

PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA.

OUTORGANTE: <u>Manix Vidal</u>	
Brasileira, <u>Vivo</u>	Profissão: <u>Aparentado</u>
RG: <u>20260638849</u>	CPF: <u>342.575.433-00</u>
Residente na (o): <u>Rua João Batista</u>	
Nº. <u>323</u>	
Bairro: <u>Novo Altiplano</u>	CEP: <u>63.500-000</u>
Cidade: <u>Iguatu</u>	Estado: <u>CE</u>

OUTORGADOS: PAULO MARDEN ALVES BEZERRA LIMA, advogado inscrito na OAB/CE sob o nº 22915, e no CPF sob o nº 019.868.845-89, com endereço para comunicação processual cito à Rua Ruy Barbosa, 312, sala 07, CEP. 63.500-255, São Sebastião, Iguatu-Ceará Telefone: (88) 9 9994-2772 e 9 8821-3940, e-mail: paulomarden_adv@hotmail.com e **Márcia Rúbia Teixeira**, brasileira, solteira, advogada, inscrita na OAB/CE 27.382; com endereço profissional na Rua Floriano Peixoto, 73, Centro, Iguatu/CE, **PODERES:** Através deste instrumento particular de mandado o (a) outorgante constitui como o seu procurador judicial ou extrajudicial o OUTORGADO, a quem confere poderes amplos, gerais e ilimitados ao bom e fiel cumprimente deste, **para o Foro em geral**, com **a cláusula ad judicium et extra**, autorizando substabelecer esse, com ou sem reservas de poderes, se assim lhe convier, a fim de que, em conjunto ou separadamente, possa(m) realizar todos os atos que se fizerem necessários para o seu regular desenvolvimento e execução, conforme estipulado no artigo 105 do CPC (Lei 13.105/2015), podendo propor, para tanto quaisquer Ações e recursos judiciais e defender-me nas que me forem propostas, seguindo umas e outras, até decisão final, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, cartórios, repartição pública ou privada, autarquias federais, estaduais e municipais, órgãos da administração pública direta ou indireta, repartições bancárias públicas e privadas, nestas abrindo e movimentando contas bancárias, dando tudo por bom, firme e valioso e em **cláusula específica et Extra com poderes especiais do art. 105 do CPC:** realizar o levantamento e/ou recebimento de valores oriundos do processo **em seu nome**, por meio de Alvará, RPV e Precatório, ofício ou qualquer meio de recebimento de valores, receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a Ação, receber, da quitação, firmar compromisso e assinar declaração de hipossuficiência econômica, assinar carta de preposição e constituir preposto com amplos poderes e assinar termo de compromisso de inventariante, receber mandados judiciais.

Iguatu-Ceará, 09 de Abul de 2019.

Manix Vidal

OUTORGANTE.

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA ECONÔMICA

DECLARANTE: <u>Mario Vidal</u>	
Brasileira, <u>VIVO</u>	Profissão: <u>Aprendizado</u>
RG: <u>20260638849</u>	CPF: <u>245.575.433-00</u>
Residente na (o): <u>Povo João Batista</u>	
Nº. <u>225</u>	
Bairro: <u>Maro Alipham</u>	CEP: <u>63.500-000</u>
Cidade: <u>Iguatu</u>	Estado: <u>Ceará</u>

Requer os BENEFÍCIOS DA JUSTIÇA GRATUITA, pois sou pobre na forma da lei, pois não pode arcar com pagamento das custas do processo nem com o ônus da sucumbência sem que haja prejuízo para o seu sustento e de sua família, isso, com esteio no art. 98 do CPC e na lei nº 7.115/83, bem como no art. 5º item xxxv da constituição federal.

Iguatu-Ce, 09 de Abul de 2019.

Mario Vidal

DECLARANTE

SAAE
SARACIÁ - CEARÁ

SERVIÇO AUTÔNOMO DE ÁGUA E ESGOTO DE IGUAU
Rua: Eng. Manoel Correia Lima, 772 - Prado - Iguaçu/CE
CEP: 83502-108
Fone: (88) 3 566-7700/156 (19/11/11to)

IDENTIFICAÇÃO DO CONSUMIDOR

INSCRIÇÃO: 0035184.1
CLASSE: PAR
TARIFA: RES
MÊS/AN: 01/2018

INSTALAÇÃO: 18/09/17
LOCALIZAÇÃO: 00.00.36.0000007810
FATURA: 180005954

KELITA ALVES RODRIGUES
RUA JOAO BATISTA 121, NOVO ALTIPLANO
CEP: 83.500-000 IGUAU-CE

SERVIÇOS E TARIFAS		PAR	VALOR
COD	DESCRIÇÃO		
01	ÁGUA	01/01	38,00
45	CAIXA DE HIDROMETRO - PAREDE	04/04	19,00

HIDROMETRIA

LEITURA DATA: 35 36

ANTERIOR: 36 05/12/17

ATUAL: 62 04/01/18

CONSUMO: 14 DIAS: 30

LETURISTA: 06

PROXIMA LETURA: 26/02/18

MÉDIA: 24 m³

ULTIMOS CONSUMOS

PARÂMETROS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA

RESERVAÇÃO DE FLUÍDO (m³)

PARÂMETRO	VALOR
PH	01
CLORO	01
TURBID. (NTU)	01
FLUOR	01

PERÍODO DE 12 A 100 L

PARÂMETRO	TOTAL	ANÁLISE	VALOR MÉDIO
ATE 150H	01	01	10,00
ATE 5M	01	01	7,00
ATE 50T	01	01	2,00
ATE 15	01	01	0,81

DÉBITO(S):
DEZ/2017

VENCIMENTO 20/01/2018 **VALOR R\$** 57,00

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
DIREÇÃO DE REGISTRO E IDENTIFICAÇÃO

Potega Direito

PROIBIDO PLASTIFICAR

Maria Vidal

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2016063884 - 7 DATA DE EXPEDIÇÃO 26/02/2016

NOME
MARIA VIDAL
FILIAÇÃO
JOSÉ VIDAL
FRANCISCA VIDAL

NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO
IGUAU - CE 15/01/1958

DIG. ORDEM
CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO:1 OFÍCIO TERMO:1463 FOLHA:125
LIVRO:A-84 IGUAU - CE
CPF 141.575.433-00 RG: ANT: 944896 P.: 135

VIA

LEI Nº 7.118 DE 20/08/93



(1)

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. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3180471257 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA MARIA VIDAL

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO Comprev Previdência S/A-Filial Fortaleza-CE

BENEFICIÁRIO MARIA VIDAL

CPF/CNPJ: 14157543300

Posição em 18-10-2018 07:45:23

Desculpe, no momento, não conseguimos localizar informações com os dados que você forneceu. Clique [Aqui](https://www.seguradoralider.com.br/Pages/I) (<https://www.seguradoralider.com.br/Pages/I>) do seu pedido de indenização.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
18/10/2018	R\$ 843,75	R\$ 0,00	R\$ 843,75

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
10/10/2018	Aviso de Sinistro	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/RRUuGt0+MKr8oVAK__3lc3g==/KPuron3EYtmZU10yDtdfbac?api_key=gETloeUkl8DXJyDgZdZdyDXHopYIcPV2s2qt7XEY9j4=)

ACESSIBILIDADE

</Pages/Acessibilidade.aspx> </Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx>

A A A

COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

[Documentos Despesas Médicas \(/Pages/Documentacao-Despesas-Medicinas.aspx\)](/Pages/Documentacao-Despesas-Medicinas.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 \(/Pages/Pague-Seguro.aspx\)](/Pages/Pague-Seguro.aspx)
[Consulta a Pagamentos Efetuados \(/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuados.aspx\)](/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuados.aspx)
[Informações Gerais \(/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx\)](/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx)

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL			
MINISTÉRIO DAS CIDADES			
DETRAN - CE		VPM 012673547578	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
VIA	COD. RENAVAM	RENTRC	EXERCÍCIO
01	485821846	000000000	2012
CICERO DE SOUZA MENEZES			

IGUAU/CE			
OFF / CNPJ	PLACA		
00617438355	01A6797		
PLACANT DE	CHASSI		
01	SC2JC411UDR758232		
ESPECÍFICO		COMBUSTÍVEL	
FAB / MOTOCICLETA AP. INC.		GASOLINA	
MARCA / MODELO		ANO FAB. - ANO MOD.	
HONDA/CE 125 FAN XE		2012 - 2012	
CAP / POT / CL	CATEGORIA	COD. PREC. DOMINANTE	
2P / 0CV / 125CC	ALUGUEL	GASOLINA	
COTA ÚNICA	VEN. COTA ÚNICA	VEN. COTAS	
1	1	1	
FAIXA LPVA	PARCELAMENTO / COTAS	2	
1	2	2	
PREMIO TARIFARIO (R\$)	IOF (R\$)	PREMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
129.04	14.34	143.38	18/09/2012
OBSERVAÇÕES			

IGUAU	LOCAL		
01	01		

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULO AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESS. TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT			
CE Nº 012673547578 BILHETE DE SEGURO D			
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA			
www.dpvatsegurodotransito.com.br			
SAC DPVAT 0800 022 1204			
VIA	OFF / CNPJ	PLACA	EXERCÍCIO
01	00617438355	01A6797	2012
RENAVAM	MARCA / MODELO	DATA EMISSA	
485821846	HONDA/CE 125 FAN XE	19/10/2012	
ANO FAB.	CAT. TARE	NO CHASSI	
2012	09	SC2JC411UDR758232	
PRÊMIO TARIFÁRIO			
R\$ (R\$)	DETRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)	
129.04	14.34	143.38	
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	TOTAL DO SEGURO (R\$)	
1.33	1.33	144.71	
PAGAMENTO	DATA DE PAGAMENTO		
☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO	18/09/2012		
LOTE DO SEGURO			
MOTOR: 1041E1070123			

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MARCIA RUBIA BATISTA TEIXEIRA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 05/04/2019 às 14:33, sob o número 00053629520198060091. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0005362-95.2019.8.06.0091 e código 4677DE2

Guia de atendimento - TRAUMATOLOGIA

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 028501	Atendimento 0010	Nome do Paciente MARIA VIDAL	CNS 700404574222450	Guia de Autorização
Documento(s) Identidade: 20160638849			Estado Civil Viúvo(a)	Sexo Feminino
Data de Nascimento 15/01/1958		Local IGUATU/CE	Idade 59 Ano(s)	
Pai JOSE VIDAL		Mãe FRANCISCA DE ARAUJO		
Endereço RUA 26 DE JULHO, 60		Bairro COCOBO	CEP 63500-000	Município IGUATU
UF CE	Telefone 88 96514753			
Profissão	Empresa	Cônjuge		
Responsável MARIA VIDAL	CPF do Responsável	Endereço RUA 26 DE JULHO, 60	Município IGUATU	UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 05/12/2017	Hora 13:11	Convênio SUS	Matrícula	CID
Profissional do Atendimento CARLOS ATILA DA SILVA			CRM/UF 14577/CE	Tipo Atendimento ATENDIMENTO DE URGÊNCIA
Indicador de Acidente			Funcionário NAYANE COELHO DE HOLANDA	
Observação				
Sala	Data/Hora Liberação	às	hs.	Tipo de Saída () Alta () Internação () Óbito
Sinais Vitais				
Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)	R (mpm)
PA (mmHg)				

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

MD: Luxação Anular D? / Fratura Unilateral
fete apresentando fratura Unilateral, após acidente motorciclístico.

① Cetoprofeno 100mg + SFO 9% 100ml EV.

② Pipirone 2g + ADOL.

③ Análises de Traumatologista

Dr. Frederico A. Bezerra Oliveira
Médico
CREMEC 17.240

Morfina 10mg.
- ~~100ml~~ OIFA + 100ml SFO 9% EV. 16:30
- SFO 9% 500ml EV. 500

Dr. Emílio Rocha
Médico
CREMEC 17935

Fratura de Unilateral proximal
Aguardando TC.

CARLOS ATILA DA SILVA - CRM: 14577

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: MARIA VIDAL



RECEITUÁRIO MÉDICO

NOME DO PACIENTE

Laudo ortopédico

Atento para a via vital foi submetido a tratamento conservador de fratura de tíbia proximal direito. Evolução do caso satisfatória. Apresenta-se de alta com déficit de elevação noturnas internas e externas e abduração. Involuntários como espasmos difusos. CID: S42.

IGUAÇU, 27 DE 09 20 18

ASSINATURA E CRM

Hospital Regional Dr. Manoel Batista de Oliveira
Rua Edison de Melo Távora s/n
Bairro - Esplanada

Dr. Manoel Batista de Oliveira
CRM 10876/1501 11928



RECEITUÁRIO MÉDICO

NOME DO PACIENTE:

Atestado médico

Atento para fratura de tíbia proximal direita, vítima de acidente de trânsito (bicicleta) com fratura conservadora em punho aberto, do membro proximal direito. Encontra-se em tratamento conservador de lesão com imobilização tipo gesso. Fratura não operada. Evolução satisfatória. CID: S42.

IGUAÇU, 23 de 01 20 18

ASSINATURA E CRM

Hospital Regional Dr. Manoel Batista de Oliveira
Rua Edison de Melo Távora, s/n

Dr. Frederico Alegrini
Ortopedia e Traumatologia
CRM 10876/1501 11928



RECEITUÁRIO MÉDICO

NOME DO PACIENTE:

M: Estevão Batista de Oliveira

Fluox 100g 1u
T= 1g de 12/12

IGATU, 15 de 11 de 20 17

Dr. Antônio Alberto Bandeira
CRM 2063
Ortopedia - Traumatologia

ASSINATURA E CRM

Hospital Regional Dr. Manoel Batista de Oliveira
Rua Edilson de Melo Távora, s/n

RECEITUÁRIO MÉDICO

HOSPITAL REGIONAL

IGUATU

NOME DO PACIENTE: Roberto 1000 -

qpi 1000 -

Dr. Carlos Di Pietro

10/01/2019

10/01/2019

ASSINATURA E CRM

Hospital Regional Dr. Manoel Batista de Oliveira

Rua Edison de Melo Távora, s/n

IGUATU, 11.05.2019

Dr. Manoel Batista de Oliveira

CRM 2003



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



fls. 21

Impressão nº 2019218598

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 479 - 857 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **08/02/2018 17:02:13**
Data / Hora da Ocorrência: **05/12/2017 13:11:00**
Endereço da Ocorrência: **RUA PROJETADA**
Complemento:
Bairro:
Município: **IGUATU/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **MARIA VIDAL**
Nascimento: **15/01/1958** CPF: **141.575.433-00**
RG: **20160638849** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **FRANCISCA VIDAL**
JOSE VIDAL
Endereço: **RUA JOÃO BATISTA**
Bairro: **NOVO ALTIPLANO**
Município: **IGUATU/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 99651-4753**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **DIA6797** Uf: **CE** Município: **IGUATU** Chassi:
9C2JC4110DR758292 Renavam: **486821846** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 FAN KS** Ano
Fabricação: **2012** Ano Modelo: **2013** Combustível: **GASOLINA** Cor:
VERMELHA Proprietário: **CICERO DE SOUZA CAMPOS** Situação: **NÃO**
INFORMADO Envolvimento: **NORMAL**

Histórico

Compareceu a esta delegacia A DECLARANTE e informado de que falsa comunicação de crime e contravenção penal Art 340, do CPB, informou que no local e horário supracitado, trafegava de garupeira, e tendo como CONDUTOR: CICERO SOUZA CAMPOS, que nada sofreu, na moto acima cadastrada, quando de repente o condutor colidiu com a moto em um meio fio vindo a cair; Que a declarante foi socorrida pelo Corpo de Bombeiros para o Hospital Regional de Igatu, e sendo atendido pelo Dr. CARLOS ATILA DA SILVA; Que segundo o laudo médico QUEBROU O OMBRO DIREITO; Que veio registrar o fato para dar entrada no seguro DPVAT. Vale salientar que as informações prestadas são de inteira responsabilidade de DECLARANTE.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE IGUATU

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

ROBÉRIO GOMES DO SANTOS - MAT.: 300074-1-7

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Maria Vidal

DELEGACIA REGIONAL DE IGUATU

Pag. 1 de 2



SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
GRUPAMENTO DE SOCORRO DE URGÊNCIA



fls. 22

REGISTRO DE SOCORRO N°

TURNO

RESGATE N° P.B. DATA: 05/12/17
NOME: MARIA V. DAL
IDADE: 59 SEXO: F (X) M ()
LOCAL DE OCORRÊNCIA: R. PROJETADA
BAIRRO: ALTO CLARO

HORA DA OCORRÊNCIA: 13:15
CHEGADA AO LOCAL: 13:18
SAÍDA DO LOCAL: 13:21
CHEGADA AO HOSPITAL: 13:23
SAÍDA DO HOSPITAL:
CHEGADA AO P.B.:

TIPO DE OCORRÊNCIA

01. (X) ACIDENTE DE TRÂNSITO 05. () AFOGAMENTO 09. () MAL SÚBITO () OUTRO
02. () AGRESSÃO 06. () QUEIMADURA 10. () EMERGÊNCIA OBSTÉTRICA
03. () DESABAMENTO 07. () CHOQUE ELÉTRICO 11. () JÁ REMOVIDO
04. () INTOXICAÇÃO 08. () QUEDA 12. () FALSO AVISO

RAZÃO DO ATENDIMENTO: QUEDA DE MOTOCICLETA

DOENÇAS ANTERIORES:

MEDICAMENTOS:

ALERGIAS:

COR	PELE	RESPIRAÇÃO
CIANÓTICO ()	QUENTE (X) SECA ()	SUPERFICIAL ()
PÁLIDO (X)	FRIA () ÚMIDA ()	DIFÍCIL ()
CONGESTO ()	NORMAL () NORMAL ()	NORMAL (X)
NORMAL ()		AUSENTE ()
PULSO RADIAL	ENCHIMENTO CAPILAR	SANGRAMENTO
FORTE () IRREGULAR ()	NORMAL (X)	AUSENTE (X)
FRACO () AUSENTE ()	RETARDADO ()	MÍNIMO ()
REGULAR (X)	AUSENTE ()	MODERADO ()
		INTENSO ()
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA INICIAL	FALA	PUPILAS
ALERTA (X)	NORMAL (X)	2 3 4 5 6 7 8 9
RESPONDE A COMANDOS ()	CONFUSA ()	D mm E mm
RESPONDE A ESTÍMULOS ()	INTELIGÍVEL ()	REAGENTE (X) REAGENTE ()
SEM RESPOSTA ()	NENHUMA ()	SEM REAÇÃO () SEM REAÇÃO ()

SINAIS VITAIS:

HORA: P.A.:
FR.: PULSO:

NATUREZA DA DOENÇA OU LESÕES PRINCIPAIS: SUSPEITA DE FRATURA NA UNHA DÍGITO ANULAR DA MÃO ESQUERDA

ACOMPANHANTE: RAISSA MARIA VIDAL DE OLIVEIRA

PROCEDIMENTO REALIZADOS:

- () ASPIRAÇÃO () CURATIVOS (X) PRANCHA LONGA
() OXIGÊNIO () BANDAGENS () PRANCHA CURTA
() ASSIST. VENTILATÓRIA () IMOBILIZAÇÃO DE MEMBROS () COLAR CERVICAL
() RCP () FERULA DE TRACAO (X) OUTROS
() ASSIST. OBSTÉTRICA () LIQUIDO EV.

CONDIÇÕES DE CHEGADA AO HOSPITAL:

- () MELHORADO () ANTES DO SOCORRO
() PIORADO () ANTES DO TRANSPORTE
(X) INALTERADO () NO TRANSPORTE

HOSPITAL DE DESTINO: H. R. T

VISTO
Em: 11/01/2018