



CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

Outorgante: DARLENE PEREIRA PAULA		Data Nasc: 25.09.94
Estado Civil: SOLTEIRA	Profissão: TEC. EDIFICAÇÕES	Nacionalidade: BRASILEIRA
RG: 2006010184736	CPF: 03249094382	
Endereço: 2º 206 CONJUNTO SÃO CRISTOVÃO, 754		
Cidade: FORTALEZA - CE	CEP:	

OUTORGADO: CAROLINA FREITAS MOREIRA, brasileira, solteira, advogada, inscrito na OAB/CE de nº23.787, com escritório profissional na Rua Pedro Borges, nº 33, sala 516, Ed. Palácio Progresso, Centro, 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 FENASEG, 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, fazer levantamento de valores depositados, firmar autorizações de pagamentos ou créditos de indenização de sinistro **receber intimações para audiência e perícias medicas**, em nome do outorgante, enfim todos os poderes necessários para o cumprimento amplo do objeto do presente mandato.

Fortaleza (CE), 24 de JULHO de 2017.

Darlene Pereira Paula
OUTORGANTE



CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA

DECLARAÇÃO DE POBREZA

Declaro para os devidos fins que eu, DARLENE PEREIRA PAULA, residente e domiciliado na 206 CONJUNTO SÃO CRISTOVÃO, nº 954, bairro JANGORUSSA cidade de FORTALEZA, portador(a) do RG nº 2006010184236, inscrito(a) no CPF nº 03249094382, 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, 24 de JULHO de 2017.

Darlene Pereira Paula

DECLARANTE



CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, DARLENE PEREIRA PAULA, brasi
leiro(a), SOLTEIRA, portador(a) de cédula
de identidade nº 2006010184236, inscrito(a) no CPF sob o
nº 03249094382, DECLARO que tenho domicilio e sou
residente na 206 CONJUNTO SÃO CRISTOVAO, nº 754,
Bairro JANGURUSSU, CEP: _____ - _____ /CE, conforme
comprovante de endereço anexo em meu nome.

Fortaleza, 24 de JULHO 2017.

x Darlene Pereira Paula

DECLARANTE

TESTEMUNHA:

1. _____

RG Nº :

CPF Nº:

2. _____

RG Nº

CPF Nº



CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Pela Sr(a) DARLENE PEREIRA PAULA presente, o (a) _____ 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, 24 de JULHO 2017.

Darlene Pereira Paula

DECLARANTE

TESTEMUNHAS:

1. NOME:

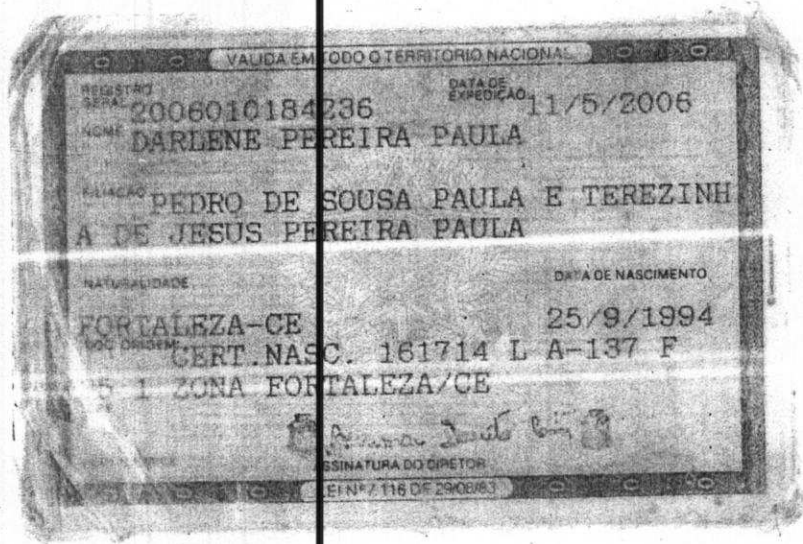
CPF:

ASSINATURA:

2. NOME:

CPF:

ASSINATURA:

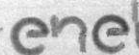




7257269-8

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

de 26 de abril de 2002
Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60135 040 | Fortaleza CE
CNPJ: 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3



CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B SÉRIE B-4 | Nº 470157200

Rota 12 01220 45 092999 - 7
Nome JOSE DANIEL DE VASCONCELOS
End. Postal RU 0206 CONJ SAO CRISTOVAO 00754
JANGURUSSU - FORTALEZA -
Medidor 5322405
Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASICO
RG / CPF / CNPJ 605255983-75
Nome do Responsável

Data de Emissão 17/03/2017
Poste 0000 032T
Fator de Potência 0,00
CGF 0,00

Mês de Referência	Data de Apresentação	Previsão Próxima Leitura
Mar/2017	17/03/2017	18/04/2017

Base de Cálculo (R\$)	Aliquota	Valor do Imposto
65,46	27,00%	17,67

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL
FOCA.1D5C.7BCF.BF06.6DDA.58BE.071D.3B81

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)
489	400	1,00	89

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Vaja a legenda no verso desta conta.

Mês	Fator de Qualidade			EUSD 18,61		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
Jan/2017	4,95	9,91	19,82	0,00	0,00	0,00
DIC	3,17	6,35	12,70	0,00	0,00	0,00
FIC	2,77		0,00			
DMIC						

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. Fat.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
489	400	1,00	89	0,00	99	0,73560	65,46

DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)
VALOR CONSUMO DO MES	65,46
MULTA MORATORIA REF 02/2017	1,23
JUROS DO MES	0,25
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	4,19
ADICIONAL BANDEIRA AMARELA MES (R\$ 1,51)	

VENCIMENTO 24/03/2017 TOTAL A PAGAR (R\$) 71,13

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO	
Energia	27,98
Transmissão	0,82
Distribuição	3,73
Encargos Setoriais	4,90
Tributos (ICMS PIS/COFINS)...	22,14
TOTAL	65,46

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)											
46	89	86	92	83	82	18	2	7	1	0	3
ME	Mar	Fev	Jan	Dez	Nov	Out	Set	Ago	Jul	Jun	Mai
46	89	86	92	83	82	18	2	7	1	0	3

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO ₂ (kg/kWh)		
Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.		
Emitido kg (CO ₂)	Compensado kg (CO ₂)	Consciência Ecológica(%CO ₂)
38,47	0,00	0%

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

Esta conta desta fatura R\$ 4,47 referente a PIS e COFINS.
Art. 9 Res. 100/2005 - ANEEL e leis n. 10.337-02 e 10.933-03
Bandeira para o mês de março e amarela, com custo de R\$ 2,00 a cada 100 kWh consumidos.
Mais informações em www.aneel.gov.br.

Nº do Cliente: 7257269-8
Data de Emissão: 17/03/2017
Nº da Nota Fiscal: 470157200
Referência: Mar/2017
Total a Pagar (R\$): 71,13
Nº de Controle: 0007257269 00015 39152 25

8383000000-4 71130031000- 00072572690-3 00153915258-5



Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por CAROLINA FREITAS MOREIRA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 13/08/2018 às 10:32, sob o número 01549170520188060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0154917-05.2018.8.06.0001 e código 3916A31.



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 3 / 2017

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **02/01/2017 09:26:31**
Data / Hora da Ocorrência: **24/08/2016 22:30:00**
Endereço da Ocorrência: **RUA TENENTE BENEVOLO**
Complemento: **C/ RUA JOSE LOURENÇO**
Bairro: **ALDEOTA** Município: **FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **JOSE DANIEL DE VASCONCELOS**
Nascimento: **25/01/1992** CPF: **605.255.983-75** UF: **CE**
CNH: **05206769162** Orgão Emissor: **DETRAN**
Filiação: **MARIA HELENITA DE VASCONCELOS**
JOSE MARIA DE VASCONCELOS
Endereço: **RUA 206, 754** CEP:
Bairro: **JANGURUSSU**
Município: **FORTALEZA/CE** Telefone: **(85) 98548-5867**
País: **BRASIL**

Nome: **DARLENE PEREIRA PAULA**
Nascimento: **25/09/1994** CPF:
RG: **2006010184236** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **TEREZINHA DE JESUS PEREIRA PAULA**
PEDRO DE SOUSA PAULA
Endereço: **RUA 206** CEP:
Bairro: **JANGURUSSU**
Município: **FORTALEZA/CE** Telefone: **(85) 98733-2036**
País: **BRASIL**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **OCB1192** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi:
9C2KC1680BR510098 Renavam: **323979076** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CG150 FAN ESDI** Ano
Fabricação: **2011** Ano Modelo: **2011** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**
Cor: **PRETA** Proprietário: **HAMILTON JOSE DA SILVA COSTA** Situação:
NÃO INFORMADO Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

AFIRMA O DECLARANTE(VITIMA) QUE NA DATA, HORA E LOCAL CITADOS; QUE, PILOTAVA A MOTOCICLETA DE SUA PROPRIEDADE DE PLACA OCB-1192-CE E A OUTRA VITIMA NA SITUAÇÃO DE GARUPEIRA(DARLENE PEREIRA PAULA); QUE TRAFEGAVA PELA RUA TENENTE BENÉVOLA; QUE, UM OUTRO VEICULO(PLACAS FKZ-4725), DA MARCA FORD FIESTA, COR PRATA, ANO 2013, CONDUTOR: GEOVANO SANTANA FERREIRA, AVANÇOU A PREFERENCIAL VINDO A OCASIONAR A COLISÃO COM A MOTO EM QUE ESTAVAM AS VITIMAS NA VIA; QUE, COM O IMPACTO, AS VITIMAS FORAM AO SOLO E FICARAM LESIONADAS; QUE, O CAUSADOR DO ACIDENTE PERMANECEU NO LOCAL; QUE, AS VITIMAS FORAM SOCORRIDAS PELO SAMU E FORAM LEVADOS PARA ATENDIMENTO NO HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE. NADA MAIS DISSE.//



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 3 / 2017

OBS:FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO ART. 340 DO CPB.
PRAZO PREVISTO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL:6 MESES.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 2. DISTRITO POLICIAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

[Handwritten Signature]
CRISTIANO ALEX NOGUEIRA DA SILVA - MAT.: 300518-1-5

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

[Handwritten Signature]

VISTO DO DELEGADO(A) :

DIANA MÁRCIA NOGUEIRA SURIMÁ - MAT.: 012875-1-6

[Handwritten notes]

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por CAROLINA FREITAS MOREIRA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 13/08/2018 às 10:32, sob o número 01549170520188060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0154917-05.2018.8.06.0001 e código 3B16A31.



FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO
DADOS PESSOAIS

Atendimento
37954488

!HÉO{

23/09/2016 10:36:48

ESTE PRONTUARIO E PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
12548046	DARLENE PEREIRA PAULA	F	25/09/1994	21
RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil	
006010184236 SSP CE	3249094382		2-SOLTEIRO	
Endereço				
39,280 - PREFEITO JOSE WALTER, FORTALEZA(CE) CEP 60750530				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho			
87332036				

DADOS DO CONVENIO

Convênio	1 PLANO EMP VIDA TOTAL ESP C/UTI ENFERMARIA - COLETIVO		
2 HAPVIDA			
Carteira	Validade		
8315000004007031			

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor			
116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG			
Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento
24/08/2016	23:19		6 CONSULTA TRAUMATOLOGICA
Médico Atendente			Clinica
2128470 ROBERTO ESMERALDO NOGUEIRA BARBOSA			4-CIRURGICA
Médico Acompanhante		Peso (Kg)	Temperatura (°C)

PARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

R4310RA - LEANDRO GOMES FORTE



FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

Posto:

Leito: /

24/08/2016 23:21

Paciente:	DARLENE PEREIRA PAULA	Atendimento:	37954488	Prontuário:	12548046	Convênio:	HAPWIDA
Profissional(is):	ROBERTO ESMERALDO NOGUEIRA BARBOSA CRM 14529	Nº:	06182216	Data:	24/08/2016	às:	23:21
ANAMNESE							
Queixa Principal	FCC EM MENTO SEM DESMAIO OU VOMITOS CD SUTURA						
CID10	R68 OUTR SINT E SINAIS GERAIS						
DIAGNÓSTICO							
Hipótese Diagnóstica							
CID10	R68 OUTR SINT E SINAIS GERAIS						
PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO							

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE



Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por CAROLINA FREITAS MOREIRA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 13/08/2018 às 10:32, sob o número 01549170520188060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0154917-05.2018.8.06.0001 e código 3B16A31.



FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

Posto: POSTO EMG TRAUMATOLOGICA - H Leito: 133224/12

23/09/2016 10:33

Paciente:	DARLENE PEREIRA PAULA	Atendimento:	3795449	Prontuário:	12548046	Convênio:	HAPVIDA
Profissional (a):	LUCIANA CASCAO LIMA CRM 12358	Nº:	06182658	25/08/2016	às	00:32	
ANAMNESE							
Queixa Principal	FRATURA COMINUTIVA DO HALUX DIR. SEM DESVIO IMPORTANTE ARTICULAR. SEM LESÕES DE PELE.						
CID10	S924 FRAT DO HALUX						
Complemento E Detalhes Do Diagnóstico	ORIENT, ANALGESIA, MOB. RETORNO EM 2 SEM						
DIAGNÓSTICO							
Hipótese Diagnóstica							
Complemento E Detalhes Do Diagnóstico	ORIENT, ANALGESIA, MOB. RETORNO EM 2 SEM						
PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO							
DATA/HORA DA ALTA							
Data Da Alta	25/08/2016						
Hora Da Alta	00:34						

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por CAROLINA FREITAS MOREIRA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 13/08/2018 às 10:32, sob o número 01549170520188060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0154917-05.2018.8.06.0001 e código 3B16A31.

FICHA DE ATENDIMENTO DE PACIENTES

Empresa : 19151 VIDA IMAGEM FORTAL
Setor : 162100 RAIOX REC TRAUMA - HAP FORTALEZA
Endereço : AV AGUANAMBI, 1827-FATIMA 60.055-401



DARLENE PEREIRA PAULA
Partida : 13573087
Data do Pedido: 25/08/18
Data / Hora : 25/08/18 00:11:25

Atendimento: 37954491 Data: 24/08/2016
Paciente..... 12548046 DARLENE PEREIRA PAULA
Nascimento..... 25/03/1934 Telefone: 87332036
Endereço..... 39, 280 PREFEITO JOSE WALTER CEP : 60.750-053
Queixa Principal:

Operador: ROGERIOP
Idade: 21 ano(s) Sexo F

Convênio.....: HAPVIDA
No Carteira.....: 78315000004007031

Paciente: EXTERNO
Motivo: EMERGENCIA

Exames Solicitados	Guia	Medico Solicitante	Senha	Qt	Vi Unit	Vi Total	
32040067 RX JOELHO: A.P. - LATERAL - LADO ESQUERDO	24559807	LUCIANA CASCAO LIMA	C16147558	1	0.00	0.00	
							3795449122
32040105 RX PE OU PODODACTILOS - LADO DIREITO	24559807	LUCIANA CASCAO LIMA	E58648084	1	0.00	0.00	
							3795449121
Quantidade Total de Exames Solicita			Valor Total de Exames Solicitados:		0.00		

Telefone 3277-4129

Observações:

Ligar após 1 dia útil para 3277-4129. Hor. de atend. 2ª a 6ª das 07:30 às 17:30. O exame só será entregue com a ficha de atend. ou doc do usuário. Rua João Lobo Filho S/N.

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por CAROLINA FREITAS MOREIRA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 13/08/2018 às 10:32, sob o número 01549170520188060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0154917-05.2018.8.06.0001 e código 3B16A31.

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

Posto: POSTO EMG TRAUMATOLOGICA - H Leito: 133224/12

23/09/2016 10:33

Paciente: DARLENE PEREIRA PAULA

Atendimento: 37954491

Prontuário: 12548046

Convênio: HAPVIDA

Profissional(is): LUCIANA CASCAO LIMA CRM 12358

Nº: 06182530 25/08/2016 às 00:09

ANAMNESE

Queixa Principal

PACIENTE RELATA COLISAO MOTO X CARRO. PACIENTE REFERE DOR NO HALUX DIR E JOELHO ESQ

CID10

R52 DOR NCOP

Complemento E Detalhes Do Diagnóstico

RX

DIAGNÓSTICO

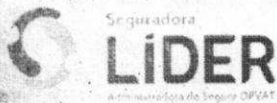
Hipótese Diagnóstica

CID10

R52 DOR NCOP

Complemento E Detalhes Do Diagnóstico

RX



(/)

Buscar no site

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

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 3170355125 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA DARLENE PEREIRA PAULA

COBERTURA Invalidez

SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO Comprev Previdência S/A Filial Fortaleza-CE

BENEFICIÁRIO DARLENE PEREIRA PAULA

CPF/CNPJ: 03249094382

Posição em 21-07-2017 06:40:24

Pagamento liberado pela Seguradora Líder DPVAT.

Valor: R\$ 1.012,50

O prazo para recebimento da indenização no banco depende do tempo necessário ao processamento bancário, que é de até 5 dias úteis contados a partir da data de liberação.

Data do Pagamento	Valor da Indenizacao	Júros e Correção	Valor Total
24/07/2017	R\$ 1.012,50	R\$ 0,00	R\$.1.012,50

ACESSIBILIDADE

- (/Pages/Acessibilidade.aspx)
- (/Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx)



COMO PEDIR INDENIZAÇÃO



- Documentos Despesas Médicas (/Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx)
- Documentos Invalidez Permanente (/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx)
- Documento Morte (/Pages/Documentacao-Morte.aspx)
- Dicas Indispensáveis (/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)

PAGUE SEGURO



- Como Pagar (/Pages/Pague-Seguro.aspx)
- Consulta a Pagamentos Efetuados (/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuos.aspx)

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por CAROLINA FREITAS MOREIRA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 13/08/2018 às 10:32, sob o número 01549170520188060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0154917-05.2018.8.06.0001 e código 3B16A31.