



CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

Outorgante: <u>Maria Ivani Flureno</u>		Data Nasc: <u>27/12/1956</u>
Estado Civil: <u>Solteira</u>	Profissão: <u>Recurso</u>	Nacionalidade: <u>Brasileira</u>
RG: <u>2007520266-7</u>	CPF: <u>161.953.29304</u>	
Endereço: <u>Ruimundo Rumes</u>		
Cidade: <u>São Gonçalo do Amarante</u>	CEP: <u>6267000</u>	

OUTORGADO: CAROLINA FREITAS MOREIRA, brasileira, solteira, advogada, inscrito na OAB/CE nº 23.787, com escritório profissional na Rua Pedro Borges, nº 33, sala 516, Ed. Palácio Progresso, Ceará, CEP: 60.055-10, Fortaleza-CE, fone: (85) 3055 9918.

PODERES: Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante nomeia e constitui, a outorgada sua bastante procuradora, 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 FENASSEG, 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, demais atos necessários dos interesses dos serviços contratados podendo ainda, transigir, requerer, juntar, retirar documentos, assinar livros, termos, recibos, dar ou receber quitações, fazer levantamento de valores depositados, 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), 23 de março de 2018.

x Maria Ivani Flureno
OUTORGANTE



CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Pela Maria Ivani Flurindo presente, ^o (a) Sr(a) Maria Ivani Flurindo Declara para os devidos fins de direito que tem total e plena consciência da propositura da AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT em seu nome, e que a demanda judicial tramitará no Estado do Ceará, mais precisamente na Comarca de Fortaleza, ressaltando, ainda, que até a presente data, não propôs nenhuma ação judicial contra qualquer seguradora do consórcio de seguro DPVAT, referente aos fatos narrados e aos documentos ora apresentados.

Outrossim, DECLARA, ainda, estar ciente de sua responsabilidade (civil e criminal) pelos fatos, informações e documentos apresentados e anexados ao processo judicial de cobrança de seguro DPVAT, principalmente em caso de falsa declaração com o fim de alterar a licitude sobre fato juridicamente relevante, exonerando a Dra. CAROLINA FREITAS MOREIRA, OAB/CE Nº 23.787, de qualquer responsabilidade civil e/ ou criminal.

Fortaleza, 23 de maio de 2018.

Maria Ivani Flurindo

DECLARANTE

TESTEMUNHAS:

① NOME: IRANYELLE FEIJÓ CASTRO

CPF: 013.858.143-65

ASSINATURA: Iranyelle Feijó Castro

② NOME: MARIA VALDENIR FEIJÓ CASTRO

CPF: 430.907.293-34

ASSINATURA: Maria Valdenir Feijó Castro



CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Maria Ivani Fluminato, brasi
leiro(a), Salerno, portador(a) de cédula
de identidade nº. 2007.520266-7, inscrito(a) no CPF sob o
nº 161.953.29304, DECLARO que tenho domicílio e sou
residente na Ruimemolo Remus, nº _____,
Bairro Ipocá, CEP: 62670000 CE, conforme
comprovante de endereço anexo em meu nome.

Fortaleza, 23 de maio 2018.

Maria Ivani Fluminato

DECLARANTE

TESTEMUNHA:

1. IRANYELLE FEIJO CASTRO

RG Nº 2006010119574

CPF Nº: 013.858.143-65

2. Maria Valdemir Feijo Castro

RG Nº 1370709-82

CPF Nº 430.907.293-34



CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA

DECLARAÇÃO DE POBREZA

Declaro para os devidos fins que eu,
Maurício Juvani Flurindo, residente e
 domiciliado na Ruimembo Rimos, nº _____,
 bairro: V. P. OCU, na cidade de São Gonçalo do A., portador(a) do
 RG nº 2007.5202667, inscrito(a) no CPF nº 161.953.293.04
 estou impossibilitado(a) de custear despesas judiciais sem prejuízo de meu
 próprio sustento e da família não podendo arcar com custas processuais pelo que
 declara ser pobre nos termos da lei nº 7.115 de 29 de agosto de 1983, pelo que
 assume inteira responsabilidade, requer os benefícios da Justiça Gratuita, com
 esteio na lei nº 1060/05.

Fortaleza, 23 de maio de 20 18.

Maurício Juvani Flurindo

DECLARANTE





GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE SÃO LUIZ DO CURU

fls. 18

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 550 - 285 / 2017

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Data / Hora da Comunicação: 07/11/2017 10:42:04

Data / Hora da Ocorrência: 14/10/2017 17:00:00

Endereço da Ocorrência: BR 085

Complemento:

Bairro: CE-85

Ponto de Referência:

Município: **SÃO GONÇALO DO AMARANTE/CE**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **MARIA IVANI FLURINDO**

Nascimento: 27/12/1956 CPF: 161.953.293-04

RG: 1074103

Órgão Emissor: SSP

UF:

Filiação: **ANTONIA FEIJÓ FLURINDO**

Endereço: **RUA RAIMUNDO RAMOS**

Bairro: **CROATA**

Município: **SÃO GONÇALO DO AMARANTE/CE**

CEP:

País: **BRASIL**

Telefone: 3158147

Histórico

A REGISTRANTE INFORMA QUE NA TARDE DO DIA 14 DE OUTUBRO DO ANO EM CURSO, POR VOLTA DAS 17H00MIN, TRANSITAVA A PÉ PELA CE-085 QUE LIGA O DISTRITO DE CROATA/SÃO GONÇALO DO AMARANTE-CE, NO INTUITO DE PARTICIPAR DE UMA NOVENA NA IGREJA DE NOSSA SENHORA DE NAZARÉ, E, QUANDO CAMINHAVA PELO ACOSTAMENTO DA PISTA EIS QUE FOI ATROPELADA POR UM MOTOQUEIRO QUE FAZIA O MESMO PERCURSO QUE A REGISTRANTE O QUAL SEGUNDO INFORMAÇÕES DE POPULARES O MOTOQUEIRO APRESENTAVA SINTOMAS DE EMBRIAGUES ALCOOLICA; QUE, AFIRMA A REGISTRANTE QUE APÓS O ATROPELAMENTO, AINDA NO SOLO A ESPERA DE SOCORROS, LEMBRA TER VISTO O MOTOQUEIRO LEVANTAR-SE PEGAR A MOTO E EMPREENDER FUGA E, QUANDO A POLÍCIA MILITAR CHEGOU AO LOCAL NÃO MAIS O ENCONTROU; QUE, AFIRMA A REGISTRANTE QUE FOI SOCORRIDA PELO SAMU E CONDUZIDA AO HOSPITAL DE SÃO GONÇALO DO AMARANTE, TENDO SIDO TRANSFERIDA POSTERIORMENTE PARA CAUCAIA E DAQUELE HOSPITAL AINDA FOI LEVADA PARA O HOSPITAL DAS CLÍNICAS (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTIDIO-UFC) ONDE FOI SUBMETIDA A CIRURGIA, E MAIS NÃO DISSE.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE SÃO LUIZ DO CURU

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

MARIA IVANI FLURINDO - MAT.: 220455-1

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Maria Ivani Flurindo

VISTO DO DELEGADO(A):

ALISSON GOMES DA SILVA - MAT.: 3008211



GOVERNO MUNICIPAL DE CAUCAIA
SECRETARIA DE GESTÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE
COORDENAÇÃO DE REDE HOSPITALAR

FICHA DE ATENDIMENTO EXTERNO DE EMERGÊNCIA

Data: 14/10/12	Horário: 23:35
----------------	----------------

SINAIS VITAIS				
Horário:				
P.A.				
Temper.				
Peso:				
Estat.:				

Data: 14/10/17		Horário: 23:35 h		Paciente chegou:		☐ Andando ☒ Ambulância		☐ Automóvel ☐ Outros	
Paciente: MARIA JUANIZ Floriano									
Nome da Mãe: DIONISIO PEREIRA									
Idade: 62		Sexo: FEM		Data de Nascimento: 24/12/56		Identidade: 000530366		Telefone e/ou contato: 99104851	
Endereço (Rua, nº): 2 - Foz de Amon N. 592				Bairro: CROATA					
Cidade: Ourensia				Estado: CE		Nome do Funcionário SAME:			

PROCEDIMENTOS		OUTROS		TIPOS DE ATENDIMENTOS
				Clinica Médica
				Clinica Pediátrica
				Clinica Cirúrgica
				Clinica Obstétrica
				Traumato / Ortopedia

História Clínica:

Diagnóstico:

Dr. Rodrigo Linhares
Ortopedia e Traumatologia
CREMELO: 8699 RQE: 6966

EXAMES SOLICITADOS

Assinatura e Carimho do Profissional Responsável:

[illegible]

☐ Alta		DESTINO DO PACIENTE			
Motivo do Óbito:		☐ Transferência	☐ Óbito	DATA SAÍDA	HORA SAÍDA
Assinatura do Paciente ou Responsável					



FICHA DE REFERÊNCIA

Vaga

Unidade de Origem: _____

Distrito Sanitário: _____

Município: 56A

Nome: Lucia Ivani Florindo

Prontuário: Nº _____

Sexo: M ☐ F ☒

Data do Nascimento: 27/12/50

Ocupação: _____

Endereço: _____

Bairro: _____

Tel: _____

Motivo do Encaminhamento: Perda de peso por uma lesão

Resultado de Exame: Exame clínico

Consulta já Realizada: Realizado

Impressão Diagnóstica: Imagem de fratura fibula e tibia proximal

Assinatura do Encaminhante: [Assinatura] Nº Registro _____

Função: Indicador

Data: 14/10/12

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: Ambulatorial ☐

Hospitalar ☒

Auxílio Diagnóstico: Exame clínico

Procedimento: Exame clínico

Profissional: Exame clínico

Unidade de Referência: Exame clínico

Data: ____/____/____ Hora: ____

FICHA DE CONTRA REFERÊNCIA (*)

Unidade de Referência: _____

Município: _____ Prontuário Nº _____

Alta: ____/____/____

Resumo Clínico/Cirúrgico: _____

Resultado de Exames: _____

Diagnóstico Principal: _____

CID: _____

Secundário 1: _____

CID: _____

Secundário 2: _____

CID: _____

Proposta de Conduta para Seguimento: _____

O Problema justificou a referência? Sim ☐ Não ☐ O Motivo da referência coincide com o diagnóstico? Sim ☐ Não ☐

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro _____

Função: _____

Data: ____/____/____



GOVERNO MUNICIPAL DE
CAUCAIA
Secretaria de Saúde

COORDENAÇÃO DE REDE HOSPITALAR
REGISTRO HOSPITALAR

Nº

NOME: <u>Maria Juana Florindo</u>					
DATA DE NASCIMENTO	IDADE	COR	SEXO	ESTADO CIVIL	NATURALIDADE
27/02/56			FEMININO		
IDENTIDADE		Nº CPF		CERT. NASCIMENTO	
PAIS					
ENDEREÇO DO PACIENTE					Nº
BAIRRO		MUNICÍPIO		FONE	
NOME DO RESPONSÁVEL					FONE
ENDEREÇO DO RESPONSÁVEL					
DATA DE ADMISSÃO: 15/06/17			HORA ADMISSÃO: 16:00h		FUNCIONÁRIO:
MÉDICO ASSISTENTE: <u>Manoel Aurélio Soares Júnior</u>					
HISTÓRICO CLÍNICO: <u>Paciente vítima de atropelamento em 14/10/17 às 17h, apresentando ferimento de perfuração da tórax esquerda, lesão com insuficiência respiratória aguda, com saturação SpO₂ = 65%, necessitando de ventilação mecânica. Exame físico: ACP: fisiológico; Abd: RHA+, dor leve difusa no abd., sem sinais de irritação peritoneal (trauma?); Ext: p.p., edema, diátese 2+4+;</u>					
DIAGNÓSTICO PROVÁVEL: <u>Tromboembolismo Pulmonar (Embolia pulmonar?) Trauma abdominal fechado?</u>					
EXAME COMPLEMENTARES: 15/10/17: Hb = 11,9 Ht = 36,2% Leuco = 12.930, Ua 5 69 Cr = 1,3 TAPITPA = 13,41%, Na = 145 K = 3,9					
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:					

Manoel Aurélio
MÉDICO
CRM-CE 18581

Assinatura do Médico



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR - A.I.H.

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAUCAIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL MUNICIPAL Dr. ABELARDO
GADELHA DA ROCHA

4 - CNES

Identificação do paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Manoel Juvenal Filipeiro

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc. ☐ 1

Fem. ☒ 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

DDD

11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente vítima de atropelamento por moto dia 14/10/17 às 17h, evolui com dissecação importante irresponsiva às medidas, iniciando quadro de confusão mental. Ao exame físico apresenta dor difusa à palpação abdominal.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Risco de complicação

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Anamnese e exame físico.

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Tromboembolismo Pulmonar

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Internamento hospitalar

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

() CNS

(X) CPF

29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

04826959392

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Manoel Aurelio Soares Junior

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

15/10/17

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONCELHO)

Dr. Manoel Aurelio
MÉDICO
CRM-CE 18581

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME PROFISSIONAL AUTORIZADOR

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

45 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONCELHO)

FOLHA DE EVOLUÇÃO

Nome: Nº PRONTUÁRIO:

DATA	ANOTAÇÕES	ASSINATURA CARIMBO
15/10/17	<i>Intubado pi lips</i>	Dr. Rodrigo Linhares Ortopedia e Traumatologia CREMEC: 8899 RQE: 6368
15/10/17	# M.F.F. 56a. HD por	
em 16:00.		
15/10/17	Avaliação Clínica Médica	
	Paciente apresentando GCS=15, com exame físico normal, porém apresentando-se algo sonolento.	
	Queixa-se de pequenas dores abdo- minais difusas sem sinais de peritonite, (Trauma?).	
	Ao ex. físico: Pc=80; SpO ₂ =75% em AA; PA=130/100; PR=130/80;	
	# Cd: 1) MVA 50%, 15.81mm.	
	2) Solução exarres.	
	3) Vigilância clínica.	
	4) Reavaliação em 1 hora.	
	Dr. Manoel Aurélio MÉDICO CRM-CE 18581	
	# Em tempo: Paciente evoluindo com deterioração clínica SpO ₂ =73% Fc=44bpm.	
	# Cd: 1) Tentar Transfusão para SR.	
	Dr. Manoel Aurélio MÉDICO CRM-CE 18581	

302947-6

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

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

enel

fls. 24

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

Rota **29 22022 05 034600 - 9** Data de Emissão **516717596**
Nome **MARIA IVANI FLURINDO** 12/03/2018
End. Postal **RUA RAIMUNDO RAMOS 00000**
YPIOCA - S GONCALO DO AMARANTE - 62670000
Medidor **1331954** Poste **0000 0000**
Classe **01-RESIDENCIAL 01-NORMAL MONOFASICO**
RG / CPF / CNPJ **161953293-04** CGF
Nome do Responsável

DATAS

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

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.
Conjunto **SAO LUIS DO CURU**
Mês **Jan/2018** EIED **34,21**
Padrão **10,00 P**
Mensal Trim. Anual Mensal Trim. Anual
DIC **5,19 10,38 20,77** 1,02 0,00 0,00
FIC **3,23 6,47 12,95** 1,00 0,00 0,00
DMIC **2,94** 1,02

ICMS

Base de Cálculo (R\$) **77,37** Alíquota **27,00%** Valor do Imposto **20,88**

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

1100.1570.804B.2B01.A429.5F37.5B06.E052

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

	Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. Fat.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FP	8828	8716	1,00	112	0,00	112	0,69081	77,37
12/03/18	09/02/18			31 DIAS		112		77,37
DESCRIÇÃO								VALOR (R\$)

VALOR CONSUMO DO MES **77,37**
Multa Moratória Ref 12/2017 **1,64**
Correção Monetária do Mes **0,62**
Juros do Mes **1,79**
Iluminação Pública Municipal **11,12**

VENCIMENTO

11/04/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

92,54

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia 26,35
Transmissão 2,63
Distribuição 17,90
Encargos Setoriais 6,19
Tributos (ICMS PIS/COFINS) ... 24,30
TOTAL 77,37

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

	113	112	111	110	109	108	107	106	105	104	103	102	101	100
MED	Mar	Fev	Jan	Dez	Nov	Out	Set	Ago	Jul	Jun	Ma	Abr		

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO₂) **48,41** Compensado kg (CO₂) **0,00** Consciência Ecológica (%CO₂) **0%**

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

PARA CADASTRAR SUA CONTA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZE
SEU NÚMERO DE CLIENTE SEGUINTE AO DÍGITO VERIFICADOR.
Chame os vizinhos e amigos e entre no combate ao mosquito transmissor
da dengue, zika e chikungunya. Ministério da saúde. Gov. Federal

Consta desta fatura R\$ 3,42 referente a PIS e COFINS. Alíquotas: PIS: 0,75% e COFINS: 3,64%.
Caro Cliente, constam quitadas as faturas de consumo de energia elétrica desta unidade com
sumidora vencidas até 31/12/2017, conforme a Lei N. 12.007/2009. Esta declaração substitui
quitacoes anteriores.

Nº do Cliente: **302947-6** Referência: **Mar/2018**
Data de Emissão: **12/03/2018** Total a Pagar (R\$): **92,54**
Nº da Nota Fiscal: **516717596** Nº de Controle: **0000302947 00523 39552 32**

83850000000-8 92540031000-0 00003029470-3 05233955216-9



SINISTRO 3180109483 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** MARIA IVANI FLURINDO**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** MARIA

GECINEIDE FERREIRA NOBRE COR. SEGUROS EIRELI

BENEFICIÁRIO MARIA IVANI FLURINDO**CPF/CNPJ:** 16195329304**Posição em 17-04-2018 16:39:48**

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
19/03/2018	R\$ 2.362,50	R\$ 0,00	R\$ 2.362,50