



CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

Outorgante: <i>Maria Solange Lopes Silva</i>		Data Nasc: <i>20/07/1974</i>
Estado Civil: <i>casada</i>	Profissão: <i>Autônoma</i>	Nacionalidade: <i>Bras.</i>
RG: <i>2008273091-6</i>	CPF: <i>917163903-97</i>	
Endereço: <i>St. Lagoa dos Tanques, 01</i>		
Cidade: <i>Jequiá</i>	CEP: <i>62580000</i>	

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 médicas, em nome do outorgante, enfim todos os poderes necessários para o cumprimento amplo do objeto do presente mandato.

Fortaleza (CE), 30 de Julho de 20 17.

Maria Solange Lopes Silva
OUTORGANTE



CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Maria Solange Lopes Silva, brasi
leiro(a), casada, autônoma, portador(a) de cédula
de identidade nº. 20082730916, inscrito(a) no CPF sob o
nº 917.163.903-97, DECLARO que tenho domicílio e sou
residente na St. Lagoa dos Tangues, Acaraípe nº 01,
Bairro _____, CEP: 62580 - 000 /CE, conforme
comprovante de endereço anexo em meu nome.

Fortaleza, 30 de julho 2017.

Maria Solange Lopes Silva

DECLARANTE

TESTEMUNHA:

1. _____

RG Nº:

CPF Nº:

2. _____

RG Nº

CPF Nº



CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA

DECLARAÇÃO DE POBREZA

Declaro para os devidos fins que eu,
Marina Solange Soares Silva, residente e
domiciliado na St. Lapa dos Tanques, I, nº 01,
bairro: _____, na cidade de Aquirai, portador(a) do
RG nº 2008273091-6, inscrito(a) no CPF nº 917.163.903-97,
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, 30 de julho de 2017.

Marina Solange Soares Silva
DECLARANTE



CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Pela _____ presente, _____ o _____ (a)
Sr(a) Maria Solange Lopes Silva 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, 30 de julho 20 17.

Maria Solange Lopes Silva

DECLARANTE

TESTEMUNHAS:

1. NOME:

CPF:

ASSINATURA:

2. NOME:

CPF:

ASSINATURA:

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ

Polgar Direito



Maria Solange Lopes Silva

CARTEIRA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
917.163.903-97

Nome
MARIA SOLANGE LOPES SILVA

Nascimento
20/06/1974

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	2008273091 - 6	DATA DE EXPEDIÇÃO	26/07/2012
NOME	MARIA SOLANGE LOPES SILVA		
FILIAÇÃO	JOÃO DAMASCENO LOPES		
	MARIA LÚCIA DE SOUSA		
NATURALIDADE	CRUZ - CE		
DOC. ORIGEM	CERT. CASAMENTO - CARTÓRIO: 1 OFÍCIO TERMO: 6204 FOLHA: 35		
	LIVRO: B-20 ACARAÚ - CE		
CPF	RG: ANT: 338473499		
1 VTA	P.: 95		
ASSINATURA DO DIRETOR		LEI Nº 7.116 DE 29/06/83	

COELCECOMPANHIA ENERGETICA DO CEARA
CNPJ 07.047.251/0001-70 - Inscr. Estadual 06.105.848-3Nota Fiscal Grupo B
Série Única - 5

NÚMERO

004.653.33

DADOS DA ENTREGA

ENDEREÇO: ST LAGOA DOS TANQUES 00001
BAIRRO: ARANAU
MUNICÍPIO: ACARAUCEP: 62580000
ESTADO: CE

CENTRO OPERATIVO

SEGUNDA VIA RECIBO DE CONTA EVENTUAL - RCE

Nº DO CLIENTE: 8269343

DV: 9 ROTA: 26 35021 01 053400 - 5
PERÍODO / REF.: 04/2017

MUNICÍPIO: ACARAU

NOME: MARIA SOLANGE LOPES SILVA

ENDEREÇO: ST LAGOA DOS TANQUES 00001

CEP: 62580000

DOC.: - 00000000000917163903-97

META DE CONSUMO: 57

ITAPIPOCA

VENCIMENTO: 20/04/2017
FATURAMENTO: 04/2017
CLASSIFICAÇÃO: T:93 C:04 S:10

MOTIVO EMISSÃO: 160

SEQUENCIAL:

CÁLCULOS

CORRECAO MONETARIA ACUMULADA
CORRECAO MONETARIA DO MES
JUROS DO MES
JUROS ACUMULADOS4,39
7,89
10,38
6,42

GRANDEZA

ENERGIA ATIVA - kWh 0
ENERGIA ATIVA - kWh HR 0
DEM FAT KW FP 0

LEITURA ATUAL

ENERGIA ATIVA - kWh
ENERGIA ATIVA - kWh HR
DEMANDA FP

ICMS

BASE CÁLCULO 0,00 % 0 VALOR 0,00

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

C349.9D10.A9A4.F8CE.3D7C.9F53.3185.A069

INFORMAÇÕES

CONFORME LEGISLAÇÃO VIGENTE A CONTA PAGA APÓS A DATA DO VENCIMENTO SOFRERÁ MULTA
E PODERÁ PROVOCAR A SUSPENSÃO DO FORNECIMENTOPAGUE SUA CONTA SOMENTE EM BANCOS E AGÊNCIAS AUTORIZADAS
A COBRANÇA DE EVENTUAL MULTA POR ATRASO DE PAGAMENTO SERÁ FEITA EM CONTA POSTERIOR

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

TOTAL A PAGAR

25,78



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 403 - 4594 / 2015

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **19/11/2015 10:16:30**
Data / Hora da Ocorrência : **07/11/2015 15:45:00**
Endereço da Ocorrência: **ESTR ENTRA A LAGOA VELHA E VL TOPE
DIST. ARANAÚ**
ZONA RURAL ACARAU / CE
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **FRANCISCO JOSE DA COSTA**
Nascimento : **04/04/1969**
RG: **20081871400** Órgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE** - CPF: **26581420808**
Filiação: **RAIMUNDO ABILIO DA COSTA**
MARIA APARECIDA DA COSTA
Endereço: **AV TENENTE ALBANO**
TUCUNS 62595000
CRUZ CE BRASIL Telefone: **88996626156**

Nome: **MARIA SOLANGE LOPES SILVA**
Nascimento : **20/06/1974**
RG: **20082730916** Órgão Emissor: **UF:** - CPF: **91716390397**
Filiação: **JOAO DAMASCENO LOPES**
MARIA LUCIA DE SOUSA
Endereço: **AV TENENTE ALBANO**
TUCUNS 62595000
CRUZ CE BRASIL Telefone:

Histórico

Complemento do B.O. nº 403-4453/2015
O noticiante, FRANCISCO JOSE DA COSTA, declarou que sofreu um acidente de trânsito quando pilotava a HONDA/CG 150 FAN ESDI, placa OIG-2050, chassi 9C2KC1680ER539245, cor VERMELHA, Ano/Mod.2014 registrada no nome de FRANCISCO JOSE DA COSTA; QUE o acidente se deu quando foi atingido e arrastado pelo automóvel, modelo FIAT/STRADA de cor VERMELHA, que era conduzido pelo indivíduo conhecido como "GINALDO QUE na ocasião o declarante e a garupeira, MARIA SOLANGE LOPES SILVA, foram ao solo; QUE o autor se evadiu do local sem correr as vítimas; QUE foram socorridas pelo Srº RAIMUNDO OTAVIO DA MOTA, vulgo "RAÍ", RG 305298396 e CPF 788.747.853-72, que os levou de carro particular para o hospital Municipal de Cruz, onde receberam primeiro atendimento; QUE o declarante apresentava escoriações e lesões; QUE devido a gravidade SOLANGE foi transferida para Santa Casa de Misericórdia, apresentando escoriações, lesões e fratura no joelho, lado esquerdo; QUE o declarante informa que não foram socorrido por nenhum serviço publico como SAMU CORPO DE BOMBEIROS ou ANJOS DO ASFALTO, e ressalta que possui CNH nº06017396525, categoria AB;; Nada mais disse.

DELEGACIA REGIONAL DE ACARAU

Pág. 1 de 2

Impresso em: 19/11/2015 10:54



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 403 - 4453 / 2015

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
 Data / Hora da Comunicação: **10/11/2015 15:15:41**
 Data / Hora da Ocorrência : **07/11/2015 15:40:00**
 Endereço da Ocorrência: **ESTR ENTRE LAGOA VELHA E DIST. ARANAÚ**

ACARAU / CE

Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **FRANCISCO JOSE DA COSTA**
 Nascimento : **04/04/1969**
 RG: **20081871400** Órgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE** - CPF: **26581420808**
 Filiação: **RAIMUNDO ABILIO DA COSTA**
MARIA APARECIDA DA COSTA
 Endereço: **R NÃO SABE INFORMAR**
TUCUNS 62595000
CRUZ CE BRASIL Telefone: **88996626156**

Histórico

Declarou que sofreu um acidente quando pilotava a HONDA CG 150 FAN ESDI, placa OIG-2050, ocasião em que foi atingido e arrastado pelo automóvel, modelo FIAT/STRADA de cor VERMELHA, que era conduzido pelo indivíduo conhecido como "GINALDO"; QUE na ocasião o declarante e a garupeira, SOLANGE, foram ao solo; QUE o autor fugiu sem correr as vítimas; QUE foram socorridas pelo indivíduo conhecido como "RAÍ", que os levou de carro particular para o hospital Municipal de Cruz; QUE devido a gravidade SOLANGE foi transferida para Santa Casa de Misericórdia; QUE diante dos fatos narrados o declarante decidiu procurar esta Regional; QUE ressalta que possui CNH nº06017396525, categoria AB; Nada mais disse.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE ACARAU

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

JOSBERTO FRANCISCO BARBOSA VIEIRA - MAT.: 300111-1-2

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO :

Francisco Jose da Costa

VISTO DO DELEGADO(A) :

JAELEN ALVES DA SILVA - MAT.: 82769



ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE CRUZ
SECRETARIA DE SAÚDE



BOLETIM DE ATENDIMENTO DE PACIENTE EXTERNO

1. Identificação

Nome: Adriano Chagas Lopes Filho Data: 07/11/15 Hora: 16:15
 DN: 20/07/1974 Idade: 41 Sexo: F Est. Civil: Casado Documento: RG 2008273091-G
 Endereço: Av. Gen. Alencar Naturalidade: Curitiba
 Cidade: Curitiba Profissão: Advogado Bairro: Curitiba
 Funcionário do Samu: Luiz Telefone: (11) 3333-3333

2. Queixa principal

3. História da Doença Atual:

Seu pai teve um acidente de trânsito (sic) em
ocupação. Teve contusão em membro superior esquerdo +
4. Exames Solicitados: Exames. Glicose 15.
5. Impressão Diagnóstica: TCE leve / FX fevur (F)
6. Conduta Terapêutica: Sx leve / Sx fevur (F)

PCO GLEPIMSON 12MA DE SOUSA

ASSINATURA DO PACIENTE

ASSINATURA DO PROFISSIONAL

Rua José Lúcio, S/N - Teodósio - Cruz - CE - CEP 62595-000 - Fone: (88) 3660-1262 / (88) 9643-2543

HOSPITAL MUNICIPAL DE CRUZ
 Maria Irene Albuquerque Silveira
 Diretora Administrativa

(1)

Buscar no site

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 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 3151042498 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** MARIA SOLANGE LOPES SILVA**COBERTURA** Invalidez**SEGURADORA RECEPTORA DO SINISTRO** Comprev Previdência S/A-Filial Fortaleza-CE**BENEFICIÁRIO** MARIA SOLANGE LOPES SILVA**CPF/CNPJ:** 91716390397**Posição em 13-04-2017 10:54:29**

Pagamento creditado ao beneficiário de acordo com os dados informados na autorização de pagamento.

Data do Pagamento	Valor da Indenizacao	Juros e Correção	Valor Total
26/01/2016	R\$ 2.531,25	R\$ 0,00	R\$ 2.531,25

ACESSIBILIDADE



(/Pages/Acessibilidade.aspx)



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

A A A O

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-Efetutados.aspx)

Informações Gerais (/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx)

ACOMPANHE O PROCESSO



Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização. (/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx)