

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

Nome: <i>Rivonildo de Sousa</i>	Data Nasc: <i>02/04/1982</i>
Estado Civil:	Profissão:
RG: <i>0775125 MTE/CE</i>	CPF: <i>647.092.213-91</i>
Endereço: <i>Rua Planalto do Pici, nº 480 Bairro: Pici</i>	Nacionalidade: <i>brasileiro</i>
Cidade: <i>Fortaleza/CE</i>	Telefone:
	CEP: <i>60.000-000</i>

OUTORGADOS: RAFAEL ESTEVES STUDART, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/CE de nº 22.655, DIEGO LIMA DE FARIAS, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/CE de nº 22.985 e FÁBIO MONTEIRO ARRAIS MEDEIROS, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/CE de nº 23.738, todos com escritório profissional na Rua Paula Rodrigues, nº 260, sala 13 – Bairro de Fátima, Fortaleza/CE, cep: 60.411-270, fone: (85) 3032-8932.

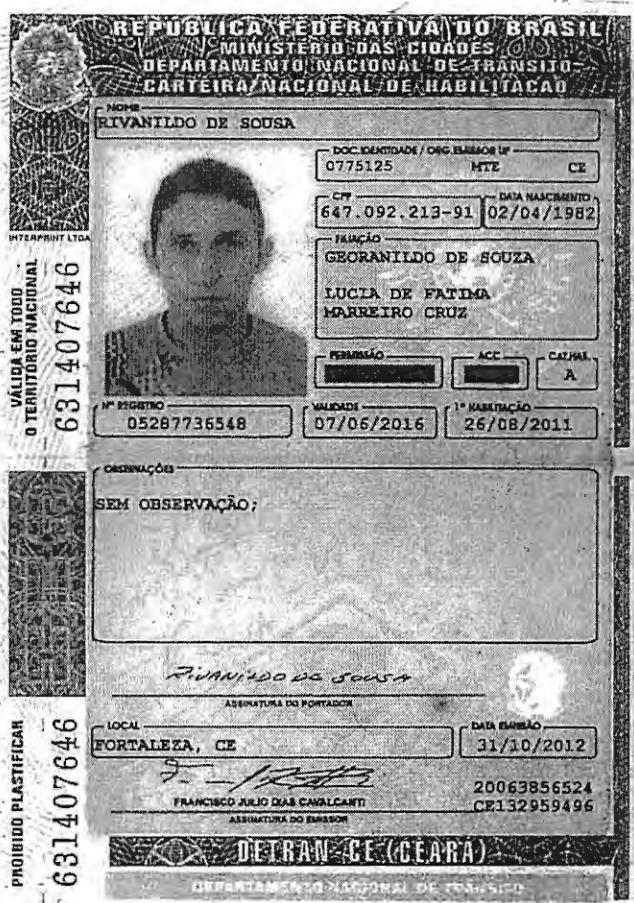
PODERES: Concede amplos poderes com os da cláusula "**AD JUDICIA**" para o foro em geral, para ajuizamento de medida judicial aplicável para cobrar a diferença do Seguro DPVAT, acompanhando-a em todos os seus termos até o final, agravar ou apelar de qualquer despacho ou sentença, fazer e assinar requerimentos e os documentos necessários, produzir provas e justificações, transigir, acordar, desistir, renunciar ao direito em que se funda a ação, receber e dar quitação, finalmente tudo mais fazer, para o completo desempenho deste mandato, inclusive substabelecer, com ou sem reserva de iguais poderes.

DECLARAÇÃO: O (a) outorgante declara que não tem condições de arcar com as custas processuais sem prejuízo do sustento próprio e da família, necessitando, portanto, dos benefício da justiça gratuita, nos termos da Lei 1.060/50.

Fortaleza (CE), 16 de janeiro de 2014.

Rivonildo de Sousa
OUTORGANTE

Rua Paula Rodrigues, 260 – Loja 13 – Bairro de Fátima – Fortaleza / CE – 3032-8932



Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por DIEGO LIMA DE FARIA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 21/01/2014 às 13:54, sob o número 08334584220148060000. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abriConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0833458-42.2014.8.06.0001 e código 10D7C12.

Nº DO CLIENTE
1072724-8

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

coelce 10

Rua Padre Vazdeon, 130 - CEP 60110-000 Fortaleza - CE
CNPJ 07.041.251/0001-70 CGF da 105 845-2002
A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada
Lei nº 10.420, de 26 de abril de 2002.

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA I GRUPO B I SÉRIE B-4 I N° 302568282

Rota 15 01240 09 014500 - 7 Data de Emissão 21/05/2013

Nome LUCIA DE FATIMA MARREIRO CRUZ
End. Postal RU PLANALTO DO PICI 00480
PICI - FORTALEZA - 60000000

Medidor 5576860 Poste 1217 N95T
Classe RESIDENCIAL MONOFASICO Fator de Potência 0,00
RG / CPF / CNPJ 318516063-00 CGF

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência	Data da Apresentação	Prévia/Pré. Leitura
Mar/2013	21/05/2013	20/06/2013

INDICADORES DE CONTINUIDADE

Conjunto	PICI	ELSD 10,64
Mês	Mar/2013	
DICR=	0,00 P	

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Aliquota	Valor do Imposto
35,99	27,00%	9,71

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

FO1E.4EDF.01F4.9E3H.3171.FD6B.B048.A5C2

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Lit. Atual	Lit. Anterior	Conso.	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. Fac.	Tarifa (R\$ /kWh)	Valor (R\$)
20077	19999	1,00	78	0,00	78	0,46146	35,99
21-05-13	20/04/13		31 DIAS		78		35,99

DESCRIÇÃO

VALOR CONSUMO DO MES	35,99
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	2,69
BONUS ITAIPU ART. 21 DA LEI 10.438/2002	-6,75
DOACAO SANTA CASA FORT - TEL 85 3487 6671	25,00
DOACAO HOSP BATISTA - TEL 85 3194 7710 15/99	5,00

002018P71536026 18140902XXXXXX61,93 24/05/13

VENCIMENTO

05/06/2013

TOTAL A PAGAR (R\$)

61,93

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	14,67
Transmissão	9,81
Distribuição	5,26
Encargos Setoriais	1,56
Tributos (IPI e COFINS)...	11,96
TOTAL	35,99

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

109	78	86	106	125	113	106	164	125	109	116	97	94
M	A	A	M	A	A	M	A	A	M	A	M	A
2012	2013	2013	2013	2013	2013	2013	2013	2013	2013	2013	2013	2013

importante

A COELCE ASSEGURA E PARCELA-SE PELA PONTUALIDADE NOS SEUS PAGAMENTOS.

A ANEEL APROVOU UM HONDO REDUZIDO DE 3,92% NAS TARIFAS DA COELCE, APPLICADAS A PARTIR DE 22 DE ABRIL, CONFORME RESOLUÇÃO MONITORATÓRIA NÚM. 1516 DE 16 DE ABRIL DE 2013.

Consta desta fatura R\$ 0,25 referente a PIS e COFINS.

Imposto sobre a Renda de Pessoas Físicas - I.R.P.F. - R\$ 0,00

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Rivamaldo de Souza
 RG nº 05287736548, data de expedição 31/10/12 Órgão Detran CE
 CPF nº 643.092.213-91, venho perante a este instrumento declarar que não
 posso comprovar endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no
 endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de
 terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Plamalte do Pici</u>
Número	<u>480</u>
Apto / Complemento	<u>_____</u>
Bairro	<u>Pici</u>
Cidade	<u>Fortaleza</u>
Estado	<u>Ceará</u>
CEP	<u>60000-000</u>
Telefone de Contato	<u>(85) 8880.2209</u>
E-mail	<u>celiomar01984@gmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Fortaleza, 25 de julho de 2013

Assinatura do Declarante: RIVAMALDO DE SOUZA



**SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DO 10. DISTRITO POLICIAL**

fls. 12

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 110 - 6619 / 2013

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTES - OUTROS**

Data / Hora da Comunicação: **01/07/2013 13:35:56**

Data / Hora da Ocorrência : **22/06/2013 23:30:00**

Endereço da Ocorrência: **R. SANTO AMARO EM FRENTE AO N° 399
PLANALTO PICI FORTALEZA / CE**

Ponto de Referência: **IGREJA UNIVERSAL**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **RIVANILDO DE SOUSA**

Nascimento : **02/04/1982**

RG: **96027017111** Órgão Emissor: **SSP - UF: CE** - **CPF: 64789221391**

Filiação: **G. RIVANILDO DO SOUSA**

LUCIA DE FÁTIMA MARREIRO CRUZ

Endereço: **R. PLANALTO PICI 480**

PLANALTO PICI

FORTALEZA CE BRASIL

Telefone: **85-34962320**

Histórico

AFIRMA A NOTICIANTE QUE SEU FILHO RIVANILDO DE SOUSA, NO DIA, HORA E LOCAL SUPRACITADO, ESTAVA SOZINHO, CONDUZINDO A SUA MOTOCICLETA, HONDA/CG 125 FAN DE PLACA: OCC-6652/CE, QUANDO PERDEU O CONTROLE, APÓS SER "FECHADO" POR UM AUTOMÓVEL, VINDO A SE CHOCAR COM UM POSTE DE ILUMINAÇÃO PÚBLICA, MOMENTO QUE PERDEU A CONSCIÊNCIA; QUE AFIRMA QUE "RIVANILDO" FOI SOCORRIDO POR UM POPULAR QUE PASSAVA NO MOMENTO DO ACIDENTE, LEVADO INICIALMENTE AO HOSPITAL "FROTINHA DO ANTONIO BEZERRA", E POUCO DEPOIS ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL IF-CENTRO DEVIDO AS GRAVIDADES DAS LESÕES, ONDE VEIO A FICA INTERNADO DURANTE 5(CINCO) DIAS, VINDO A TER ALTA MÉDICA NO DIA 27/06/2013; E NADA MAIS DISSE X-X-X-X-X-X

Noticiante(s)

Nome : **LUCIA DE FÁTIMA MARREIRO CRUZ**

Endereço : **R. PLANALTO DO PICI 480**

Bairro : **PLANALTO PICI 60511330**

Município/UF : **FORTALEZA CE BRASIL** Telefone: **4962320**

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 10. DISTRITO POLICIAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

MATRÍCULA: 198206-1-0

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: *Lúcia de Fátima marreiro Cruz*

VISTO DO DELEGADO(A):

Ass. 050. Crisitno

Delegado

Ass. 10

DELEGACIA DO 10. DISTRITO POLICIAL

Pág.

Impresso em 03/07/2013 09:00

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Rivanildo de Souza, portador da carteira de identidade nº 05287736548 e inscrito no CPF/MF sob o nº 647092213-91, residente e domiciliado na Rua Planalto do Pici, 480 - Pici, Cidade Fortaleza, Estado Ceará, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Rivanildo de Souza

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Fortaleza, 25 de julho de 2013

Local e data

CADASTRO
DE PROCESSOVISUALIZAR
PROCESSOCADASTROS
GERAISARQUIVO
MORTO

VISUALIZAR PROCESSO

Processo da: <MATRIZ - CURITIBA>

Voltar

PROCESSO

Número do Sinistro 2013/620799 (TOTAL)

Vítima	RIVANILDO DE SOUSA	Filial	MATRIZ - CURITIBA
Data Cadastro	26/09/2013	Garantia	INVALIDEZ
Data Sinistro	22/06/2013	Data Recepção	26/09/2013
Analista	RODRIGO RAMINA	Categoria	09 - MOTO
Seguradora	excelsior - antonelli	Situação	PAGO

CORRETORA

Nome JOSE WILSON GOMES FARIAS Responsável FARIAS

PROCURADOR

Nome Email
Telefone CPF
Celular

ENVIO À SEGURADORA LÍDER

Data Envio 03/10/2013 Núm. Carta recall

BENEFICIÁRIOS / PAGAMENTOS

Data Pagto	Data Retorno	Beneficiário - CPF/CNPJ	Valor Indenização	Valor Peticionado	Diferença	Dados Bancários
23/10/2013	25/10/2013	RIVANILDO DE SOUSA (ESTORNO 5.062,50) 647.092.213-91	0,00	0,00	0,00	2 104/_1887/_ 485568/_
21/11/2013	22/11/2013	RIVANILDO DE SOUSA 647.092.213-91	5.062,50	13.500,00	-8.437,50	2 104/_1887/_ 485568/_

DOCUMENTOS

Data Solicitação	Data Repetição	Descrição
03/10/2013		seg lider ? Para ser realizada a reprogramação deste caso, é necessário anexar além do novo formulário de autorização de pagamento com os dados bancários corretos, qualquer outro documento comprobatório dos dados bancários, tais como: folha de cheque, extrato bancário, comprovante de transferência, comprovante de saldo (exclusivamente com os dados da conta e nome do beneficiário).
28/10/2013		
12/11/2013		Solicitado reprogramação de pagamento junto a Seguradora Lider.

GLOSSA OU RELATÓRIO

CARTA

Data Usuário
28/10/2013 AMANDA

HDEAM-Hospital Distrital Dr. Evandro Ayres de Moura
REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

PACIENTE RIVANILDO DE SOUSA		CNS 02/04/1982	IDADE 31a	DOCUMENTO Identid 0000000000000000
TELEFONE	SEXO 1 <input checked="" type="checkbox"/> MASC. 3 <input type="checkbox"/> FEM.	NATURALIDADE FORTALEZA	1 <input checked="" type="checkbox"/> SOLTEIRO 2 <input type="checkbox"/> CASADO 3 <input type="checkbox"/> VIÚVO 4 <input type="checkbox"/> OUTROS	
PAI GERANILDO DE SOUSA	MÃE LUCIA DE FATIMA MARREIRO CRUZ			
ENDEREÇO PLANALTO DO PICI, 480	BAIRRO PLANALTO PICI		CIDADE FORTALEZA	U.F. CE
EMERGÊNCIA I 1 <input type="checkbox"/> ADULTO 2 <input type="checkbox"/> PEDIÁTRIA 3 <input type="checkbox"/> TRAUMATOLOGIA 12 <input type="checkbox"/> OUTROS				
MOTIVO DO ATENDIMENTO	DATA DO ATENDIMENTO 23/06/2013			HORA 00:24
SADT - EXAMES COMPLEMENTARES				
1 <input type="checkbox"/> RAIO X 2 <input type="checkbox"/> ULTRASOM 3 <input type="checkbox"/> TOMOG. COMP. 4 <input type="checkbox"/> SANGUE 5 <input type="checkbox"/> URINA 6 <input type="checkbox"/> ECG	7 <input type="checkbox"/> OUTROS			

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: Dd, 1700g, menino, Wilson, reb.,
l. mts. (LACUNA: 13) AD. 1000g ADD: abn. v. v. Pne + epatites v. v.
CÓDIGO: 301010091 Dr. André Costa Matos Lima

PRESCRIÇÃO	ENFERMAGEM

OBSERVAÇÃO: (ATÉ 24 h)	<input type="checkbox"/>	DATA E HORA DA ALTA:		<input type="text"/>	<input type="text"/>			
PARA ÓBITO								
ANTES DO 1º SOCORRO	<input type="checkbox"/>	SIM	<input type="checkbox"/>	NÃO	DATA E HORA DO ÓBITO:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
DESTINO DO CORPO	1 <input type="checkbox"/>	ENTREGUE A FAMÍLIA		2 <input type="checkbox"/>	I M L	3 <input type="checkbox"/>	ANATOMIA PATOLÓGICA	

ASS. CARIMBO MÉDICO RESPONSÁVEL

ASS. PACIENTE OU RESPNSÁVEL



32555185

RESUMO DE ALTA

Nome: RIVANILDO DE SOUSA		Reg/Prontuário: 5220799
Data Nascimento: / /	Profissão:	Procedência:
Estado Civil:	Sexo: M	Naturalidade:
Clinica: Cirúrgicas GEME	Enfermaria: 18	Leito: 1801
Data/Hora Admissão: 23/06/13 às		Data e Hora Alta: às

1. Motivo de Alta:	2. Motivo de Permanência:	3. Transferência:
1.1. Curado 1.2. Melhorado 1.3. Inalterado 1.4. A pedido 1.5. Internado p/ diagnóstico 1.6. Administrativa 1.7. Por Indisciplina 1.8. Evasão 1.9. Compl. trat. ambulatorial	2.1. Por caract. próprias da doença 2.2. Por intercorrência do procedimento 2.3. Por motivo social 2.4. Por doença crônica 2.5. Por impossibilidade de vivência familiar 2.6. Outra internação (outro diagnóstico)	3.1. Tisiologia 3.2. Psiquiatria 3.3. Clínica Médica 3.4. Cirurgia 3.5. Obstetrícia 3.6. Berçário 3.7. Pediatria 3.8. Isolamento 3.9. Outros
4. Óbito COM Necrópsia:		5. Óbitos SEM Necrópsia:
4.1. <48h paciente internado em estado agônico 4.2. <48h Paciente NÃO Internado em estado agônico 4.3. Internado após 48 h 4.4. Óbito da parturiente com permanência do RN		5.1. <48h paciente internado em estado agônico 5.2. <48h paciente NÃO Internado em estado agônico 5.3. Internado após 48 h 5.4. Óbito da parturiente com permanência do RN

6. Alta por Reoperação:
6.1. Em politraumatizado com < 24 h da 1ª cirurgia 6.2. Em Politraumatizado com 24 a 48 h após a 1ª cirurgia 6.3. Em politraumatizado com 48 a 72 h após a 1ª cirurgia 6.4. Em politraumatizado com > 72 h após a 1ª cirurgia 6.5. Em cirurgia de emergência com < 24 h da 1ª cirurgia 6.6. Em cirurgia de emergência com 24 a 48 h após a 1ª cirurgia 6.7. Em cirurgia de emergência com 48 a 72 h após a 1ª cirurgia 6.8. Em cirurgia de emergência com > 72 h após a 1ª cirurgia 6.9. Em parturiente com permanência do RN.

RESUMO DA EVOLUÇÃO CLÍNICA:

Paciente viu de poucos (subente de 10 a 12 dias) em ambulatório
a ondas de febre com febre a 38°C e febre em 100%.

DIAGNÓSTICO INICIAL:

TERAPIAS E ACHADOS CIRÚRGICOS (Datas, Códigos dos Procedimentos, Achados):

- febre com febre a 38°C e febre em 100% em HT ①

À

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A

DECLARAÇÃO

Eu, Rivamido de Souza portador da carteira de identidade nº 05287736548 e inscrito no CPF sob o nº 647092213 - 91
 Residente e domiciliado na Rua Plomalto do Pici, 480 - Pici
 Cidade: Fortaleza, Estado CE, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar; PRONTUÁRIO COMPLETO INCLUÍNDO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, realizado no Hospital HDCAM
 Data da entrada: 23/06/13, Data da saída: 23/06/13.

Localizado em: Fortaleza

O hospital se nega a disponibilizar a Xerox do PRONTUÁRIO COMPLETO ONDE INFORMA TODOS OS PROCEDIMENTOS CIRURGICO REALIZADOS.

Por esse motivo venho através desta comunicar e solicitar e requerer indenização do Seguro Dpvat (Lei nº 6.194/74).

Com o objetivo de permitir o andamento do meu pedido de indenização do seguro Dpvat, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação enviada.

Concordo desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau, ou lesões para os fins do art.3º da Lei nº 6.194/74.

Rivamido de Souza

Assinatura do Declarante

Fortaleza, 25 de julho de 2013

Local e Data