



ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS – ADVOGADA - OAB/CE Nº. 34.613
ADVOCACIA: TRABALHISTA, CÍVEL, CRIMINAL E PREVIDENCIÁRIA

End. Profissional: Rua Dr. João Tomé, nº 998-A, Centro – Crateús-Ce
 Cep. 63.702-885 – Celular/WhatsApp: (88) 99619 – 6396 – E-mail: deranysantos@hotmail.com

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Nome: <u>Maria Eva de Castro</u>		Nacionalidade: <u>BRASILEIRA</u>	
Estado Civil: <u>Divorciada</u>	Profissão: <u>Doméstica</u>	Carteira de Identidade: <u>2016303502-9</u>	
CPF nº: <u>784.113.863-68</u>	Residência: <u>St. Conha - Pitombeiras</u>		
Bairro:	Cidade: <u>Cruz</u>	Estado/UF: <u>Ceará</u>	CEP: <u>62.595.000</u>

OUTORGADO: ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS, brasileira, solteira, advogada inscrita na OAB/CE sob o nº 34.613; com endereço profissional na Rua Dr. João Tomé, nº. 998-A, Centro, município de Crateús/CE, CEP nº 63.702-885; Celular/WhatsApp: (88) 99619-6396.

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, substabelecer com ou sem reservas, enfim todos os poderes necessários para o cumprimento amplo do objeto do presente mandato.

Acarau – CE., 04 de junho de 2019.

Maria Eva de Castro.
 (outorgante)



ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS – ADVOGADA - OAB/CE Nº. 34.613
ADVOCACIA: TRABALHISTA, CÍVEL, CRIMINAL E PREVIDENCIÁRIA

End. Profissional: Rua Dr. João Tomé, nº 998-A, Centro – Crateús-Ce
Cep. 63.702-885 – Celular/WhatsApp: (88) 99619 – 6396 – E-mail: deranysantos@hotmail.com

DECLARAÇÃO DE POBREZA

Declarante: <u>Maria Eva de Castro</u>		Nacionalidade: Brasileira
Residência: <u>St Cunhau - Pitombeiras</u>		Profissão: <u>Doméstica</u>
CPF nº: <u>784.113.863-68</u>	RG nº: <u>2016303502-9</u>	Estado Civil: <u>Divorciada</u>
Bairro:	Cidade: <u>Cruz</u>	Estado/UF: <u>Ceará</u>
CEP: <u>62.595.000</u>	Telefone: <u>(88) 996919968</u>	

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.

Acarau - Ce., 04 de Junho de 2019.

Maria Eva de Castro

Declarante

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2016303502 - 9 DATA DE EXPEDIÇÃO 28/11/2016

NOME MARIA EVA DE CASTRO

FILIAÇÃO JÚLIA VIEIRA DE CASTRO

NATURALIDADE ACARAÚ - CE

DOC. ORIGEM CERT. CASAN. C/ AVERB. DIV - CARTÓRIO: 1 OFÍCIO TERMO: 4648

FOLHA: 20 LIVRO: B-14 ACARAÚ - CE

RG: ANT: 1583506 P.: 95

1 VIA

LEI Nº 7.116 DE 28/08/83

PROIBIDO PLASTIFICAR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ

COMPARTILHADA DE IDENTIFICAÇÃO FÍSICA E FOTOGRAFIA BIOMÉTRICAS

Polegar Direito

maria eva de castro

CARTEIRA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Secretaria da Receita Federal

CPF

784 113.863-68

MARIA EVA DE CASTRO

02/03/1976



ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS – ADVOGADA - OAB/CE Nº. 34.613
ADVOCACIA: TRABALHISTA, CÍVEL, CRIMINAL E PREVIDENCIÁRIA

End. Profissional: Rua Dr. João Tomé, nº 998-A, Centro – Crateús-Ce
 Cep. 63.702-885 – Celular/WhatsApp: (88) 99619 – 6396 – E-mail: deranysantos@hotmail.com

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Declarante: <u>Maria Eva de Castro</u>		Nacionalidade: Brasileira
Residência: <u>St Conha - Pitombeiras</u>		Profissão: <u>Doméstica</u>
CPF nº: <u>784.113.863-68</u>	RG nº: <u>2016303502-9</u>	Estado Civil: <u>Divorciada</u>
Bairro:	Cidade: <u>Cruz</u>	Estado/UF: <u>Ceará</u>
CEP: <u>62.595.000</u>	Telefone: <u>(88) 996919968</u>	

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.

Acarau - Ce., 04 de Junho de 2019.

Maria Eva de Castro.
 (declarante)

9717985

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

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza - CE
CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

fls. 12

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 576489595

Rota 21 35051 01 094500 - 5 Data de Emissão 31/05/2019

Nome MARIA CHARLIANE DE FREITAS

End. Postal ST CUNHAU 00001
PITOMBEIRAS - CRUZ - 62595000

Medidor 23030138 Poste 0000 0000

Classe B1 - 01-RESIDENCIAL 01-NORMAL MONOFASICO

RG / CPF / CNPJ 075678503-03 CGF

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência	Data da Apresentação	Previsão Próxima Leitura
Jun/2019	31/05/2019	28/06/2019

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto São Luís do Curu

Mês Abr/2019 EUSD 25,68

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
90,17	27,00%	24,34

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trím.	Anual	Mensal	Trím.	Anual
DIC	10,29	20,59	41,19	3,97	0,00	0,00
FIC	7,52	15,04	30,09	1,00	0,00	0,00
DMIC	5,48			3,97		

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

FEB0.1108.8870.0804.4745.0600.0906.6406

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. Fat.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FP 7949	7830	1,00	116	0,00	116	0,77736	90,17
31-05/19	30-04/19		31 DIAS		116		90,17

DESCRIÇÃO

	VALOR (R\$)
VALOR CONSUMO DO MES	90,17
MULTA MORATORIA REF 03/2019	0,98
CORRECAO MONETARIA DO MES	0,49
JUROS DO MES	0,85
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	16,04
ADICIONAL BANDEIRA AMARELA MES (R\$ 1,67)	

VENCIMENTO 01/07/2019**TOTAL A PAGAR (R\$)** 108,53**COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO**

Energia	24,34
Transmissão	20,59
Distribuição	4,00
Encargos Setoriais	27,57
Tributos (ICMS PIS COFINS)...	24,34
TOTAL	90,17

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

104	116	77	124	69	105	60	179	0	0	0	0
Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Sep	Out	Nov	Dez

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO₂) 45,29 Compensado kg (CO₂) 0,00

Consciência Ecológica (% CO₂)

0% 100%

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO**CONTAS EM ATRASO****DEBITOS ANTERIORES**

AVISO DE DEBITO VENCIDO:

Informamos existirem débitos vencidos sem acréscimos legais até esta data, no valor de R\$ 104,82. Seu fornecimento de energia poderá ser suspenso em até 90 dias contados a partir da fatura vencida e não paga.

Mês/Ano	Valor R\$
04/2019	104,82

Consta desta fatura R\$ 0,23 referente a PIS e COFINS. Alíquotas: PIS:0,64% e COFINS:2,90%.

Devido ao Reg. 100-2008 - QUEL - Lei N. 10.637/03 e 10.833/03, o Cliente, constam quitadas as faturas de consumo de energia elétrica desta unidade com unidades vencidas até 31/12/2018, conforme a Lei N. 12.007/2009. Esta declaração substitui quitações anteriores.

Nº do Cliente: 9717985 Referência: Jun/2019

Data de Emissão: 31/05/2019 Total a Pagar (R\$): 108,53

Nº da Nota Fiscal: 576489595 Nº de Controle: 0009717985 00009 39112 70

8388000001-1 08530031000-4 00097179850-8 00093911270-1





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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 403 - 691 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **28/03/2018 09:17:55**
Data / Hora da Ocorrência: **03/08/2015 01:15:00**
Endereço da Ocorrência: **VL CAITITU**
Complemento:
Bairro: **ZONA RURAL** Município: **ACARAU/CE**
Ponto de Referência: **CASA DO LUIZ MIGUEL / NS CLUB**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **MARIA EVA DE CASTRO**
Nascimento: **02/03/1976** CPF: **784.113.863-68**
RG: **20163035029** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **JULIA VIEIRA DE CASTRO**
ND
Endereço: **VIA TUCUNZ TEL. NÃO POSSUI**
Bairro: **ZONA RURAL**
Município: **CRUZ/CE** CEP: **62.595-000**
País: **BRASIL** Telefone:

Histórico

Informa que, na data e hora acima mencionadas, sofreu um acidente de trânsito quando era garupeira da motocicleta Honda/CG 125 Titan, placa HWG-7283, ano/mor.2000/2001, cor PRATA, chassi 9C2JC30101R016472, registrada em nome de AGERICO ROCHA MUNIZ; QUE o referido veículo era conduzido por seu companheiro MANUEL DE ALENCAR DE OLIVEIRA, o qual faleceu no local da ocorrência; QUE a declarante não apresentou os documentos pessoais, nem o atestado de óbito do condutor, uma vez que, foram levados por familiares do mesmo os quais moram em Amontada/CE; QUE o acidente se deu quando colidiram com outra motocicleta, a qual entrou na contramão; QUE a declarante não sabe informar a placa da outra motocicleta, nem o nome do condutor; QUE a declarante sofreu lesões corporais e foi socorrida por populares até o hospital municipal de Cruz, onde recebeu o primeiro atendimento; QUE devido a gravidade foi transferida para Santa Casa de Misericórdia de Sobral; Nada mais disse.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE ACARAU

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : CONCEIÇÃO SOUZA SANTOS - MAT.: 30117514

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: maria eva de castro.

VISTO DO DELEGADO(A) : GUSTAVO MONTENEGRO FERNANDES ARAUJO - MAT.: 30080912

HOSPITAL MUNICIPAL DONA MARIA MUNIZ**DECLARAÇÃO**

Cruz Ce, 26 de Março de 2018

Declaro para devidos fins que, **MARIA EVA DE CASTRO**; Dn: 02/03/1976; portadora do RG: 2016303502-9; Endereço: Lagoa Salgada, em Cruz/Ce; Deu entrada neste estabelecimento, Hospital Municipal de Cruz, no dia 03(três) de agosto de 2015 às 01:45hs; Vítima de acidente de moto apresentando queixa de dor em face à esquerda e afirma ter vomitado durante o acidente. Nega desmaio e cormobidade; Assistido pelo médico Dr. Tobias Ribeiro CRM 16.534. Realizado primeiros socorros com suspeita de TCE, conforme ficha de atendimento.

Sem mais a declarar.

Francisca Luana de Farias
Diretora
CPF: 040.871.337-7

Francisca Luana de Farias
DIRETORA ADMINISTRATIVA

Julie Vieira de Castro

Acorrei

FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem: Hospital Dona Maria Muniz

Distrito Sanitário: 12º CRES

Município: Cruz

Nome: Maria Eva de Castro Prontuário. Nº: _____

Sexo M ☐ F ☒ Data de Nascimento: 02/03/76 Ocupação: _____

Endereço: Lagoa salgada Bairro: _____ Telefone: _____

Motivo do Encaminhamento:

Colisão frontal moto x moto, evoluindo com 1 episódio de
vômito e cefaleia. (Glasgow=15)

Resultado de Exames: _____

Conduta já Realizada: Sintomático

Impressão Diagnóstica: Trauma crânio-encefalo CID 10: _____

Dr. Tobias Ribeiro
Médico
CREMEC 16.534

Assinatura do Encaminhante - Nº Região

MÉDICO

Função

03/08/15

Data

Hora

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: Ambulatorial ☐ Hospitalar ☐ Auxílio Diagnóstico ☐

Procedimento: _____ Profissional: _____

Unidade de Referência: _____ Data: ____/____/____ Hora: _____

FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA (*)

Unidade de Referência: _____

Município: _____ Prontuário Nº: _____ Alta: ____/____/____

Resumo Clínico / Cirúrgico:

Resultado de Exames: _____

Diagnóstico: Principal: _____ CID: _____

Secundário 1: _____ CID: _____

Secundário 2: _____ CID: _____

Proposta da Conduta para Segmento: _____

O problema justificou a referência? SIM ☐ NÃO ☐

O motivo da referência coincide com o diagnóstico? SIM ☐ NÃO ☐

Assinatura do Encaminhante - Nº Região

Função

Data


Santa Casa de M. de Santa Cruz
CONFERE COM O ORIGINAL
Marta Cleide da Silva
COORDENADORA

TIPO DE TRAUMA

- ☐ TCE ☐ ABDOMINAL ☐ TORÁCICO ☐ ORTOPÉDICO ☐ POLITRAUMA
☐ ESPANCAMENTO ☐ VIOLÊNCIA SEXUAL
☐ PAI ☐ MÃE: ☐ OUTROS ☐ PAI ☐ PADASTRO ☐ DESCONHECIDO

HORA DO ATENDIMENTO MÉDICO: _____

HDA DO MÉDICO:

Vitória de cedência materializada com exame de força e história capital é (C) e (E)

*TCC: (N)
RX:*

CONDUTA: *Rx + TC.*

DIAGNÓSTICO: *Politrauma*

Dr. Patrick Azevedo Barreto
Médico
Ass. Médico 14 CRM

MOTIVO DO ATENDIMENTO

- ☐ CLÍNICO ☐ CARDIOLÓGICO ☐ NEUROLÓGICO ☐ OFTALMOLÓGICO
☐ CIRÚRGICO ☒ TRAUMAT. ORTOPÉDICO ☐ OTORRINO ☐ ODONTOLÓGICO
☐ TENTATIVA DE SUICÍDIO ☐ OUTROS

DESTINO DO ATENDIMENTO: ☒ CONSULTA

☒ COM MEDICAÇÃO
☐ SEM MEDICAÇÃO

☐ ALTA COMPLEXIDADE
☐ INTERNAÇÃO

☐ CLÍNICO

☐ CIRÚRGICO

OBSERVAÇÃO: DESTINO

- ☐ INTERNADO: ☐ CLÍNICO ☐ CIRÚRGICO
☒ ALTA
☐ TRANSFERÊNCIA ☐ HOSPITAL DE ORIGEM ☐ OUTROS

ALTA DO PACIENTE

Data *3.18.175*

Hora: *17:00*

Santa Casa de M. de Sobral
 CONFERE COM O ORIGINAL
 Maria Cleide da Silva
 COORDENADORA



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 28 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190305146

Vítima: MARIA EVA DE CASTRO

Data do Acidente: 03/08/2015

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), MARIA EVA DE CASTRO

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequelas definitivas, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 011410/1142 - carta_04 - INVALIDEZ

00070571



Carta nº 14376549