

Fábio Monteiro
Advocacia

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

Nome: <u>Maria Darleide Tavares Lucena Araújo</u>		Data Nasc: <u>09/08/1970</u>
Estado Civil:	Profissão:	Nacionalidade: <u>Brasileiro</u>
RG: <u>2006029122198</u>	CPF: <u>400.082.823-15</u>	Telefone: <u>8823-0937</u>
Endereço: <u>R. Mascarenhas de Moraes 605 - 01 Juvenio Santana</u>		CEP: <u>63180000</u>
Cidade: <u>Juazeiro do Norte</u>		

OUTORGADOS: FÁBIO MONTEIRO ARRAIS MEDEIROS, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/CE de nº 23.738, com escritório profissional na Rua Visconde de Barbacena, nº 413, sala 42, Bairro: Cidade dos Funcionários, Fortaleza/CE, CEP: 60.822-488, Fone: (85) 9992-0059 / (85) 8839-8483.

PODERES: Concede amplos poderes com os da cláusula "AD JUDICIA" para o foro em geral, para ajuizamento de medida judicial aplicável para cobrar a diferença do Seguro DPVAT, acompanhando-a 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, transigir, acordar, desistir, renunciar ao direito em que se funda a ação, receber e dar quitação, finalmente tudo mais fazer, para o completo desempenho deste mandato, inclusive substituir, com ou sem reserva de iguais poderes.

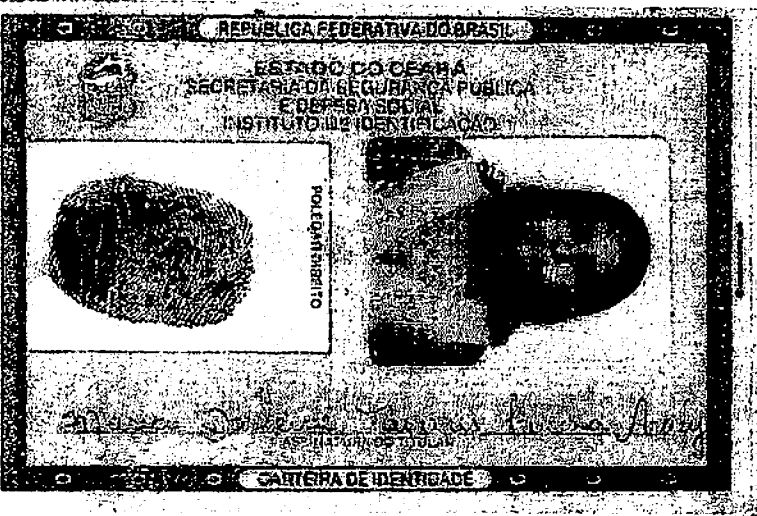
DECLARAÇÃO: O (a) outorgante declara que não tem condições de arcar com as custas processuais sem prejuízo do sustento próprio e da família, necessitando, portanto, dos benefícios da justiça gratuita, nos termos da Lei 1.060/50.

Fortaleza (CE), 25 de outubro de 20 14

Maria Darleide Tavares Lucena Araújo
OUTORGANTE

Fortaleza, Ceará
Rua Visconde de Barbacena, 413, Sl. 42
CEP: 60.822-488, Cidade dos Funcionários
Fábio Monteiro
(85) 9992-0059 / (85) 8839-8483

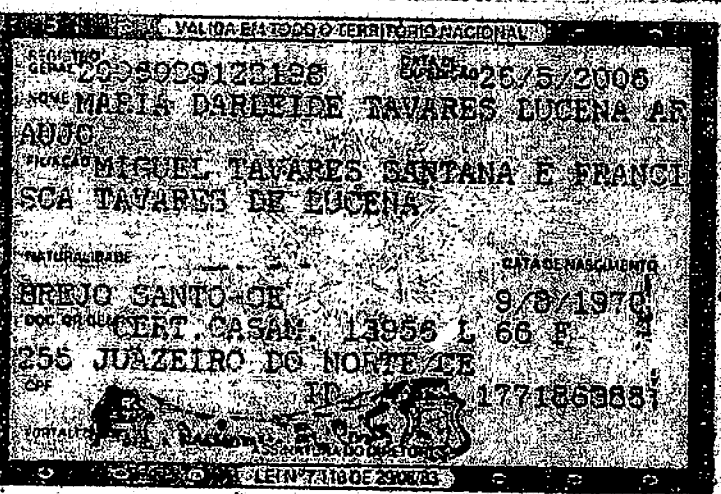
Maranhão



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO
Número
400.082.823-15
Nome
MARIA DARLEIDE TAVARES LUCENA ARAUJO
Nascimento
09/08/1970

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

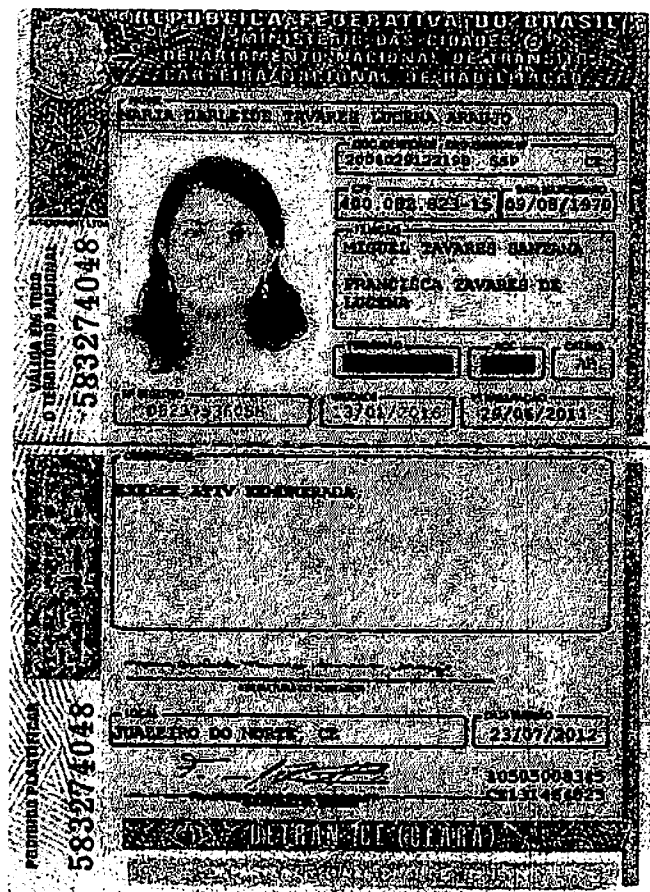


CÓDIGO DE CONTROLE
DF29.72FC.3099.A7C6

A autenticidade deste comprovante deverá
ser confirmada na Internet, no endereço
www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil

às 10:39:47 do dia 23/09/2014 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00



Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por FABIO MONTEIRO ARRAIS MEDEIROS e Tribunal de Justiça do Ceará, protocolado em 07/05/2015 às 16:54, sob o número 0154195-73.2015.8.06.0001 e código 19233376. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0154195-73.2015.8.06.0001 e código 19233376.



Nº de Inscrição

0021968152

DADOS DO CLIENTE

Nome: TAL: ATILDO ARRILJO
End. Leitura: RU M.L. MASCARENHAS MOR: 3. 1. JUVENCIO SANTANA
Cidade: JUI. EIR J CEP: 63180-000
End. Entrega:
Cidade:
Local: 021 Setor: 012 Quadra: 0071 Lote: 0485 Comp: 0000
Subsetor: 00 Subquadra: 00

ECONOMIAS

Residencial: 001 Comercial: 000 Industrial: 000 Pública: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volumetria	Módulo Semestral (m³)
ÁGUA	F07F2 12133	895	906	13	11

DATAS

Leitura Atual: 07/07/2014 Emissão: 20/08/2014 Leitura Anterior: 13/07/2014 Próxima Leitura: 19/09/2014

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 07/2014

Nº da Amostra	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
138	138	021	138	138	138
151	151	151	151	151	151
129	129	129	129	129	129

REMSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

AGRADECEMOS SUA PONTUALIDADE. ÁGUA TRATADA E SAUDE.
DEVIDO A FALTA DE CHUVAS FAÇA USO RACIONAL P/ ECONOMIZAR ÁGUA

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME	Água (m³)	Esgoto (m³)
ÁGUA	24,38	Mês/Ano		
MULTA DE 2%	0,32	AGO/13	9	0
JUROS DE 0,033% AO DIA	0,11	SET/13	12	0
		OUT/13	0	0
		NOV/13	16	0
		DEZ/13	0	0
		JAN/14	6	0
		FEV/14	11	0
		MAR/14	12	0
		ABR/14	11	0
		MAI/14	14	0
		JUN/14	11	0
		JUL/14	6	0

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO	SUBSIDIO	Valor (R\$)
Descrição	Descrição	
PIS 0,74	VALOR DO SERVIÇO	35,14
COFINS 0,14	VALOR DO SUBSIDIO	10,32
	VALOR TOTAL A PAGAR	24,82
MÊS/ANO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
08/2014	04/09/2014	24,82



É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme resoluções das Agências Reguladoras.

Maiores informações pelo telefone: 0800 275 0155, nas lojas de atendimento, de 8h às 17h, no site www.cagece.com.br ou na ouvidoria Cagece: 3101.1918, de 8h às 12h e 13h às 17h. Ouvidoria estadual: 155. Site da ARCE: www.arce.ce.gov.br

Entidades Reguladoras: Fortaleza: ACFOR - Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental: 0800 285 1919 - Demais Localidades: ARCE - Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará: 0800 275 5838.

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Maria Darlene Tavares Lucena Araújo

RG nº 2006.029122/98 data de expedição 26/07/06 Órgão SSP/CE.

CPF nº 400.082.823.15, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>R. Mascarenhas de Moraes</u>
Número	<u>605 - 1</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Juvencio Santana</u>
Cidade	<u>Juazeiro do Norte</u>
Estado	<u>Ceará</u>
CEP	
Telefone de contato	<u>8823-0937</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Juazeiro do Norte 25.10.14.

Assinatura do Declarante: Maria Darlene Tavares Lucena Araújo



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

fls. 12

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 488 - 16480 / 2014

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTES - OUTROS**
Data / Hora da Comunicação: **21/10/2014 09:38:50**
Data / Hora da Ocorrência : **08/05/2013 19:30:50**
Endereço da Ocorrência: **R. S. PEDRO**

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
E
DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL - JUAZEIRO DO NORTE

CENTRO JUAZEIRO DO NORTE /CE

Ponto de Referência: **RUA DO SEMINÁRIO**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **MARIA DARIJEIDE TAVARES LUCENA ARAÚJO**
Nascimento : **09/08/1970**
RG: **2006029122198** Órgão Emissor: **SSP UF: CE - CPF:**
Filiação: **MIGUEL TAVARES SANTANA**
FRANCISCA TAVARES DE LUCENA
Endereço: **R MASCARENHAS DE MORAIS 1**
JUVÊNCIO SANTANA
JUAZEIRO DO NORTE CE BRASIL

Telefone: **97135140**

Histórico

APÓS SER CIENTIFICADOS DAS PENAS COMINADAS AS INFRAÇÕES PENAIS DE ESTELIONATO, DENÚNCIAÇÃO CALUNIOSA, COMUNICAÇÃO FALSA DE CRIME E/OU CONTRAVENÇÃO E FALSO TESTEMUNHO, NOTÍCIA ACIDENTE DE TRÂNSITO OCORRIDO NA DATA DE 08/05/2013, PELO GIRO DAS 19H: 30 MIN, FATO REGISTRADO NA RUA S. PEDRO COM RUA DO SEMINÁRIO, NESTA CIDADE; QUE, POR OCASIÃO DO SINISTRO O NOTICIANTE PILOTAVA UMA MOTONETA HONDA/BIZ 125 KS, ANO/MOD 2007/2007, COR AZUL, PLACA IYK 3585, CHASSI 9C2JA04107R048095, RENAVAM 00938219901, LICENCIADA EM NOME DA NOTICIANTE; QUE, A DINÂMICA DO ACIDENTE DEU-SE DA SEGUINTE FORMA: A NOTICIANTE CONDUZIA A MOTO ACIMA DESCRITA PELA RUA S. PEDRO QUANDO NA ALTURA DO CRUZAMENTO COM RUA DO SEMINÁRIO OUTRA MOTO QUE VINHA NO MESMO SENTIDO A ULTRAPASSOU E CONVERTEU RAPIDAMENTE À DIREITA, TENDO A NOTICIANTE FREADO E DERRAPADO, CAINDO AO SOLO; QUE, EM CONSEQUÊNCIA DO ACIDENTE A NOTICIANTE FRATUROU O OMBRO ESQUERDO; QUE, FOI SOCORRIDA POR SUA IRMÃ PARA A CLÍNICA S. JOSÉ E, POSTERIORMENTE PARA O HOSPITAL DE FRATURAS; E NADA MAIS DISSE NEM LHE FOI PERGUNTADO, DANDO-SE POR ENCERRADO O PRESENTE BO, QUE DEPOIS DE LIDO E ACHADO CONFORME, VAI DEVIDAMENTE ASSINADO.

DELEGACIA DESTINO: **DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE**

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : _____

FRANCISCO ALVES DE LIMA - MAT.: 099341-1-1

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO : Maria Darjeide Tavares Lucena Araújo

VISTO DO DELEGADO(A) : _____

CÍCERA DE JESUS SANTOS ARAÚJO - MAT.: 198445-1-X

DETALHES DO PROCESSO

Número Sinistro: **2014/937579** Categoria: **02 - Qta / Invalidez**

Categoria: **09 - Moto / Motocicleta**

Data Sinistro: **08/05/2013** Data Rescisão: **29/10/2014** Data Rateio: **19/12/2014**

Seguradora: **MBM - Seguradora** Agência: **Bessa Assessoria**

Preparador: **Atendimento (Apoio)**

Analista: **Thaís Marielly Nicollayow**

Situação: **Pago**

Filial: **MBM Serviços de Seguros - Incorporadora**

DATAS DE ENVIO

Data de Envio **30/10/2014** Nº Carta **1444**

Data de Envio **27/11/2014** Nº Carta **1573**

VÍTIMAS

Vítima **Maria Darleide Tavares Lucena Araújo** Estado

Endereço: **RUA MASCARENHAS DE MORAIS 605 - - IUAZEIRO DO NORTE - CE -**

Cep:

Telefone

DOCUMENTOS

Descrição **Registro por Ato Declaratório, devendo ser apresentado documentos contemporâneos ao acidente que demonstrem e comprovem a existência do acidente, as circunstâncias e participação da vítima**

Data da Solicitação **19/11/2014** Data Rescisão **27/11/2014**

BENEFICIÁRIOS / PAGAMENTOS

Beneficiário **A MESMA**

CPF/CNPJ **40008282315**

Data Rateio **00/00/0000** Data Pagamento **00/00/0000**

Agência **0456-1** Agência Corrente **1020767-3**

Banco **Bradesco** Tipo Conta **Poupança**

Valor Indenização **1.687,50** Valor Nota Fiscal **0,00** Data Pagamento **19/12/2014**

Valor Reanalise **0,00** Valor Nota Fiscal **0,00** Data Pagamento **00/00/0000**

Valor Reanalise 2 **0,00** Valor Nota Fiscal **0,00** Data Pagamento 2 **00/00/0000**

Valor Reanalise 3 **0,00** Valor Nota Fiscal **0,00** Data Pagamento 3 **00/00/0000**

Valor Pleiteado **13.500,00**

Diferença **11.812,50**

CORRETORA

Código **1**

Nome **Bessa Assessoria**

Responsável **adriano bessa**

Endereço **Avenida Castelo Branco 3902**

Telefone **(88) 3572-8095**

E-mail **adrianobessa25@hotmail.com;**

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Maria Dardelde Tavares Lucena Araújo portador da carteira de identidade nº 2006029122198 e inscrito no CPF/MF sob o nº 400.082.823-15 residente e domiciliado na R. Mascarenhas de Moraes 605 - 01 Cidade Juazeiro Estado Ceará, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

() Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

☒ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

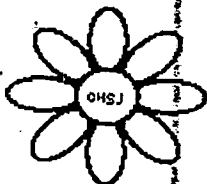
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Maria Dardelde Tavares Lucena Araújo

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Juazeiro do Norte Ce. 25.10.14.

Local e data



CLINICA SÃO JOSÉ, DIAGNÓSTICOS E TRATAMENTOS

BOLETIM DE ADMISSÃO - AMBULATORIAL

Prontuário: 14290 **Atendimento N°:** 169015 **Data/Hora:** 08/05/2013/19:44
Paciente: MARIA DARLEIDE TAVARES LUCENA ARAUJO **Idade:** 42
Nasc: 09/08/1970 **RG:** 2006029122198 **CPF:** 40008282315
Sexo: FEMININO
Endereço: RUA MASCARENHAS DE MORAIS 01 **Bairro:** JUVENCIO
SANTANA
Cidade: JUAZEIRO DO NORTE **UF:** CE
Convênio: UNIMED COOP.DO TRAB.MEDICO LTDA **Carteira:** 01070020033910595
Fone: 99294501
Profissão: **Atendente:** JOSE EMERSON MELO DE LIMA
Médico Responsável: JOSE WILLIAMS ALVES PINTO 3195 **Cid :**

Sinais Vitais

Hora	Pressão Arterial	Temperatura	Pulso	F.Cardíaca	F.Resp

Consulta Referencia:

() Agudo () Crônico () Tempo de Doença ____ () Dias () Meses () Anos

Encaminhado Para:

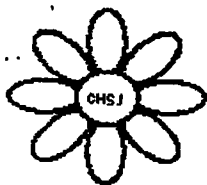
- () Medicação Urgência C/Observação () Diagnostico
() Internamento () Transferência
() Exames () Óbito

() Outros

Anna Alice T. Lucena
Paciente/Responsável

10710703195-3
Dr. José Williams A. Pinto
Médico Solicitante

Rua São José, 805 - Centro Fone/Fax: (088) 3566-1900 - Juazeiro do Norte - Ceará CEP: 63010-450 C.N.P.J. 06.740.666/0001-62



CLINICA SÃO JOSÉ, DIAGNÓSTICOS E TRATAMENTOS

EVOLUÇÃO AMBULATORIAL

Atendimento Nº: 169015 Data/Hora: 08/05/2013

Paciente: MARIA DARLEIDE TAVARES LUCENA ARAUJO

Convênio: UNIMED COOP. DO TRAB. MEDICO LTDA

Carteira: 01070020033910595

Médico Responsável: JOSE WILLIAMS ALVES PINTO \ 3195

Evoluido por: JOSE WILLIAMS ALVES PINTO em 08/05/2013 19:48:26

Queda de moto. dores forte no ombro esquerdo

Dipirona 1 ampola + ABD 10 ml

— 20:00

Tenoxicam 1 ampola + ABD 10 ml

— 20:05

Dr. José Williams A. Pinto
1671-03195-3

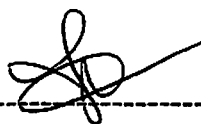
CLINICA HOSPITALAR SÃO JOSE

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM AMBULATORIAL

08/05/2013
20:40 hs

Paciente Maria Darleide Tavares Lucena Araujo admitida na urgência desta unidade hospitalar apresentando fortes dores em ombro esquerdo (queda de moto) realizado acesso venoso periférico em MSD com scalp Nº 21 para MCPM aferido ssvv.

Com melhora do quadro, reavaliado pelo medico plantonista, recebe alta hospitalar.



JANAILDO ALENCAR DE OLIVEIRA
COREN - CE (600438 - TE)



HOSPITAL DAS CLÍNICAS E FRATURAS DO CARIRI

BOLETIM DE ADMISSÃO - AMBULATORIAL

Registro: 32277 **Atendimento Nº:** 56420 **Data/Hora:** 08/05/2013/20:57
Paciente: MARIA DARLEIDE TAVARES LUCENA **Idade:** 42
Nasc: 09/08/1970 **RG:** 2006029122198 **Sexo:** FEMININO
Endereço: RUA MASCARENHAS DE MORAIS 01 **Bairro:** JUVENCIO
SANTANA
Cidade: JUAZEIRO DO NORTE **UF:** CE
Convênio: UNIMED **Negociação:** UNIMED **Carteira:** 01070020033910595 **Val. Carteira:** 31-12-2013
Fone: 8897135140
Profissão: ASSISTENTES SOCIAIS **Atendente:** ANDERSON PEREIRA
FELIX
Tipo de Atend: 1ª CONSULTA
Médico Responsável: JOAO BOSCO DE MENDONCA E SILVA\2254

MOTIVO DO ATENDIMENTO (Queixas, exames clínicos):

*Queixa de
fratura no antebraço E*

Exame Solicitados:

RX do antebraço E

Diagnostico:

*Fratura da tuberosidade
do úmero E*

Medicacao:

RX + AP. Sfrasech

Procedimento:

+ curativo

() Agudo () Crônico () Tempo Evolução ____ () Meses () Anos

Previsão de Alta: ____/____/____

Curado ()

Trat. Ambulatorial ()

Melhorado ()

Indisciplina ()

Hora:

Transferido ()

Óbito: _____

Causa: _____

Data: 08/05/2013

Maria Darleide T. Lucena

Paciente/Responsável

Anderson Pereira
Médico Solicitante

