



ANTONIO EDNALDO ALTINO DE MELO – *ADVOGADO* – OAB/CE Nº. 20.795
ADVOCACIA: TRABALHISTA, CÍVEL, CRIMINAL E PREVIDENCIÁRIA

End. Profissional: Rua Doutor João Tomé, nº 979, Sala 101, Fátima I – Crateús-Ce
 Cep. 63.700-000 - Tel.: (Fax): (88) 3692 – 3794 – E-mail: ednaldo.melo@ig.com.br

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Nome: Ana Jannielly Teles Cavaleante Mesquita		Nacionalidade: BRASILEIRA	
Estado Civil: Solteiro	Profissão: Estudante	Carteira de Identidade: 2009010161729/e1	
CPF nº: 603.592.603-73	Residência: Fazenda Rua Pelo Sinal nº312		
Bairro: Cohab	Cidade: Independência	Estado/UF: Ce	CEP: 63.640-000

OUTORGADO: ANTONIO EDNALDO ALTINO DE MELO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE sob o nº 20.795; com endereço profissional na Rua Clóvis Beviláqua, 1000, Sala 104, São Vicente, Crateús/CE, CEP nº 63.700-000; Fone/Fax: (88) 3691.2260.

PODERES: Pelo presente instrumento particular de procuração, o(a) outorgante nomeia e constitui, o outorgado, seu bastante procurador, 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 SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT, 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, transigir, 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(a) outorgante, enfim todos os poderes necessários para o cumprimento amplo do objeto do presente mandato.

CRATEÚS – CE., 11 de Setembro de 2015.


 (outorgante)



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **603.592.603-73**

Nome da Pessoa Física: **ANA JANNIELY TELES CAVALCANTE MESQUITA**

Data de Nascimento: **18/01/1995**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **07/04/2009**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **10:23:11** do dia **15/09/2015** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **ABEC.0957.6A90.9C67**

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.

Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)





ANTONIO EDNALDO ALTINO DE MELO - ADVOGADO - OAB/CE Nº. 20.795
 ADVOCACIA: TRABALHISTA, CÍVEL, CRIMINAL E PREVIDENCIÁRIA

End. Profissional: Rua Doutor João Tomé, nº 979, Sala 101, Fátima I - Crateús-Ce
 Cep. 63.700-000 - Tel.: (Fax): (88) 3692 - 3794 - E-mail: ednaldo.melo@ig.com.br

DECLARAÇÃO

Declarante: Ana Jannielly Teles Cavaleante Mesquita		Nacionalidade: Brasileira
Residência: Fazenda Rua Pelo Sinal, nº 312		Profissão: Estudante
CPF nº: 603.592.603-73	RG nº: 2009010164729/Ce	Estado Civil: Solteira
Bairro: Cohab	Cidade: Independência	Estado/UF: Ce
CEP: 63-640-000	Telefone:	

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, E QUE FUI VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO. Sendo de minha total responsabilidade a declaração de invalidez ou óbito fornecida.

Crateús - Ce, 11 de Setembro de 2015.

Ana Jannielly T. C. Mesquita
 (declarante)



ANTONIO EDNALDO ALTINO DE MELO - ADVOGADO - OAB/CE Nº. 20.795
 ADVOCACIA: TRABALHISTA, CÍVEL, CRIMINAL E PREVIDENCIÁRIA

End. Profissional: Rua Doutor João Tomé, nº 979, Sala 101, Fátima I - Crateús-Ce
 Cep. 63.700-000 - Tel.: (Fax): (88) 3692 - 3794 - E-mail: ednaldo.melo@ig.com.br

DECLARAÇÃO

Declarante: Ana Jannielely Teles Cavalcante Mesquita		Nacionalidade: Brasileira
Residência: Fazenda Rua Povo Simal, nº 312		Profissão: Estudante
CPF nº: 603-592-603-73	RG nº: 2009010161729/Ce	Estado Civil: Solteiro
Bairro: Pohab	Cidade: Independência	Estado/UF: Ce
CEP: 63-640-000	Telefone:	

DECLARO para os devidos fins que possuo hipossuficiência financeira, não possuindo condições de arcar com 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.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

Crateús - Ce, 11 de Setembro de 2015.

Ana Jannielely Teles C. Mesquita
 Declarante

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIO EDNALDO ALTINO DE MELO e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 18/09/2015 às 08:59, sob o número 01921910820158060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0192191-08.2015.8.06.0001 e código 1C16D92



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 445 - 7050 / 2014



Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRANSITO**
 Data / Hora da Comunicação: **21/11/2014 16:54:48**
 Data / Hora da Ocorrência : **14/11/2014 19:00:00**
 Endereço da Ocorrência: **PELO SINAL,**
COHAB INDEPENDENCIA /CE
 Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **ANNA JANNIELY TELES CAVALCANTE MESQUITA**
 Nascimento : **18/01/1995**
 RG: **2009010161729** Órgão Emissor: **SSP UF: CE - CPF:**
 Filiação: **JOSE TELES DE MESQUITA**
FRANCISCA NEILA BATISTA CAVALCANTE MESQUITA
 Endereço: **R PELO SINAL 312**
COHAB
INDEPENDENCIA CE BRASIL Telefone: **9714-4740**

História

HISTORICO DA OCORRÊNCIA: compareceu o noticiante acima identificado para informar que foi vítima de acidente de transito "QUEDA" quando se conduzia na MOTOCICLETA marca/modelo HONDA/NXR150 BROS ES, ano Fab/Mod 2011/2011, cor LARANJA, de placa OCD-9214/CE, licenciada em nome de FRANCISCO FABRICIO LINIARES SAROIA; Que o acidente se deu quando transitava pelo local acima identificado quando ao entrar na rotatória um outro motociclista acabou por colidir na traseira de sua motocicleta fazendo com que fosse arremessada contra o solo; Que após o acidente juntou froça e procurou o Hospital Municipal De Independência-CE onde recebeu os primeiros atendimento médico especializado e foi constatada as lesões decorrentes do acidente, conforme cópias apresentadas no momento do registro da presente ocorrência. E nada mais disse.

As informações contidas neste Boletim de Ocorrência são de inteira responsabilidade do queixoso, sendo ao mesmo informado que a comunicação de crime não ocorrido ou fato inexistente é crime punível na forma da Lei (art. 339 e 340 do CPB)

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : JOSE CARLOS AGOSTINHO DE SOUSA - MAT.: 198848-1-3

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO : Anna Jannely Teles C. Mesquita

VISTO DO DELEGADO(A) : SIDNEY CLEYDSON DE LIRA SILVA - MAT.: 300120-1-1

Handwritten signature and stamp:
 José Carlos Agostinho de Sousa
 Delegado de Polícia Civil
 Mat.: 198848-1-3

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIO EDNALDO ALTINO DE MELO e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 18/09/2015 às 08:59, sob o número 01921910820158060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0192191-08.2015.8.06.0001 e código 1C16D92



PREFEITURA MUNICIPAL DE INDEPENDÊNCIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

DATA 4/11/14 HORÁRIO: 19:25
telefone: () _____

Boletim de Atendimento de Paciente Externo
Hospital Municipal de Independência Ce

Paciente: Anna Janyelly Teles Lucena CENS: 160939704630002
Idade 19 Data de Nascimento: 12/11/95 Sexo: F Naturalidade Trabanc
Profissão: Estudante Estado Civil: Solteira Endereço: R. polo Simul
Mãe _____

Motivo do Atendimento: Acidente de moto
() Clínico () Obstétrico () Psiquiátrico () Violência () Pediátrico () Cirúrgico () Acidente

PA: _____ T: _____ FC _____ FR _____ Glicemia: _____ Peso _____

Médico Responsável: Prof.ª Jany Caique

Conduta Médica: de moto sofreu
trauma no pé esquerdo e
coxa direita
0108/2014
0108/2014

Dr. Emanoel Martins
Médico
CRM: 6253
[Signature]
Médico

Anna Janyelly T.C. Mesquita
Paciente ou responsável

Acompanhe o processo de indenização

[voltar](#)

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 até 30 dias a contar da data da entrega da documentação completa.

nova consulta

SINISTRO 3140115684 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA ANA JANNIELY TELES CAVALCANTE MESQUITA

COBERTURA Invalidez

SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

ENDEREÇO Avenida Treze de Maio, 41 - Sala 402, Centro, Rio de Janeiro - 19, CEP: 20031-007

BENEFICIÁRIO ANA JANNIELY TELES CAVALCANTE MESQUITA

CPF/CNPJ: 60359260373

Posição em 31-08-2015 10:31:13

Indenização creditada em 27/03/2015, no valor de R\$ 1.687,50, em banco e conta de titularidade do beneficiário, conforme autorização de pagamento assinado pelo mesmo.

Data do Pagamento	Valor da Indenizacao	Juros e Correção	Valor Total
27/03/2015	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50