

Studart & Lima

Advogados Associados

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

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

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 20 14.

RIUANILDO DE SOUSA
OUTORGANTE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL			
MINISTÉRIO DAS CIDADES			
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO			
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO			
NOME RIVANILDO DE SOUSA			
DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR DF		MTZ CE	
0775125			
CPF	DATA NASCIMENTO		
647.092.213-91	02/04/1982		
FILIAÇÃO			
GEORANILDO DE SOUZA			
LUCIA DE FATIMA			
MARREIRO CRUZ			
PERMISSÃO		ACC	CAT. VAL.
			A
Nº REGISTRO	VALIDADE	1ª HABILITAÇÃO	
05287736548	07/06/2016	26/08/2011	
OBSERVAÇÕES			
SEM OBSERVAÇÃO;			
<p><i>RIVANILDO DE SOUSA</i></p> <p>ASSINATURA DO PORTADOR</p>			
LOCAL	DATA EMISSÃO		
FORTALEZA, CE	31/10/2012		
<p><i>[Assinatura]</i></p> <p>FRANCISCO JULIO DAS CAVALCANTI</p> <p>ASSINATURA DO EMISSOR</p>		<p>20063856524</p> <p>CE132959496</p>	
DETRAN - CE (CEARA)			

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

631407646

PROIBIDO PLASTIFICAR

631407646

Nº DO CLIENTE

1072724-8

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

coelce 115-10

Rua Padre Vitorino, 132 - CEP 60115-040 - Fortaleza-CE
CNPJ: 07.047.251/0001-70 - CGF 05.105.849-3
A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela
Lei nº 10.430, de 26 de abril de 2002

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA | GRUPO B | SÉRIE B-4 | 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 M95T

Classe RESIDENCIAL MONOFASICO

Fator de Potência 0,00

RG / CPF / CNPJ 318516063-00

CGF

Nome do Responsável

DATAS

Ativ. de Referência Mai/2013 Data da Apresentação 21/05/2013 Previsão Próx. Leitura 20/06/2013

INDICADORES DE CONTINUIDADE

Conjunto PICI
Mês Mar/2013 EUSD 18,04
DICRI = 0,00 P

ICMS

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

Padrão Individual Apuração Individual
Mensal Trím. Anual Mensal Trím. Anual
DIC 5,19 10,38 20,77 1,80 1,80 1,80
FIC 3,23 6,47 12,95 1,00 1,00 1,00
DMIC 2,94 1,80

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

FONE. 400F.01F4.9E34.3171.F0E6.B040.A5C2

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

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

DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)
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

1082018P71534026 18140902XXXXXX61.93 US 24/05/13

VENCIMENTO

05/06/2013

TOTAL A PAGAR (R\$)

61,93

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	14,87
Transmissão	9,81
Distribuição	9,77
Encargos Setoriais	1,56
Tributos (IPI, PIS, 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
-----	----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	----	----

importante

A COELCE AGRADECE E PARABENIZA PELA PONTUALIDADE NOS SEUS PAGAMENTOS.

A ANEL APROVOU UM AUMENTO MÉDIO DE 3,92% DAS TARIFAS DA COELCE, APLICADAS A PARTIR DE 22 DE ABRIL, CONFORME RESOLUÇÃO NORMATIVA NUN. 1516 DE 16 DE ABRIL DE 2013.

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

Emissão: 21/05/2013 14:00h - Impressão: 21/05/2013 14:00h - Página 1 de 1

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Rivanildo de Souza
 RG nº 05287736548, data de expedição 31/10/12 Órgão Detran CE
 CPF nº 647092213-91, venho perante a este instrumento declarar que não
 possuo comprovante de 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 Plamatto do Pici</u>
Número	<u>480</u>
Apto / Complemento	<u>_____</u>
Bairro	<u>Pici</u>
Cidade	<u>Fortaleza</u>
Estado	<u>Ceara</u>
CEP	<u>60000-000</u>
Telefone de Contato	<u>(85) 8880. 2209</u>
E-mail	<u>celiameraiis1984@gmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Fortaleza, 25 de julho de 2013

Assinatura do Declarante: RIVANILDO DE SOUSA



SECRETARIA DA SEGURANCA PUBLICA E DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL
DELEGACIA DO 10. DISTRITO POLICIAL

fls. 12

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 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 Nº 390

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: 64709221391

Filiação: GEORANILDO DE SOUZA

LUCIA DE FATIMA 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 UF-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:

VISTO DO DELEGADO(A):

Delegado

Delegado

Delegado

DELEGACIA DO 10. DISTRITO POLICIAL

Pág. 1

Impresso em: 03/07/2013 09:00

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por DIEGO LIMA DE FARIAS e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 21/01/2014 às 13:54, sob o número 08334584220148060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0833458-42.2014.8.06.0001 e código 10D7C12.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Rivanildo de Sousa, portador da carteira de identidade nº 03287736548 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 SOUSA

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 - antoneli	Situação	PAGO

CORRETORA

Nome	JOSE WILSON GOMES FARIAS	Responsável	FARIAS
------	--------------------------	-------------	--------

PROCURADOR

Nome	Email
Telefone	CPF
Celular	

ENVIO À SEGURADORA LÍDER

Data Envio	Mutu Carta
03/10/2013	recall

BENEFICIÁRIOS / PAGAMENTOS

Data Pagto	Data Rateio	Beneficiário - CPF/CNPJ	Valor Indenização	Valor Pleiteado	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 Recepção	Descrição
03/10/2013		seg lider
26/10/2013		? 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).
12/11/2013		Solicitado reprogramação de pagamento junto a Seguradora Líder.

GLOSA OU RELATÓRIO**CARTA**

Data	Usuário
28/10/2013	AMANDA

TRAUMATO NOTURNO
49

REGISTRO N°
13.059263

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: *Ad. / 400 mg/ml. Infusão. 13.*

AD. 100 mg. AD. 100 mg. AD. 100 mg. AD. 100 mg.

CÓDIGO: *30101072.*

Dr. André Costa Matos Lima
ASSINATURA (BRASIL) DO MÉDICO

DATA / HORA / CONSULTAS ESPECIALIZADAS E PROCEDIMENTOS		CRM - 10095	
<p>CRM - 10095 PER NASCIMENTO + TRATAMENTO +</p> <p>DIAGNÓSTICO DE DOENÇA + TRATAMENTO +</p> <p>TRATAMENTO DE DOENÇA</p>			
CÓDIGO	041204016-6	<p>Jr. André Costa Matos Lima</p> <p>Assinatura do Médico</p> <p>CRM - 10095</p>	<p>23/06/13</p> <p>DATA</p>
			<p>06</p> <p>HORA</p>
CÓDIGO		ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO	DATA
			HORA

PRESCRIÇÃO	ENFERMAGEM

OBSERVAÇÃO: (ATÉ 24 h) ☐

DATA E HORA DA ALTA : | | |

PARA ÓBITO

ANTES DO 1º SOCORRO ☐ SIM ☐ NÃO

DATA E HORA DO ÓBITO:

DESTINO DO CORPO 1 ☐ ENTREGUE A FAMÍLIA 2 ☐ I M L 3 ☐ ANATOMIA PATOLÓGICA

ASS. CARIMBO MÉDICO RESPONSÁVEL

ASS. PACIENTE DO RESPONSÁVEL



INSTITUTO Dr. JOSÉ FROTA
"24 horas de proteção à vida"

RETORNO NO PRONTO-SO
DE CARIÓTIPO EM 15 DIAS
MONITORIA SPA 32555185



Fortaleza 4

fls. 16

RESUMO DE ALTA

Nome: RIVANILDO DE SOUSA		Reg/Prontuário: 5220799
Data Nascimento: / /	Profissão:	Procedência:
Estado Civil:	Sexo: M	Naturalidade:
Clínica: UNIMED GEMIL	Enfermaria: 18	Leito: 1801
Data/Hora Admissão: 23/06/13 às		Data e Hora Alta: às
1. Motivo de Alta: 1.1. Curado <u>1.2. Melhorado</u> 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. Motivo de Permanência: <u>2.1. Por caract. próprias da doença</u> 2.2. Por Intercorrência do procedimento 2.3. Por motivo social 2.4. Por doença crônica 2.5. Por impossib de vivência familiar 2.6. Outra internação (outro diagnóstico)	3. Transferência: 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: 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. Óbitos SEM Necrópsia: 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 VITIM DE POLITRAUMAS (ACIDENTE DE MOTOCICLETA) EM QUEM A DRENAGEM COM FÍSTULA A @ EVOLUINDO BEM NO PÓS-OPERATÓRIO.		
DIAGNÓSTICO INICIAL: FÍSTULA ARCO COSTAL EM HTD.		
TERAPIAS E ACHADOS CIRÚRGICOS (Datas, Códigos dos Procedimentos, Achados): - RESUMO DRENAGEM COM FÍSTULA EM SEW D'OLIVA EM HTD @		

À

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A

DECLARAÇÃO

Eu, Rivanildo de Sousa 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 INCLUÍDO
PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, realizado no Hospital HIDRAM
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 Dp vat (Lei nº 6.194/74).

Com o objetivo de permitir o andamento do meu pedido de indenização do seguro
Dp vat, 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.

RIVANILDO DE SOUSA

Assinatura do Declarante

Fortaleza, 25 de julho de 2013

Local e Data