



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Clinia Maria de Lima
Brasileira, estado civil solteira, profissão Agri-
cultora, portadora do RG 1977813/90, órgão
expedidor SSP-CE, CPF: 524.828.203-91, com
endereço Sítio pedagógico nº 16, zona rural
Cidade de Repartimento, Pernambuco.

OUTORGADO: Dr. ANTONIO RUBENS LIMA DE SOUSA, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na Ordem dos Advogados do Brasil, Seção do Ceará, OAB/CE 29.284, endereço eletrônico e-mail: rubenslima111@hotmail.com e endereço profissional na Av. Dr. Wilson Pinheiro, nº 462, Centro, CEP.: 63.635-000, Milhã-Ceará.

PODERES: Os contidos na cláusula "ad judicium" especificamente para propor ação, atuando em qualquer instância ou tribunal, na defesa do interesse do(a) outorgante, contestando, ajuizando, reconvidando, atuando como terceiro interessado ou oponente, inclusive representando-o extrajudicialmente, requerendo documentos junto aos órgãos administrativos e propondo medidas preventivas ou acauteladoras de seus interesses, substabelecer com ou sem reserva os poderes ora outorgados, procedendo, enfim, da maneira que se fizer necessária ao bom e fiel cumprimento do presente mandato.

PODERES ESPECÍFICOS: A presente procuração outorgada aos advogados acima descritos, 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 NCPC/2015.

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

DECLARAÇÃO: O(a)s outorgante(s) DECLARA(M), para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que não tem condições de arcar com as despesas inerentes à presente ação, sem prejuízo de seu sustento e de sua família, necessitando, portanto, da gratuidade judiciária, indicando como seu(s) advogado(s) o(s) outorgado(s) acima nomeado(s), nos termos do § 4º, do artigo 5º, da Lei 1.060/50.

Colonoépele /CE, *29* de *fevereiro* de *2020*.

Clinia Maria de Lima
 OUTORGANTE

CONTRATO DE HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS**1. PARTES**

Elisvia Maria de Lima
 brasileiro (a), estado civil solteira, profissão agricultora, portador (a)
 do RG nº 1977811190, Órgão Expedidor SSP-CE, CPF nº
524.828.203-91, com endereço Sítio pelo Sinal
 nº 16, bairro Zona Rural, Cidade Dep. Japuan Pinheiro doravante
 denominado de **CONTRATANTE** e de outro lado o **Dr. ANTONIO RUBENS LIMA DE SOUSA**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito
 na OAB/CE 29.284, com endereço profissional à Av. Dr. Wilson Pinheiro, nº 462, CEP.: 63.635-000, Centro, Milhã-Ceará e o **Dr.**
CARLOS BOLÍVAR PONTES PIMENTEL, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/CE 16.825, com endereço profissional à
 Rua Pedro Teles de Menezes 133, Bairro: Duque de Caxias, CEP: 63.800-000. Quixeramobim-CE, aqui denominados de
CONTRATADOS.

2. FINALIDADE DO CONTRATO: O(A) CONTRATANTE contrata os serviços do(s) CONTRATADO(S), para que este(s) ajuíze ação
 de cobrança referente ao seguro DPVAT, no Juizado Especial Cível Estadual bem como ação previdenciária em face do INSS.

3. DESEMPENHO DO MANDATO: A CONTRATADA postulará em todas as instâncias, através de recursos adequados para o fiel
 cumprimento do mandato outorgado pelo(a) CONTRATANTE.

4. HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS:

4.1. O(a) CONTRATANTE pagará aos CONTRATADOS, a título de honorários advocatícios, o valor de 30% (trinta por cento) sobre
 todos os valores recebidos judicial ou administrativamente pelo(a) CONTRATANTE em decorrência da ação proposta. Porém, nas
 ações previdenciárias, quando os valores recebidos pelo CONTRATANTE forem inferiores a R\$ 9.000,00 (nove mil reais), este
 deverá pagar a títulos de honorários o valor de R\$ 3.000,00 (três mil reais), salvo auxílio maternidade.

4.2. Caso o(a) CONTRATANTE tenha seu benefício concedido administrativamente após o ajuizamento da ação, haverá a cobrança
 da integralidade dos honorários aqui pactuados.

4.3. Havendo acordo entre o(a) contratante e a parte contrária, não restará prejudicado o recebimento dos honorários contratados.

4.4. No caso de desistência do processo antes da sentença ou ausência injustificada em audiência, o contratante se compromete a
 pagar a título de honorários advocatícios, pelo trabalho já então realizado, a importância fixa de 01 (um) salário, salvo se for ajuizar
 novo processo após a prolação de sentença, representado pela contratada.

4.5. No caso de desistência do processo após prolação da sentença, o contratante fica obrigado a pagar os honorários advocatícios
 na sua integralidade.

4.6. O (a) CONTRATANTE autoriza, expressamente, o desconto dos valores aqui contratados quando da expedição da RPV,
 precatório, alvará ou depósito decorrente da ação proposta.

4.7. As partes estabelecem que havendo atraso no pagamento dos honorários serão cobrados juros de mora na proporção de 1%
 (um por cento) ao mês, além de correção monetária.

4.8. Os honorários de sucumbência eventualmente estipulados pelo Juiz ou Tribunal em favor do representante jurídico é verba
 pertencente a este entrará no cálculo dos honorários acima apontados.

5. CLÁUSULA DE RISCO: Em caso de insucesso da ação proposta, o/a CONTRATANTE não desembolsará quaisquer valores a(o)
 CONTRATADO, inclusive os gastos havidos com demanda.

6. RESCISÃO: Agindo o CONTRATANTE de forma dolosa ou culposa em face do(a) CONTRATADO(a), restará facultado a este,
 rescindir o contrato, substabelecendo sem reservas de iguais poderes e se exonerando de todas as obrigações.

7. FORO: As partes desde já elegem o Foro da Comarca de Milhã para dirimir quaisquer litígios acerca do presente contrato, por
 mais privilegiado que seja qualquer outro.

E por estarem assim, justos e contratados, assinam o presente instrumento em duas vias para que possa produzir seus jurídicos
 efeitos legais.

Gobonçalves, em 24 de fevereiro de 20 20.
Elisvia Maria de Lima
 CONTRATANTE CONTRATADO - OAB/CE 29.284

TESTEMUNHAS: 1. _____ CPF _____
 2. _____ CPF _____

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Elvina Maria de Lima, brasileiro(a),
 estado civil Solteira, profissão Agricultora,
 natural de Solonopole, estado Ceará,
 nascido aos 08/08/1974, filho de Antonio Aldeci de
Lima e Maria Alves de Oliveira,
 portador(a) do RG nº 1977811/90 Órgão Expedidor
SSP-CE, CPF nº 524.828.203-91, **DECLARO** conforme
 artigo 1º, da Lei 7.115/83, que resido no seguinte endereço:
Sítio pelo Simil
Zona rural
Deputado Prapuan Pinheiro.

DECLARO ainda ser conhecedor das sanções civis, administrativas e
 criminais a que estarei sujeito, caso o quanto aqui declarei não porte
 estritamente a verdade.

Solonopole - CE., 24 de Janeiro de 20 20.

Elvina Maria de Lima
DECLARANTE

MINISTRO 3180155806 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA CLENIA MARIA DE LIMA
COBERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO LIBIA
CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME
BENEFICIÁRIO CLENIA MARIA DE LIMA
CPF/CNPJ: 52482820391

Posição em 28-02-2019 08:37:20

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento. (abaixo será creditado na conta que você indicou no formulário de autorização de pagamento. O prazo para o banco confirmar o pagamento é de até 5 dias. Caso não identifique o valor em sua conta após esse período, volte a acompanhar o processo aqui no site.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
08/06/2018	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50

Dr. Fernando Higor Fayad Fernandes Vieira

Médico CRM 12721

Praça da Juventude S/M Senador Pompeu - Ce

LAUDO MÉDICO

NOME: Cleusa Maria de Lima

Leito para os membros para junto ao DPOBT que a
paciente acionou durante, foi vítima de acidente
de motocicleta com trauma em membro superior
esquerdo com edema local que foi submetida
a tratamento clínico com medicação com compressas de
fórmula genérica pelo período de 10 dias e
uso de AINES. Recebendo alta definitiva mesmo
após estar apresentando com um quadro normal
de membros

(11) 562-8

Senador Pompeu 18/05/18

Dr. Fernando Higor Fayad F. Vieira
CREMEC 12721
MÉDICO

Dr. Fernando Higor

CRM: 12721



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE SENADOR POMPEU



BOLETIM DE Ocorrência N° 551 - 171 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **08/02/2018 08:38:33**
Data / Hora da Ocorrência: **31/01/2018 06:30:00**
Endereço da Ocorrência: **SITIO PELO SINAL**
Complemento:
Bairro: **ZONA RURAL** Município: **DEPUTADO IRAPUAN PINHEIRO/CE**
Ponto de Referência:

Noticiante(s)

Nome: **CLENIA MARIA DE LIMA**
Nascimento: **08/08/1974** CPF: **524.828.203-91** UF: **CE**
RG: **197781190** Orgão Emissor: **SSP**
Filiação: **MARIA ALVES DE OLIVEIRA**
ANTONIO ALDADI DE LIMA
Endereço: **SITIO PELO SINAL** CEP:
Bairro: **ZONA RURAL** Telefone:
Município: **DEPUTADO IRAPUAN PINHEIRO/CE**
País: **BRASIL**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **MCQ2379** Uf: **CE** Município: **SOLONOPOLE** Chassi:
9C2KC08507R012568 Renavam: **900863080** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CG 150 TITAN ES** Ano
Fabricação: **2006** Ano Modelo: **2007** Combustível: **GASOLINA** Cor:
PRATA Proprietário: **FRANCISCO ATAÍDO DE OLIVEIRA** Situação:
NÃO INFORMADO Envolvimento: **NORMAL**

Histórico

Compareceu a noticiante para informar acidente de trânsito para fins de receber seguro DPVAT; advertido das penas cominadas ao falso testemunho, denúncia caluniosa e comunicação falsa de crime ou contravenção, afirma que estava conduzindo o veículo acima descrito quando, repentinamente tentou desviar de um buraco, todavia não conseguiu e a moto caiu sobre seu braço. Depois de uns 10 (dez) minutos seu vizinho apareceu e tirou a moto; que foi levada para o Hospital Municipal de Deputado Irapuan Pinheiro; Que, no dia seguinte, foi encaminhada para o Hospital Regional de Iguatu, conforme documentação comprobatória apresentada; Que apresenta como testemunhas, a senhora Solangia Maria de Lima Alves e o Senhor José Amilton de Oliveira. E nada mais disse, nem lhe foi perguntado, dando por encerrada a presente ocorrência, que depois de lido e achado conforme, vai devidamente assinado.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE SENADOR POMPEU

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

ZAQUEU ALVES DAMASCENO - MAT.: 30112415



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE SENADOR POMPEU



BOLETIM DE Ocorrência N° 551 - 171 / 2018

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Elina Maria Lilianna

VISTO DO DELEGADO(A) :

JOSÉ WILLIAM SOARES LOPES - MAT.: 30117417

RODA DO ATO DECLARATIVO

OCORRÊNCIA Nº

05

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS
Prefeitura Municipal de Dep.
Irapuan Pinheiro - Ceará
Adm.: A FORÇA QUE VEM DO POVO
Secretaria Municipal de Saúde



Nome do Paciente

D.N. 11

CLENIA MARIA DE LIMA

D.N. 08/08/74

U.S.:

Unidade de Emergência HUSB	Idade 42	Cor P	Sexo F	Estado Civil CASADA	Naturalidade SOLANOPOLE	Nas. B
Residência SIL PELLO SINAL						Telefone

Nome	Telefone
------	----------

Residência	Atendimento	Data	Hora
------------	-------------	------	------

O paciente chegou ao hospital

☐ Andamento	☐ Regular
☐ De Automóvel	☐ Passando Mal
☐ Ambulância	☐ Comatoso
☐ Aparentemente bem	☐ Com Hemorragia

Queixa Principal e Resumo da Doença Atual

Acidente motorista (carro) ocorrido
com impacto + colisão em punho E.

DADOS CLÍNICOS

PRESSÃO ARTERIAL		PULSO	TEMPERATURA	
MAX.	MIN.		AUXILIAR	RETAL
90	70			

TRATAMENTO:

1. Imapine.

2. Aspirina 100mg.

DIAGNOSTICO

Cartão de Ocorrência Notícia e Registro

A presente cópia confere com o original.

Dou fé.

05 de 02 de 18

Dep. Irupuan Pinheiro-Ce

Em testemunho da verdade.

☐ Antonio Erlene Gantas Pinheiro
Titular Interina

☐ Antonio Rocio Gonçalves da Silva
Escrivão Substituto



DESTINO DADO AO PACIENTE

☐ Residência	☐ Internado
☐ Em Observação	☐ Transferido
☐ Encaminhamento ao Ambulatório	
☐ Óbito às _____ horas após a chegada A.U.E.	
☐ Óbito sem Responsável	

Exames Complementares

RX Punho E

Diagnóstico Definitivo

Ass. do Médico

Ass. Do paciente ou Responsável

BOLETIM DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA HOSPITALAR

Arte gráfica (88) 9 8836-4162



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interdita com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Elenir Maria de Lima

CPF da Vítima

524.828.203-91

Data do Acidente

31/01/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência 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 da 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Depoimento Rubens 28 de MARÇO de 2018

Local e Data

Elina Maria de Lima

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALL001 V001/2017

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Francisco Atauldo de Oliveira,
 RG nº 34479052002, data de expedição 04/08/05,
 Órgão SSP-CE, portador do CPF nº 001.814.243-55, com
 domicílio na cidade de Solomonópolis, no Estado de
Ceará, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Sítio pelo Sinal, nº 10,
 complemento 2. Rua, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
 mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
 vítima Cláudia Maria de Lima cujo o condutor era
Cláudia Maria de Lima.
 Veículo: motor elétrico
 Modelo: Honda/CG 150 Titan/ES
 Ano: 2006/2007
 Placa: MCQ2379/CE
 Chassi: 9C2HC08507A012568
 Data do Acidente: 31/01/2018
 Local e Data: Deposito Rodovia Pindamon - 20/03/18

Francisco Atauldo de Oliveira [CARTÓRIO DE OFÍCIO NOTAS E REGISTROS]
 Assinatura do Declarante

Cláudia Maria de Lima [CARTÓRIO DE OFÍCIO NOTAS E REGISTROS]
 Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



Eu conheço por autenticidade (x) a semelhança () as assinaturas de
Francisco Atauldo de Oliveira
Cláudia Maria de Lima
Maria da Silva
 Data 18. Dep. Insper Pindamon - 20/03/18
 () Antonio Carlos de Sousa - Titular Interino
 () Antonio Carlos de Sousa - Esc. Substituto
 VÁLIDO SOMENTE COM SELLO DE AUTENTICIDADE

OCORRÊNCIA Nº 05							
 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS Prefeitura Municipal de Dep. Irupuan Pinheiro - Ceará Adm.: A FORÇA QUE VEM DO POVO Secretaria Municipal de Saúde				 Nome do Paciente CLENIA MARIA DE LIMA D.N. <u>1 1</u> U.S. <u>08/08/74</u>			
Unidade de Emergência	Idade	Cor	Sexo	Estado Civil	Naturalidade	Nas.	
HUSB	42	P	F	CASADA	SELVAPOLIS		
Residência						Telefone	
ST. PELO SINAL							
Nome						Telefone	
Residência							
O paciente chegou ao hospital				Atendimento		Data	
☐ Andamento ☐ Regular ☐ De Automóvel ☐ Passando Mal ☐ Ambulância ☐ Comatoso ☐ Aparentemente bem ☐ Com Hemorragia				☐ Acidente de Trabalho Local		31/01/18 07:51	
Queixa Principal e Resumo da Doença Atual							
Acidente automobilístico ocorrido dos membros + coluna em parte B.							
DADOS CLINICOS				DIAGNOSTICO			
PRESSÃO ARTERIAL		PULSO	TEMPERATURA				
MAX.	MIN.		AUXILIAR	RETAL			
TRATAMENTO: 1 - Imapin 2 - Atorvan 175, 1h							
DESTINO DADO AO PACIENTE				Exames Complementares			
☐ Residência ☐ Internado ☐ Em Observação ☐ Transferido ☐ Encaminhamento ao Ambulatório ☐ Óbito às _____ horas após a chegada A.U.E. ☐ Óbito sem Responsável				Exames Complementares RX Pulmão E			
Ass. do paciente ou Responsável				Diagnóstico Definitivo			
Ass. do paciente ou Responsável				Ass. do Médico			

Irapuan Pinheiro

Secretaria Municipal da Saúde de
Dep. Irapuan Pinheiro

entregue a esta unidade
para retomar com a 1ª via a unidade de
Origem.

FICHA DE REFERÊNCIA Edição 2009-2012

Local de Origem: HOSPITAL MUNICIPAL SÃO BERNARDO Município: DEPTADO IRAPUAN PINHEIRO
RES: 189 Micro região: IGUATH Prontuário Nº: _____
Nome: CLEIA MARIA DE LIMA Ocupação: AGRICULTORA
Sexo: M ☐ F ☒ Data de Nascimento: 08/08/1974 Bairro: _____ Tel: _____
Endereço: STIO PELO SINAL

Motivo do Encaminhamento: paciente com história de fratura de
braço direito encaminhamento
Resultado de Exames: _____

Conduta já realizada: _____
Impressão Diagnóstica: fratura fechada punho (55%)
Assinatura do Encaminhante: Dra. Lara Soares Duarte Função: médica Data: 05/02/18 Hora: _____
Nº Registro: 134

AGENDAMENTO
Encaminhamento para atendimento: Ambulatorial ☐ Hospitalar ☒ Auxílio Diagnóstico ☐
Procedimento: _____ Profissional: _____ Hora: _____
Unidade de Referência: _____ Data: _____

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA
Unidade de Referência: _____ Prontuário Nº: _____ Alta: 1 / 1
Município: _____

Resumo Clínico/Cirúrgico: _____

Resultado de Exames: _____
Diagnóstico Principal: _____ CID: _____
Secundário 1: _____ CID: _____
Secundário 2: _____ CID: _____
Conduta Realizada: _____

Proposta de Conduta para Seguimento: _____

O problema justificou a referência? Sim ☐ Não ☐ O motivo da referência coincide com o diagnóstico? Sim ☐ Não ☐
Assinatura do Encaminhante - Nº Registro: _____ Função: _____ Data: _____ Hora: _____



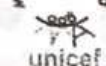
Governo Municipal
Irupuan Pinheiro



SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS

Secretaria Municipal da Saúde de

Dep. Irupuan Pinheiro



Edição 2009-2012

1. Preencher esta ficha em 3 vias
2. Ao terminar a consulta ou treinamento, entregar 2 vias ao usuário, orientando-o para retornar com a 1ª via à unidade de Origem.

FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem: HOSPITAL MUNICIPAL SÃO BERNARDO
CRES: 189 Micro região: IGUATH Município: DEPUTADO IRUPUAN PINHEIRO

Nome: CIENTA MARIA DE LIMA Prontuário Nº: _____
Sexo: M ☐ F ☒ Data de Nascimento: 08/08/1974 Ocupação: AGRICULTORA
Endereço: SITIO PELO SINAL Bairro: _____ Tel: _____

Motivo do Encaminhamento: Paciente com história de fratura em punho F. Direita. Encaminhamento.
Resultado de Exames: _____

Conduta já realizada: _____

Impressão Diagnóstica: Fratura fechada punho F. (SSE)
Assinatura do Encaminhante: Dra. Lara Soares Duarte Função: médica Data: 05.02.18 Hora: _____

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: Ambulatorial ☐ Hospitalar ☒ Auxílio Diagnóstico ☐
Procedimento: Acompanhamento Profissional: ortopedista
Unidade de Referência: _____ Data: ____/____/____ Hora: _____

FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA

Unidade de Referência: _____ Prontuário Nº: _____ Alta: ____/____/____
Município: _____

Resumo Clínico/Cirúrgico

Resultado de Exames: _____

Diagnóstico: Principal _____ CID: _____
Secundário 1 _____ CID: _____
Secundário 2 _____ CID: _____

Conduta Realizada: _____

Proposta de Conduta para Seguimento _____

O problema justificou a referência? Sim ☐ Não ☐ O motivo da referência coincide com o diagnóstico? Sim ☐ Não ☐

DATA	CONTROLE DE EXAMES REALIZADOS



**HOSPITAL
REGIONAL**

DE IGUATU
Dr. Manoel Batista de Oliveira

CARTÃO DE RETORNO TRAUMATOLOGIA

Nome: Clarice M. de Lima

Código Paciente: 012694

Rua Edílson de Melo Távora, S/N - Esplanada
Fone: (88) 3581-1250

DATA	HORA	CONSULTAS AGENDADAS SERVIÇOS	NOME DO PROFISSIONAL
1-2-18	8:42	Ex. de joelho	Dr. B. A.
21-2-18			

OBSERVAÇÃO

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS
Prefeitura Municipal de São
Irapuan Pinheiro - Ceará
Assim A Força Que Vem do povo
Secretaria Municipal de Saúde

Nome Glória Maria de Lima
Sobrito

Radiação elétrica!
pública E

Dra. Lara Soares Duarte
Médica
CREMESP 17.134

Data 05/08/18



Governo Municipal
Irapuan Pinheiro



SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS

Secretaria Municipal da Saúde de
Dep. Irupuan Pinheiro



Edição 2009-2012

1. Preencher esta ficha em 3 vias
2. Ao terminar a consulta ou treinamento entregar 2 vias ao usuário orientando-o para retornar com a 1ª via a unidade de Origem.

FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem: HOSPITAL MUNICIPAL SÃO BERNARDO
CRES: 143 Micro região: IGUATU Município: DEPUTADO IRAPUAN PINHEIRO

Nome: LENIA MARTA DE LIMA Prontuário Nº _____
Sexo: M ☐ F ☒ Data de Nascimento: 08/08/1974 Ocupação: AGRICULTORA
Endereço: SITIO PE' O SINAI Bairro: _____ Tel: _____

Motivo do Encaminhamento: _____
Resultado de Exames: _____
Conduta já realizada: _____
Impressão Diagnóstica: _____
Assinatura do Encaminhante: Dra. Lara Soares Duarte Nº Registro: 134 Função: _____ Data: _____ Hora: _____

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: Ambulatorial ☐ Hospitalar ☒ Auxílio Diagnóstico ☐
Procedimento: _____ Profissional: _____
Unidade de Referência: _____ Data: _____ Hora: _____

FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA

Unidade de Referência: _____
Município: _____ Prontuário Nº: _____ Alta: _____

Resumo Clínico/Cirúrgico: _____
Resultado de Exames: _____
Diagnóstico Principal: _____
Secundário 1: _____ CID: _____
Secundário 2: _____ CID: _____
Conduta Realizada: _____ CID: _____
Proposta de Conduta para Seguimento: _____
O problema justificou a referência? Sim ☐ Não ☐ O motivo da referência coincide com o diagnóstico? Sim ☐ Não ☐



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Pref. Municipal de Dep. Irapuan Pinheiro
HOSPITAL MUNICIPAL SÃO BERNARDO



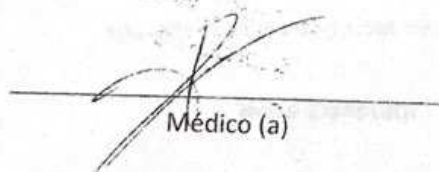
Edição 2009/2012

Para o Sr (a):

Wesley Rosal de L. da**ATESTADO**

Atesto para os devidos fins que o (a) paciente acima identificado
submeteu-se a consulta médica nesta data,
necessitando ausentar-se de suas atividades por 30
30 dia (s).

Dep. Irapuan Pinheiro, 31 de Março de 2018.


Médico (a)

Hospital Municipal São Bernardo de Dep. Irapuan Pinheiro
Rua Candido Borges, s/n - Centro - Dep. Irapuan Pinheiro Tel- (88) 3569-
1259/1140.
site: www.irapuanpinheiro.ce.gov.br

**COMPROVANTE DE SITUAÇÃO
CADASTRAL NO CPF****MINISTÉRIO DA FAZENDA**

Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **524.828.203-91**Nome: **CLENIA MARIA DE LIMA**Data Nascimento: **08/08/1974**Situação Cadastral: **REGULAR**Data de Inscrição no CPF: **15/12/1992**Dígito Verificador: **00**Comprovante emitido às: **16:44:17** do dia **21/02/2018** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **506E.6619.16AF.718F**

Aprovado pela IN/RFB no 1.548, de 13/02/2015.

Nova Consulta

[illegible]

CENP 013869027400		BILHETE DE SEGURO DPVAT	
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA WWW.SEGURADORALIDER.COM.BR SAC DPVAT 0800 022 1204			
VIA 01	OPF / ONFI 00181424355	EXERCÍCIO 2012	DATA EMISSÃO 01/12/2017
RENAVAM 00900863080	MARCA / MODELO HONDA / CG 150 TITAN E	PLACA MDC2379	
ANO FAB. 2006	NR CHASSI 9C2KCB08507R01256B		
PRÊMIO TARIFÁRIO		CUSTO DO SEGURO (R\$)	
R\$ (R\$) 81,29	DESETRAN (R\$) 5,03	90,33	
COSTO DO BILHETE (R\$)		TAXA ATRIBUÍDO PELO SEGURO (R\$)	
4,18		185,50	
☒ COTA ÚNICA		DATA DE QUITAÇÃO	
		28/11/2017	
SEGURADORA LÍDER - DPVAT CNPJ 08.545.882/0001-04			
CANINDÉ		03150	

013869027400
RECIBO CE N°

RECEBI O CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENÇA.

Q2150
MUG2379
GOD TEMNAM
00900863080
160879 03299

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
FRANCISCO ATAÍDO DE OLIVEIRA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
 34479052000 SSP CE

CNP
 001.614.243-55

DATA NASCIMENTO
 05/01/1984

FUNÇÃO
 ANTONIO IREUTO DE OLIVEIRA
 MARIA CLEOCINEIDE DE OLIVEIRA

PROFISSÃO
 [] [] []

AC
 [] [] []

CAENAS
 AB

Nº REGISTRO
 03653144700

VALIDADE
 06/03/2020

1ª REGISTRAÇÃO
 04/08/2005

OBSERVAÇÕES
 SEM OBSERVAÇÃO;

Francisco Ataído de Oliveira
 ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
 IGUAU, CE

DATA EMISSÃO
 13/03/2015

[Assinatura]
 ASSINATURA DO EMISOR

31501487848
CE146516877

DETRAN-CE (CEARA)

VÁLIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
1084566699

PROIBIDO PLASTIFICAR
1084566699

Proprietário do Veículo

5214945-5

Para aplicar seu atendimento, utilize o nr acima sempre que entrar em contato conosco.

A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002

Compensação Energética do Ceará

Rua Pedro Valdeir, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07042251/0001-70 | CGF 06.105.648-3

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 501947966

Rota 35 14051 01 051100 - 7 Data de Emissão 22/11/2017

Nome FRANCISCO ATAÍDO DE OLIVEIRA

End. Postal ST PELO SINAL 00010
DT ASSUNÇÃO - SOLONÓPOLE - 63620000

Medidor 67748 Poste 0000 A13W

Classe 04-RURAL MONOFÁSICO Fator de Potência 0,00

RG / CPF / CNPJ 001814243-55 CGF

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência	Data de Apresentação	Previsão Próxima Leitura
Nov/2017	22/11/2017	21/12/2017

ÍNDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto	Mês	Valor
SUBSTITUIÇÃO	Nov/2017	17,00

APURAÇÃO INDIVIDUAL

Mensal	Trim.	Anual	Apuração Individual		
			Mensal	Trim.	Anual
10,72	31,45	10,92	2,95	2,95	0,00
7,05	21,15	21,23	1,00	1,00	0,00
DMIC 5,78			2,95		

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

ACFB: 0146.4236.A057.2910.8907.0001.0754

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Const. Incl.	Const. Excl.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
4201	4159	1,00	72	0,00			28,19

22-11-17 20-10-17 30 DIAS 72 VALOR (R\$) 28,19

VALOR CONSULNO DO HES 28,19

HJLTA HORATORIA REF 03/2017 0,57

CORRECAO MONETARIA DO HES 0,06

JUROS DO HES 0,33

ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA HES (R\$ 3,44)

VENCIMENTO

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Descrição	Valor (R\$)
Consumo	28,19
Horatária	0,57
Correção Monetária	0,06
Juros	0,33
TOTAL	29,15

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO ₂)	Compensado kg (CO ₂)	Consciência Ecológica (%CO ₂)
31,12	0,00	0

TOTAL A PAGAR (R\$)

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

Mês	Consumo (kWh)
Set/17	72
Out/17	80
Nov/17	113
Dez/17	76
Jan/18	91
Fev/18	74
Mar/18	89
Abr/18	71
Mai/18	71
Jun/18	71
Jul/18	81
Ago/18	66

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E CAUSAS DE VENCIMENTO

PARA CONSULTAR SUA CONTA EM DEBITO AUTOMÁTICO UTILIZE
O QR CODE DE CLIENTE DEBITO DO SEU APP DEBITO-DEBITO.



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

524.828.203-91

Nome completo da vítima

Elenia Maria de Lima

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo <u>Elenia Maria de Lima</u>	CPF titular da conta <u>524.828.203-91</u>	Profissão <u>Agricultora</u>
Endereço <u>Sítio São Simão</u>	Número <u>16</u>	Complemento <u>Zona rural</u>
Bairro <u>Zona rural</u>	Cidade <u>Dep. Inap. pinheiro</u>	Estado <u>ceara</u>
Email	CEP <u>63.645,000</u>	Telefone (DDD) <u>(85) 999890779</u>

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ BRADESCO (237) ☒ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (341)
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

NÚM.

DIV

1150

(Informar dígito se existir)

CONTA

NÚM.

DIV

23.397

(Informar dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

NOME

NÚM.

AGÊNCIA

NÚM.

DIV

CONTA

NÚM.

DIV

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Dep. Inap. pinheiro 28 de março de 2016

Local e Data

Elenia Maria de Lima

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

VALOR TOTAL	1.00
***** TRANSFERIDO PARA:	
CLIENTE: CLENIA MARIA DE LIMA	
AGENCIA: 1150-9	CONTA: 23.397-8
VARIACAO DA POUPANCA	51
NR. DOCUMENTO	221.150.510.023.397

NR. AUTENTICACAO	A.67C.679.0F5.E95.BC4

Creditos a partir de 04/05/2012 estao
disciplinados pela MP. 567/2012.

Leia no verso como conservar este documento,
entre outras informacoes.

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Elvira Maria de LimaRG nº 1977841/90 data de expedição 02/08/90 Órgão SSP-CECPF nº 524.828.203-91 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:

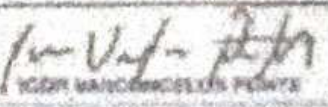
Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Sítio Pelo Sinal</u>
Número	<u>16</u>
Apto / Complemento	<u>zona rural</u>
Bairro	<u>zona rural</u>
Cidade	<u>Deputado Ingenuino Pinheiro</u>
Estado	<u>ceara</u>
CEP	<u>63.645.000</u>
Telefone de Contato	
E-mail	

Elso Pinheiro
(85) 99989.0779
(85) 98721.2741

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Deputado Ingenuino Pinheiro - CE 28/03/2018Assinatura do Declarante: Elvira Maria de Lima

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIO RUBENS LIMA DE SOUSA e TRIBUNAL DE JUSTICA DO ESTADO DO CEARA, protocolado em 22/05/2020 às 01:19, sob o número 00504525520208060168. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0050452-55.2020.8.06.0168 e código 687A7C3.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO			
		NOME JOAO PAULO PINHEIRO	
	DOC. IDENTIDADE / ORGANISMO E 335665898 SSPDC CE		CPF 875.474.573-04
	DATA NASCIMENTO 21/09/1980		
	FILIAÇÃO MANOEL PINHEIRO DE MELO NETO MARIA DO SOCORRO PINHEIRO DE MELO		
	PERMISSÃO 	ACC 	CATHAR 30
Nº REGISTRO 60758673502		VALIDADE 01/12/2021	1ª HABILITAÇÃO 04/08/1999
OBSERVAÇÕES SEM OBSERVAÇÃO;			
 ASSINATURA DO DETENTOR			
LOCAL IGUATU, CE		DATA EMISSÃO 09/12/2016	
 Igor Vancencelles Pereira SECRETÁRIO DO DEPARTAMENTO		65656925402 CE156817608	
DETRAN - CE (CEARA)			

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1406950930

PROIBIDO PLASTIFICAR
1406950930

4664469-5
 Para regular seu atendimento, utilize o nº acima
 sempre que entrar em contato conosco.

de 21 de abril de 2018
 Companhia Energética do Ceará
 Rua Pedro Velho, 150
 CEP 60135-040 | Fortaleza - CE
 CNPJ 02042251/0001-70 | CEF 06.105.848-3

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | N°

Rota 30 14062 12 080000 - 2
 Nome JOAO PAULO PINHEIRO
 End. Postal ST ALTO VERDE
 - HILHA - 63635000

Data de Emissão 15/01/2018

Medidor 375765
 Classe 04-RURAL NONOFASICO
 RG / CPF / CNPJ 875474573-04
 Nome do Responsável

Posto 0000 0000
 Fator de Potência 0,00
 CGF

DATAS
 Mês de Referência Jan/2018
 Data da Apresentação 15/01/2018
 Previsão Próxima Leitura 14/02/2018

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO
 Veja a legenda no verso desta conta.

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

SENAVE 19.85
 Mês 10/2017
 Índice 19.85
 Apuração Individual

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL
 4621.ES-7.ATFD.F629.E836.31F9.3707.2008

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO
 Mês 10/2017
 Índice 19.85
 Apuração Individual

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO
 Let. Atual Let. Anterior Const. Consumo (kWh) Cons. Ind. Cons. Fict. Tarifa (R\$/kWh) Valor (R\$)

5469 5332 1,00 137 0,00 1,07 50,35

15/01/18 15/12/17 31/12/17 137 50,35
VALOR CONSUMO DO MES
MULTA HORATORIA REF 10/2017
JUROS DO MES

14/02/2018 **52,22**
COMPOSIÇÃO DO VALOR DO CONSUMO **HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)**

Energia	22,61	100
Taxa de Uso	2,30	137
Distribuição	2,30	86
Encargos Setoriais	5,35	126
Tributos (ICMS PIS-COFINS)	2,80	100
	50,35	50
		129
		136
		41
		41
		0
		150

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)
 Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.
 Emitido kg (CO₂) Compensado kg (CO₂) Consciência Ecológica (R\$CO₂)

50,35 0,00 0,00

Para cadastrar seu e-mail em nosso sistema utilize
 seu número de cliente seguido do dígito VERIFICADOR.
 Chame os vizinhos e amigos e ajude no combate ao desperdício energético,
 da dengue, zika e chikungunya. Ministério da Saúde. DCA. Recife.

Consta desta fatura R\$ 2,00 referente a PIS e COFINS (11% sobre PIS:1,36% e COFINS:4,5%
 sobre o valor de 140,00 - total de R\$ 2,00 - total de R\$ 2,00 - total de R\$ 2,00



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206
(exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

¹ Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu João Paulo Pinheiro inscrito (a) no CPF sob o Nº 875.434.573-04, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Clénia Maria de Lima inscrito (a) no CPF sob o Nº 524.828.203-91, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Clénia Maria de Lima, inscrito (a) no CPF sob o Nº 524.828.203-91, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Sítio Alto Verde</u>		Número <u>SIN</u>	Complemento <u>zona rural</u>
Bairro <u>zona rural</u>	Cidade <u>milha-</u>	Estado <u>ceara</u>	CEP <u>63.635.000</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular(DDD) <u>(85)99989-0779</u>

Dep. João Paulo Pinheiro 28 de março de 2018
Local e Data

Celso Pinheiro
(85) 99989-0779
(85) 98721-2741

João Paulo Pinheiro
Assinatura do Declarante

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE (Beneficiário)

Nome: Clonir Maria de Lima
 Nacionalidade: Brasileira Estado Civil: Solteira
 Profissão: Agricultora
 Identidade: 1977811/90 CPF: 524.828.203-91
 Endereço: Sítio pelo Sinal
 Bairro: Zona Rural
 Cidade: Tapuiçuá - Pinheiro CEP: 63.645.000

OUTORGADO (Procurador)

João Paulo Pinheiro, portador (a) do RG nº 335665898, órgão emissor SSPDC-CE, CPF nº 875.474.573-04 com endereço Sítio Alto Verde, Bairro: Zona Rural: Cidade: Milhã-Ceará, CEP: 63.635-000.

Com este documento particular de procuração, autorizo ao meu procurador representar-me perante a Seguradora Líder dos Consórcios DPVAT ou qualquer outra Seguradora conveniada ao Seguro Obrigatório DPVAT, para que em meu nome possa efetuar assinaturas nos formulários relacionados ao Seguro Obrigatório DPVAT e para acompanhamento de meu(s) sinistro(s) DPVAT, no entanto esta procuração NÃO oferece poderes para que meu procurador ou qualquer outra pessoa receba a indenização em meu nome.

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio **poderes específicos** para representar-me perante a **Seguradora Líder dos consórcios DPVAT** ou qualquer outra Seguradora conveniada ao Seguro Obrigatório DPVAT, podendo para tanto efetuar em meu nome assinaturas nos formulários de Protocolo de Recepção de Documentos, Autorização de Pagamento de Indenização do Seguro DPVAT, Declaração de Ausência de Laudo do IML e demais documentos e formulários relacionados ao Seguro Obrigatório DPVAT, podendo ainda acompanhar meu sinistro perante qualquer Seguradora, requerer e assinar em meu nome o que necessário for, enfim praticar todos os atos de direito, permitidos para perfeito cumprimento deste mandato; da qual figura como vítima, Clonir Maria de Lima



Local e data:

San Romão CE 19 de Novembro de 2018

Clonir Maria de Lima
 Assinatura do Outorgante (Beneficiário)