



Daniel Farias Porto
Advocacia

PROCURAÇÃO
"AD JUDICIA ET EXTRA"

OUTORGANTE: MARIA CÍCERA BELMUNO DA SILVA

RG: 2004005093626 SSP CE

CPF: 052.878.223-47

Nacionalidade: BRASILEIRA

Estado Civil: CASADA

Profissão: AUTÔNOMA

Residente: RUA FRANCISCA RODRIGUES DA SOUSA 25

Cidade: HORIZONTE **Estado:** CE **CEP:** 62880-000

Telefone: _____ **E-mail:** _____

OUTORGADO: DR. DANIEL FARIAS PORTO, brasileiro, divorciado, advogado, OAB-CE nº 20334 e Dra. ALESSANDRA ERIKA MAIA BARROS, solteira, advogada, OAB – CE nº 21113, com escritório na cidade de Fortaleza/Ce, Avenida Santos Dumont, nº 304, Sala 402, Centro, CEP 60160-150 Fone: (85) 3047-8110 / 98933-4070

Pelo presente instrumento particular de **PROCURAÇÃO**, o outorgante nomeia e constitui seu bastante procurador o outorgado, para o fim especial de agir judicialmente em ação de seu interesse, a fim de defender seus direitos perante qualquer Juízo, instância ou Tribunal, repartição pública, autarquia ou entidade paraestatal, propondo ou respondendo ação judicial de relacionada ao **SEGURO DPVAT**, em que o outorgante figure em qualquer dos polos, podendo responder, receber e levantar alvará judicial ou guia de retirada, reclamar, conciliar, desistir, transigir, fazer acordo, recorrer, receber e dar quitação, confessar, requerer inventário ou arrolamento, firmar compromissos, prestar declarações, receber citação, bem como substabelecer a presente, com ou sem reservas de poderes, se assim convier, praticando todos os atos necessários ao satisfatório desempenho deste mandato dando tudo por firme e valioso.

Fortaleza, 05 de junho de 2020

x Maria Cícera Belmuno da Silva

OUTORGANTE



Daniel Farias Porto
Advocacia

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

NOME: MARIA GILBERTA BERNARDINO DA SILVA
CPF: 032.878.223-47
ESTADO CIVIL: CASADA
PROFISSÃO: AUTÔNOMA

Declaro para os devidos fins que minha atual condição econômica não me permite demandar juízo sem prejuízo do meu sustento próprio e da minha família, pelo que rogo os benefícios da justiça gratuita previstos na **Carta Constitucional de 1988**, e mais precisamente, com fulcro no artigo 4º, caput da **Lei 1.060/50** (estabelece normas para a concessão da assistência judiciária aos necessitados), consorciado com o artigo 1º da **Lei 7.115** de 29 de agosto de 1983, indicando para o patrocínio de minha causa o advogado em **PROCURAÇÃO**.

Fortaleza – Ce, 05 de JUNHO de 2019

Maria Gilberta Bernardino da Silva
DECLARANTE



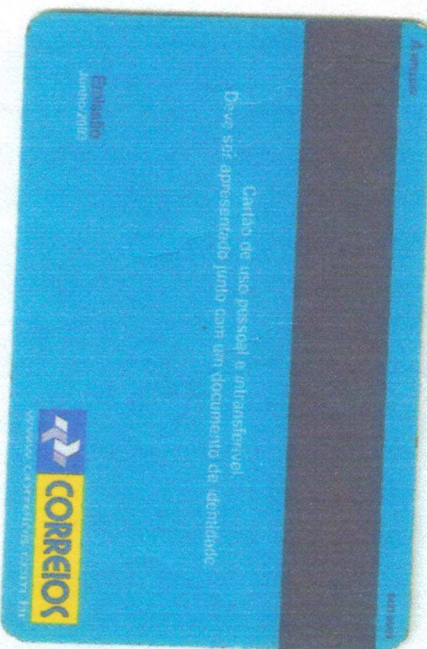
Daniel Farias Porto
Advocacia

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Eu, MARIA CÍCERA BEHLINO DA SILVA declaro para os devidos fins de direito, ser responsável (civil e criminal) pelos fatos, informações e documentos apresentados e juntos ao processo judicial de cobrança de seguro DPVAT, em desfavor de qualquer seguradora do consórcio de seguro DPVAT, exonerando o **Dr. DANIEL FARIAS PORTO – OAB/CE 20.334 e Dra. ALESSANDRA ERIKA MAIA BARROS – OAB/CE 21.113**, de qualquer responsabilidade civil e/ ou criminal.

Fortaleza-Ce 05 de setembro 2020

X Maria Cícera Belmino da Silva
DECLARANTE



Nº DO CLIENTE
5582769-1

Para agilizar seu atendimento, utilize o nº 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.

Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60135 040 Fortaleza CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 CGF 06.105.848-3



coelce
Grupo Eneel

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA | GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 439985478

Rota **16 20070 02 150500 - 2** Data de Emissão **25/07/2016**

Nome **FRANCISCO EVANDRO RODRIGUES DA SILVA**

End. Postal **RU FRANCISCA RODRIGUES DE SOUSA 00025 00025**

CENTRO - HORIZONTE - 62880000

Medidor **4899612** Poste **0000 D30W**

Classe **01-RESIDENCIAL MONOFASICO** Fator de Potência **0,00**

RG / CPF / CNPJ **956796263-49** CGF

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência	Data da Apresentação	Previsão Próxima Leitura
Jul/2016	25/07/2016	24/08/2016

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
76,38	27,00%	20,62

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

3051.F1B3.8535.E3EF.3E59.0C17.A052.94D0

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda ao longo desta conta.

Conjunto **CULONA** EUSO 26,68

Mês **Ma/2016** DICEI = 0,00 P

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC	5,43	10,86	21,73	0,00	0,00	0,00
FIC	3,30	6,60	13,20	0,00	0,00	0,00
DMIC	3,11			0,00		

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. Fat.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
3239	3130	1,00	109	0,00	109	0,70073	76,38
25/07/16	23/06/16		32 Dias		109		76,38

DESCRIÇÃO

	VALOR (R\$)
VALOR CONSUMO DO MES	76,38
MULTA MORATORIA REF 06/2016	1,53
JUROS DO MES	0,31
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	15,56

VENCIMENTO **01/08/2016**

TOTAL A PAGAR (R\$) **93,78**

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	33,47
Transmissão	0,89
Distribuição	11,66
Encargos Setoriais	5,85
Tributos (ICMS PIS-COFINS)...	24,57
TOTAL	76,38

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

Mês	Consumo (kWh)
107	
109	
108	
119	
115	
108	
102	
112	
101	
109	
101	
102	
98	

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (Kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica através do Ecoelce.

Emitido kg(CO ₂)	Compensado kg(CO ₂)	Consciência Ecológica (% CO ₂)
47,11	0,00	0

Informações importantes e avisos de vencimento



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE HORIZONTE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 461 - 2766 / 2016

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **15/08/2016 14:29:37**
Data / Hora da Ocorrência: **19/07/2016 09:00:00**
Endereço da Ocorrência: **BR 116 KM 43**
Complemento:
Bairro: **CAJOEIRO DA MALHADA** Município: **HORIZONTE/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **MARIA CICERA BELMINO DA SILVA**
Nascimento: **09/06/1985** CPF:
RG : Orgão Emissor: UF:
Filiação: **MARIA DE LOURDES BELMINO DA SILVA**
NC
Endereço: **RUA FRANCISCA RODRIGUES DE SOUSA, 25**
Bairro: **CENTRO** CEP:
Município: **HORIZONTE/CE**
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 9235-0492**

Histórico

Informa a declarante que estava na garupa da MOTOCICLETA HONDA/ CG 150 TITAN ESD, ANO 2011/2011, DE COR PRETA, DE PLACA NUM 8100, CHASSI: 9C2K1650BR500987, RENAVAM: 291068529, REGISTRADO EM NOME DE FRANCISCO EVANDRO RODRIGUES DA SILVA, CONDUZIDA POR FRANCISCO EVANDRO RODRIGUES DA SILVA, quando em um dado momento um animal (jumento) passou na frente da motocicleta, fazendo com que o condutor da mesma perdesse o controle e chegasse a cair; Que foi socorrido por populares para UPA-LOCAL; Que sofreu uma torção no tornozelo esquerdo e escoriações pelo corpo; Que tem como testemunha as pessoa de FRANCISCO EVANDRO RODRIGUES DA SILVA E MARIA DE LOURDES DA SILVA. NADA MAIS DISSE.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE HORIZONTE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

FRANCISCO LUZARDO DA SILVA - MAT.: 300455-1-3

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Maria Cicera Belmino da Silva

VISTO DO DELEGADO(A) :

AMANDO ALBUQUERQUE SILVA - MAT.: 198823-1-4

FRANCISCO EVANDRO RODRIGUES DA SILVA

Maria de Lourdes da Silva

38241 19/07/2016 09:21:09 FICHA DE ATENDIMENTO CLINICA MEDICA DIURNO 40

Nome: IA CICERA BELMINO DA SILVA Data Nascimento: 09/06/1985 Idade: 31 A 1 M 10 D CNS: 200504567620001 CPF: 01287822347 Prontuário: 00020438

Doc: Documento: Órgão Emissor: Data Emissão: 16/08/2001 Sexo: F Estado Civil: SOLTEIRO(A) Raça/Cor: PARDADA Naturalidade: PACAJUS - CE

IA DE LOURDES BELMINO DA SILVA Pai: NC Contato: (85) 99212-9280

FRANCISCO RODRIGUES - 25 - CENTRO - HORIZONTE - CE Ocupação: NÃO INFORMADA

Plano Convênio: SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE N° da Carteira: Validade: Autorização: Sis Prenatal:

Caráter do Atendimento: URGÊNCIA Profissional do Atend.: Procedência: PSFZACRIAS - (Temp.: Peso: Pressão: 110 x 70)

Tipo de Chegada: DEMANDA ESPONTANEA Procedimento Sol.: Registrado por: ROBERTO.VALE

Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue ☐

Principais queixas: *inchaço no pé esquerdo*

História de Enfermagem: FERE EDEMA NO PÉ ESQUERDO APÓS QUEDA HÁ 4 DIAS

GSC: TOTAL: AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

Tempo de espera (HORA DA CONSULTA - 07:30 h)

Doença aguda de emergência e o edema no pé esquerdo há 4 dias.

Exame Físico: *PEP: DP. Extremidade: edema e congestão com sinais de flogose no pé esquerdo.*

Hipótese Diagnóstica: *Lesão no pé esquerdo.*

Exames Complementares: ☐ RAIO-X ☐ ULTRA-SOM ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
<i>Albúmina IV - 1mg + 10ml IV EV</i>	<i>09:54 hrs</i>	<i>WVS</i>

Conduta: ☒ Alta por Decisão Médica ☐ Ambulatório ☐ Alta a Pedido ☐ Observação (Até 24h) ☐ Alta a Revelia ☐ Internação ☐ Transferência para:

Data e Hora da Saída/Alta: *19/07/2016 10:11h*

Destino: ☐ Família ☐ IML Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável: *Maria Cícera B. da Silva* Carimbo e Assinatura do Médico: *Jose Luciano Sidney Marques*

Impresso por: alessandra Data Hora: 19/07/2016 09:28:51

Assinatura do Médico: *Jose Luciano Sidney Marques* R.I. 105736222-8 CREMEC 2348 Médico

1600438241

201.20.73.8:8888/ISA/4/4/CD6362B-7F5E-4DF8-A3E4-A20F651BBB5D.html

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por DANIEL FARIAS PORTO e TRIBUNAL DE JUSTICA DO ESTADO DO CEARA, protocolado em 20/07/2020 às 09:06 , sob o número 02395350920208060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0239535-09.2020.8.06.0001 e código 6E3C5E7.



PREFEITURA MUNICIPAL DE HORIZONTE
SECRETARIA DA SAÚDE
 Av. Pres. Castelo Branco, 1782 - Centro - BR 116 - Km 40
 CEP: 62860-000 - Horizonte - CE
 Pabx: (85) 3336.6050 - Fax: (85) 3336.6050
 e-mail: saudehorizonte@clik21.com.br

ATESTADO MÉDICO

ATESTADO QUE Maria Lúcia de Oliveira

NECESSITA DE 01 (um) DIAS DE LICENÇA PARA

TRATAMENTO DE SAÚDE, a contar desta

C.I.D. 90.0

HORIZONTE 19/07/2016

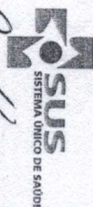
MÉDICO

[Assinatura]

Jose Luciano Sidney Marques
 R.L. 10578222-8 CREMEX 2346
 Médico



PREFEITURA MUNICIPAL DE HORIZONTE



SECRETARIA DA SAÚDE



UNIDADE DE SAÚDE:

UPA - São João

PACIENTE:

Maria Lúcia de Oliveira

[Assinatura]

[Assinatura]

Atestado de Licença
por 1 dia de 12/12/12

DENGUE

- ☒ Saiba que Dengue tem cura espontânea;
- ☒ Evite tomar AAS, Diclofenaco
- ☒ Beba bastante água
- ☒ Evite esforços físicos
- ☒ Elimine os focos da sua casa
- ☒ Procure o Hospital se surgirem sinais como:
- 1. Dor na barriga que não passa;
- 2. Vômitos frequentes em poucas horas
- 3. Desmaios e suor frio com tonturas
- 4. Muita sede que não passa
- 5. Sangramentos do nariz, boca, vômitos, urina e/ou fezes pretas.

HORIZONTE:

19/07/16

[Assinatura]

Jose Luciano Sidney Marques
 R.L. 10578222-8 CREMEX 2346
 Médico

DATA	PA SENTADO	PA DETACHADO	PROVA DO LAÇO	TEMP. AXILAR

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo: MIR LUCIANO STONY MORAES

CRM: 2348 UF: CE

Endereço completo e telefone: 200 MARIA LUIZA NEUNHO, 40

Cidade: ADONIZONA

UF: CE

aciente: MOM LUCAS ELOMAR D ALK

Endereço: Rua Fco Bezerra, 25 - Centro

rescrição: Colúmbia 500mg 28/11

Novo 142 e 642
16-12-18 e 24/11

ata: 19, 07, 14

Assinatura e Carimbo do Médico
Dr. 15/11
Médico

Identificação do Comprador

Nome: _____

Endereço: _____ Org. Emissor: _____

Idade: _____ UF: _____

Telefone: _____

Identificação do Fornecedor

Data: 1/1/11

Assinatura do Farmacêutico

UNIDADE DE SAÚDE:

PACIENTE: Amir Lucas B. ANSINI

RA: _____

DENGUE

Sabta que Dengue tem cura espontânea;

Evite tomar AAS, Diclofenaco

Beba bastante água

Evite esforços físicos

Elimine os focos da sua casa

Procure o Hospital se surgirem sinais como:

1. Dor na barriga que não passa;

2. Vômitos frequentes em poucas horas

3. Desmaios e suor frio com tonturas

4. Muita sede que não passa

Sangramentos do nariz, boca, vômitos, urina e/ou fezes pretas.

HORIZONTE, 19/07/16

ASSINATURA

DATA	PA SENTADO	PA DETACHADO	PROVA DO LAÇO	TEMP. AXILAR

1- Evitar tomar aspirina ou aspirina
Afetar nos lesões nas veias
nas veias
nas veias

2- Evitar tomar aspirina ou aspirina
Tomar aspirina ou aspirina
Por aspirina ou aspirina
aspirina ou aspirina

3- Evitar tomar aspirina ou aspirina
Tomar aspirina ou aspirina
Por aspirina ou aspirina
aspirina ou aspirina

4- Evitar tomar aspirina ou aspirina
Tomar aspirina ou aspirina
Por aspirina ou aspirina
aspirina ou aspirina

FRANCISCO MARDÔNIO SALMITO DE ALMEIDA

ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CREMEC - 4411 - CPF: 122.369.423-20

RELATÓRIO MÉDICO

Relato, para os devidos fins, junto ao DPVAT, que o Sr.(a):

Ubiratan Bezerra da Silva

vítima de acidente de trânsito, em 19/07/2016, sofreu:

traumatismo no tornozelo com
lesão ligamentar. Eff.
naquele momento não houve
CSG. CID: S93.4, S52.0

e submeteu-se a tratamento(s):

Imobilização do membro
tornozelo e ante-braço 157.
fisioterapia e medicação.

encontra-se de alta clínica, e apresenta invalidez permanente,
com grau de incapacidade funcional irreversível de:

Perda de função no
tornozelo, incapacidade
para a realização
de atividades
de trabalho e convívio no
tornozelo.

Dificuldade de vestir
roupas com o uso
de prótese. Não medicação
específica

07/10/16

Dr. Mardônio Salmito de Almeida
Ortopedia - Traumatologia
CRM - 4411

Dr. Francisco Mardônio Salmito de Almeida
CREMEC 4411 /

Rua Guilherme Rocha, 1201 - Centro - Fortaleza - Ceará.



Rio de Janeiro, 13 de Novembro de 2017

Carta nº 11952499

a/c: MARIA CICERA BELMINO DA SILVA

Sinistro: 3160685653 ASL-1150206/16
Vítima: MARIA CICERA BELMINO DA SILVA
Data Acidente: 19/07/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: JOSE FERNANDES DE ALENCAR

Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização DPVAT, nem qualquer manifestação no sentido de que estivessem sendo tomadas providências para sua obtenção.

Tendo em vista que a(s) pendência(s) indicadas não foi(ram) sanada(s), e não houve qualquer nova manifestação sua nesse processo de sinistro por um período superior a 180 dias, informamos que a análise do seu pedido de indenização DPVAT foi finalizada com a recusa da indenização por falta de comprovação documental da cobertura para o sinistro.

A documentação original permanecerá arquivada, podendo ser retirada pelo senhor(a), ou por procurador devidamente constituído para este fim, conforme instruções contidas em nosso site www.seguradoralider.com.br.

Em caso de dúvida, favor acessar nosso site ou entrar em contato conosco gratuitamente por meio do SAC 0800 022 12 04.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT