

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu, MARCILENE VIEIRA DA SILVA, portador da carteira de identidade nº 2001012053561 e inscrito no CPF sob o nº 024.167.913-38, residente e domiciliado no endereço RUA JARDIM OLINDA, N°686, MARECHAL RONDON-CAUCAIA, DECLARO, para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que não tenho condições de arcar com as despesas inerentes ao presente processo, sem prejuízo do meu sustento e de minha família, necessitando, portanto, da Gratuidade da Justiça, nos termos do art. 98 e seguintes da Lei 13.105/2015 (Código de Processo Civil). Requeiro, ainda, que o benefício abranja a todos os atos do processo.

Fortaleza, 08 de JUNHO de 2018.

Marcilene Vieira da Silva

DECLARANTE

Elke Castelo Branco ADVOCACIA
 Rua 24 de Maio, n.º 1009, Sl.118 – Centro
 Fortaleza/CE – CEP 60.020-001
 Fone: (85) 98809.2001

PROCURAÇÃO “AD JUDICIA”

OUTORGANTE:

Nome: MARCILENE VIEIRA DA SILVA			
Carteira de Identidade: 2001012053561		CPF n.º: 024.167.913-38	
Residência: RUA JARDIM OLINDA N.º686			
Bairro: MARECHAL RONDON	Cidade: CAUCAIA	Estado: CE	CEP: 61.652-640

OUTORGADO:

ELKE CASTELO BRANCO LIMA, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/CE sob o n.º 23.113 e **VITOR LOPES ARARUNA**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/CE n.º 27.450, ambos com escritório na Rua Vinte e Quatro de Maio, n.º 1009, Sala 118 – Centro, CEP: 60.020-001, Fortaleza – CE.

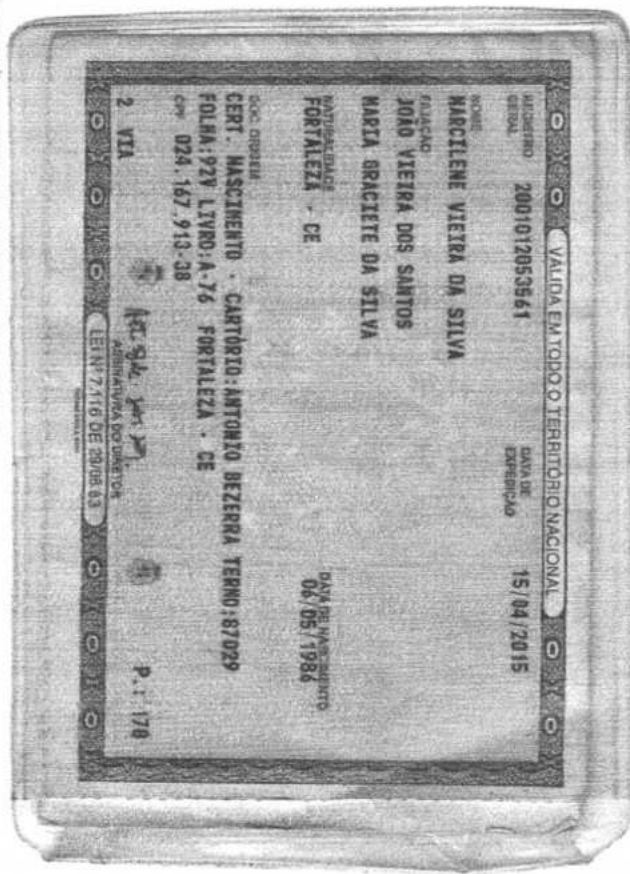
PODERES:

Concede amplos e ilimitados poderes com os da cláusula “AD JUDICIA et EXTRA” para o foro em geral, podendo o Outorgado defender o Outorgante em qualquer ação em que seja autor, réu, assistente, oponente ou de qualquer modo interessado para **promover a Ação Judicial competente para o receber indenização que lhe cabe, incluindo também poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT**, assim como interpor todos os recursos em direito permitidos, propor ações e delas variar ou desistir, acompanhando-as em todos os seus termos até o final, agravar ou apelar de qualquer despacho ou sentença, fazer e assinar requerimentos e os documentos necessários, produzir provas e justificações, bem como poderes especiais para confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito que se funda a ação, acordar, receber, dar quitação, fazer retenção da importância referente aos honorários contratuais, finalmente tudo mais fazer, para o completo desempenho deste mandato, inclusive substabelecer, com ou sem reserva de iguais.

Fortaleza, 02 de JUNHO de 2012.

Marcilene Vieira da Silva

OUTORGANTE



AQUOR CORRETORA
27 FEV 2018
DE SEGUROS LTDA.



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 90 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
 Data / Hora da Comunicação: **05/01/2018 09:50:15**
 Data / Hora da Ocorrência: **30/11/2017 10:30:00**
 Endereço da Ocorrência: **AVENIDA ARI MAIA C/**
 Complemento: **AV. CORONEL FABRICIANO**
 Bairro: **GRANJA LISBOA** Município: **FORTALEZA/CE**
 Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **FRANCISCO ALEXANDRE DA SILVA**
 Nascimento: **30/06/1982** CPF: **949.013.173-34**
 RG: **99015051268** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
 Filiação: **ANA MARIA DA SILVA**
NI
 Endereço: **RUA JARDIM OLINDA, 686**
 Bairro: **CONJ MARECHAL RONDON**
 Município: **CAUCAIA/CE** CEP: **61.652-640**
 País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98856-4202**

Nome: **MARCILENE VIEIRA DA SILVA**
 Nascimento: **06/05/1986** CPF: **024.167.913-38**
 RG: **2001012053561** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
 Filiação: **MARIA GRACIETE DA SILVA**
JOÃO VIEIRA DOS SANTOS
 Endereço: **RUA JARDIM OLINDA , 686**
 Bairro: **MAL. RONDON**
 Município: **CAUCAIA/CE** CEP: **61.652-640**
 País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98662-1821**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **HVV9924** Uf: **CE** Município: **MARACANAU** Chassi: **9BWCA15X7YT186321** Renavam: **736871683** Tipo do Veículo: **AUTOMOVEL** Marca / Modelo: **VW/GOL 16V** Ano Fabricação: **2000** Ano Modelo: **2000** Combustível: **GASOLINA** Cor: **BRANCA** Proprietário: **FRANCISCO LUCIALDO LOPES CAVALCANTE** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

2) Placa: **OSM0960** Uf: **CE** Município: **CAUCAIA** Chassi: **9C2KD0550ER228365** Renavam: **1020364570** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/NXR150 BROS ES** Ano Fabricação: **2014** Ano Modelo: **2014** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **PRETA** Proprietário: **FRANCISCO ALEXANDRE DA SILVA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

AFIRMA O DECLARANTE(VITIMA E PILOTO) QUE NA DATA, HORA E LOCAL CITADOS; QUE, PILOTAVA A MOTOCICLETA DE SUA PROPRIEDADE DE PLACA OSM-0960-CE E A OUTRA VITIMA NA SITUAÇÃO DE GARUPEIRA (MARCILENE VIEIRA DA SILVA); QUE TRAFEGAVA PELA AV. ARI MAIA, QUANDO AVANÇOU A PREFERENCIAL, VINDO A OCASIONAR A COLISÃO COM UM OUTRO

Alcandre
Marcilene

QUOR CORRETORA
27 FEV 2018
 E SEGUROS LTDA.

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ELKE CASTELO BRANCO LIMA e Tribunal de Justiça do Ceará, protocolado em 09/07/2018 às 11:28, sob o número 01456890620188060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0145689-06.2018.8.06.0001 e código 395391A.



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 90 / 2018

VEICULO DE PLACAS HVV-9924, NA VIA; QUE, APÓS O IMPACTO, AS VITIMAS FORAM AO SOLO E FICARAM LESIONADAS; QUE, AS VITIMAS FORAM SOCORRIDAS PELO SAMU SENDO LEVADAS PARA ATENDIMENTO NO IJF/CENTRO. E NADA MAIS DISSE.//
OBS:FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO ART. 340 DO CPB.
PRAZO PREVISTO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL:6 MESES.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 32. DISTRITO POLICIAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

CRISTIANO ALEX NOGUEIRA DA SILVA - MAT.: 300518-1-5

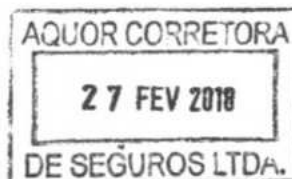
RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Francisco Alencar da Silva

VISTO DO DELEGADO(A) :

DIANA MÁRCIA NOGUEIRA SURIMÃ - MAT.: 012875-1-6

Mareline Viana da Silva



Registro de Atendimento Emergencial

Dr. Katyna Bezerra Andrade
COREN-CE 77695 - ENF

Emitido em: 30/11/2017 11:12:37

Por: KATYNA BEZERRA ANDRADE

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

DATA/HORA: 30/11/2017 11:53:52

CNS: 704308583793292	NOME: MARCILENE VIEIRA DA SILVA	Registro: 5376418
CPF: 02416791338	RG: 2001012053561	D. NASC: 09/05/1986
ESTADO CIVIL:	SEXO: F	RAÇA/COR: Parda
NOME DA MÃE: MARIA GRACIETE DA SILVA	NOME DO PAI: JOAO VIEIRA DOS SANTOS	
TIPO DE LOGRADOURO: Rua	ENDEREÇO DO PACIENTE: JARDIM OLINDA	Nº: 649
COMPLEMENTO:	TELEFONE CONTATO: 34892128	MUNICIPIO: CAUCAIA
	UF: CE	CEP: 6162540
NOME: samu usb 62 cond herlan	PARENTESCO:	TELEFONE: 34892128
TIPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:
		COSIDO DO CNAER:
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motociclista, Colisão com um carro, pick up ou camionete		
QUEIXAS: Vítima de colisão moto x carro (garupetra) com capacete há cerca de 1 hora e meia. Relato de síncope. Queixa de dor lombar à D. ECG: 15. Escoriações em membros		
OBSERVAÇÕES: TCE - história de inconsciência		
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Pública	Escala de Dor: Moderado	PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: AMARELO
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO: CLINICO GERAL		

Anamnese: *Vítima de queda de moto, no período foram realizados o PCR e exames*

Exame Físico: *trauma no M.I.B.*

Condutor:

TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:	<i>TC de Crânio</i>
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:	
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:	
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:	CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:

CONSULTA EM MEDICINA COM OBSERVAÇÃO
0301060029

AQUOR CORRETORA
26 MAR 2018
DE SEGUROS LTDA.

Consuete/Orientada

Tranque FERRASS FIZIA @, SEP ABUSO, NO LATE, N.S.N.

EMR_EmergencyAttention

CA: TALA + REBUS + AFRONNO

Página 1 de 1
José Guilherme Militão Naciel
Ortopedia
RECAMI 7409

28 02 2018
município de Fortaleza

NÚCLEO HOSPITALAR DE EPIDEMIOLOGIA E INFECCIONOLOGIA

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ELKE CASTELO BRANCO LIMA e Tribunal de Justiça do Ceará, protocolado em 09/07/2018 às 11:28, sob o número 01456890620188060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0145689-06.2018.8.06.0001 e código 395391D.

FRANCISCO MARDÔNIO SALMITO DE ALMEIDA

ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA

CREMEC - 4411 - CPF: 122.369.423-20

RELATÓRIO MÉDICO

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

Maria Helena Vieira da Silva

vítima de acidente de trânsito, em 30/11/2017, sofreu:

Fratura da fíbula proximal
manifestada no punho C7
CID - S82.4

e submeteu-se a tratamento(s):

limpeza e fechamento
intraósteo da fratura
fisioterapia

encontra-se de alta clínica, e apresenta invalidez permanente,
com grau de incapacidade funcional irreversível de:

CICM2 no membro lateral
superior do punho C7.

Dados clínicos de
maneira claudicante
fadiga e cansaço precoce
prontuário local
inutilidade do membro
por causa da fratura
proximal de fíbula
de 60%. Não há mais de 100%.

21/02/2018

Dr. Francisco Mardônio Salmito de Almeida
Fco. Mardônio Salmito Almeida
Ortopedia - Traumatologia
CREMEC 4411

Rua Guilherme Rocha, 1201 - Centro - Fortaleza - Ceará.

AQUOR CORRETORA
27 FEV 2018



Rio de Janeiro, 24 de Maio de 2018

Carta nº: 12858102

A/C: MARCILENE VIEIRA DA SILVA

Nº Sinistro: 3180136527
 Vítima: MARCILENE VIEIRA DA SILVA
 Data do Acidente: 30/11/2017
 Cobertura: INVALIDEZ
 Procurador: RONALDO ALVES DE FREITAS

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: MARCILENE VIEIRA DA SILVA

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000003281

Conta: 0000012735-2

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um Joelho 25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 =	R\$	843,75
--	-----	--------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

