



CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

Outorgante: <u>RAYLLENE DA SILVA FRAGA</u>		Data Nasc: <u>02/02/1995</u>
Estado Civil: <u>SOLTEIRA</u>	Profissão: <u>OPERADORA DE CALL CENTER</u>	Nacionalidade: <u>BRASILEIRA</u>
RG: <u>20076436548</u>	CPF: <u>606.464.913-50</u>	
Endereço: <u>Rua São Bernardo, casa 22, no bairro Alvaro Weyne</u>		
Cidade: <u>Fortaleza</u>	CEP: <u>60.335-555</u>	

OUTORGADO: CAROLINA FREITAS MOREIRA, brasileira, solteira, advogada, inscrito na OAB/CE de nº 23.787, 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), 15 de Outubro de 2019.

Rayllene da Silva Fraga
OUTORGANTE



CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA

DECLARAÇÃO DE POBREZA

Declaro para os devidos fins que eu,
Rayllene da Silva Franca, residente e
domiciliado na Rua São Bernardo, nº 22,
bairro: Alvaro Weyne, na cidade de Fortaleza, portador(a) do
RG nº 20076436548, inscrito(a) no CPF nº 606.464.913-50,
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, 15 de Outubro de 20 19.

Rayllene da Silva Franca

DECLARANTE



CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Rayllene da Silva França, brasi
leiro(a), solteira, autônoma, portador(a) de cédula
de identidade nº 20076436548, inscrito(a) no CPF sob o
nº 606.464.913-50, DECLARO que tenho domicílio e sou
residente na Rua São Bernardo, nº 22,
Bairro Alvaro Weyne, CEP: 60.335 - 555 /CE, conforme
comprovante de endereço anexo em meu nome.

Fortaleza, 15 de Outubro 20 19.

Rayllene da Silva França

DECLARANTE

TESTEMUNHA:

1. _____

RG Nº:

CPF Nº:

2. _____

RG Nº

CPF Nº



CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Pela _____ presente, _____ o _____ (a)
Sr(a) Rayllene da 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, 15 de Outubro 2019.

Rayllene da Silva Franco

DECLARANTE

TESTEMUNHAS:

1. NOME:

CPF:

ASSINATURA:

2. NOME:

CPF:

ASSINATURA:

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2007643654-8 DATA DE EXPEDIÇÃO 22/05/2014

NOME
RAYLLENE DA SILVA FRANÇA

FILIAÇÃO
FRANCISCO JOSIMAR RIBEIRO DE FRANÇA
MARIA DA PAZ GOMES DA SILVA

NATURALIDADE
FORTALEZA - CE

DOC. ORIGEM
CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: ANT BEZERRA TERMO: 193.615 FOLHA: 38
V LIVRO: A-165 FORTALEZA - CE
CPF 606.464.913-50

2 VTA

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

P.: 1

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO HUMANA E PERÍCIAS BIOMÉTRICAS

Polegar Direito

RAYLLENE DA SILVA FRANÇA

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por CAROLINA FREITAS MOREIRA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 15/10/2019 às 16:58, sob o número 018233331120198060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0182333-11.2019.8.06.0001 e código 54C2B93.

**ZULEIDE**CHEGOU SUA FATURA DA OI.
Acesse www.oi.com.br/MinhaOiFATURA DE
JUL/2019
CÓDIGO MINHA OI
401828838355VENCIMENTO
02/08/2019
Emissão em 15/07/2019
Período de 13/06/2019 a 13/07/2019PAGAR (R\$) **142,66** fls. 20CTCE SALVADOR BA PL8
ZULEIDE RIBEIRO DE FRANCA
RUA S BERNARDO 22 CA
ALVARO WEYNE
60335-555 - FORTALEZA - CE

7200039896 00000 00000000000 10 150719

**PRECISA DE AJUDA?
FALE COM A JOICE
PELO WHATSAPP.**

A Joice é a inteligência artificial da Oi. Ela está 24h por dia disponível pra ajudar você. Precisa da sua conta ou de um suporte técnico? Peça pra ela.

Fale pelo WhatsApp 31 3131-3131.

SERVIÇOS UTILIZADOS

OI TOTAL**110,66****OI MÓVEL****OI FIXO****OI INTERNET**

+ Pacotes Adicionais do Móvel

0,00

TOTAL DE MENSALIDADES**110,66**

Além disso, você...

utilizou outros serviços Oi

32,00

SUBTOTAL**142,66****TOTAL DA SUA FATURA****142,66**

ZULEIDE RIBEIRO DE FRANCA

CPF: 242.151.473-87

NÚMERO DO CLIENTE: 2874904642

NÚMERO DA FATURA: 218550941

Nº PARA DÉBITO AUTOMÁTICO: 401828838355

**CÓDIGO MINHA OI
401828838355**www.oi.com.br/MinhaOi

Cadastre-se na Minha Oi e consulte saldo, conta detalhada, histórico de consumo e muito mais.

ENTENDA SEU CONSUMO

O valor da sua fatura nos últimos meses

Jul 2019	142,66
Jun 2019	142,66
Mai 2019	142,66
Abr 2019	142,66
Mar 2019	144,88
Fev 2019	142,66

Fique atento. Efetue os pagamentos em dia e evite: Cobrança de Multa de 2% + juros de 1% ao mês pro rata dia. Suspensão do serviço: Parcial. 15 dias após envio da 1ª notificação e, com mais 30 dias, Suspensão Total. Durante o período de Bloqueio Parcial, a assinatura de sua linha será cobrada normalmente de acordo com os valores contratados, pois ela continua apta a receber chamadas. Cancelamento e inclusão nos Órgãos de Proteção ao Crédito (SPC/Serasa). 30 dias após a Suspensão Total.



CLIENTE

ZULEIDE RIBEIRO DE FRANCA

FATURA DE

JUL/2019

VENCIMENTO

02/08/2019

VALOR

142,66

DÉBITO AUTOMÁTICO

401828838355

OI MÓVEL S.A.

84680000001-6 42660113287-8 49046420218-6 55094100100-4

St Setor Comercial Norte S/N - Asa Norte
Brasília - DF CEP: 70713900
CNPJ: 05.423.963/0001-11
Inscrição Estadual: 07.441.356/001/93
Inscrição Municipal:





GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO
Impresso nº 2019432494

fls. 21



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 2118 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **27/06/2019 16:20:42**
Data / Hora da Ocorrência: **16/05/2019 18:50:00**
Endereço da Ocorrência: **RUA TEODOMIRO DE CASTRO**
Complemento:
Bairro: **ALVARO WEYNE** Município: **FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência: **POLO DE ESPORTE DO ALVARO WEYNE**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **RAYLLENE DA SILVA FRANÇA**
Nascimento: **02/02/1995** CPF: **606.464.913-50**
RG: **20076436548** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
Filiação: **MARIA DA PAZ GOMES DA SILVA**
FRANCISCO JOSIMAR RIBEIRO DE FRANÇA
Endereço: **RUA SÃO BERNARDO, 22**
Bairro: **ALVARO WEYNE**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP: **60.335-555**
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 9860-5076**

Histórico

QUE, COMPARECE A ESTA ESPECIALIZADA A FIM DE REGISTRAR QUE, NA DATA CITADA, TRANSITAVA PEDALANDO UMA BICICLETA QUE ATRAVESSAVA A RUA TEODOMIRO DE CASTRO QUANDO UMA MOTO DE PLACA NÃO ANOTADA ATROPELOU A VITIMA, CAINDO A VITIMA NO ASFALTO, FICANDO LESIONADA SENDO SOCORRIDA PARA O HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE POR MEIOS PRÓPRIOS. E NADA MAIS DISSE./////////
OBS:COMUNICAÇÃO FALSA É CRIME CAPITULADO NO ART.340 DO CPB.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

FRANCISCO DELÂNIO CAMPELO ALMEIDA - MAT.: 404836-1-6

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A) :

Rayllene da Silva França
Bel. Evandro Alves de Souza
Delegado de Polícia
MAT. 14699

EVANDRO ALVES DE SOUZA - MAT.: 14699

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

Paciente: RAYLLENE DA SILVA FRANCA Dt. Nasc.: 02/02/1995 Atendimento: 59160089 Prontuário: 13268309
Convênio: HAPVIDA MATRIZ Posto: Leito: /
Profissional(is): JOSE NEIAS ARAUJO RIBEIRO CRM 12051 [1] Nº: 38629286 16/05/2019 às 20:07

ANAMNESE

Queixa Principal PACIENTE COM RELATO DE ACIDENTE DE TRANSITO COM COLISÃO BICICLETA-MOTO APRESENTA EDEMA E DOR EM PUNHO ESQUERDO COM ESCORIAÇÃO. [1]

Queixa Principal

Diagnóstico Inicial

99 <CID10 NÃO AGRUPADOS>

CID10

S52 FRATURA DO ANTEBRACO

Alergias

Não

Medicação Em Uso

Não

Antecedentes Patológicos Familiar

Não

DIAGNÓSTICO

CID10

S52 FRATURA DO ANTEBRACO

CID10

S52 FRATURA DO ANTEBRACO

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

CONFIRMADO
FELTYR 2784



DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM.
RAIOX REC TRAUMA - HAPFOR
NºPedido: 30897193

Data 16/05/2019
Pag 2 de 3

Paciente...: 13268309 RAYLLENE DA SILVA FRANCA

Nascimento.: 02/02/1995 Sexo: F RG.: 20076436548 SSP CE CPF.: 60646491350
Endereco...: R EMILIANO DE QUEIROZ 103 OLAVO VIEIRA FORTALEZA CE 60346285 Tel.: 998605076
Convenio...: HAPVIDA MATRIZ
Matricula...: 44938001613005011

Solicitante: Dr(a) JOSE NEIAS ARAUJO R

Queixa Principal:

Exame:

RX ANTEBRACO ESQUERDO

!^3#|C"
5916008932

RELATÓRIO:

Presença de fratura em ulna distal.

Superfícies e espaços articulares íntegros.

Demais aspectos preservados.

OBS.: Os resultados destes exames não devem ser considerados isoladamente como diagnóstico de qualquer situação de saúde pois, como "exames complementares" eles servem somente para auxiliar o raciocínio médico, cabendo unicamente a este concordar com os resultados, solicitar sua repetição ou prosseguir investigação clínica e com novos exames. Estamos a disposição para quaisquer esclarecimentos, realizar incidências adicionais ou fazer revisões de laudo após correlação clínico radiológica.

OBS.: Exame documentado em CD.

COSMO ALVES DE AQUINO - CRM 4252-RN



DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM.
RAIOX REC TRAUMA - HAPFOR
NºPedido: 30897193

fls. 24

Data 16/05/2019

Pag 3 de 3

Paciente...: 13268309 RAYLLENE DA SILVA FRANCA

Nascimento.: 02/02/1995 Sexo: F RG.: 20076436548 SSP CE CPF.: 60646491350
Endereco.: R EMILIANO DE QUEIROZ 103 OLAVO VIEIRA FORTALEZA CE 60346285 Tel.: 998605076
Convenio.: HAPVIDA MATRIZ
Matricula.: 44938001613005011

Solicitante: Dr(a) JOSE NEIAS ARAUJO R

Queixa Principal:

Exame:

RX PUNHO: A.P - LAT - OBLIQUAS ESQUERDO

!^3#|D"

5916008933

RELATÓRIO:

Presença de fratura em ulna distal com discreto desvio.

Demais aspectos preservados.

OBS.: Os resultados destes exames não devem ser considerados isoladamente como diagnóstico de qualquer situação de saúde pois, como "exames complementares" eles servem somente para auxiliar o raciocínio médico, cabendo unicamente a este concordar com os resultados, solicitar sua repetição ou prosseguir investigação clínica e com novos exames. Estamos a disposição para quaisquer esclarecimentos, realizar incidências adicionais ou fazer revisões de laudo após correlação clínico radiológica.

OBS.: Exame documentado em CD.

COSMO ALVES DE AQUINO - CRM 4252-RN

ANTONIO
PRUDENTE

FORMULÁRIO PERI-OPERATÓRIO

Pagina 2 de 2

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

21/05/2019 09:25

Paciente: RAYLENE DA SILVA FRANCA Dt. Nasc.: 02/02/1995 Atendimento: 59255304 Prontuário: 13268309
 Convênio: HAPVIDA MATRIZ Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR Leito: 133410/4

Condições Da Pele Ao Término Da Cirurgia	SUTURA + CURATIVO	[1]
Grau De Contaminação	LIMPA.	[1]
Encaminhamento Do Paciente	SRPA.	[1]
Encaminhamento Do Paciente		
Horário De Saída Da S.O	-	[1]
SINAIS VITAIS		
Pulso	91 bpm	[1]
PA	112X66	[1]
PAM	83	[1]
FC	91 bpm	[1]
OUTROS DADOS E SINAIS		
Sat O2	99 %	[1]
DATA/HORA DA COLETA DOS DADOS		
Data	21/05/2019	[1]
Hora	08:48	[1]
OBSERVAÇÕES / INTERCORRÊNCIAS		
Observação	PACIENTE ADMITIDA NO CC PARA SUBMETER-SE A CIRURGIA DE ANTEBRAÇOP COM DR EDUARDO , SOB ANESTESIA BLOQUEIO DE PLEXO+SEDAÇÃO COM DR ALEXANDRE , PUNCIONADO ACESSO EM SALA EM MSD JELCO 20 ,A MESMA ENCAMINHADA PARA SRPA SEM NENHUMA INTERCORRENCIA, SEGUE AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM .	[1]
Intercorrências	NENHUMA	[1]
Eletrodos	TORAX	[1]
Incisão Cirúrgica	INCISAO NO ANTEBRAÇO	[1]
Dreno	NAO	[1]
Placa De Bisturi	PANTURRILHA DIREITA	[1]
Punções Venosas	MSD	[1]
Coxim	NAO	[1]
PÓS-OPERATÓRIO		

FRANCISCO MARDÔNIO SALMITO DE ALMEIDA

ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA

CREMEC - 4411 - CPF: 122.369.423-20

RELATÓRIO MÉDICO

Relato, para os devidos fins, junto ao DPVAT, que o Sr.(a):

Roxilene dos Santos Franco

vítima de acidente de trânsito, em 16/05/2019, sofreu:

Fratura do antebraço Esq.
 Fratura do 4º metacarpo Esq.
 CID: S62.3 S52.3

e submeteu-se a tratamento(s):

Cirurgia - osteossíntese com
 placa e parafusos (4mm).
 Fio tenar

encontra-se de alta clínica, e apresenta invalidez permanente,
 com grau de incapacidade funcional irreversível de:

Cirurgia no antebraço Esq.
 Dor e desconforto nos
 movimentos do membro Esq.
 Dificuldade de manuseio
 força e movimentos. Manuseio
 com dor e fadiga. Perda
 força e controle motor.
 Prejuízo da capacidade
 de trabalho

201 09 16019

Rua Guilherme Rocha, 1201 - Centro - Fortaleza - Ceará

Dr. Francisco Mardônio Salmito de Almeida

Dr. Fco. Mardônio Salmito de Almeida
 Ortopedia - Traumatologia
 CRM 4411

Rio de Janeiro, 20 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190495974

Vítima: RAYLENE DA SILVA FRANCA

Data do Acidente: 16/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA IVANIRA SANTOS DA COSTA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), RAYLENE DA SILVA FRANCA

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: RAYLENE DA SILVA FRANCA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 033

Agência: 000004585

Conta: 000001021167-4

Tipo: CONTA CORRENTE

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



ANTONIO
BRUNTE

DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM.

RAIOX REC TRAUMA - HAPFOR

NºPedido: 30897193

Data 16/05/2019

Pag 1 de 3

Paciente...: 13268309 RAYLLENE DA SILVA FRANCA

Nascimento.: 02/02/1995 Sexo: F RG.: 20076436548 SSP CE CPF.: 60646491350

Endereco...: R EMILIANO DE QUEIROZ 103 OLAVO VIEIRA FORTALEZA CE 60346285 Tel.: 998605076

Convenio...: HAPVIDA MATRIZ

Matricula...: 44938001613005011

Solicitante: Dr(a) JOSE NEIAS ARAUJO R

Queixa Principal:

Exame:

RX MAO OU QUIRODACTILOS ESQUERDA

!^3#|B"

5916008931

RELATÓRIO:

Presença de fratura em metacarpo do quarto dedo.

Superfícies e espaços articulares íntegros.

Demais aspectos inalterados.

OBS.: Os resultados destes exames não devem ser considerados isoladamente como diagnóstico de qualquer situação de saúde pois, como "exames complementares" eles servem somente para auxiliar o raciocínio médico, cabendo unicamente a este concordar com os resultados, solicitar sua repetição ou prosseguir investigação clínica e com novos exames. Estamos a disposição para quaisquer esclarecimentos, realizar incidências adicionais ou fazer revisões de laudo após correlação clínico radiológica.

OBS.: Exame documentado em CD.



COSMO ALVES DE AQUINO - CRM 4252-RN