



JOÃO GUIMARÃES DA SILVA
ADVOCACIA E ASSESSORIA JURÍDICA

PROCURAÇÃO AD JUDICIA

OUTORGANTE: Marileide Alves da Silva, brasileira, casada, autônoma, CPF: 044.485.593-94, RG: 2004021052500, Endereço: Rua Emanoel Cazebeiras S/N, Bairro: Phoro, Cep: 62.850-000, Cascavel - Ce.

OUTORGADO: JOÃO GUIMARÃES DA SILVA, brasileiro, advogado, casado, inscrito na OAB/CE sob nº 32963, e-mail: guimarães_silva1@hotmail.com, e MÁRCIO FERREIRA DE CARVALHO, estagiário, portador de RG 2015098910-0, e CPF 46096868304, com endereço laboral a Júlio Braga 1153A - João XXIII, Fortaleza/CE.

PODERES: Por este instrumento particular de procuração, constituo meu bastante procurador o outorgado, concedendo-lhe os poderes da cláusula *ad judicium et extra*, para o foro em geral, especialmente para AÇÃO DE DPVAT, podendo, portanto, promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, em qualquer instância, assinar termo, substabelecer com ou sem reserva de poderes, e praticar ainda, todos e quaisquer atos necessários e convenientes ao bom e fiel desempenho deste mandato.

PODERES ESPECÍFICOS: A presente procuração outorga ao Advogado acima descrito, os poderes para receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, receber, dar quitação, firmar compromisso, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica. Em conformidade com a norma do art. 105 do CPC.

Fortaleza (CE), 20 de Junho de 2020

Marileide Alves da Silva



JOÃO GUIMARÃES DA SILVA
ADVOCACIA E ASSESSORIA JURÍDICA

DECLARAÇÃO DE POBREZA

NOME: *Maurilide Alves da Silva*

CPF: *044.485.593-94*

RG/CNH: *2004021052500*

ESTADO CIVIL: *Casada*

PROFISSÃO: *Autônoma*

Declaro de acordo com o Art. 1º da lei 7115/85, não ter condições financeira de arcar com as custas judiciais e honorários advocatícios, sem prejuízo do sustento próprio e da minha família, sendo beneficiário da GRATUIDADE DE JUSTIÇA, por força do Art. 5º, inciso LXXIV, da CRFB, e do artigo 4º da Lei 1060/50, com a redação dada pela lei nº 7510/86, indicando para o patrocínio de minha causa os advogados em PROCURAÇÃO.

Fortaleza/CE, *20* de *Janeiro* de 20*20*.

Maurilide Alves da Silva

Assinatura

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL		REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
REGISTRO GERAL 2004021052500 NOME MARILEIDE ALVES DA SILVA	DATA DE EXPIRAÇÃO 7/5/2004	ESTADO DO CEARÁ SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO	
FILIAÇÃO JOAQUIM PEDRO DA SILVA E MARTA MATEUS ALVES		 	
NATURALIDADE CASCAVEL-CE DOC. ORGEM CERT. NASC. 12996 L A/13 F 431 PINDORETAMA/CE	DATA DE NASCIMENTO 22/2/1985		
PORTALIZA-CE  LEI Nº 2.116 DE 28/08/83		ASSINATURA DO TITULAR  CARTEIRA DE IDENTIDADE	

BRASIL

(HTTPS://GOV.BR)



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **044.485.593-94**

Nome: **MARILEIDE ALVES DA SILVA**

Data de Nascimento: **22/02/1985**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **11/10/2007**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **10:50:25** do dia **20/01/2020** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **DD96.38BA.E312.A526**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF"
(/Servicos/CPF/ImpressaoComprovante/ConsultaImpressao.asp).

8572087

Para agitar seu atendimento, utilize o e-mail
sempre que enviar em contato conosco.Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdomiro, 160
CEP 60130-040 | Fortaleza - CE
CNPJ 07.047.231/0001-70 | CGF 00.105.893-9

fls. 19

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B1 SÉRIE ÚNICA 160

Nota CV019R59 - 3800

Referência 11/2019

Nome RAIMUNDO PINTO DA MOTA

Endereço RR CHORO CAJAZEIRAS, 00000, CHORO, 62850-000, CASCAVEL

Classificação Rural Residencial Rural

Modelidade Tarifária B2 RURAL

Ligação Monofásica

Emissão 27/11/2019

Medidor 5651245-ELE-626

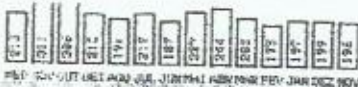
ÁREA RESERVADA AO FISCO

87C4D4707E1E8965D6C8474F4465F84

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (KWh)

DATAS DE LEITURA P.F.: 30 dias

Anterior 28/10/2019 Atual 27/11/2019 Próxima prevista 27/12/2019



DADOS DA MEDIÇÃO

Posto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo AMe (KWh)	Consumo Incl. (KWh)	Consumo For. (KWh)	Tarifa (R\$/KWh)	Valor (R\$)
FP	6.752	6.451	1,00	311	20	311	0,40367	54

DADOS DO FATURAMENTO

	TARIFA	VALOR (R\$)
CONSUMO	0,40367	125,54
JUROS MORATÓRIOS	-	0,83
ADICIONAL BAND. AMARELA	0,00148	0,46
ADICIONAL BAND. VERMELHA	0,03759	11,69

Tributo:	Base (R\$):	Aliquota (%):	Valor (R\$):
ICMS	0,00	0,00	0,00
PIS	137,69	0,04	0,04
COFINS	137,69	0,30	0,40

04/12/2019

138,52

CONSUMO CONSCIENTE

EMISSÕES DE CO₂ (kg/KWh) Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.Emitido kg (CO₂) 121.41 Compensado kg (CO₂) 0,00 Consciência Ecológica 100% 0,00

PREVIO AVISO NOTIFICACAO DE SUSPENSÃO DE FORNECIMENTO DE ENERGIA ELÉTRICA. Você possui conta(s) em atraso (Ref:2019/10 Valor R\$257,83). A inadimplência possibilita a suspensão do fornecimento de energia (Res. ANEEL 414/10 Arts. 171 e 172) e o envio aos ÓRGÃOS DE PROTEÇÃO AO CRÉDITO e CARTÓRIO DE PROTESTO. Poderá ser faturado custo de disponibilidade no ciclo que ocorrer a suspensão do fornecimento ou a reativação para pagamento. Caso já tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar este aviso. Nº Cliente: 000008572087.

Períodos: Band. Tarif.: Amarela: 29/10 - 31/10 Vermelha: 01/11 - 27/11

SE VOCÊ RECEBEU DUAS CONTAS MESMO VENC NO MÊS TEM OPÇÃO PARCELAR EM ATÉ 20X SEM JUROS. PELO 0800-0029940 OU FALE COM A ENEL NO CONSUMIDOR.GOV.BR AS CONTAS SÃO DEVIDAS REFERENTE A CONSUMO DE PERÍODO DIFERENTES. PEDIMOS DESCULPAS PELO TRANSCORRIDA

Nº do Cliente: 8572087 Referência: 11/2019 V: [1.0.0.5]
Data de Emissão: 27/11/2019 Total a Pagar (R\$): 138,52
Nº da Nota Fiscal: 040672199 Nº de Controle: 200005395622

838100000019 38520031200 4 00539562207 8 00008572087 9



838100000019 38520031200 4 00539562207 8 00008572087 9



JOÃO GUIMARÃES DA SILVA
ADVOCACIA E ASSESSORIA JURÍDICA

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Mariade Alves da Silva,
portador(a) da Identidade nº 2004021052500, e
inscrita no CPF sob o nº 044.485.593 - 94, declaro
para o devidos fins que resido no endereço,
Rua/AV Rua Chomê Cazuaras s/n
Complemento, _____, Bairro, Chomê,
Cidade, Luzerna CEP, 62.850-000.
Declaro que as informações acima descritas são verdadeiras.

FORTALEZA/CE, 20 de, Janeiro, de 2020.

Mariade Alves da Silva
Assinatura



JOÃO GUIMARÃES DA SILVA
ADVOCACIA E ASSESSORIA JURÍDICA

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Pelo presente, o(a) Sr.(a) Marilide Alves 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 o fato juridicamente relevante, exonerando o DR. JOÃO GUIMARÃES DA SILVA, OAB/CE sob o N° 32.963, bem como o MÁRCIO FERREIRA DE CARVALHO, estagiário, portador de RG n° 20150989100 e CPF n° 460.968.683-04 de qualquer responsabilidade civil e/ou criminal.

Fortaleza/CE 20 de Setembro de, 2020.

Marilide Alves da Silva

DECLARANTE

POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE CASCAVEL
Impresso nº 2019883793

Pag. 1 de 1

Impresso em: 04/12/2019 08:52:32



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 430 - 3414 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **04/12/2019 08:41:06**
Data / Hora da Ocorrência: **20/09/2019 07:30:00**
Endereço da Ocorrência: **AV CHANCELER EDEN QUEIROZ CEP: 62.850-000, CENTRO - CASCAVEL/CE**
Ponto de Referência: **PROXIMO AO BANCO DO BRASIL**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **MARILEIDE ALVES DA SILVA**
Nascimento: **22/02/1965** CPF:
RG: **2004021052500** Órgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
Filiação: **MARIA MATEUS ALVES**
JOAQUIM PEDRO DA SILVA
Endereço: **VIA CHORO CAJAZEIRAS CASA**
Bairro: **CHORO CAJAZEIRAS**
Município: **CASCAVEL/CE** CEP: **62.850-000**
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98914-3218**

Histórico

Ciente dos crimes cominados nos artigos 340 e 342 do Código Penal Brasileiro narra a noticiante: Que na data e hora supra estava na garupa da motocicleta MODELO YAMAHA FACTOR DE PLACAS: NUW9370 conduzida por CASSIO SILVA MOTA QUE NÃO POSSUI CNH PARA CONDUZIR A MOTO E RESIDE NO CHORO R CAJAZEIRAS CASCAVEL/CE PRÓXIMO A CERÂMICA DO PAULO CESAR, Que sofreram uma acidente onde a noticiante sofreu FRATURA NA TÍBIA DA PERNA ESQUERDA, Que um veículo colidiu na moto supra causando o acidente, Que estão em anexo guia hospitalar, RG, DA VITIMA E DO CONDUTOR E DOCUMENTOS DAS TESTEMUNHAS, Que seu intuito é solicitar o seguro DPVAT no órgão competente, Desde modo encerra sua narrativa.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE CASCAVEL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

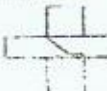
ANTONIA AILA FARIAS ALENCAR - MAT.: 027338-1-1

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

MARILEIDE ALVES DA SILVA

VISTO DO DELEGADO(A):

JOSAFAT ARAUJO CARNEIRO FILHO - MAT.: 30112911

	Ministério da Saúde	Sistema Único de Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
---	----------------------------	-------------------------------	--

Identificação do Estabelecimento de saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE <i>Monte de Almeida Silva</i>		6 - Nº PRONTUÁRIO <i>5161268</i>
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) <i>7001204471453528</i>		8 - DATA DO NASCIMENTO <i>23/02/1985</i>
9 - SEXO Masculino ☐ Feminino ☒		10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL <i>Marin Mathews Alves</i>
11 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)		12 - DDD - 11 - TELEFONE DE CI
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		14 - UF

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Fraqueza de membros inferiores, FCV. inestável</i>			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>Fratura exposta do fêmur</i>			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <i>Exame físico e radiográfico.</i>			
20 - DIAGNÓSTICO CLÍNICO <i>S82</i>	21 - CID 10 PRINCIPAL	22 - CID 10 SECUNDÁRIO	23 - CID 10 TERCIÁRIO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO		25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
26 - CLASSE	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	28 - DOCUMENTO CNS ☐ CPF ☐	29 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <i>Dr. Leonardo Ribeiro Bastos</i> <i>Médico Ortopedista</i> <i>CREMBO - 26.180</i>		31 - DATA DA SOLICITAÇÃO	32 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRÂNSITO	34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO	35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO	36 - CNPJ DA SEGURADORA	37 - Nº BILHETE	38 - SÉRIE
39 - CNPJ DA EMPRESA			40 - LOCAL EMPREGO		

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

☐ EMPREGADO	☐ EMPREGADOR	☐ AUTÔNOMO	☐ DESEMPREGADO	☐ APOSENTADO	☐ NÃO SEGURO
------------------------------------	-------------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

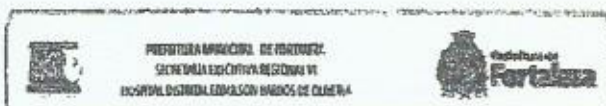
AUTORIZAÇÃO

45 - DOCUMENTO		46 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO	
47 - DATA DO DOCUMENTO		48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	

49 - REALIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

04.886.197/00012-05
HOSPITAL *DR. CARLSON*
BARRIO DE PÉDRA
Av. ...
Grat. HDEBO-SAME AHA-005

Carvalho
26.11.19



REGISTRO EMERGÊNCIA	MATRÍCULA HOSPITAL 5161268
---------------------	-------------------------------

PACIENTE: <i>Almirante Almirante da Silva</i>			
DATA OPERAÇÃO: <i>30/07/19</i>	ENFERMARIA: <i>II</i>	LEITO: <i>48</i>	
2º AUXILIAR: <i>Dr. Paulo de Jesus</i> <i>Ortopedia / Traumatologia</i> <i>CRM 1885</i>		1º AUXILIAR: <i>Dr. Marcelo</i>	
ANESTESISTA: <i>Dr. Christiano</i>		TIPO DE ANESTESIA:	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: <i>Fratura por queda de</i> <i>trt. cirúrgico</i>			
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO:			
RELATÓRIO IMEDIATO PATOLOGISTA:			
EXAME RADIOLÓGICO NO ATO:			
ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO:			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO - TÁTICA E TÉCNICAS	LIGADURAS	DRENAGEM	SUTURA	MATERIAL EMPREGADO	ASPECTOS VISUAIS
<i>Abordagem por via cirúrgica e cirúrgica</i> <i>Abordagem por via cirúrgica e cirúrgica</i> <i>Abordagem por via cirúrgica e cirúrgica</i> <i>Abordagem por via cirúrgica e cirúrgica</i> <i>Abordagem por via cirúrgica e cirúrgica</i> <i>Abordagem por via cirúrgica e cirúrgica</i> <i>Abordagem por via cirúrgica e cirúrgica</i> <i>Abordagem por via cirúrgica e cirúrgica</i> <i>Abordagem por via cirúrgica e cirúrgica</i> <i>Abordagem por via cirúrgica e cirúrgica</i>					
<i>04-885-07/00012-00</i> <i>HOSPITAL</i> <i>BARRO</i> <i>Dr. Paulo de Jesus</i> <i>Ortopedia / Traumatologia</i> <i>CRM 1885</i>					

Pancuinha
 CONFERE COM ORIGI
 26.07.19

Gráf. HDEBO-SAME-Desc. Oper.-C00



REGISTRO EMERGÊNCIA

MATRÍCULA NO HOSPITAL

PACIENTE		MARCILHA ALVES SILVA	
DATA OPERAÇÃO	20 / 09 / 19	ENFERMAGEM	LEITO
2º AUXILIAR	Dr. Bruno Mota	1º AUXILIAR	
ANESTESISTA		INSTRUMENTADOR	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:		Fx Exposta Tibia (E)	
TIPO DE OPERAÇÃO:		limpeza cirúrgica + desbridamento	
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO:		sem	
RELATÓRIO IMEDIATO PATOLOGISTA			
EXAME RADIOLÓGICO NO ATO			
ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO:			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO - TÁTICO E TÉCNICAS - LIGADURAS DRENAGEM - SUTURA - MATERIAL EMPREGADO - ASPECTOS	EMAS
1) Incisão ADIA no antebraço	
2) A + A + A	
3) Limpeza cirúrgica com (F099)	
4) Exatidão de Tendo desbridado	
5) sem com injec	
6) Antibióticos	
7) A.B.P.	

Dr. Bruno Mota
C.R.C. 117.312-21 15602

04.886.107/00012-45
HOSPITAL DE BASE DE FORTALEZA
R. João José de Alencar, 100
Mossoró - CE 61.041-810
Fortaleza - Ceará

Assinatura
20/09/19

Gráf. HDEBO-S Desc. Oper.-003

SINISTRO 3190718798 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA MARILEIDE ALVES DA SILVA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE

INDENIZAÇÃO INVESTPREV Seguradora S/A-Filial Fortaleza - CE

BENEFICIÁRIO MARILEIDE ALVES DA SILVA

CPF/CNPJ: 04448559394

Posição em 20-01-2020 10:53:11

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R\$00.000,00

Juros e Correção: R\$00.000,00

Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
09/01/2020	R\$ 2.362,50	R\$ 0,00	R\$ 2.362,50