiciliando na RUA NOSSA SRA DE NAZARE, Nº14 BAIRRO:BOAVIAGINHA Cidade BOA VIAGEM, Estado CEARÁ, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal – IMWL 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.

Lucineide Araujo Felix

Assinatura do Declarante

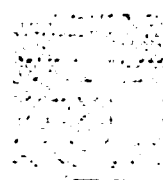
Conforme documento de identificação

BOA VIAGEM – CE, 04 DE SETEMBRO 2014

LOCAL E DATA



PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VIAGEM
 CSAM - CASA DE SAÚDE ADILIA MARIA
 Rua: São Vicente de Paula, nº 100, Centro
 Tel: (88) 3427-1699 - (88) 3427-1136
 CNPJ: 07.806.680/0001-84



Registro de Atendimento Médico Hospitalar

Declaro que: Vicente de Araújo Filho
 profissão: Agricultor RG: 2003019038238 residente em:
 rua: V. Santana Nogueira nº 14 Bairro: São José
 Deu entrada neste hospital no dia: 23.06.14 às: 19:38 h com
 registro: e prontuário de nº: 7

Em continuidade com o SR. Helderino com
um MIE após trauma. medicado
de acordo.

Acompanhado (a) pelo Médico: Dr. João
 Submetido (a): Atendimento tratamento em
 hospitalar em x x x ou transferência para o
x x x a fim de dar continuidade a
 tratamento especializado de acordo com o Livro de Registro

Emergência Pág. nº 118

Boa Viagem - CE. de João de 2014.

Amância Vieira Oliveira Sampaio
 DIRETORA GERAL

Assinatura do Responsável

CNPJ 07.806.680/0001-84
 Casa de Saúde Adília Maria
 Rua São Vicente de Paula, nº 100
 Centro - CEP 63870-000
 Fone: (88) 3427-1136
 Boa Viagem - CE

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

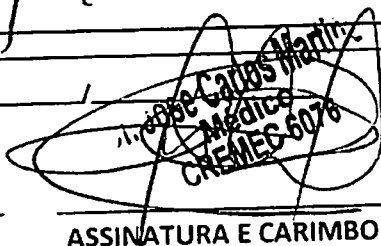
ATENÇÃO: A finalidade deste relatório é agilizar a avaliação da invalidez permanente, não sendo obrigatório a sua apresentação.

NOME COMPLETO DA VÍTIMA: <u>Roberto de Souza Felix</u>	NÚMERO DO SINISTRO:
RG: <u>2003019038238</u>	CPF: <u>759.476.093-04</u>
ORGÃO EXPEDIDOR: <u>SSPDC-CE</u>	

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE: <u>25/06/14</u>	DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO: <u>25/06/14</u>
NOME COMPLETO E CRM DO MÉDICO: <u>Joneluz Martins Rêgo</u>	
LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE: <u>Lesão ligamentar tornozelo esquerdo com lesão em tendão de Aquiles</u>	
DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS): <u>Tratamento ortopédico inicialmente com imobilização ortopédica</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>Tornozelo Esq (Lesão ligamentar)</u>
2º	<u>Colateral lateral e lesão de tendão</u>
3º	<u>de Aquiles</u>
4º	
5º	
AFIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE: _____ A _____ QUE AS RESPOSTAS ACIMA SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.	
<u>Boatrapen. Ce</u>	<u>07/09/14</u>
LOCAL	DATA
	ASSINATURA E CARIMBO
	

ANEXAR CÓPIAS DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS RELATIVOS AO ACIDENTE

RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (PRÓPRIO PUNHO)

NOME COMPLETO DA VITIMA:

DATA DO ACIDENTE:

TRATAMENTOS CIRURGICOS OU CONSERVADORES REALIZADOS NO
PACIENTE: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100 101 102 103 104 105 106 107 108 109 110 111 112 113 114 115 116 117 118 119 120 121 122 123 124 125 126 127 128 129 130 131 132 133 134 135 136 137 138 139 140 141 142 143 144 145 146 147 148 149 150 151 152 153 154 155 156 157 158 159 160 161 162 163 164 165 166 167 168 169 170 171 172 173 174 175 176 177 178 179 180 181 182 183 184 185 186 187 188 189 190 191 192 193 194 195 196 197 198 199 200 201 202 203 204 205 206 207 208 209 210 211 212 213 214 215 216 217 218 219 220 221 222 223 224 225 226 227 228 229 230 231 232 233 234 235 236 237 238 239 240 241 242 243 244 245 246 247 248 249 250 251 252 253 254 255 256 257 258 259 260 261 262 263 264 265 266 267 268 269 270 271 272 273 274 275 276 277 278 279 280 281 282 283 284 285 286 287 288 289 290 291 292 293 294 295 296 297 298 299 300 301 302 303 304 305 306 307 308 309 310 311 312 313 314 315 316 317 318 319 320 321 322 323 324 325 326 327 328 329 330 331 332 333 334 335 336 337 338 339 340 341 342 343 344 345 346 347 348 349 350 351 352 353 354 355 356 357 358 359 360 361 362 363 364 365 366 367 368 369 370 371 372 373 374 375 376 377 378 379 380 381 382 383 384 385 386 387 388 389 390 391 392 393 394 395 396 397 398 399 400 401 402 403 404 405 406 407 408 409 410 411 412 413 414 415 416 417 418 419 420 421 422 423 424 425 426 427 428 429 430 431 432 433 434 435 436 437 438 439 440 441 442 443 444 445 446 447 448 449 450 451 452 453 454 455 456 457 458 459 460 461 462 463 464

PERIODO DE PERMANENCIA 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

ASSINATI

Medico
CREMEO

ATESTADO DE ALTA

Atesto que o paciente,

Inacurade de Azevedo Felix

Vítima de acidente de trânsito ocorrido em,

25.06.14

Sofreu as Seguintes Lesões:

lesão de fratura
colateral lateral da
perna com lesão de tendão de
Aquiles.

Efetuou os seguintes tratamentos:

utilização ortopedica uniaxial
com imobilização ortopedica
DIPS + ART.

Informo que os tratamentos foram efetuados durante o período de

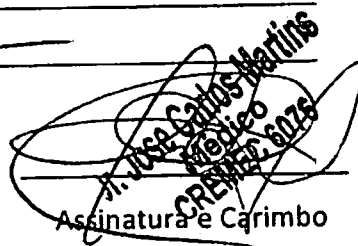
25.06.14 à 07.07.14, tendo findado seu tratamento,
recebeu ALTA DEFINITIVA em 26.07.14.

Seqüelas em caráter permanente resultantes do acidente:

Artrose e instabilidade
com estalidos, frequentemente
limitação de movimento,
claudicações, estalidos
e dor crônicaBarbosa C 07.07.14

Local

Data



RAFAEL DE SOUSA REZENDE MONTI
Médico
CRM 15522/GO

Assinatura e Carimbo

BENEFICIÁRIOS

Saiba Mais
Cobertura
Onde dar entrada
Tire suas dúvidas
Projeto Corretor

Voltar

Processo

Megadata: 2014/853220
Processo: 655266
Natureza: INVALIDEZ
Data sinistro: 25/6/2014
Nome: LUCINEIDE DE ARAUJO FELIX
Situação: Processo liberado o pagamento

Beneficiários

Nome
LUCINEIDE DE ARAUJO FELIX

Históricos

Data/Hora	Situação	Observações
30/9/2014	Pré-Cadastro não analisado	
1/10/2014	Pré-Cadastro analisado e aprovado	
6/10/2014	Proc. enviado p/ digitalização e análise da Seg. Líder	
28/10/2014	Processo liberado o pagamento	Data crédito: 29/10/2014 - R\$ 1687.50

Restrições**Mais Informações**Virtual Informática para Seguros