

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

OUTORGANTE: Miriam Paulino Alves, casada, autônoma
Rua Joaquim Caboclo, nº 71, Vila São Francisco, Crato/CE
RG 2002.034002976 / CPF 462.177.033-00

OUTORGADOS: Dr. ARTHUR GOMES PONTES, brasileiro, solteiro, Advogado inscrito na OAB/CE sob o nº 34.322 e Dr. EDSON ALMINO FELIX FILHO, brasileiro, solteiro, Advogado inscrito na OAB/CE sob o nº 34.540 e Dra. GESSICA FEITOSA MORAES ANDRADE, brasileira, solteira, Advogada inscrita na OAB/CE sob o nº 34.539, todos com endereço na Rua Beata Maria de Araújo, nº 09, Romeirão, Juazeiro do Norte-CE, onde recebem intimações e notificações.

PODERES: O (A) outorgante concede os mais amplos, gerais, especiais e ilimitados poderes, para representá-lo(a) junto ao foro em geral, conforme o artigo 105 do CPC, bem como os poderes da cláusula "*ad judicium et extra*", em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-lo(os/as) nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando dos recursos legais, acompanhando-o(a) e promovendo quaisquer medidas preliminares, previstas ou assecuratórias dos seus direitos e interesses; conferindo-lhe, também, poderes especiais para transigir, desistir, renunciar ao direito sobre que se funda a ação e/ou procedimento, dar e receber quitação, bem como de levantar valores depositados em instituições financeiras decorrentes de pleitos administrativos e/ou judiciais (como por exemplo alvarás judiciais), firmar compromisso, perante qualquer juízo, instância ou tribunal, propor execução, requerer insolvência, rescisória, embargos, agravos, agindo em conjunto ou separadamente, firmar compromisso e assinar declaração de hipossuficiência de recursos econômico, podendo, ainda, representar junto às instituições financeiras e repartições públicas federais, estaduais e municipais; empresas públicas, autárquicas, sociedades de economia mista, pessoas jurídicas de direito público/privado ou pessoas físicas em geral, podendo substabelecer (em conjunto ou isoladamente), com ou sem reserva de poderes, o presente mandato, dando tudo por bom, firme e valioso, enfim, poderá o(s) procurador(es), praticar(em), alegar(em), promover(em) e assinar(em) todos os atos necessários ao bom e fiel cumprimento do presente mandato.

DECLARA, ainda, que possui recursos insuficientes para arcar com as despesas e custas processuais, conforme expressa disposição dos art. 98, *caput* e I c/c art. 99, *caput* e §3º, ambos do CPC.

Juazeiro do Norte/CE, 03 de Setembro de 2018

Miriam Paulino Alves
OUTORGANTE

REGISTRO
SERIAL 2002034002976 DATA DE EXPEDIÇÃO 14/1/2002
NOME MIRIAM PAULINO ALVES
FILIAÇÃO ELIZEU PAULINO DA COSTA E ALZENIR PEREIRA DA COSTA
NATURALIDADE CRATO-CE DATA DE NASCIMENTO 3/8/1970
DOC ORIGEM CERT.CASAM. 496 L B6 F
107 DOM QUINTINO CRATO-CE.
CPF 46217703300 ID. ANT. 210360491
ASSINATURA DO DIRETOR
LEI Nº 7116 DE 29-08-83

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA JUSTIÇA, DO PUELO
E GERAL DA CIDADANIA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO
FOTO
MIRIAM PAULINO ALVES
CARTEIRA DE IDENTIDADE

Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B (Série B 4 - B) 509923975
Companhia Energetica do Ceara

Esta é a segunda via de
JAN/2018

DADOS DO CLIENTE

Rota 35 011004 07 0658000 Medidor 12407146 Poste 0000 0
Nome FRANCISCO DIONIZIO ALVES FILHO
Endereço Postal

End. da Unidade Consumidora RU JOAQUIM CABOCLIO 00071 VL SAO FRANCISC CRATO 60000000

RG - CPF - CNPJ 845.665.073-00 CGF

Classe 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA, BAIXA RENDA Fator de Potência 0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Consumo Atual ☒ Consumo Anterior ☐ Constante ☐ Consumo de Abit ☐ Consumo Total ☐ Consumo Habituado ☐

FP 10972 10902 1 71 0 71

DESCRIÇÃO DA CONTA

ENERGIA

Consumo faixa 0-30 Kwh
Consumo faixa 31-100 Kwh

Quantidade ☒ Tarifa ☒ Valor (R\$)

30	0,17494	5,24
41	0,29991	12,30

DATAS DE LEITURA

Data de Entrada de Leitura 22/01/2018
Data de Próxima Leitura 20/02/2018

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

A5DA.5199.88DD.57FF.D718.6AB7.F220.0B15

ICMS

Base de Cálculo (R\$) Aliquota Valor do Imposto
ISENTO

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

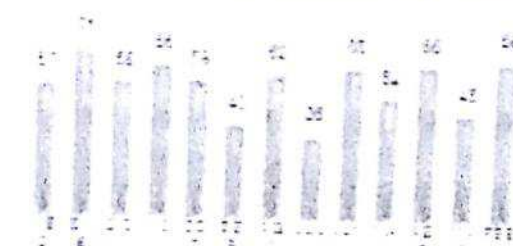
ENERGIA	8,23
TRANSMISSÃO	0,82
DISTRIBUIÇÃO	5,59
ENCARGOS SETORIAIS	1,93
TRIBUTOS (ICMS, PIS/COFINS)	1,97

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Índice de Qualidade do Serviço Prestado CM: 8,70
Mês NOV/ 2017

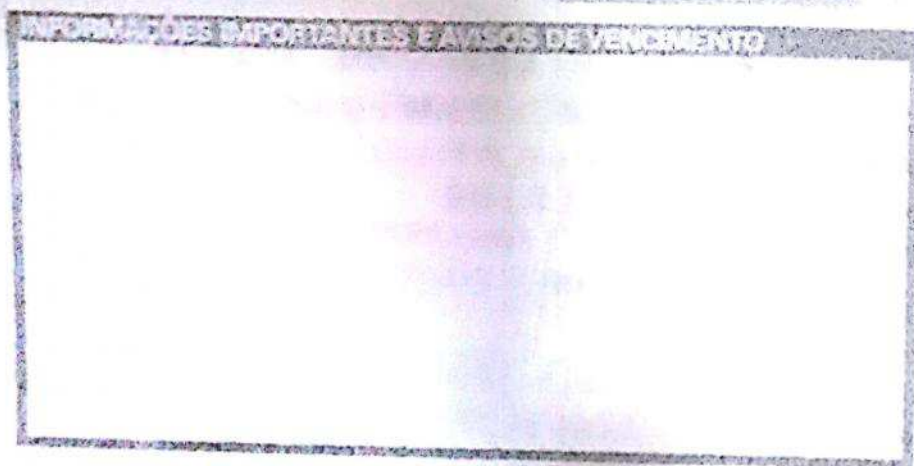
D-C	Padrão Individual			Aprovação Individual		
	Mês	Trimestre	Ano	Mês	Trimestre	Ano
D-C	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
FIC	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
DMC	0,00			0,00		

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compensação das emissões pelo consumo de energia elétrica
Emissão kg CO₂ Compensação kg CO₂ Compensação da Ecológica CO₂



Nº do Cliente: 2887262-2 N.º da Nota Fiscal: 509923975 Total a Pagar (R\$): 0,00
Data de Emissão: 29/01/2018 Referência: JAN/2018 N.º da Conta:



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 446 - 828 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **LESAO CORPORAL CULPOSA - TRANSITO**
Data / Hora da Comunicação: **30/01/2018 08:32:15**
Data / Hora da Ocorrência: **05/11/2017 17:20:00**
Endereço da Ocorrência: **AVENIDA THOMAZ OSTERNE DE ALENCAR**
Complemento:
Bairro: **VILA ALTA** Município: **CRATO/CE**
Ponto de Referência: **PRÓXIMO AO COLÉGIO ELDORADO**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **FRANCISCO DIONIZIO ALVES FILHO**
Nascimento: **14/04/1979** CPF: **845.665.073-00**
RG: **306473996** Órgão Emissor: UF:
Filiação: **BARBARA DE CASTRO ALVES**
FRANCISCO DIONIZIO ALVES
Endereço: **RUA JOAQUIM CABLOCO, 71**
Bairro: **VILA SÃO FRANCISCO**
Município: **CRATO/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 99909-5740**

Nome: **MIRIAM PAULINO ALVES**
Nascimento: **03/08/1970** CPF: **462.177.033-00**
RG: **2002034002976** Órgão Emissor: UF:
Filiação: **ALZENIR PEREIRA DA COSTA**
ELIZEU PAULINO DA COSTA
Endereço: **RUA JOAQUIM CABLOCO, 71**
Bairro: **VILA SÃO FRANCISCO**
Município: **CRATO/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 99994-9456**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **PMZ3747** Uf: **CE** Município: **CRATO** Chassi:
9C2KD0550ER350071 Renavam: **1036689430** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/NXR150 BROS ES** Ano
Fabricação: **2014** Ano Modelo: **2014** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**
Cor: **VERMELHA** Proprietário: **FRANCISCO DIONIZIO ALVES FILHO**
Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

ADVERTIDO(A) DAS PENALIDADES PREVISTAS PARA OS CRIMES DE FALSO TESTEMUNHO, DENUNCIAÇÃO CALUNIOSA E COMUNICAÇÃO FALSA DE CRIME/CONTRAVENÇÃO DISSE QUE: NA DATA ACIMA MENCIONADA FOI VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO JUNTAMENTE COM SUA ESPOSA, MIRIAM PAULINO ALVES; QUE PILOTAVA A MOTOCICLETA DE CARACTERÍSTICAS ACIMA CITADAS COM SUA ESPOSA NA GARUPA, QUANDO UM AUTOMÓVEL DE PLACA NÃO SABIDA E CONDUTOR CONHECIDO POR "MESTRE BRAGA", ADENTROU NA CONTRAMÃO DE DIREÇÃO, VINDO A COLIDIR COM A MOTOCICLETA EM QUE ANDAVAM AS VÍTIMAS; QUE EM VIRTUDE AMBOS CAÍRAM AO SOLO FICANDO LESIONADOS; QUE TEVE ESCORIAÇÕES E CORTE EM UMA DAS PERNAS E SUA ESPOSA FRATUROU O PÉ; QUE AMBOS FORAM SOCORRIDOS PELO SAMU; QUE FOI ENCAMINHADO


GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA REGIONAL DE CRATO


BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 446 - 828 / 2018

AO HOSPITAL SÃO FRANCISCO DE ASSIS EM CRATO E SUA ESPOSA FORA ENCAMINHADA AO HOSPITAL SÃO RAIMUNDO EM CRATO, CONSTATANDO-SE AS LESÕES DESCRITAS NOS LAUDOS MÉDICOS, PRONTUÁRIOS ANEXOS; QUE É HABILITADO E E REGISTRA O PRESENTE PARA FINS DE SEGURO DPVAT. E NADA MAIS DISSE.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE CRATO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

ANA LUIZA COELHO - MAT.: 300214-1-X

 RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: XFCO DIONIZIO ALVES FILHO

VISTO DO DELEGADO(A) :

DENIS LEONARDO FERRAZ DA SILVA - MAT.: 198757-1-7

vitima / GARÇA x Miriam Paulino Alves

18/05/2018

Seguradora Líder-DPVAT Acompanhe o Processo

SINISTRO 3180160061 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** MIRIAM PAULINO ALVES**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** INVESTPREV

Seguradora S/A-Filial Fortaleza - CE

BENEFICIÁRIO MIRIAM PAULINO ALVES**CPF/CNPJ:** 46217703300

337150

Posição em 18-05-2018 08:52:08

Seu pedido de indenização está em fase final de análise na Seguradora Líder DPVAT. Em breve, o pagamento da indenização será liberado. Volte a consultar seu processo neste site dentro de 4 dias.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
21/05/2018	R\$ 1.350,00	R\$ 0,00	R\$ 1.350,00

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

Data Emissão: 05/11/2017 18:33

N.Atendimento...: 452288 Convênio..: BPA SUS
Data Atendimento: 05/11/2017 Hora:18:41 Matricula: 898002700011122
Médico Respons...: MARCEL DE ALENCAR PITA Guia..
Recepcionista...: RODRIGO Tipo de Atend...: AMBULATORIAL
Setor Atend.....: CONSULTORIO Serviço: CONSULTA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Paciente..: MIRIAM PAULINO ALVES Pront: 100294
Dta Nasc..: 03/08/1970 - 47 Anos - Sexo: FEMININO Est.Civil:CASADO RG: 20020340096
Endereço..: RUA JOAQUIM CABOCLO 71 CASA
Cep.....: 63132070 Bairro:PONTA DA SERRA Município:CRATO
Estado....: CE Resp...: MARIA PAULINO DE SOUSA CRUZ
Fone: 8899949456 97447161

CONSULTA MÉDICA

DIAGNÓSTICO

CONDUTA

ENCAMINHAMENTO

NATUREZA DO ATENDIMENTO

[] Resid. [] Ambul. [] Itern. [] Outro [] Clínica [] Cirurg [] Obst. [] Ped. [] Oftalmo. [] Outr

REQUISIÇÃO DE PROCEDIMENTOS

[] RAO-X [] ULTRASSOM [] ENDOSCOPIAY

MOTIVO DO ATENDIMENTO *trauma no braço esquerdo de maior tempo*
amarrado com + edema de mto

DIAGNÓSTICO *fratura de 3º MT*

PROCEDIMENTO *Boté fixação de 1º MT*
(RX DE OMBRO)

EXAMES

DATA DO ATENDIMENTO: ___/___/___

Dr. MARCEL PITA
Ortopedista e Traumatologista
CRM 10671

Dr. (a) MARCEL DE ALENCAR PITA
CRM: 010671 CPF: 65782135387

M. Paulino
Paciente / Responsável



HOSPITAL
São Raimundo
FUNDAÇÃO LEANDRO BEZERRA

Atestado Médico

Declaro para os devidos fins que o (a) paciente MIRIAM

TRACUO ALIS

encontra-se em tratamento Amniotomia

necessitando de 60 (sessenta) dias

de afastamento de suas atividades laborais, a contar desta data.

Dr. MARCEL PITA
Ortopedista e Traumatologista
CRM 19671 / 12015

C.I.D. 592

Crato-CE, 05, 11, 17

Av. Teodorico Teles, 99 - Centro - Crato - CE - Fone: (88) 3523-2600

006 - Atestado Médico

Eccprint

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

Data Emissão: 14/11/2017 15:15

N.Atendimento....: 454102
Data Atendimento: 14/11/2017 Hora:15:44
Médico Respons...: MARCEL DE ALENCAR PITA
Recepcionista....: MARILENE
Setor Atend.....: CONSULTORIO
Convênio.: BPA SUS
Matricula: 898002700011122
Guia.:
Tipo de Atend...: AMBULATORIAL
Serviço: RETORNO

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Paciente.: MIRIAM PAULINO ALVES
Dta Nasc.: 03/08/1970 - 47 Anos - Sexo: FEMININO Est.Civil:CASADO
Endereço.: RUA JOAQUIM CABOCLO 71 CASA
Cep.....: 63132070 Bairro:PONTA DA SERRA
Estado....: CE Resp...: FRANCISCO DIONIZIO ALVES FILHO
Fone: 8899949456 97447161
Pront: 100294
RG: 200203400

CONSULTA MÉDICA

DIAGNÓSTICO

CONDUTA

ENCAMINHAMENTO

NATUREZA DO ATENDIMENTO

[] Resid. [] Ambul. [] Itern. [] Outro [] Clínica [] Cirurg [] Obst. [] Ped. [] Oftalmo. [] Otorrinolaringol.

REQUISIÇÃO DE PROCEDIMENTOS

[] RAIOS-X

[] ULTRASSOM

[] ENDOSCOPIA

MOTIVO DO ATENDIMENTO

Prontuário em ar + exame de
ne. pulm.

DIAGNÓSTICO

Prontuário em ar

PROCEDIMENTO

Prontuário em ar

EXAMES

DATA DO ATENDIMENTO: ___/___/___

Dr. (a) MARCEL DE ALENCAR PITA
CRM: 010671 CPF: 65782135387

Francisco Dionizinho Alves
Paciente / Responsável



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde



SAMU
192
CEARÁ

CERTIDÃO NARRATIVA

CERTIFICAMOS, em virtude da faculdade que nos é conferida por lei e, tendo em vista o requerimento por escrito da parte interessada, que o **SAMU 192 CEARÁ** prestou atendimento a Sra. **MIRIAM PAULINO ALVES**, portadora do RG 2002034002976 inscrita no CPF nº 46217703300, no dia 05/11/2017, às 17h30, no município de Crato/CE, na Av. Tomas Osterne de Alencar, vítima de colisão carro com moto, sendo encaminhada para o **Hospital São Raimundo**. para constar eu, Ana Cristine Medeiros Silva Ana Cristine Medeiros Silva, Assessora Técnica, lavrei a presente Certidão, a qual vai datada e assinada por MARIA DAS GRAÇAS TORRES, ASSESSORA EXECUTIVA.

Eusébio, 22 de Novembro de 2017

Maria das Graças Torres
ASSESSORIA EXECUTIVA

HOSPITAL SÃO RAIMUNDO
FUNDAÇÃO LEANDRO BEZERRA DE MENEZES
Fone: 88 3523-2600 Fax: 88 3523-2621

Impressão: 24/11/2017

Nome: MIRIAM PAULINO ALVES

Requisição: 79574

Data: 24/11/2017

Conv: BPA SUS

Data Nasc: 03/08/1970 - 47 Anos Sexo: F

Tipo A.: EXTERNO

Nº Atend.: 455830

Tel: 8899949456 97447161

Usuario: LUANNA

End.: RUA JOAQUIM CABOCLO

71

- PONTA DA SERRA

Médico: 3997 JOSE MARCILIO NICODEMOS DA CRUZ

Código	Descrição
00000082	RAIO X PE EM AP OU OBLIQUA
Total de exames: 1	

Qtd	Cod.Tab
1	

- Foto

Dr. Marcílio Nicodemos da Cruz
RADIOLOGISTA
CRM 3997

Nome:.....

Eduardo Mendes

Mãe nome foi de mãe, que
a namora Maria Raimundo Alis,
moradora em Rua Manoel Antonio
de Faria, fone de m. de 011. 3523.2600. Parete
moradora em Rua de Manoel Antonio
de Faria, e agora m. moradora é
moradora da Rua de Faria e casa.
No momento seu esposo a moradora de
seus estudos cometeu m. m. m. m.
de 00 dias

CTAS: 392

Ao retorno favor trazer este receituário

Av. Teodorico Teles, 99 - CEP: 63.100-160 - Crato - CE | Tel.: (88) 3523.2600

002 - Receituário

Atendemos convênios e particulares

 Ecoprint

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT
 Tel: 21 3861-4600 www.seguradoralider.com.br
 R. Senador Dantas 74, 5º andar
 Centro - Rio de Janeiro - CEP 20031-205



Seguradora Líder - DPVAT

ANEXO 1

TABELA – LIMITES MÁXIMOS PARA ACORDOS EM PEDIDOS POR INVALIDEZ PERMANENTE
 [Art. 3º da Lei 11.945 de 4/6/2009 que altera a Lei 6.194 de 14/12/1974]

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho					
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					