

Nº DO CLIENTE

1469558-8

Para agilizar seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

ATarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002  
Companhia Energética do Ceará  
Rua Padre Valdevino, 150  
CEP 60135 040 | Fortaleza CE  
CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.105.848-3



CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 516800666

Rota 08 28000 02 242000 - 2 Data de Emissão 12/03/2018

Nome MARIA IVONEIDE LOURENCO VIDAL

End. Postal TR BRASIL 02661  
SAO JOAO - QUIXADA - 63900000

Medidor 7229032 Poste 0000 0000

Classe 01-RESIDENCIAL 07-BX. RENDA MONOFASICO  
RG/CPF/CNPJ 392284363-87 CGF

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência	Data da Apresentação	Previsão Próxima Leitura
Mar/2018	12/03/2018	11/04/2018

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto QUIXADA

Mês Jan/2018 EUSD 47,45

Padrão Individual DICI = 0,00 P

Padrão Individual			Apuração Individual		
Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC 5,31	18,62	21,25	0,00	0,00	0,00
FIC 3,23	6,47	12,95	0,00	0,00	0,00
DMIC 3,83			0,00		

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
14,02	27,00%	30,78

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

85DB.D369.1FCB.AB1D.B276.9B23.B634.0AB0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. Fat.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FP 22623	22454		169	0,00	30 70 69	0,23613 0,40481 0,60723	7,08 29,33 41,90
12/03/18	09/02/18		31 DIAS		169		77,31

DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)
VALOR CONSUMO DO MES	77,31
ICMS COMPLEMENTAR BAIXA RENDA-CONV CONFAZ 079	9,91
MULTA MORATORIA REF 12/2017	2,01
CORRECAO MONETARIA DO MES	0,77
JUROS DO MES	1,13
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	6,98
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA	1,63

VENCIMENTO 25/03/2018

TOTAL A PAGAR (R\$) 99,74

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia .....	26,32
Transmissão .....	2,63
Distribuição .....	17,88
Encargos Setoriais .....	6,19
Tributos (ICMS PIS COFINS)...	35,83
TOTAL .....	88,85

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

MED	Mar	Fev	Jan	Dez	Nov	Out	Set	Ago	Jul	Jun	Ma	Abr	
	178	169	170	197	192	170	194	175	193	161	177	165	177

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO<sub>2</sub> (kg/kWh)

Emitido kg (CO <sub>2</sub> )	Compensado kg (CO <sub>2</sub> )	Consciência Ecológica (%CO <sub>2</sub> )
73,04	0,00	0

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

**CONTAS EM ATRASO**

Previo Aviso

NOTIFICAÇÃO DE SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ENERGIA ELÉTRICA

Prezado Cliente, consta(m) em nossos controles conta(s) em atraso. De acordo com o detalhamento do Debito, o não pagamento da dívida implica na possibilidade de suspensão do fornecimento da energia em 15 dias após a entrega desta, conforme previsto na Res. ANEEL 414/10, Arts. 172 e/o 173, bem como o envio das informações aos ÓRGÃOS DE PROTEÇÃO AO CREDITO E CARTÓRIO DE PROTESTO. Caso já tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar o aviso.

DEBITOS ANTERIORES	
Mês/Ano	Valor R\$
02/2018	100,10
<b>Total</b>	<b>100,10</b>

Consta desta fatura R\$ 5,05 referente a PIS e COFINS. Alíquotas: PIS:0,79% e COFINS:3,64% (Art. 9 Res. 100-2005 - ANEEL e leis n. 10.637-02 e 10.833-03)

Para o mês de março -18 a bandeira será VERDE, sem custo adicional para os consumidores.

Nº do Cliente: 1469558-8 Referência: Mar/2018  
 Data de Emissão: 12/03/2018 Total a Pagar (R\$): 99,74  
 Nº da Nota Fiscal: 516800666 Nº de Controle: 0001469558 00523 39592 80



Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por RODOLFO DIOGO DE SAMPAIO FILHO e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 23/05/2018 às 09:29, sob o número 01343773320188060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0134377-33.2018.8.06.0001 e código 36CC76C.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ  
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO MATERIAL E PERICIAS BIOMÉTRICAS

Polégar Direito

PROJUNIO PLASTIFICAR

Maria Ivoneide Lourenço Vidal

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2017067358 - 2 DATA DE EXPEDIÇÃO 07/04/2017

NOME MARIA IVONEIDE LOURENÇO VIDAL

FILIAÇÃO ANTONIO ALVES VIDAL ANTONIA LOURENÇO VIDAL

NATURALIDADE QUIXADA - CE DATA DE NASCIMENTO 15/03/1970

DOC. ORIGEM CERT. CASAM.. C/ AVERB. DIV - CARTÓRIO: DOM MAURÍCIO TERMO: 94 FOLHA: 055 LIVRO: B-05 QUIXADÁ - CE

CPF 392.284.363-87 R6: ANT: 190610790 P.: 62

1 VIA

Rômulo O Lima ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal  
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número 392.284.363-87

Nome MARIA IVONEIDE LOURENCO VIDAL

Nascimento 15/03/1970

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por RODOLFO DIOGO DE SAMPAIO FILHO e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 23/05/2018 às 09:29 sob o número 01343773320188060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0134377-33.2018.8.06.0001 e código 36CC76C.



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA REGIONAL DE QUIXADA



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 534 - 5270 / 2017

**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRABALHO**  
Data / Hora da Comunicação: **07/11/2017 08:07:48**  
Data / Hora da Ocorrência: **19/10/2017 07:45:00**  
Endereço da Ocorrência: **RUA PARALELA**  
Complemento:  
Bairro: Município: **QUIXADA/CE**  
Ponto de Referência: **ATRÁS DA IGREJA**

**Noticiante(s)**

Nome: **MARIA IVONEIDE LOURENÇO VIDAL**  
Nascimento: **15/03/1970** CPF:  
RG: **2017067358** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**  
Filiação: **ANTONIA LOURENÇO VIDAL**  
**ANTONIO ALVES VIDAL**  
Endereço: **RUA TRAVESSA BRASIL, 2661**  
Bairro: **SÃO JOÃO** CEP:  
Município: **QUIXADA/CE**  
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 9701-4745**

**Histórico**

b.o emitido para DPVAT; Que a noticiante informa que na hora e local acima citados foi atropelada por um veículo de origem desconhecida; Que a noticiante informa que foi socorrida para a UPA da cidade De Quixadá e em seguida levada para o Hospital Eudazio Barroso em função de duas fraturas nos dedos do pé esquerdo.; Que segundo o laudo de nº 714599/2017 expedido pela a perícia Forense de Quixeramobim os ferimentos da noticiante são compatíveis com acidente alegado.

**DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE QUIXADA**

**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :** PEDRO CORREIA DA CUNHA - MAT.: 300069-1-7

**RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:** Maria Ivoneide de Vidal

**VISTO DO DELEGADO(A) :** MARCUS VINICIUS AZEVEDO DAMASCENO - MAT.: 300535-1-6



054 874  
3180 223 234  
382 284 363 87

675.00  
20-02

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por RODOLFO DIOGO DE SAMPAIO FILHO e Tribunal de Justiça do Ceará, protocolado em 23/05/2018 às 09:29, sob o número 01343773320188060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0134377-33.2018.8.06.0001 e código 36CC76C.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE QUIXADÁ  
Secretaria Municipal de Saúde de Quixadá S / RG.  
Unidade de Pronto Atendimento 24h (Renascer)

Nº Atendimento / Classificação  
052 - 364

FICHA DE ATENDIMENTO AO PACIENTE

Unidade: UPA24h (Renascer - Quixadá/CE) Hora de chegada: 08:23 Data de atendimento: 19/10/17  
Atendimento: ( ) 1º atendimento ( ) 2º atendimento ( ) Previdenciário (X) Outro

TRIAGEM

Hora: : Temp: °C P.A.: 140 x 100 mmHg P: bpm SpO2: Dx:

IDENTIFICAÇÃO

Nome: Maria Ivoneide Rousseeu Vidal  
Responsável (se menor):  
Sexo: ( ) Masc. (X) Fem. Data de nascimento: 15/03/70 Idade: 46 Naturalidade: Quixadá/CE  
Estado civil: ( ) Solteiro(a) ( ) Casado(a) (X) Divorciado(a) ( ) Viúvo(a) Profissão: doméstica  
Categoria: (X) SUS ( ) Outro RG/Cartão SUS: 160 79073 219 0006 Procedência: Quixadá/CE  
Residência: R: TU - BRANCO Nº 2661 S/A 700

ATENDIMENTO

Queixa principal: Paciente relata taquicardia durante auto-hilática e aparente bruxaria  
MSE e MIE associada a um item no 3º PDE.  
tórico atual:

Exame(s) solicitado(s):

Assinatura e Carimbo Médico

10615

*Cópia para LAAG + LAAL 5 FOP% EV low. 09/10/17  
- Análise!  
Assinatura 17/10/17*

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por RODOLFO DIOGO DE SAMPAIO FILHO e Tribunal de Justiça do Ceará, protocolado em 23/05/2018 às 09:29, sob o número 01343773320188060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0134377-33.2018.8.06.0001 e código 36CC76C.

**PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXADÁ**  
SUS - Sistema Único de Saúde - Secretaria Municipal da Saúde

1. Preenche esta ficha em 03(três) vias;  
2. Ao terminar a consulta ou tratamento, entregar 2(duas) vias ao usuário, orientando-o para retornar com a 1ª via à unidade de origem.

**FICHA DE REFERÊNCIA**

UNIDADE ORIGEM \_\_\_\_\_

DISTRITO SANITÁRIO \_\_\_\_\_ MUNICÍPIO \_\_\_\_\_

Nome: Maria Tereza Lameira Vidal Prontuário Nº: \_\_\_\_\_

Sexo: M  F  Data de Nascimento: 15 / 03 / 70 Ocupação: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

Motivo do Encaminhamento: Paciente vítima de acidente automobilístico, apresenta dor intensa no  
lq. peroneal da esquerda

Resultado de Exames: \_\_\_\_\_

Conduta Realizada: Cetoprofeno

Impressão Diagnóstica: Fratura de fêmur proximal

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro: \_\_\_\_\_

Medica  
Função: \_\_\_\_\_

14 / 10 / 17  
Data

11:00h  
Hora

**AGENDAMENTO**

Encaminhamento para atendimento: Ambulatorial  Hospitalar  Auxilio Diagnóstico

Procedimento: Avaliação e Conduta Profissional: Tratamento

Unidade de Referência: H.M.F.B Data: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

**FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA**

Unidade de Referência: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_ Prontuário Nº: \_\_\_\_\_ Alta: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Resumo Clínico / Cirúrgico: \_\_\_\_\_

Resultado de Exames: \_\_\_\_\_

**Prefeitura Municipal de Quixadá**  
Secretaria Municipal da Saúde  
Hospital Mat. Dr. Eudásio Barroso  
**CONFERE COM O ORIGINAL**  
Data 25 / 10 / 2017  
[Assinatura]  
Maria das Graças Lira de Vasconcelos  
Coordenadora do SAME

Diagnóstico Principal: \_\_\_\_\_ CID: \_\_\_\_\_

Secundário 1 \_\_\_\_\_ CID: \_\_\_\_\_

Secundário 2 \_\_\_\_\_ CID: \_\_\_\_\_

Proposta de conduta para segmento \_\_\_\_\_

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

Assinatura do Consultante - Nº Registro \_\_\_\_\_

Função \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por RODOLFO DIOGO DE SAMPAIO FILHO e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 23/05/2018 às 09:29, sob o número 01343773320188060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0134377-33.2018.8.06.0001 e código 36CC76C.



0400050135

Secretaria Municipal da Saúde

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE PACIENTE EXTERNO

105 021516

UNIDADE: H M E B Hora de Chegada: \_\_\_\_\_ DATA: 19/10/17  
 P.A. \_\_\_\_\_

( ) 1º Atendimento ( ) Previdenciário ( ) Outros Temperatura: \_\_\_\_\_

1 - Identificação:  
 Nome: Marcia Juaneide Lorengo Vidal  
 Estado Civil: Desquitada Sexo: ( ) Masculino  Feminino Data de Nascimento: 15/3/70  
 Naturalidade: Quixadá Idade: 47 A  
 Procedência: \_\_\_\_\_ Profissão: Doméstica  
 Categoria: SUS Nº Cartão SUS -CNS: 160790732190006  
 Residência: R. Trav Brasil 2661 - S. João

2 - Queixa Principal: \_\_\_\_\_

3 - História Atual: Febre que veio de

4 - Exames Solicitados: Exames de febre

5 - Hipótese diagnóstica: Febre - X de 10/17

Jonatas Brito de A. Filho  
 CPF 088.097.043-04  
 CRM 4038  
 Assinatura do Médico

DATA	PROCEDIMENTO	RUBRICA
///	<u>Febre + tosse por 30 d</u>	
///		
///		
///		
///		
///		
///		
///		
///		
///		
///		
///		
///		
///		
///		
///		
///		
///		
///		
///		

Prefeitura Municipal de Quixadá  
 Secretaria Municipal da Saúde  
 Hospital Mat. Dr. Eudásio Barroso  
**CONFERE COM O ORIGINAL**  
 Data 25/10/2017  
 Maria das Graças Lira de Vasconcelos  
 Coordenadora de SAME

Jonatas Brito de A. Filho  
 CPF 088.097.043-04  
 CRM: 4038

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ROBERTO DIOGO DE SAMPAIO FILHO e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 23/05/2018 às 09:29, sob o número 01343773320188060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0134377-33.2018.8.06.0001 e código 36CC76C.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE QUIXADÁ  
Secretaria Municipal de Saúde de Quixadá  
Unidade de Pronto Atendimento 24h (Renascer)

Nº Atendimento / Classificação

056-281

RG: 190610740

FICHA DE ATENDIMENTO AO PACIENTE

Unidade: UPA 24h (Renascer - Quixadá/CE) Hora de chegada: 17:17 Data de atendimento: 14/11/17  
Atendimento: ( ) 1º atendimento ( ) 2º Atendimento ( ) Previdenciário (X) Outro

TRIAGEM

Hora: 17:17 Temp: °C P.A.: 140 x 80 mmHg P: bpm SpO2: Dx:

IDENTIFICAÇÃO

Nome: Maria Ivoneide Lourenço Vidal

Responsável (se menor):

Sexo: ( ) Masc. (X) Fem. Data de nascimento: 15/03/70 Idade: 47 Naturalidade: Quixadá/CE

Estado civil: ( ) Solteiro(a) ( ) Casado(a) (X) Divorciado(a) ( ) Viúvo(a) Profissão: Doméstica

Categoria: (X) SUS ( ) Outro RG/Cartão SUS: 701402646298632 Procedência: Quixadá/CE

Residência: Rua Trav. Brasil nº 2661. São João

ATENDIMENTO

Queixa principal: Algem é 4: por dor de cabeça

Histórico atual:

Exame(s) solicitado(s):

Dra. Jussara Cortado  
MÉDICA  
CREMEC 16.659

Assinatura e Carimbo Médico

- 1) Rx
  - 2) Volteja
  - 3) Dupunha
- > dor de cabeça

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por RODOLFO DIOGO DE SAMPAIO FILHO e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 23/05/2018 às 09:29, sob o número 0134377332018060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0134377-33.2018.8.06.0001 e código 36CC76C.

**PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXADÁ**  
 SUS - Sistema Único de Saúde - Secretaria Municipal da Saúde

1. Preenche esta ficha em 03 (três) vias;  
 2. Ao terminar a consulta ou tratamento, entregar 2 (duas) vias ao usuário, orientando-o para retornar com a 1ª via à unidade de origem.

**FICHA DE REFERÊNCIA**

UNIDADE ORIGEM UPA

DISTRITO SANITÁRIO \_\_\_\_\_ MUNICÍPIO QUIXADÁ

Nome: MS IRINEIDE LAURINDA V. DA S. Prontuário Nº: \_\_\_\_\_

Sexo: M  F  Data de Nascimento: 15/03/1970 Ocupação: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

Motivo do Encaminhamento: PCIE Fm 47. c) FMIUM R. V e IV (PD+) CSQ

Resultado de Exames: OCORRUM HA 28 DIAS - SIC

Conduta Realizada: RX AXERO

Impressão Diagnóstica: FMIUM DE IV e V (PD) (C)

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro: \_\_\_\_\_ Função: \_\_\_\_\_ Data: 14/11/17 Hora: \_\_\_\_\_

**AGENDAMENTO**

Encaminhamento para atendimento: Ambulatorial  Hospitalar  Auxílio Diagnóstico

Procedimento: MANUA Profissional: MANUA

Unidade de Referência: HEB Data: / / Hora: \_\_\_\_\_

**FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA**

Unidade de Referência: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_ Prontuário Nº: \_\_\_\_\_ Alta: / /

Resumo Clínico / Cirúrgico: \_\_\_\_\_

Prefeitura Municipal de Quixadá  
 Secretaria Municipal da Saúde  
 Hospital Mat. Dr. Eudásio Barroso  
**CONFERE COM O ORIGINAL**  
 Data 20/11/2017  
 Maria das Graças Lira de Vasconcelos  
 Coordenadora do SAME

Resultado de Exames: \_\_\_\_\_

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

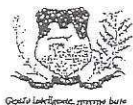
Proposta de conduta para segmento \_\_\_\_\_

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

Assinatura do Consultante - Nº Registro \_\_\_\_\_ Função \_\_\_\_\_ Data / /

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por RODOLFO DIOGO DE SAMPAIO FILHO e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 29/05/2018 às 09:29, sob o número 01343773320188060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0134377-33.2018.8.06.0001 e código 36CC76C.





PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXADÁ  
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE  
HOSPITAL MUNICIPAL DR. EUDÁSIO BARROSO



**BOLETIM DE ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA**

Data: 14/11/17 Horário: 20:40 Nº 211463

**1. IDENTIFICAÇÃO:**

Nome: M<sup>a</sup> Leonilde Lourenço Vidal

Estado Civil: divorciada Sexo: \_\_\_\_\_

Idade: 47 Data de Nascimento: 15/03/70

SUS: 701402646298632

Naturalidade: Quixadá Profissão: domestica

Residência: Trav. Brasil 2661 Bairro: São João

**2. Diagnóstico:**

fratura do 4º pd

**3. Procedimento:**

Esparadrapagem do  
3/4/5 pd

*Dr. Rafael A. Viana*  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 11.027 - TEO 12979

Assinatura / Carimbo Médico

Prefeitura Municipal de Quixadá  
Secretaria Municipal da Saúde  
Hospital Mat. Dr. Eudásio Barroso  
**CONFERE COM O ORIGINAL**  
Data 20/11/2017  
  
Maria das Graças Lira de Vasconcelos  
Coordenadora do SAME

# Sampaio & Catunda

ADVOGADOS ASSOCIADOS

## PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

### OUTORGANTE:

<b>Nome:</b> Maria Inocente Bruneiro Uidal		<b>Nacionalidade:</b> Brasileira
<b>CPF:</b> 392.284.363-87	<b>RG:</b> 2017067358-2	<b>Profissão:</b> <input checked="" type="checkbox"/> Agricultor ( ) Autônomo ( ) Outro:
<b>Avenida/Rua/Localidade:</b> São João		<b>Nº</b> 2661
<b>Bairro:</b>	<b>Cidade:</b> Quixadá	<b>Estado Civil:</b> <input checked="" type="checkbox"/> Solteiro ( ) União Estável ( ) Casado ( ) Divorciado
<b>CEP:</b> 63.900-000	<b>Estado:</b> CE	
<b>Telefone:</b>		

### OUTORGADO:

**RODOLFO DIOGO DE SAMPAIO FILHO**, brasileiro, solteiro, advogado, CPF 017.809.013-13, inscrito na OAB/CE 23.814 e **FILIFE BEZERRA CATUNDA CAMPELO**, brasileiro, solteiro, advogado, CPF 044.264.803-02, portador da OAB/CE 27.565, ambos Representantes da Sociedade **SAMPAIO E CATUNDA ADVOGADOS ASSOCIADOS, OAB/CE 1736**, com sede na Rua Raul Nogueira, 131, Centro, Morada Nova – CE têm entre si, justos e contratados, o que mutuamente aceitam e outorgam, mediante as cláusulas e condições seguintes:

### PODERES:

Pelo presente instrumento particular de procuração, o Outorgante nomeia, constitui e habilita o (s) Outorgado (s) a praticar (em) todos os atos do processo, conforme disposto na primeira parte do art. 105, do Novo Código de Processo Civil.

### CLÁUSULA ESPECÍFICA:

Por esta cláusula específica, O Outorgante habilita o (s) Outorgado (s) a transigir (em), desistir (em), renunciar (em) ao direito sobre o qual se funda a ação, firmar (em) compromisso, receber (em) e dar (em) quitação no presente feito, realizarem levantamentos e saques de Alvará Judicial, conforme parte final do art. 105, do Novo Código de Processo Civil.

M. Nova (CE), 22 de maio de 20 18.

Maria Inocente Bruneiro Uidal  
Outorgante

\* Art. 105. A procuração geral para o foro, outorgada por instrumento público ou particular assinado pela parte, habilita o advogado a praticar todos os atos do processo, **exceto receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, receber, dar quitação, firmar compromisso e assinar declaração de hipossuficiência econômica, que devem constar de cláusula específica.**

# Sampaio & Catunda

ADVOGADOS ASSOCIADOS

## DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA E DE RESPONSABILIDADE

Nome: <i>Maria Lueneide Lourenco Vidal</i>		Nacionalidade: Brasileira
CPF: <i>392.284.363-87</i>	RG: <i>2017067358-2</i>	Profissão: <input checked="" type="checkbox"/> Agricultor ( ) Autônomo ( ) Outro:
Avenida/Rua/Localidade: <i>800 500</i>		Nº <i>2661</i>
Bairro:	Cidade: <i>Quixoda</i>	Estado Civil: <input checked="" type="checkbox"/> Solteiro ( ) União Estável ( ) Casado ( ) Divorciado
CEP: <i>63900-000</i>	Telefone:	
Estado: CE		

Declaro para os devidos fins que posso hipossuficiência financeira, não possuindo condições de arcar com às 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.

Declaro ainda, para todos os fins a que esta se destinar, que fui devidamente esclarecido pelos Advogados habilitados na Procuração "Ad Judicia", acerca dos documentos necessários a serem apresentados para ingressar com a presente ação judicial, assumindo, assim, de forma plena, única e integral a responsabilidade por toda documentação acostada ao processo judicial, bem como pelos fatos narrados neste, isentando expressamente os advogados habilitados na Procuração "Ad Judicia" de qualquer ato inverídico ou omissivo que possa interferir no resultado deste procedimento.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

*m. nome* (CE), *22* de *maio* de 20    .

*x Maria Lueneide L. Vidal*  
DECLARANTE



(/)



Buscar no site



- A  
COMPANHIA ▾
- SEGURO  
DPVAT ▾
- PONTOS DE  
ATENDIMENTO  
(/Pontos-de-  
Atendimento)
- CENTRO DE  
DADOS E  
ESTATÍSTICAS ▾
- SALA DE  
IMPrensa ▾
- TRABALHE  
CONOSCO ▾
- CONTATO ▾

Seguro DPVAT

## Acompanhe o Processo de Indenização

Nova Consulta

**Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.**




### SINISTRO 3180054874 - Resultado de consulta por beneficiário

**VÍTIMA** MARIA IVONEIDE LOURENCO VIDAL  
**COBERTURA** Invalidez

**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** GENTE SEGURADORA S/A**BENEFICIÁRIO** MARIA IVONEIDE LOURENCO VIDAL**CPF/CNPJ:** 39228436387**Posição em 22-05-2018 17:36:14**

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento na conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
20/02/2018	R\$ 675,00	R\$ 0,00	R\$ 675,00

Histórico das correspondências enviadas		
Data da Carta	Referência	Ver Carta
27/02/2018	Pagamento de Indenização, com memória de cálculo de invalidez	
03/02/2018	Interrupção de Prazo	
02/02/2018	Aviso de Sinistro	

**ACESSIBILIDADE**</Pages/Acessibilidade.aspx></Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx>**COMO PEDIR INDENIZAÇÃO**[Documentos Despesas Médicas \(/Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx\)](/Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx)[Documentos Invalidez Permanente \(/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx\)](/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx)[Documentos Morte \(/Pages/Documentacao-Morte.aspx\)](/Pages/Documentacao-Morte.aspx)[Dicas Indispensáveis \(/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx\)](/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)



## PAGUE SEGURO

Como Pagar (/Pages/Pague-Seguro.aspx)

Consulta a Pagamentos Efetuados (/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuados.aspx)

Informações Gerais (/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx)

## ACOMPANHE O PROCESSO



Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização.  
(/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx)

(<https://www.seguradoralider.com.br>)

(<https://www.seguradoralider.com.br/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx>)  
(<https://www.seguradoralider.com.br/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuados.aspx>)  
(<https://www.seguradoralider.com.br/Pages/Saiba-como-pagar.aspx>)  
(<https://www.seguradoralider.com.br/Pages/Pontos-de-Atendimento.aspx>)  
(<https://www.seguradoralider.com.br/Seguro-DPVAT/Como-Pedir-Indenizacao.aspx>)  
(<https://www.seguradoralider.com.br/Pages/Quem-Somos.aspx>)  
(<https://www.seguradoralider.com.br/Pages/Sobre-o-Seguro-DPVAT.aspx>)  
(<https://www.seguradoralider.com.br/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx>)  
(<https://www.seguradoralider.com.br/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx>)  
(<https://www.seguradoralider.com.br/Seguro-DPVAT/Dicionario-do-Seguro-DPVAT.aspx>)  
(<https://www.seguradoralider.com.br/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx>)  
trk=tyah&trkInfo=clickedVertical:company%2cclickedEntityId:10845224%2cidx:2-1-2%2ctarId:1467409339633%2ctas:Seguradora%20%C3%ADder)

## Serviços

- › Acompanhe seu Processo (/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx)
- › Consulta a Pagamentos (/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuados.aspx)
- › Saiba Como Pagar (/Pages/Saiba-como-pagar.aspx)
- › Pontos de Atendimento (/Pages/Pontos-de-Atendimento.aspx)
- › Como Pedir Indenização (/Seguro-DPVAT/Como-Pedir-Indenizacao.aspx)

## Dúvidas e Respostas

- › A Seguradora Líder-DPVAT (/Pages/Quem-Somos.aspx)
- › Sobre o Seguro DPVAT (/Pages/Sobre-o-Seguro-DPVAT.aspx)
- › Informações Gerais (/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx)
- › Dicas Indispensáveis (/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)
- › Dicionário do Seguro DPVAT (/Seguro-DPVAT/Dicionario-do-Seguro-DPVAT.aspx)

› [Autoatendimento \(/Seguro-DPVAT/autoatendimento\)](#)

## Atendimento

- › [Chat - Atendimento On-line \(/Contato/Chat-e-Atendimento-On-Line\)](#)
- › [Dúvidas, Reclamações e Sugestões \(/Contato/Duvidas-Reclamacoes-e-Sugestoes\)](#)
- › [SAC DPVAT \(/Contato/Sac-DPVAT\)](#)
- › [Ouvidoria \(/Contato/Ouvidoria\)](#)
- › [Denúncia de Fraudes \(/Contato/Denuncia-de-Fraudes\)](#)

[Termos de uso e política de privacidade \(/Pages/Termos-de-Uso.aspx\)](#)